

Models d'intervenció en el treball social sanitari. La gestió de casos

Dolors Colom Masfret

PID_00208225

Índex

Introducció	5
1. La gestió de casos	9
2. Models d'intervenció	11
2.1. Models de resposta	12
2.2. Models de gestió dels casos socials sanitaris	12
2.2.1. Models d'ajuda: del model de beneficència al model professional	13
2.2.2. Models de treball social: reflexions i aportacions de Woods i Hollis	14
2.2.3. Models de treball social: reflexions i aportacions d'altres autors	18
2.2.4. Models de treball social sanitari en salut mental	23
3. El model ISSIS: model integrat de gestió del servei i dels casos	24
3.1. Instruments bàsics del model ISSIS	26
3.1.1. Instrument per a registrar la complexitat social	26
3.1.2. Instrument de classificació de recursos associats al procés social sanitari	29
4. Tècniques que fa servir el treballador social sanitari	32
4.1. Observació	32
4.2. Documentació i registre en suport de paper i digital	33
4.3. Entrevistes i qüestionaris	33
4.4. Escales funcionals, instrumentals	35
4.5. Classificacions	35
4.6. Reunió	35
4.7. Estadística	36
4.8. Altres tècniques	36
Resum	37
Bibliografia	39

Introducció

La intervenció

A *The Social Work Dictionary* el terme *intervenció* és definit de la manera següent:

"1. Venint de grups de gent, intercedint en grups de gent, esdeveniments, planificació d'activitats, o en conflictes interns individuals. 2. En treball social, el terme és anàleg al terme mèdic *tractament*. Molts treballadors socials s'estimen més fer servir el terme *intervenció* perquè inclou *tractament* i altres activitats per a solucionar o prevenir problemes o aconseguir objectius. Així es refereix a psicoteràpia, advocacia, mediació, planificació social, organització comunitària, recerca i desenvolupament de recursos i moltes altres activitats".

Florence Hollis i Mary E. Woods, en la tercera edició del seu llibre *Casework, a Psychosocial Therapy*, dediquen el capítol 4 a les classificacions d'intervenció, "Classifications of Casework Treatment". Hi escriuen el següent:

"El tractament, sigui el que sigui, és un procés adreçat a una meta dirigida. En els diversos enfocaments [models] [...] Es fan servir diferents mitjans en els diversos enfocaments per a aconseguir l'efecte volgut. Hi ha moltes maneres de classificar aquests mitjans. Hem trobat que és útil basar la classificació en els passos que permetin de posar en joc un tractament dinàmic".

F. Hollis i M. E. Woods (pàg. 85-107)

Per a il·lustrar el text, posen l'exemple d'una dona vídua que està espantada per la seva intervenció, exposen diferents motius que la porten a patir d'ansietat i, en paral·lel, exposen diferents abordatges i enfocaments perquè es redueixi aquesta ansietat. Cada enfocament té la seva pròpia dinàmica. Continuen les autores:

"Els processos tenen un objectiu comú –reduir l'ansietat– però la dinàmica que els envolta és diferent. En un cas parteix de l'estímul per a reduir l'ansietat, s'orienta a mesures ambientals; en un altre es dona la seguretat, depenent del client i a partir de la confiança amb el treballador social; en un altre rep suport perquè compregui d'una manera més real la situació; en un altre l'ajuda a prioritzar les seves emocions embolcallades en les seves relacions personals i les seves conseqüències si produeixen reaccions comunes".

F. Hollis i M. E. Woods, *op. cit.* (pàg. 85-107)

Les autores es refereixen a l'expansió del coneixement del diagnòstic social diferencial, i assenyalen que en la primera edició del llibre Hollis ja va elaborar una classificació sobre els processos de tractament.

Lectura recomanada

R. L. Barker (2003). *The Social Work Dictionary* (pàg. 226-227). Washington: NASW Press.

Referència bibliogràfica

F. Hollis; M. E. Woods (1981). *Casework, a Psychosocial Therapy* (3a. ed.). Nova York: Random House.

"Abans de discutir aquesta tipologia hem de revisar el desenvolupament general de les classificacions en la teoria del diagnòstic diferencial. Els canvis en la classificació reflecteixen el creixement del coneixement. Cada nova tipologia es construeix sobre les antigues i mira de definir l'abast del tractament de treball social de casos tan bé com descriure els processos emprats en els diferents períodes. [...] Hi ha hagut un gran nombre de classificacions de tractament de treball social de casos. Mary E. Richmond ben aviat va destacar una simple distinció. El 1922 va parlar de «tractament directe» i «indirecte». Això significava els processos directes entre el client i el treballador social –la influència d'una ment sobre una altra– i després els canvis que el treballador social portava a l'ambient psicosocial del client".

F. Hollis i M. E. Woods, *op. cit.* (pàg. 85-107)

Les autores, en el capítol esmentat, indiquen les classificacions següents:

El 1947, Grete Bibring, psicoanalista que va treballar estretament amb treballadors socials de casos, va establir cinc grups de tècniques de procediments emprades en tot tipus de teràpies, i hi va incloure els treballadors socials de casos: 1) suggeriment, 2) alleujament emocional, 3) influència immediata (o maneig), 4) clarificació, 5) interpretació.

El mateix 1947, Hollis va suggerir una altra classificació de mètodes d'intervenció: 1) la modificació ambiental, 2) el suport psicològic, 3) la clarificació, 4) el desenvolupament interior.

El 1948, Lucille Austin va elaborar una nova classificació d'intervenció en la qual apuntava dos àmbits: la teràpia social i la psicoteràpia. En aquest darrer cas la va dividir de la manera següent: 1) teràpia de suport, que té com a objectiu prevenir la ruptura interna; 2) teràpia de desenvolupament intern, que té com a objectiu aconseguir el canvi en l'ego incrementant l'habilitat de gestionar les dificultats; 3) teràpia experimental, vista com un intermedi entre les metes de la primera i de la segona.

En la cinquena edició (2000) del mateix llibre, les autores abunden en els arguments de la tercera i també amplien i precisen les vies de tractament. En aquest llibre assenyalen quatre maneres d'anomenar l'acció recollida en el pla de treball: 1) tractament, 2) procediment d'ajuda o servei, 3) teràpia, 4) intervenció. Cadascuna té la seva pròpia aplicació i contingut encara que s'emprin indiferentment.

Tractament: actuar o comportar-se amb una altra persona d'una manera determinada. La paraula és molt adequada per a les activitats del treball social de casos (*case work*) i no la volem emprar en els mateixos termes que la medicina.

Procediment d'ajuda o servei: es fa servir més àmpliament que *tractament* per a cobrir totes les formes de la pràctica del treball social de casos, incloent-hi actes específics de pràctica d'ajuda.

Teràpia: es refereix al treball en què en l'àmbit social i l'àmbit psicosocial s'empren els mitjans per a permetre a individus de fer front als dilemes ambientals, interpersonals o intrapsíquics i la interacció entre uns i altres, que són causa d'estrès personal.

Intervenció: es prefereix com un terme general. És comú i no exclusiu dels terapeutes de família o grups.

F. Hollis i M. E. Woods, *op. cit.* (pàg. 4 i 5)

La intervenció en treball social sanitari està orientada en la direcció que marca el diagnòstic social sanitari, però des de la primera trobada entre el malalt, la seva família i el treballador social sanitari ha de resultar terapèutica.

1. La gestió de casos

El terme *gestió (management)* ja el va fer servir Adam Smith a *La riquesa de les nacions*, obra publicada el 1776. En els establiments i serveis de l'estat del benestar –per tant, els serveis sanitaris– distingim dues dimensions clàssiques de gestió: la gestió de casos o *case management* (la gestió, direcció, administració del cas social sanitari) i la gestió de cures o *care management* (la gestió, direcció, administració de la cura). La gestió de casos implica tot l'univers del cas social sanitari, en el qual es reuneixen les diverses intervencions, cadascuna de les quals s'expressa mitjançant la gestió de les diferents cures; per exemple, la gestió de la cura sanitària (*health care management*). La visió de l'especialista (*care manager*), la seva intervenció, es tradueix en el tot, però des de la visió del gestor, director o administrador del cas (*case manager*) continua essent una part especialitzada dins el cas social sanitari. La gestió del cas social sanitari inclou sempre la gestió de les cures, que són part d'una organització superior. En totes dues intervencions s'estableixen jerarquies dissenyades partint de la perspectiva general (el cas) cap a l'específica (la cura), la formació acadèmica (el desenvolupament de les habilitats i del coneixement) i la funció (la responsabilitat que exigeix el coneixement). Se subratlla la formació acadèmica com a garant bàsic per a l'exercici professional de màxima qualitat.

