

El uso de expedientes de servicio social en las investigaciones sociológicas

Por el Dr. Stuart A. QUEEN, jefe del Departamento de Sociología y Antropología y Bibliotecario de la Washington University. Saint Louis Missouri (antiguo presidente de la American Sociological Society; miembro de la Sociological Research Association y de la American Association of Social Workers). Colaboración especial para la Revista Mexicana de Sociología.

HAY en los Estados Unidos centenares de agencias por las cuales se ofrece el servicio que se llama en inglés "social case work". Esto puede definirse como el conjunto de habilidades y conocimientos que los peritos emplean para ayudar a los individuos y a las familias que necesitan acomodaciones sociales. En cuanto a la administración, muchas agencias de asistencia social son entidades del gobierno federal, estatal, municipal, u otro; algunas están bajo la dirección de sectas religiosas; y otras son organizaciones independientes dirigidas por grupos de ciudadanos caritativos. Respecto a quienes sirven, algunas agencias ofrecen su ayuda a niños menesterosos, otras a delincuentes, otras a enfermos, otras a adultos sin hogar, y a muchas familias más o menos desorganizadas. En todos los casos se pone el énfasis en las acomodaciones sociales, pero éstas se relacionan con la asistencia material, el tratamiento médico, el cambio del hogar o de la vecindad, y de vez en cuando el constreñimiento.

Por regla general, las oficinas de asistencia social mantienen expedientes de todos los clientes. Los propósitos de dichos expedientes son para ayudar a los trabajadores sociales a recordar los datos recogidos y la acción tomada, para servir de base de superintendencia y de consulta, y facilitar la transferencia de informes a otros empleados de la misma oficina o a otras organizaciones, además de hacer posible un evaluó de la agencia.

La parte principal de un expediente de servicio social consiste en una serie de notas narrativas y descriptivas. Además se encuentran a menudo cédulas o inventarios de materias especiales. Por ejemplo, una cédula llamada "face sheet" contiene en forma conveniente: nombre, dirección, edad, sexo, educación, oficio, patrón, salud, o enfermedad, parientes, etc. A menudo hay cédulas especiales de presupuesto familiar y de asistencia material. También se hallan informes de hospitales, clínicas, escuelas, tribunales, etc. Algunos expedientes son cortos, mientras que otros se extienden hasta 50 ó 60 páginas escritos a máquina. En algunos expedientes las notas se hacen en el orden cronológico en que ocurren las entrevistas y los servicios. En otros expedientes, resúmenes de varios temas, tales como salud, empleo, aptitudes, relaciones con otras personas, etc., se hacen trimestral o semestralmente. Algunos trabajadores sociales escriben, o dictan a una taquígrafa prontamente, mientras que las impresiones están frescas en la mente. Otros dilatan en dictar, y entonces algunos datos se olvidan.

A pesar de todas las limitaciones, se reconoce que los expedientes de servicio social contienen una riqueza de datos pertenecientes a la personalidad, a las relaciones interpersonales, a la organización de familias y a los procesos sociales, tales como dominación-sumisión, agresión-fuga, aceptación-rechazamiento, conflicto-acomodación, etc. De vez en cuando los sociólogos acuden a estos expedientes en busca de datos relativos a sus investigaciones. Próximamente se presentarán concretamente las posibilidades de que los sociólogos utilicen los expedientes de "social case work" Estas posibilidades se demostrarán por medio de dos proyectos llevados a cabo en la Washington University bajo la dirección del autor de este artículo.

El primero es un estudio de las relaciones entre niños y amas de leche. Estos niños fueron colocados en hogares substitutos por la St. Louis Children's Aid Society, una organización de beneficencia. Eran ilegítimos, o huérfanos, carecían de hogares adecuados. Además la Sociedad había tenido que cambiar a estos niños varias veces de un hogar a otro. El problema central era: ¿Cuáles son las causas de estas transferencias? La

hipótesis era: Entre otras causas hay siempre una combinación de conducta infantil y reacción maternal.