La gestió del cas és el més pròxim a l'excel·lència. L'excel·lència com a evidència de la bona pràctica, equiparable al concepte de *valors B*, definits per Abraham M. Maslow com "la veritat, la bellesa, la perfecció, la justícia". La gestió del cas solament aconsegueix l'excel·lència quan ha superat l'àmbit bàsic, l'àmbit reactiu, i se situa en l'àmbit proactiu.

Una primera al·lusió a la gestió de casos dins l'espai professional que ens ocupa, el treball social sanitari, la trobem el 1915, i arriba sota el guiatge d'Abraham Flexner en la seva famosa conferència, esmentada en la primera assignatura, "Is social work a profession?". Després d'elaborar els conceptes de *professió* i *professional*, fa la reflexió següent, pel que fa a la manera com veu ell què és el treball social.

"El treballador social agafa un cas, el d'una família que es desintegra, el d'un individu arruïnat, o una indústria poc socialitzada. Havent detectat el problema, havent decidit sobre la naturalesa particular d'aquest problema, en general no demana ajuda a l'agència, al professional o un altre especialista, el que està més ben preparat per a cuidar-se'n".

Davant una malaltia fa falta el metge. Davant la ignorància cal una escola. Davant la pobresa es crida l'Administració, la caritat organitzada, i així successivament. Davant l'emergència, fins a quin punt la intervenció del treballador social com un agent –o entre agències particulars, establint el més bon repartiment possible– es converteix en professional? No és la intel·ligència la que crida els professionals per a l'acció concreta?

A. Flexner

Lectura recomanada

A. H. Maslow (2005). *El management según Maslow* (pàg. 70). Barcelona: Editorial Paidós.

Referència bibliogràfica

A. Flexner (1915). "Is social work a profession?". A: *Official Proceedings of the Annual Meeting: 1915* ("National Conference on Social Welfare Proceedings").

En gran manera i amb gran apreciació del treball diari, Flexner assenyalava el paper de gestor de casos que assumien els treballadors socials, i afegim-hi sanitaris perquè les places eren en hospitals. El dubte que tenia era si aquesta activitat era una professió, i ho qüestionava partint dels principis que hem vist en la primera assignatura. D'allò que no en tenia cap dubte, però, era que es tractava del treballador social sanitari. Malgrat això, s'ha vist amb el temps que aquesta responsabilitat recau en altres professionals que han sabut assumir el paper amb més afectivitat.

Com que som en la intervenció, agafarem la teoria de la piràmide de necessitats de Maslow, reconegut erudit en l'estudi de la gestió que basa la feina de les organitzacions, de la societat, en l'autorealització de les persones, en la sinergia entre elles, acceptant el fet que el coneixement s'encomana, i en la gestió il·lustrada, entenent que la presa de decisions es basa en les aspiracions i el saber dels professionals, de les persones afectades. Les necessitats bàsiques per ordre d'importància primària són les següents:

- Les necessitats fisiològiques.
- Les necessitats de seguretat.
- Les necessitats socials.
- Les necessitats d'estima.
- Les necessitats d'autorealització.

Podem interpretar que l'ajuda filantròpica, caritativa, se centra a cobrir les necessitats que ocupen els primers llocs de la llista, i el treball social sanitari, a més d'encarregar-se d'això, ajuda la persona perquè sigui part de la solució, penetra en la satisfacció de les necessitats finals de la llista, les socials, les d'estima i, fins i tot, les d'autorealització.

Demetrio Casado explica la gestió de casos de la manera següent:

"En el frente de los servicios, se registra el progresivo desplazamiento de los formatos totales (hospital de crónicos, hospital psiquiátrico de internamiento perpetuo, residencia asistida..., asistencia en familias sin ayuda) por las combinaciones de recursos de cobertura parcial (hospital de agudos, hospital de convalecencia, hospital de día, hospitalización domiciliaria, ayuda a domicilio, centros de día, residencia temporal...). La convergencia de los dos fenómenos apuntados da lugar a una fuerte y variada demanda de coordinación".

D. Casado

El gestor de casos reuneix en un de sol tots els professionals dels diferents serveis que convergeixen en l'atenció a la persona i la seva família. El gestor de casos és una figura que, si bé encaixa en el perfil del treballador social sanitari, com hem assenyalat, avui dia, és una funció que poden assumir altres professionals. Malgrat això, la mateixa naturalesa del treball social sanitari el continua assenyalant com la professió més adequada per a assumir aquesta competència.

Lectura recomanada

A. Maslow (1982). "Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa". *Más allá del Ego* (pàg. 182-197). Barcelona: Editorial Kairós.

Lectura recomanada

D. Casado (coord.) (2009). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales* (pàg. 5 i 6). Barcelona: Editorial Hacer.

2. Models d'intervenció

La intervenció és la porta per la qual passa l'acció sobre el cas social sanitari que requereix la nostra atenció. Hi ha dos models bàsics d'intervenció, esmentats en la taula anterior:

- **Model proactiu.** Es basa en l'atenció a les persones que presenten determinades variables que s'han definit prèviament com de risc. El risc l'hem d'haver calculat, no és una cosa narrativa. El risc implica atendre problemes potencials, que requereixen un estudi per a descartar-los o per a actuar-hi. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix *risc* de la manera següent:

"La probabilitat d'un resultat advers o un factor que augmenta aquesta probabilitat. [...] Per a protegir la població –i ajudar-la a protegir-se a si mateixa– els governs han de poder avaluar els riscos i triar les intervencions més eficaces i assequibles per a evitar que es produeixin aquests riscos".

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo*.

Les característiques principals del model proactiu són les següents:

- Se segueixen programes amb indicadors de risc provats. No cal la demanda, solament la presència dels indicadors definits (generalment recollits mentre s'ha intervingut amb el model reactiu o demostrats en altres recerques).
- És un model equitatiu basat en la planificació de la intervenció, sense que aquesta intervenció impliqui l'ús de recursos.
- No deixa al client la responsabilitat de saber o de reconèixer que presenta una necessitat.
- Permet d'analitzar les dades en un sentit ampli i representatiu relativitzant els problemes reals en relació amb els potencials.
- Facilita el disseny de programes preventius.
- **Model reactiu.** Es basa en l'atenció de problemes. Si no es detecta un problema, si no hi ha una demanda explícita, no hi ha intervenció. Les característiques principals del model reactiu són les següents:
 - Es fa la intervenció a demanda del client o d'altres.
 - Les persones són les que decideixen, segons la seva resiliència (*resilience*), quan demanen ajuda.
 - Es basa en la improvisació; no permet la programació de l'activitat.
 - Està subjecte a l'emocionalitat de la persona i de la seva xarxa, cosa que afavoreix la desproporció de la realitat.

- Els resultats sempre són esbiaixats i no es poden considerar per a prendre determinades decisions.
- No permet la prevenció.

2.1. Models de resposta

Continuant amb la metàfora de la intervenció com a porta d'entrada, la resposta és la porta de sortida, és la solució que es dóna al cas que ha motivat la intervenció.

- **Model proactiu gestionat.** Atén les necessitats adaptant i ajustant les solucions més bones possibles. Es retroalimenta amb sistemes d'informació que són la base de futures preses de decisions. Les característiques d'aquest model són les següents:
 - És flexible.
 - Redueix la distància entre la necessitat plantejada i detectada i els recursos emprats per a resoldre-la.
 - És democràtic i permet d'ajustar la intervenció considerant la participació dels protagonistes, les persones que tenen els problemes.
- **Model reactiu administratiu.** Les solucions són les que estan previstes. No implica que es resolguin casos socials; es resolen problemes d'acord amb la necessitat diagnosticada. No té en compte excepcions. Aplica normatives, escales. Un exemple d'aquest model és l'atenció a la dependència. Les característiques més destacables són les següents:
 - És un model rígid.
 - Els professionals d'aquest model són executors d'ordres, però no participen en el disseny de la normativa ni poden fer més del que fan, encara que vulguin.
 - Els resultats es mesuren en funció del que s'ha fet, no del que s'hauria de fer o es podria fer.

2.2. Models de gestió dels casos socials sanitaris

Abans d'introduir-nos en els models en la gestió de casos recordarem com defineix Gordon Hamilton què és un cas social.

"Un cas social no està determinat pel tipus de client (família, infància, persona gran, adolescent), no està determinat pel tipus de problema (problemes econòmics, problemes de conducta). El cas social és un esdeveniment vital en el qual sempre hi ha proporcions, variables econòmiques, físiques, mentals, emocionals i dels factors socials. El cas social està compost de factors interns, externs o mediambientals. Un no tracta les persones en un sentit físic o en un sentit mediambiental; les tracta en relació amb les seves experiències socials i en relació amb els seus sentiments pel que fa a aquestes experiències".

G. Hamilton (1951). *Theory and Practice of Social Case Work*. Nova York / Londres. The New York School of Social Work / Columbia University Press.

Hamilton assenyala que sovint les persones pensen que un cas social, pel fet de presentar característiques semblants, és igual que un altre. Adverteix que això no és cert, ja que les persones tenen objectius diferents, vivències diferents, i això deixa empremtes diferents en cadascun dels casos socials. Si ens situem en el camp sanitari, el treballador social sanitari es troba, a més, que el cas social sanitari està tenyit d'una malaltia, un diagnòstic mèdic, un pronòstic, amb les seves pròpies característiques socials i influències. Assenyala, Hamilton, no és fàcil de conèixer un altre ésser humà, i això els professionals ho hem d'acatar. Aquesta dificultat la salvem aplicant tècniques per a obtenir la informació necessària i analitzar-la. Podem afegir a això que la gestió del cas social sanitari és una de les funcions del treball social sanitari. La bibliografia sobre els models de treball social és extensa i en aquests darrers anys ocupa un espai important per al debat professional. L'adaptació al camp sanitari és una feina pendent que estem començant en aquest postgrau.

2.2.1. Models d'ajuda: del model de beneficència al model professional

Aquesta és la primera baula en què ens aturarem, perquè hi ha el nostre origen com a treballadors socials sanitaris. Com va assenyalar Noel Timms, professor de ciències socials aplicades, de la Universitat de Bradford:

"El diagnòstic o l'exercici d'alguns professionals de jutjar un problema és part del concepte modern de treball social. Una de les maneres en què podem datar l'inici d'aquest tipus de treball social és demanant-nos en quin moment els filantrops, sistemàticament, van començar a dubtar abans de respondre, en la mesura del possible, a la sol·licitud dels demandants, en el seu valor nominal; quan van començar a comprendre la demanda individual".

N. Timms (ed.); E. Sainsbury (1970). *Social Diagnosis in Casework*. Londres: Routledge and Kegan Paul.

Com evolucionen els models d'ajuda i de la prestació de l'ajuda? Ens trobem, ho hem vist en el crèdit d'antecedents històrics, que algunes formes de la beneficència, de la filantropia, van evolucionar cap a formes professionalitzades recolzades, cada vegada més, en el mètode científic. El 1890 es parlava de la nova caritat, un model que combinava creences religioses amb pràctiques caritatives. L'ajuda girava al voltant de la pobresa. La malaltia, tard o d'hora, es manifestava per evolució natural, i era suportada i alimentada per aquesta pobresa i les males condicions de vida d'aquesta població. Sabem la vinculació que es dona entre aquestes dues realitats. Al principi solament es responsabilitzava l'individu de la seva precarietat, de la seva marginació, però no van trigar a arribar teories noves que atorgaven a la societat, al seu model, una part de la responsabilitat en la generació d'aquestes borses de pobresa.

Lectures complementàries

D. Colom (2007). "El «management», el «care management» y el «care management» en trabajo social". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 79).

D. Casado (2009). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Hacer.

Referència bibliogràfica

E. N. Agnew (2004). *From Charity to Social Work*. Urbana/Chicago: University of Illinois Press.

El 1910 Garnet I. Pelton va assenyalar aquesta diferència entre la filantropia que reposa en un model d'ajuda immediat i sense altre objectiu que cobrir la necessitat i la intervenció des de treball social hospitalari que recolzava en el diagnòstic social sanitari i sobre un pla de treball. La beneficència i la filantropia ajuden la persona i la família amb regals, però no l'ajuden a sortir de la pobresa, ans al contrari, la hi mantenen. El treball social hospitalari, deia Pelton, estableix el diagnòstic social i segueix un pla terapèutic per mitjà del treball social de casos, que cerca la transformació de les realitats.

Grosso modo, en el treball social sanitari ens recolzem en models integrats i integradors que cerquen el canvi, la millora psicosocial de la persona partint de la persona mateixa, alimentant les seves capacitats, els seus aspectes positius i les seves fortaleces perquè sigui ella mateixa la que vagi fent aquest gir que li permetrà d'aconseguir l'autonomia social. També intervenim, però, en l'entorn, tant social com d'estructura de serveis. Proponem programes, alternatives, etc.

2.2.2. Models de treball social: reflexions i aportacions de Woods i Hollis

Hollis i Woods, en el seu conegut *Casework, a Psychosocial Therapy*, del qual es continuen fent edicions, fan un recorregut reflexiu pels diferents models (teories) de treball social que, al llarg dels anys, han sortit a la llum. N'hi ha molts, diuen.

Atribueixen aquesta eclosió al fet que els treballadors socials han estat en contacte amb altres camps terapèutics i presents en els nous desenvolupaments de les ciències socials. Assenyalen que, a partir d'aquí, han investigat i han formulat les seves pròpies idees basades en l'observació i l'experiència pràctica des del treball social.

"En el mig segle passat ha aparegut un ventall ampli de teories o models¹ de tractament de treball social [...]. En la pràctica dels treballadors socials que segueixen diferents models hi ha moltes superposicions; cada grup d'aquests treballadors socials sovint manlleva idees i tècniques dels altres. Això ens pot justificar, en part, l'observació que les diferències en la pràctica no són, sovint, tan grosses com ho suposen les teories que se'n segueixen [...]. Les teories varien de moltes maneres. Difereixen molt; per exemple, segons l'èmfasi entre la relació client - treballador social: la naturalesa i la importància que tenen en el tractament. Hi ha teories que es refereixen sovint a conceptes com acceptació, cura, simpatia, empatia i respecte. N'hi ha, fins i tot quan no necessàriament s'oposen a aquestes idees, que sembla que els donen poca prioritat en el tractament.

Hi ha aproximacions que depenen força de donar directives i assessorament, i n'hi ha que encoratgen els clients a arribar a la seva pròpia comprensió i presa de decisions. El concepte d'autodeterminació també és acceptat àmpliament, però hi ha grans variacions en el grau amb el qual s'emfatitza aquesta qualitat o al qual s'adhereixen a la pràctica.

Les nocions de mutualitat i col·laboració s'interpreten diferent, depenent del punt de vista".

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a Psychosocial Therapy*. Nova York: McGraw-Hill.

Referència bibliogràfica

G. I. Pelton (1910). "The history and status of hospital social work". A: *Official Proceedings of the Annual Meeting*.

⁽¹⁾És important d'assenyalar que aquestes dues autores apliquen indistintament els termes *teories* i *models*.

La reflexió, sobre aquesta variabilitat, posa en relleu la gran quantitat de models de treball que podem aplicar en funció del punt de vista professional, per descomptat, dels corrents o escoles que seguim. Per a això, però, els hem de conèixer.