La señorita Neubauer,¹ quien realizó este estudio, preparó una cédula de registro dividida así: a) la historia del niño antes de salir de su familia original hasta colocarse en una familia substituta; b) datos del primer hogar sustituto, c) datos del segundo, etc. Bajo todas las secciones de la cédula se incluyen los siguientes temas: oposición, simpatía, problemas de conducta infantil, reacciones adultas, quién y cuándo requirió la "disposición", y por qué. También formuló un plan para extraer de los expedientes frases y párrafos descriptivos de los hechos significativos. Se escribieron citas en tarjetas, cada tarjeta tratando de la situación de cierto niño en cierto hogar sustituto.

Más tarde se subrayaron las palabras que podían ser clasificadas en grupos según las categorías de conducta. Por ejemplo, las siguientes frases indicaban "desobediencia": "el niño no hace caso"; "no obedece"; "no le hace caso al ama de leche cuando ella le manda que haga algo"; "cuando le dice al niño que no coja algo, lo coge aún".

Al separar las tarjetas en grupos, la señorita Neubauer contó la frecuencia de cada categoría de conducta. La contó en el sentido de que, al aparecer una especie de conducta en un hogar sustituto, contaba un punto, en dos hogares dos puntos, etc. Por supuesto, no era posible enumerar la verdadera frecuencia de una categoría de conducta; pero ni tampoco era posible asegurarse que todas las especies de conducta habían sido mencionadas en cierto expediente. Sin embargo, no cabía duda de que las conductas mencionadas en los expedientes eran a las cuales reaccionaban obviamente las amas de leche. Por eso se consideraba, para los efectos del estudio, que la frecuencia de una categoría de conducta era la suma de los hogares en los cuales todos los niños estudiados mostraban cierta especie de conducta.

En este sentido se hallaron 43 categorías de conducta. Las que aparecían con más frecuencia eran: desobediencia, berrinche, peleas, "eneuresis" o incontinencia de orina, lloridos, destrucción. Las de menor frecuencia eran: ensueños de día, robo, pesadilla, melancolía, y orinación en el suelo de la casa.

Luego se emprendió la clasificación de las formas de conducta desde el punto de vista del ama de leche. En esta clasificación se diferenciaron

1 Neubauer, Mary L., "Impact of Children's Behavior on the Problem of Replacement as Revealed in Social Case Records". Washington University: Disertación inédita. 1942.

cinco grupos mayores. a) Las acciones que ofendían a las amas de leche como ataques personales, v. g., desobediencia, problemas de comer, incontinencia de orina, demanda de atención, berrinche, etc. b) La violación de propiedad personal de las amas de leche, v. g., destrucción, robo, y encendido de lumbres. c) El trastorno de normas de moralidad, sobre todo en cuanto al sexo y a la honestidad. d) Los agravios que los niños se dirigían a sí mismos, y que las amas de leche proyectaban como afrentas al cuidado que ellas les habían dado. e) Síntomas de recelo, depresión, timidez, nerviosidad, y ensueños de día, que las amas de leche interpretaban como falta de cariño, indicando también afrenta personal.

En otra clasificación se separaron las conductas en tres categorías: a) el "ataque" por el comportamiento intencionalmente provocativo, b) la "fuga" o la preocupación de sí mismo, c) otras formas de conducta que no entraban en la primera clase ni en la segunda. Tratando de las quejas de las amas de leche, se dedujo que involuntariamente consideraban las acciones de la tercera categoría como deliberadamente dirigidas contra ellas. Por ejemplo, en un expediente se lee: "El niño come lentamente. El ama de leche se empeña en que quede a la mesa hasta terminar. Pero esto retarda el trabajo materno, y trastorna la rutina familiar." Al parecer la mujer se daba por ofendida del comportamiento infantil. Sin duda se preocupaba de sus propios sentimientos, pero no del bienestar del niño. Esta categoría de conducta infantil y de reacción maternal se puso entre la primera y la segunda, tanto por su naturaleza como por su frecuencia. La mayoría de casos se pusieron en la primera categoría.