Woods i Hollis assenyalen les diferències que hi ha sobre la manera més adequada d'ajudar les persones. En el seu llibre no cerquen, diuen elles, de limitar l'acció dels treballadors socials a mesures cognitives o educatives, o a tècniques de la conducta. Consideren que totes conformen un marc més ampli. També assenyalen la falta d'acord, sovint sobre quin és el problema, "el problema que s'ha de treballar". Situen la figura de Richmond al principi del treball social, i en el seu llibre *Friendly Visiting among the Poor: A Handbook for Charity Workers*, publicat el 1899, s'augurava la teoria moderna del treball social de casos. Seguint el fil conductor de Hollis i Woods, extraiem que el primer model de treball social va ser el treball social de casos. Assenyalen que als anys vint Richmond i els seus associats van començar una tasca de crítica constant examinant les històries de casos, analitzant dins de quin cos de coneixement es podien associar les accions que feien els professionals.

"Aquest escrutini de materials de cas, a partir de la manera com ha evolucionat el cos de coneixements i noves teories, estableix les bases de la primera aproximació científica del tractament de treball social de casos".

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a Psychosocial Therapy* (pàg. 8). Nova York: McGraw-Hill.

Després va arribar el llibre *Social Diagnosis*, de Richmond, que establia l'estudi social, el diagnòstic social i el pla de tractament com la base de la pràctica d'un model, el model psicossocial. D'aquest text extraiem que el cos teòric del treball social de casos, el model psicossocial, se sustenta en el mètode científic, que ha implicat l'estudi de casos partint de la importància dels corrents psicoanalítics. Hem de bandejar la idea que *Social Diagnosis* sorgeix d'una inspiració inopinada sobre el treball social. Cada línia, com mostra el text original, aporta tots els materials dels treballs de camp que s'han fet en l'estudi i anàlisi dels casos atesos.

Aquest punt és un primer ensenyament: quan proposem un model nou hem d'aportar els materials en què ens basem. En quina informació i en quins estudis ens recolzem per a proposar-lo? Quina és la base científica de la nostra proposta?

- **Model psicossocial.** De primer se centrava en la persona afectada. Richmond, sempre per mitjà de l'estudi constant de casos, quan va analitzar els seus registres, va veure la importància i la influència que exercien els membres de la família sobre la persona i entre ells. Aquesta interactivitat era notòria.

Arran d'aquesta observació, ella i els seus seguidors van fer un altre pas: l'individu no es podia veure aïllat, sinó dins el seu context familiar i social, dins el seu ambient habitual. Aquesta observació, avalada per la recerca, va

donar lloc a incloure la família i els factors ambientals dins el diagnòstic social. La pràctica evoluciona, i amb la pràctica els conceptes s'amplien. Aquesta evolució conceptual va molt més allà de l'àmbit narratiu, i es basa en la recerca, en la discussió professional. Les recerques fetes per Richmond proporcionen un coneixement empíric que no podem tractar com una idea abstracta. Qualsevol canvi que introduïm sobre els models, sobre els fonaments d'aquestes models, l'hem de fer partint de recerques noves, seguint els mateixos passos dels qui els van definir. Mentre no arribi aquesta recerca, continuarem donant per vàlids els resultats de Richmond i altres autors posteriors que van elaborar models.

La psicologia i la psiquiatria al principi del segle XX estaven en ple desenvolupament. En la Primera Guerra Mundial, els treballadors socials i els psiquiatres van treballar estretament. D'aquesta associació, expliquen Woods i Hollis, va néixer l'especialitat de treball social psiquiàtric en l'Smith College School of Social Work, un departament especial d'higiene mental de la New York School of Social Work i de la Pennsylvania School of Social Work.

- **Model funcionalista.** Arriba als anys trenta sota el guiatge d'Otto Rank, deixeble de Sigmund Freud, del qual es va separar professionalment per avançar en les seves pròpies tesis; per a Rank, les neurosis tenien a veure amb l'experiència traumàtica del naixement. Així va titular el seu llibre, *El trauma del nacimiento*, publicat el 1923. Partint d'aquesta teoria, la Pennsylvania School of Social Work va proposar una aproximació diferent al treball social de casos. El seu plantejament diferia del model proposat per Richmond i els seus successors en el fet que el que ja ha passat, el que ja ha viscut la persona, és pràcticament irrellevant.

"Per al funcionalisme, la història passada era considerada irrellevant i el diagnòstic va ser desproveït de valor. El dret del client a la seva autodeterminació va tenir molt suport; en poques paraules, es pensava que la voluntat del client i la capacitat per a actuar sobre els seus problemes, actuals o futurs, eren estimulats per la funció de l'agència, incloent-hi limitacions en el temps".

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a Psychosocial Therapy* (pàg. 10 i 11). Nova York: McGraw-Hill.

- **Model del dret a l'autodeterminació.** Simultàniament es començava a debatre un tercer model, el de l'autodeterminació, seguint les teories de l'educació de John Dewey. Woods i Hollis assenyalen l'exemple de Hamilton, que expressava el "dret de la persona a ser ella mateixa". Això implicava que la persona havia d'estar preparada, i per això era tan important l'educació. La capacitat de decisió estava relacionada amb el coneixement. Assenyalem el concepte d'*informació asimètrica*, que va arribar al gran públic el 2001 quan Akerlof, Spence i Stiglitz van guanyar el Nobel d'economia per la seva recerca en els mercats financers. Van analitzar les tares d'aquests mercats i el sistema de preus. Van parlar de la "informació asimètrica".

"Aquellos en los que los distintos agentes que actúan sobre un mismo mercado manejan niveles diferentes de información que marcan sus decisiones".

A. G. Destinobles (2001). "«Los mercados con información asimétrica», tema tratado por los Premio Nóbel de Economía 2001". *Revista de la Facultad de Economía - BUAP* (núm. 19).

"La distribución asimétrica de la información disponible entre los agentes que operan del lado de la oferta y los que actúan del lado de la demanda".

I. Perrotini (2001). "La economía de la información asimétrica: microfundamentos de competencia imperfecta". *Revista de la Facultad de Economía - BUAP* (núm. 19).

Taula 1. Models de treball social. Antecedents

Model de l'escola funcional	Impulsor: Otto Rank. El passat no importa. Estimulem el client basant-nos en el seu dret a l'autodeterminació. El mobilitzem i estimulem incloent-hi limitacions en el temps.
Model de l'escola diagnòstica	Impulsor: Sigmund Freud. Considera que el passat és molt important, i també els aspectes inconscients que influeixen en el desenvolupament de la personalitat. Se sustenta en l'estudi psicosocial, en el diagnòstic i el pla de tractament.
Model de dret a l'autodeterminació	Impulsor: John Dewey. El concepte d' <i>autodeterminació</i> va ser debatut àmpliament, i les teories de Dewey van tenir una gran acceptació. La mateixa Hamilton expressa el dret que té el client de ser "ell mateix".

Com diuen Woods i Hollis, els models de treball social que van continuar van ser el de l'escola diagnòstica i el de l'escola funcional, si bé els de la diagnòstica van tenir més ressonància i seguidors.

Als cinquanta hi va haver uns quants intents d'unir tots dos models. Els canvis socials hi eren, i això va fer que els treballadors socials dissenyessin nous models:

- Model de pràctica clínica (pública i privada), que es va ramificar en d'altres:
- El model de teràpia familiar.
- El model de la pràctica constructivista.
- El model de la perspectiva de fortaleses.
- El model recolzat en l'*empowerment*.
- El model de treball de grup.
- El model per a millorar els serveis humans, basat en l'ecologia.

Empowerment

Com s'esdevé amb molts termes anglesos, no trobem una traducció que transmeti tot el significat que té la paraula en anglès. En català es parla d'*apoderament*, però és una traducció que no té força significativa. Per això deixem el terme anglès.

Dins aquest clar canvi social i els problemes de les persones, Helen H. Perlman va elaborar el model de resolució de problemes (*problem solving*). En conjunt, tant els problemes individuals com els matrimonials o de parella augmentaven. Per això, sempre continuant en el text de Woods i Hollis, es van elaborar altres models:

- El model de teràpia familiar, ja esmentat.

- El model de crisi.
- El model de planificació a curt termini.
- El model de tasques orientades al tractament.
- En un homenatge a Charlotte Towle el 1969 es van definir quatre models de treball social de casos:
 - El model funcional.
 - El model de resolució de problemes.
 - El model de modificació de conducta.
 - El model psicosocial.

Els anys seixanta van arribar amb grans moviments socials. La influència de les masses era un fet, i això va fer considerar que el treball social de casos era escàs, insuficient, precisament perquè centrava l'acció en els individus i les famílies, quan els grans problemes de la societat, deien els nous actors, es devien a les forces del poder que oprimien la comunitat. És important que vegem de quina manera influeix la dinàmica social de cada moment històric sobre les ideologies que sustenten la definició d'un model o altre. L'entorn, tant institucional com social, en el qual ens movem condiciona el model final que apliquem.

Per això, els models s'han d'anar adaptant a les noves realitats, però sempre seguint el camí científic. Aquest fet posa en relleu l'alta variabilitat dels models a l'hora d'aplicar-los, i segons les èpoques i els professionals, n'hi ha que agafen més predominança que d'altres.

2.2.3. Models de treball social: reflexions i aportacions d'altres autors

María C. Romero, de l'Escola de Treball Social de la Universitat de Costa Rica, ha estudiat àmpliament els models de treball social i l'evolució que han tingut d'acord amb l'evolució de la societat mateixa. Es refereix als models terapèutics. Romero escriu el següent:

"El modelo terapéutico en trabajo social sirvió y sirve de referencia de la práctica individualizada, de pequeño grupo y de grupos familiares. El objeto de estudio e intervención del modelo terapéutico es el ser humano individual, o el conjunto de seres humanos en la familia, en los grupos, o en las comunidades, como parte de un ecosistema. Históricamente, se fue configurando bajo el concepto de modelo la forma en que se asumía la práctica con intencionalidad curativa, de tal manera que, según sea la corriente psicológica que se adoptara como referente teórico, el método desarrollado y la finalidad de la acción es posible hablar de diferentes modelos en trabajo social terapéutico desde sus inicios hasta la actualidad".

M. C. Romero *Desarrollo histórico-teórico del modelo terapéutico de intervención en trabajo social*.

En aquest mateix text, Romero, com van fer Woods i Hollis, separa èpoques.

Els anys vint i trenta del segle passat i a partir dels anys quaranta fins als seixanta. La seva aportació ens ajuda a comprendre el concepte de *model* aplicat al treball social. Romero també assenyala les escoles: la "diagnòstica", encapça-

lada per les teories de Richmond i la seva diagnosi social, i la "funcional", basada en la filosofia de Rank. Romero agafa tot això de la filosofia d'Annamaria Campanini i Francesco Luppi. Tornem, però, al principi del text de Romero. Per començar, agafa de Ricardo Hill cinc models d'intervenció que inclou dins el model terapèutic general:

Model socialitzador. Indicat per a grups marcats per situacions de pobresa i marginalitat. Té lloc en el marc de la comunitat. L'autora explica que l'hi ha inclòs per mantenir la teoria de Hill, però que no considera que sigui un model terapèutic.

Model clínic normatiu. Indicat per a persones amb problemes amb les normes. Ja inclou com a possible marc de desenvolupament el sanitari. Alguns exemples d'aquest model són els que aporten les autores clàssiques, en les quals ens basem, en gran manera, dins el sistema sanitari. Romero esmenta Richmond, Hamilton, Hollis i Perlman. També hi podem afegir altres autors com Mary E. Woods, que va treballar i va publicar amb Florence Hollis, Eric Sainsbury, Montserrat Colomer (referent al nostre país) i Francis J. Turner. Les teories de l'àmbit psicosocial són les que nodreixen aquest model, que troba el màxim desenvolupament en l'època de Freud. Podem dir que ha estat i és el model més aplicat comunament dins els sistemes sanitaris. Es produeix la intervenció sobre el malalt, però també s'aborda la família, i es poden derivar altres tractaments familiars.

Els procediments que se segueixen en aquest model són els següents: el treball social de casos, en què hem d'incloure la variant del Programa de la planificació de l'alta; el treball social de grup (*group work*); el treball social comunitari (*community work*).

Model socioconductista. Indicat per a atendre persones amb comportaments problemàtics. Com a marcs d'intervenció inclou l'hospitalari –i per extensió el sanitari– i el sistema de presons. Romero indica que recolza en tècniques de "reforç", "extinció" i "càstig".

Model d'intervenció en crisi. Orientat a situacions crítiques que es preveu que són temporals. Les centra sobretot dins el marc sanitari.

Es refereix a crisis traumàtiques o a crisis que tenen a veure amb el mateix desenvolupament existencial de la persona; es tracta de situacions crítiques temporals, però que si no es tracten poden tenir una àmplia penetració i transcendència en la vida futura de la persona o de la seva família.

Model de comunicació-interacció. Indicat per a la intervenció en famílies o xarxes i grups socials en què l'obstacle principal sigui la comunicació disruptiva que provoca la mala interacció entre els seus membres, i per tant és font de problemes. En aquest model hi ha el començament del treball de família com

Referència bibliogràfica

E. Pérez (1999). *Trabajando con familias*. Saragossa: Certeza.

avui es coneix i es duu a terme. A Espanya, una de les autores que ha treballat més aquest àmbit és Elisa Pérez, que ha estudiat les teories que sustenten la intervenció i n'ha fet l'aplicació.

Aprofundirem en el seu treball més endavant. El seu marc de desenvolupament és el sistema sanitari i altres institucions comunitàries.

En el treball social sanitari sabem que la intervenció social no s'ha de pensar solament sobre l'individu. Hi hem d'incloure sempre la família o xarxa social que hi actua, ja que aquesta família o xarxa és la que l'acull i l'atén a casa. És, gairebé sempre, el seu punt de suport.

La influència de nous corrents i escoles psicològics que es van anar succeint els primers anys del segle XX van aportar noves teories als models inicials, els quals, com es pot observar en el seu desenvolupament, agafen el nom dels seus propulsors. Es poden destacar els següents:

- El **model de la teràpia psicosocial**, de Hollis i Woods, nodrit sobretot per les teories psicoanalítiques i freudianes.
- El **model funcional**, elaborat per Ruth Smalley, basat en les teories de Rank.
- El **model de resolució de problemes**, de Perlman. Recolza en la idea que cal reforçar els recursos propis de la persona i alhora poder mobilitzar l'entorn i els seus recursos per a afavorir aquesta resolució de problemes. En aquest model hi trobem una important justificació a la integració entre els serveis de treball social d'atenció primària i l'atenció especialitzada.
- El **model rogerià**, de Carl Rogers, un humanista que parteix de la idea que les persones es construeixen a si mateixes i que creu en la seva bondat i autorealització.

Elisa Pérez, estudiosa i observadora de la família, de les seves necessitats, com a grup que dona i rep ajuda, com a grup dins el qual es generen moltes patologies i dins el qual es cura, no concep el tractament social a solament un dels membres, encara que sigui l'afectat. Per a Pérez, no es pot deixar de banda la família. Es fonamenta en les grans teòriques i porta les seves teories a la pràctica; les seves tesis tenen el suport de molts treballadors socials sanitaris que per la naturalesa de la seva pròpia feina treballen gairebé sempre, en paral·lel, amb el malalt i amb la seva família. Sabem que la malaltia d'un dels membres de la família afecta poc o molt els altres. Pérez escriu el següent:

"Resultan discutibles aquellas intervenciones emprendidas desde el contexto del mundo referencial aislado, que trata a veces de desmenuzar las realidades complejas de la vida particular, en la que es imposible reconocer la estructura natural de la práctica como lugar en el que se intentan propósitos sistémicos en situaciones inciertas y cambiantes".