Debe anotarse que, unos meses después de haber colocado al niño, las reacciones del ama de leche diferían muchas veces de las actitudes indicadas anteriormente. Por ejemplo, una trabajadora social discutió con una anticipada ama de leche el comportamiento de un niño que deseaba colocar en su hogar. La trabajadora social mencionó los berrinches, el hábito de tomar la soleta, y otros problemas. Dijo que su propia madre rechazaba al niño, y no podía controlarle. El ama de leche contestó que no esperaba encontrar dificultades respecto al niño. Sin embargo, a los pocos días de la colocación se quejó de la conducta del niño, y después de dos semanas se empeñó en que la trabajadora social le removiera.

Una parte importante del estudio fué la construcción empírica de una escala de referencia, para medir la fuerza de las reacciones de las amas de leche. Empleando las tarjetas que quedan mencionadas, la investigadora clasificó las reacciones como sigue:

ESCALA DE REFERENCIA PARA ARREGLAR
LAS REACCIONES DE AMA DE LECHE

Puntos	Calidad de la reacción	Descripción de la reacción
6	fuerte.	Pide inmediata transferencia del niño.
5	fuerte.	Pide transferencia; pero no inmediata.
4	bastante fuerte.	Se queja por algún tiempo, y al fin pide transferencia.
3	bastante fuerte.	Se queja y expresa temor a no poder retener al niño, pero no pide transferencia.
2	moderada.	Se queja, pero no indica duda de poder retener al niño.
1	ligera.	Describe el comportamiento penoso, pero "cree que el niño lo vencerá".
0	casi nula.	Menciona el comportamiento penoso, pero con igual énfasis la conducta aprobada.

Por supuesto, esta escala sirve solamente para arreglar en orden de firmeza las reacciones de las amas de leche. Su firmeza no se puede medir exactamente, pero sí se indica la firmeza relativa de diferentes reacciones. Para calcular la media aritmética de la firmeza de reacciones sobre cada forma de conducta, se empleó el procedimiento siguiente: A cada situación de conducta infantil y reacción maternal que indica una tarjeta, se dieron puntos de la escala de referencia. Cada "situación" representaba un niño en un hogar sustituto. Aunque el comportamiento se repetía, la situación se contaba solamente una vez. Se sumaron todos los puntos de cierta forma de conducta según las reacciones maternas. La suma se dividió por el número de situaciones, así se determinó la media aritmética.

Las formas de conducta cuyas medias se hallaron mayores eran: encendimiento de lumbres, crueldad a los animales, "whining" o el gemir, narración de historias imaginativas, grosería e insolencia. Las medias menores eran; ensueños de día, timidez, pesadilla, imperfección del hablar, agravios a sí mismo.

Debe notarse que el orden de reacciones según su firmeza es muy distinto al orden de su frecuencia. Hay poca correlación entre los dos órde-

nes. Pero generalmente las formas de conducta a las cuales las amas de leche reaccionaban con más fuerza eran las que pueden clasificarse como "el ataque o el comportamiento deliberadamente provocativo". Este resultado corresponde a las conclusiones de otros estudios, que indican que todo el mundo reacciona así.²

Los psiquiatras dicen muchas veces que las formas de conducta que pueden clasificarse como "la fuga a la preocupación de sí mismo" hacen igual o aún más daño a la personalidad y a las subsecuentes relaciones sociales. Un estudio sociológico, llevado a cabo por la señora Harriet R. Mowrer,³ apoya la misma hipótesis. Si tiene razón, hay dos motivos para creer que la distribución de reacciones adultas a conductas infantiles es desafortunada. a) Cuando los adultos reaccionan violentamente al "ataque" de niños, tienden a establecer o continuar una situación de conflicto, que puede llegar a ser crónica. b) Cuando los adultos ignoran la "fuga" de niños, contribuyen al desarrollo de la introversión, que puede llegar a ser patológica. En ambos casos los adultos participan en el desenvolvimiento de personas que no saben llevarse con los demás.