E. Pérez (1999). *Trabajando con familias* (pàg. 13). Saragossa: Certeza.

Pérez presenta dos models bàsics d'intervenció:

- **Model d'intervenció directa o psicosocial.** És la que es fa cara a cara amb el client, la que mira de modificar conductes.
- **Model d'intervenció indirecta o socioeconòmica.** És la que es fa des d'altres instàncies i institucions promovent accions i recerques de caràcter general i comunitari.

Una diferenciació elemental, però bàsica a l'hora de definir les diferents actuacions en cada forma. Recordem quan Richmond deia que no era la mateixa cosa atendre un nen abandonat que elaborar un programa per a prevenir l'abandonament dels nens. Aquí tindriem un exemple clar de l'atenció directa i indirecta. Classificació molt elemental que també va fer Richmond, però que assenyalava diferents models d'intervenció.

Dins el model directe o psicosocial aplica el model sistèmic i el model ecològic.

Model sistèmic. Recolza en la teoria dels sistemes de la física clàssica. La física és la ciència a què recorren sovint les ciències socials cercant analogies. La teoria dels sistemes és un exemple d'analogisme entre aquestes dues ciències, i el resultat ha estat el model sistèmic d'intervenció sobretot en teràpia de família.

En la teoria dels sistemes es defineix el sistema de la manera següent:

"El conjunto de diversos elementos que se encuentran interrelacionados entre sí. El punto clave del sistema se encuentra en las relaciones de los diferentes elementos".

F. Arias (1986). "Teoría de los sistemas". A: *Administración de recursos humanos* (pàg. 13-23). Mèxic: Trillas.

Com indica Francisco Ortega, introductor de la teràpia familiar a Espanya, cal distingir entre els sistemes tancats, que es poden estudiar seguint lleis físiques i una causalitat lineal, i els sistemes oberts, els biològics, els socials, sotmesos a la causa final aristotèlica. La teoria dels sistemes aporta als investigadors de la teràpia familiar el suport conceptual de nocions com *interacció*, *jerarquia* o *interdependència*.

Un altre concepte clau que introduïrem en aquest punt, pensant en el treball social sanitari, és el del caos o moviment caòtic, que trenca el determinisme de les lleis de la mecànica. L'àmbit social, l'àmbit humà, és caòtic en essència. Tornem a recordar Richmond quan deia que els treballadors socials eren com grangers que després de sembrar havien de continuar atents a altres variables

Referència bibliogràfica

F. Ortega (1999). *Teoría familiar sistémica*. Saragossa: Certeza

E. Pérez (1999). *Trabajando con familias* (pàg. 5-79). Saragossa: Certeza.

fins que arribés la collita: en el cas dels grangers, al temps, a les plagues, als incendis; en el cas dels treballadors socials sanitaris, al fet que es mantingui la família amb prou cohesió i salut interna perquè el malalt es pugui recuperar, que no es doni cap contrarietat que alteri el pla de treball, etc. Ens referim a elements inevitables en molts casos i que solament ens permeten d'estar atents en cas que es desencadenin, però no podem evitar que s'esdevinguin. Per exemple, no podem evitar de perdre una feina, no podem evitar una malaltia, un accident, una mort sobtada, una traïció. Aquesta és la diferència entre les baules sanitàries i les socials.

Què entenem per *caos* en el nostre context? Tornem a acudir a la física:

"Un sistema caótico es aquel que, partiendo de condiciones iniciales casi idénticas, evoluciona de forma muy diversa y da lugar a resultados completamente distintos. Por ejemplo, cuando lanzamos un dado es casi imposible predecir qué número vamos a obtener porque un pequeño cambio en la manera de tirarlo supone un resultado diferente".

R. González (1996). *Física para juristas, economistas... y demás gente curiosa* (pàg. 47). Barcelona: Crítica/Grijalbo/Mondadori.

Un exemple, aquest de González, que il·lustra l'àmbit psicosocial. *A priori* no podem determinar el recorregut del cas social sanitari: podem projectar-ne la tendència probable si disposem de recerques prèvies que ens la indiquin, però res més. Per això, en l'àmbit social no és possible el determinisme. Antonio Escohotado reflexiona sobre el determinisme en l'àmbit social i escriu el següent:

"El determinismo dice que las mismas causas producen los mismos efectos, siguiendo todo sistema la pauta de sus condiciones iniciales, y siendo por eso calculable o adivinable. Pero tropezamos a cada paso con sistemas «sensibles» a esas condiciones iniciales, que responden a microcambios con macrocambios y presentan la necesidad como resultado de aleatoriedades [...]. Tratándose de una sociedad como la nuestra nada sabemos a ciencia cierta, salvo que exhibe también un orden por fluctuaciones, derivado de haber ido –eligiendo– en sucesivos puntos de bifurcación".

A. Escohotado (1999). *Caos y orden* (pàg. 11-14). Madrid: Espasa Calpe.

El model sistèmic, per tant, preveu tot aquest tapís del cas social sanitari que conformen els membres de la família o d'un grup que hi està relacionat estretament i que fa de família. Quan parla de la família com a sistema, Ortega escriu el següent:

"En la familia como sistema, el principio de orden jerárquico de las estructuras se traduce sobre todo en la configuración de determinados subsistemas; por lo que el imperativo de orden de las estructuras da lugar a que al menos se delimiten algunas de éstas en relación con su definición en los diferentes niveles de la toma de decisiones, del establecimiento de acuerdos, en definitiva, de su diferente capacidad ejecutiva. Con relación al orden jerárquico de las funciones da lugar a que en las familias se establezcan pautas que regulen las relaciones entre los miembros que las componen y entre los subsistemas en los que se han organizado".

F. Ortega. "Teoría familiar sistémica". A: E. Pérez de Ayala (1999). *Trabajando con familias* (pàg. 69). Saragossa: Certeza.

2.2.4. Models de treball social sanitari en salut mental

Assenyalem ara els models més indicats dins la salut mental; per a fer-ho, ens fixem en el treball d'Adolfo Jarne i altres.

"Un modelo representa una orientación para explicar en este caso, la conducta anormal, guiar la investigación, interpretar sus resultados, marcar variables sobre las cuales hay que intervenir, etcétera".

A. Jarne i altres

Lectura recomanada

A. Jarne i altres (2006). *Psicopatología* (pàg. 32-37). Barcelona: Editorial UOC.

Jarne proposa els models teòrics següents en psicopatologia:

1) Model biològic

"[...] en las bases de las alteraciones psicopatológicas se encuentran anomalías biológicas (de tipo genético, bioquímico y neurológico)".

2) Model psicodinàmic

"Es el primero en reconocer los factores psíquicos en la conducta, tanto anormal como normal, y en plantear una continuidad entre la normalidad y la patología. [...] Reconoce las emociones en la vida psíquica. [...] Da una dimensión de normalidad-anormalidad. [...] Da gran importancia a la biografía de la persona".

3) Model humanístic existencial

"Cada persona cuenta con un potencial innato de conocimiento y actualización que actualiza su motor de conducta. [...] Tiende a la autorrealización y a la autenticidad y cuando estas se ven distorsionadas o bloqueadas aparece la patología. [...] Para ellos el método científico no resulta natural pues interfiere. [...] Plantea buscar alternativas al sufrimiento y a la existencia más que estudiar la conducta".

Assenyala tres punts importants:

- Introdueix una posició optimista i esperançadora.
- Emfatitza els factors psicosocials.
- Assenyala la importància de la teràpia com a finalitat essencial de la intervenció.

4) Model cognitivoconductual

"Parte del principio de que la conducta desequilibrada ha sido aprendida. [...] Se trata de hábitos desadaptativos condicionados a ciertos estímulos. [...] Se apoya en lo que se ve, en lo que se puede observar, no en lo inconsciente".

3. El model ISSIS: model integrat de gestió del servei i dels casos

Agafa el nom de l'Institut de Serveis Sanitaris i Socials, empresa de recerca i consultoria. El model ISSIS és el resultat de més de deu anys de recerca, anàlisi de dades i proves pilot que s'han dut a terme durant el temps de formació. Malgrat això, per a donar relleu als punts forts del model presentarem escenaris presos de les proves pilot, però no resultats d'aquestes proves.

El punt fort d'aquest model resideix en el fet que aporta informació en temps real i permet d'establir una comparativa entre el cas social sanitari que estem atenent i el col·lectiu de casos atesos en els períodes precedents. També permet de comparar dimensions de la població atesa al llarg del temps i dels processos socials sanitaris i de l'ús de serveis de suport. Se sustenta en quatre conceptes que ja hem vist i elaborat en el mòdul "Mètode científic: procediments i processos" d'aquesta assignatura:

- el cas social sanitari,
- els procediments socials,
- els processos socials, i
- la variable complexitat.

L'aportació principal d'aquest model és la integració de la variable complexitat als actes assistencials, de la qual resulta, per acumulació, un valor índex de gran interès per a la direcció del servei i per extensió per a la gerència de l'establiment. La inclusió del grau de complexitat al cas social sanitari permet d'englobar, dins l'àmbit quantitatiu (el nombre de casos socials atesos), el qualitatiu (les diferents càrregues assistencials d'aquests casos). Això ho permet el registre del grau de complexitat.

Així, distingim uns casos d'uns altres partint de valors objectius com ara els nombres índex. El model ISSIS integra la gestió del cas social sanitari, elaborada pels treballadors socials sanitaris, i la gestió del servei de treball social sanitari, elaborada per la direcció de treball social, la qual no pot analitzar la seva activitat ni fer les seves estadístiques solament en termes quantitatius. El nombre de visites, d'entrevistes, de gestions, etc. és una informació que no reflecteix el treball real, parlant en termes de treball social sanitari. Els valors resultants d'aquesta pràctica sempre són inadequats, insuficients, inexactes i imprecisos. Els grups de diagnòstics relacionats en matèria sanitària van venir per cobrir aquest buit en els diagnòstics sanitaris.

Taula 2. Fases del model d'intervenció en el model ISSIS

-
- Entrada en un establiment sanitari - problema social. Model d'intervenció
-

- Model d'intervenció
 - Estudi social sanitari seguint el procediment social indicat
 - Identificació de necessitats socials sanitàries
 - Complexitat de gestió del cas en l'àmbit psicosocial
-
- Diagnòstic social sanitari
-
- Definició de la tipologia de suport
 - Definició del procés social sanitari
 - Complexitat de gestió del cas en l'àmbit dels suports institucionals (procés social)
-
- Recurs final emprat
 - Altres suports professionals i personals
 - Pronòstic social sanitari
-

Aquestes quatre columnes contenen les quatre fases principals de la intervenció. La taula que hi ha tot seguit distingeix la complexitat referida a la persona mateixa, a la seva família, de la complexitat referida a la gestió dels suports.

Taula 3. La gestió del cas social sanitari en el model ISSIS

Gestió del cas social sanitari	Complexitat	Escala
• La gestió dels aspectes psicosocials de la persona	• Registre del grau de complexitat	• Lickert (1-5)
• La gestió dels aspectes relatius als suports	• Registre del grau de complexitat	• Lickert (1-5)

Situacions que influeixen en la complexitat del cas. Partim de l'evidència i de la incidència que tenen en l'estada mitjana d'hospitalització:

- La persona no es comunica o és poc receptiva.
- Observem que nega la realitat, la pèrdua que ha tingut i la necessitat d'ajuda professional.
- La família és passiva, no participa activament.
- Observem males relacions familiars.
- Hi ha un aïllament voluntari.
- Comprovem la mobilitat reduïda.
- La persona té barreres arquitectòniques a l'habitatge.
- Etc.

Situacions que augmenten la complexitat del cas en l'àmbit dels suports externs:

- L'actitud dels professionals receptors del cas social sanitari és facilitadora.
- El servei té places disponibles.
- Els criteris d'accés al servei o recurs impliquen molta burocràcia.
- El recurs admet la comunicació per via de correu electrònic.
- Els requisits referits a la persona no estan aclarits.
- L'accessibilitat als professionals responsables de continuar l'atenció.
- El temps mitjà d'espera basat en el càlcul real de casos anteriors atesos pel servei de treball social sanitari.

- L'accessibilitat als professionals responsables de continuar l'atenció.

3.1. Instruments bàsics del model ISSIS

Els instruments de treball són essencials en tot model. Aquests instruments faciliten la sistemàtica, encara que, en darrera instància, sempre depèn del grau de compliment de cada professional. No és res de nou trobar en els serveis formularis incomplets o incomprensibles. La informatització és una regulació indirecta d'aquest punt crític que afecta la documentació. Aquestes fallades d'informació no completada es posen en relleu a l'hora de fer el registre informàtic dels formularis i, pitjor encara, impedeixen l'anàlisi completa.

El model ISSIS, *a priori*, no ens obliga a substituir els instruments habituals de recollida d'informació que fem servir. Això és un avantatge per a facilitar-ne l'aplicació. És ben sabuda la resistència que els professionals oposem als canvis i sobretot als que afecten la documentació. El nou model, des del principi, permet d'obtenir nombres índex. Els primers indicadors quantitius sobre variables qualitatives es calculen des del primer cas.

Caldrà establir la temporalitat, encara que, gràcies a les tecnologies actuals, des dels primers mesos el monitoratge pot ser en temps real. El model disposa de dos instruments bàsics:

- El primer és la base del registre dels valors de complexitat.
- El segon serveix per a classificar els recursos de cada zona i associar-los al procés social.

3.1.1. Instrument per a registrar la complexitat social

L'instrument proposat en la figura 1 s'ha de fer servir sense que afecti els formularis emprats en cada servei per a la recollida d'informació dels clients.

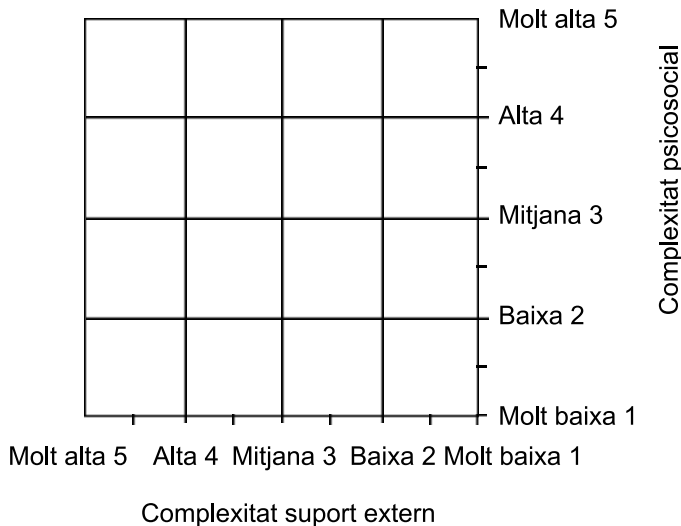
Solament s'ha d'adjuntar una còpia a la documentació principal. La complexitat és una realitat present en tots els casos, i en tots els serveis només cal assenyalar-ne el grau. Per la transcendència que té en cada acte assistencial, l'instrument per a registrar-la ha de ser fàcil de manejar i monitorar. L'instrument que hi ha tot seguit és una proposta, i cada servei pot dissenyar el seu.

- **Descripció.** L'instrument de registre consta de dos eixos de coordenades: *X* i *Y*.
En l'eix *X* hi ha els valors predefinitos de la "complexitat referida als suports externs", entre 1 i 5.
En l'eix *Y* hi ha els valors predefinitos de la "complexitat psicosocial", entre 1 i 5.

El valor final de cada eix es basa en la llista de variables identificades com a evidències de complexitat, i progressivament s'hi afegiran circumstàncies noves que quedin provades com a tals.

Figura 1. Instrument bàsic de registre de la complexitat

Complexitat cas social .../...