En el estudio que acabo de analizar, los expedientes sociales sirvieron de adecuadas fuentes de información. Pero muchas veces no bastan y hay que obtener de otras maneras los datos que faltan. Ahora voy a describir una investigación de esta especie.

Este estudio, cuyos métodos y resultados voy a presentar aquí, trata de pacientes de cuatro clínicas de Kansas City.⁴ Todos los pacientes padecían de enfermedades cardíacas, y tenían 40 a 60 años de edad. Todos habían recibido consejo y tratamiento médico, y a menudo social, pero algunos no estaban cumpliendo con lo aconsejado. El problema era determinar qué factores se asociaban con la negligencia o la oposición de los enfermos.

Las fuentes de información incluyeron los expedientes médicos, los expedientes de servicio social, y entrevistas de la investigadora con los médicos, las trabajadoras sociales, los enfermos y algunos parientes suyos. Este aumento de fuentes se debió a una encuesta preliminar por la cual se

2 Véase por ejemplo, E. K., *Children's Behavior and Teacher's Attitudes*, New York: Commonwealth Fund, 1928.

3 Mowrer, Harriet R., *Personality Adjustment and Marital Discord*. New York: American Book Co., 1935.

4 Lyddon, Berneice R., "Success of 41 Middle-Aged Cardiac Patients in Following their Medical Social Program". Washington University: Disertación inédita, 1943.

manifestó que los expedientes no bastaban, y había que solicitar informes adicionales por conferencias con las personas ya mencionadas.

Para recoger los datos pertinentes en una forma conveniente, se preparó una cédula de registro. Este incluye: a) informes de las clínicas y de los médicos individuales sobre todo lo que se había recomendado al paciente; b) informes de organizaciones de beneficencia; c) datos que describían al paciente, su familia, su casa, etc. La última parte es la más amplia, trata de los miembros del grupo familiar, la condición de la casa, el carácter y las experiencias del paciente incluyendo tensiones físicas y emocionales, el presupuesto familiar en términos de salario y gastos por semana, bienes raíces y muebles, los cambios que el enfermo creía que el médico y la trabajadora social le habían recomendado, los cambios llevados a cabo, etc.

Después de transcribir los datos en la cédula de registro, se calculó el grado de la acomodación del paciente en la forma siguiente: se atribuyó a cada grupo de recomendaciones una serie de puntos, según la importancia indicada por los médicos. Por ejemplo, si el enfermo realizaba todo lo recomendado respecto al trabajo y al ejercicio físico, se atribuían 6 puntos. Si se realizaba cerca de la mitad, se atribuían 3 puntos. Si no realizaba nada, se atribuían 0. De igual modo, si se trataba de dormir y descansar, se atribuían 6, 3 ó 0 puntos; de dieta, de arreglos y servicios especiales en el hogar, 4, 2 ó 0 puntos; de ruido 2, 1 ó 0 puntos. Al comparar los cambios que el médico y la trabajadora social dijeron que había aconsejado con los cambios que el paciente había llevado a cabo, se pudo calcular la suma posible de puntos, la suma realizada, y también el porcentaje realizado. La variación de porcentajes fué de 10 a 100, y la media aritmética fué 65. Es decir, por término medio los enfermos cumplieron con 65 por ciento de las recomendaciones.

De una manera semejante se calculó el grado en que el enfermo entendió las recomendaciones. Al comparar las recomendaciones con lo que el paciente creía que el médico y la trabajadora social habían aconsejado, se atribuyeron puntos y se calcularon una suma y un porcentaje. Los porcentajes oscilaron entre 15 y 100; la media aritmética fué 77. Aunque un gran número de pacientes mostraron altos porcentajes, tanto en cuanto a la acomodación como en cuanto al entendimiento, el coeficiente de correlación entre los dos no fué más de .09, que no indicó ninguna relación entre la acomodación y el entendimiento. Evidentemente las causas de no cumplir con las recomendaciones tienen que buscarse en otros factores.

Luego se consideró el presupuesto familiar del enfermo. Primero, se sumó todo lo recibido de cualesquiera fuentes. Segundo, se registró lo gastado por habitación, alimentos, artículos de consumo doméstico, medicina, etc. Tercero, se calculó todo lo que necesitaba la familia según un presupuesto normal, teniendo presentes las recomendaciones médicas y sociales. Entonces se calculó la proporción de la suma requerida a la suma recibida por la familia. Al fin, se computó el coeficiente de correlación entre los porcentajes de acomodación y los de suficiencia de ingresos familiares. Resultó un coeficiente de .318, el más pequeño coeficiente que puede indicar, en este caso, una relación definitiva. Esto quiere decir que la condición económica de la familia influye en escasa medida en el grado en que se realizan las recomendaciones.

Entonces se consideró la cuestión de si el paciente quería cumplir con lo recomendado o no. La manera de determinar si el enfermo tenía buena o mala gana fué un proceso de eliminación, utilizando una escala de referencia parecida a la descrita anteriormente. Se atribuyeron puntos, al notar a) la realización parcial o completa de la aconsejada; b) la presencia de otras causas potenciales. Un pequeño número de puntos indicaba que probablemente el enfermo no quería cumplir con las recomendaciones. Dicho en otra forma, se atribuía el máximo número de puntos a un artículo—trabajo, descanso, alimentos, arreglos domésticos, servicios especiales, ruido— a) si lo recomendado se realizaba por completo, b) si la falta de realizarlo fué acompañada, c) de insuficiencia económica, d) de mal entendimiento de las instrucciones, o e) de carencia de cooperación familiar. Es decir, bajo las condiciones mencionadas no puede suponerse que la falta de acomodación indique mala gana por parte del enfermo.

Se atribuyó el número intermedio de puntos, si el paciente realizaba aproximadamente la mitad de lo aconsejado, y si no se encontraban insuficiencia económica, mal entendimiento, ni carencia de cooperación familiar. En la ausencia de las mismas condiciones y de haber realizado nada de lo recomendado, se atribuyó el número 0. Es decir, en este caso se puede suponer que la falta de cumplir con las recomendaciones sea el resultado de mala voluntad. Otras indicaciones de esta mala gana aparecían en declaraciones del paciente, registradas en el expediente social o hechas en la entrevista con la investigadora. Varios enfermos declararon explícitamente su oposición al médico o a otros profesionistas de la clínica.

Como se hizo antes, se calcularon la máxima suma de puntos, la suma realizada, y el porcentaje. Al fin se computó el coeficiente de correlación

entre los porcentajes de acomodación y los de buena gana. Este coeficiente (.509) es muy significativo, e indica claramente que el paciente que quiere cumplir con las recomendaciones médicas y sociales, probablemente puede realizarlas con éxito, si otros factores no se lo impiden.

De todo esto se puede concluir que la tarea principal de una trabajadora social, cuando se trata de pacientes cardíacos, es a) interpretar las recomendaciones médicas, b) dar asistencia respecto al presupuesto familiar y arreglos domésticos, y c) influir en la actitud del enfermo. El hecho aparente de que la actitud de buena o mala gana tiene más importancia que la condición económica, el grado del entendimiento, o la cooperación familiar, puede deberse al éxito de las trabajadoras sociales en resolver estos problemas. En cambio, es posible que la actitud del enfermo tiene realmente mayor influencia sobre la acomodación del paciente. Hasta ahora, esto no puede determinarse exactamente.

En estos dos estudios se han manifestado algunas posibilidades de extraer datos sociológicos de expedientes de servicio social. Obviamente hay dificultades y limitaciones, pero también obviamente hay aquí una fuente importante de datos para investigaciones científicas. Además, se han puesto de manifiesto unos métodos de convertir materias narrativas y descriptivas en una forma cuantitativa, que puede manipularse estadísticamente. Los procedimientos de estos estudios son relativamente sencillos y no refinados. Pero tal vez sugerirán métodos superiores que se desarrollarán en investigaciones futuras.