- **Escala.** Treballem amb una escala de format Lickert que permet d'establir una gradació entre els valors emprats i la descripció qualitativa d'aquests valors en cada cas. En el model proposat, totes dues complexitats associen els valors quantitativs a una qualitat:
 - Complexitat molt baixa.
 - Complexitat baixa.
 - Complexitat mitjana.
 - Complexitat alta.
 - Complexitat molt alta.

Referència bibliogràfica

B. E. Hayes (1995). *Cómo medir la satisfacción del cliente* (pàg. 77-81). Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

El caràcter ascendent o descendent és una convenció que ha de decidir cada equip segons quin sigui el seu costum, però amb la finalitat d'homogeneïtzar àrees i territoris es recomana de seguir els indicats en la taula superior.

Tots els casos socials sanitaris que tinguin valors que s'acostin a 5 indiquen, apriorísticament, més feina, més dedicació, més inversió de temps professional, més gestions, més informes, més visites amb la persona, amb la seva família, més possibilitats d'allargar l'hospitalització si està ingressada, més dificultats per a accedir als serveis de suport, etc.

En l'escala Lickert es parteix del supòsit teòric següent: la distància entre les categories és la mateixa. A cada grau de complexitat qualitatiu s'hi assigna un valor numèric, sense decimals. De la mitjana de tots plegats (la suma de tots els valors, dividida pel total de persones ateses, de les que es té informació) en resulta el nombre índex, que indica una qualitat de conjunt de població, en aquest cas amb decimals. S'aconsella de posar-n'hi fins a quatre, per a incre-

mentar la sensibilitat de la mesura. La definició de cada categoria de valoració és important perquè delimita. Aquest format rescata els matisos en forma matemàtica.

- **Registre del valor.** Després de les primeres visites estimem totes dues complexitats com venim assenyalant, d'1 a 5, cadascuna independent de l'altra. De cada persona atesa registrem el valor més adequat a la nostra observació, el qual pot variar al llarg del tractament social sanitari. Hem de recordar que cada procés convoca moltes activitats, en alguns casos més que en d'altres.
- **Registre de casos.** Amb un full de càlcul dissenyat per a això, molt senzill, a mesura que registrem els casos individuals s'actualitzarà el valor índex global, el resultat del qual quedarà reflectit en la casella de resultats. A més, aquest full de càlcul es pot considerar una versió electrònica del clàssic llibre de registre en els serveis que el continuïn fent servir.
- **Nombre índex.** Es tracta, com hem assenyalat, d'una mesura estadística que permet de comparar una variable quantitativa, qualitativament, mitjançant períodes i entre categories. La tria del sistema de nombres índex obeeix al fet que en les proves pilot s'ha vist l'efectivitat que té perquè ha satisfet els objectius.
- **Càlcul del nombre índex.** Hem d'aplicar la puntuació (valor) corresponent a cada observació. Hem d'excloure les que no s'hagin respost i eliminar tots els formularis incomplets, els quals quedaran fora de l'operació matemàtica i per descomptat no comptaran mai com a valor 0. El valor resultant compost per una unitat i quatre decimals, sempre igual o inferior a 5 o igual o superior a 1, és el resultat d'una mitjana dels casos útils. Una característica dels nombres índex és la sensibilitat que tenen en el reflex de la variabilitat i la tendència actual. Permeten de comparar períodes, categories, etc.
- **Indicadors.** Partim de la definició de l'OMS. Els valors resultants per períodes són els indicadors quantitativs i el nombre índex els dóna el contingut qualitatiu. Ens permeten la comparació de variables i circumstàncies, informació que influirà en l'evolució del servei i els seus canvis organitzatius. La identificació de noves realitats sempre suscita nous enfocaments. En aquest cas, el seguiment dels indicadors ens mostra les tendències.
- **Pràctica.** Al formulari emprat pel servei de treball social sanitari per a recollir la informació de les persones ateses hi hem d'adjuntar el gràfic de la figura 1. A partir dels valors (nombres índex resultants) hem d'establir el perfil de la persona atesa, i a mesura que disposem de la informació del conjunt, podrem comparar la persona individual amb la resta del conjunt atès abans.

En el nostre exercici diari, tots els tràmits i gestions que fem estan associats a un procés social sanitari. Un dels problemes de sempre és l'escassetat dels recursos, de manera que els objectius d'eficiència interna de l'establiment sanitari poden quedar alterats per la falta de capacitat del sistema de serveis externs d'assumir els casos socials sanitaris que se'n deriven.

- **Requisits per a aplicar-los:**
 - Sistematitzar les atencions individuals dins els procediments.
 - Elaborar el diagnòstic social sanitari definitiu o temporal.
 - Valorar la complexitat del cas social sanitari, la de la gestió dels suports i la de la gestió de l'àmbit psicosocial.
 - Confeccionar un full de càlcul informatitzat per a registrar i calcular.

A manera orientativa, el full té les parts següents:

Taula 4. Model orientatiu dels camps que componen el full de càlcul de registre de la complexitat

Registre	Servei mèdic	Procés social	Recurs	Complexitat de la gestió de l'ajuda externa	Complexitat de la gestió psicosocial
Número de registre. Identifica la persona.	Servei mèdic que atén la persona com apareix en el quadre de comandament de l'hospital.	Tipologies de suport.	Nom literal del recurs o servei que continuarà l'atenció.	Valor numèric de la complexitat de la gestió de la tipologia de suport, el procés.	Valor de la complexitat de la gestió psicosocial del cas.

3.1.2. Instrument de classificació de recursos associats al procés social sanitari

L'instrument de classificació de recursos per a associar-los al procés social sanitari mira de facilitar la identificació i l'agrupació. En la columna de l'esquerra es registra el nom literal del recurs o programa tal com es coneix. En la columna de la dreta, al costat de cada recurs identificat amb el nom literal s'introdueix el codi numèric corresponent a la tipologia que descriu el procés social sanitari.

Taula 5. Instrument de classificació dels processos socials associats als recursos de la zona d'influència de l'establiment

Hospital X	Unitat
Recursos de la zona	Codi del procés social 1) Atenció a domicili 2) Establiments residencials 3) Establiments residencials assistits 4) Establiments sociosanitaris 5) Altres
Titularitat del recurs A	Codificar amb el número identificador
Titularitat del recurs B	Ídem
Titularitat del recurs	Ídem

Aquest exercici l'hem de fer amb un ordinador personal de la manera següent: marquem les dues columnes i ordenem les files de la dreta en ascendent (hi haurà nombres). Amb aquesta simple operació agruparem els recursos per processos socials sanitaris. Vegem, en la taula següent, un exemple figurat però que podria ser de qualsevol servei de treball social sanitari.

Taula 6. Exemple de classificació dels recursos de la zona d'influència segons el procés social sanitari

Servei de treball social sanitari X	Unitat de Sant Hospital
Recursos de la zona	Codi del procés social 1) Atenció a domicili 2) Establiments residencials 3) Establiments residencials assistits 4) Establiments socio-sanitaris 5) Centres de dia 6) Altres
Centre Bona Esperança	05) Centres de dia
Serveis socials de la zona El Centre	01) Atenció a domicili
Atenció a domicili del SAD El Sol	01) Atenció a domicili
Centre socio-sanitari L'Aurora	04) Establiments socio-sanitaris
Titularitat del recurs	Ídem

Amb aquest fàcil sistema mantindrem sempre actualitzada la informació sobre recursos i els processos socials a què pertanyen, i també podrem avaluar periòdicament les tendències de les variables que estudiem habitualment.

Taula 7. Exemple de classificació dels recursos de la zona d'influència segons la tipologia del servei i l'índex d'eficàcia

Servei de treball social sanitari X	Unitat de treball social	Índex de complexitat d'1 a 5
Titularitat dels recursos de la zona	Codi de processos socials 01) Atenció a domicili 02) Establiments residencials 03) Establiments residencials assistits 04) Establiments socio-sanitaris 05) Centres de dia 06) Altres	
Serveis socials de la zona El Centre	01	2,3445
Atenció a domicili del SAD El Sol	01	3,6677
Centre socio-sanitari L'Aurora	04	1,5633
Centre Bona Esperança	05	1,2223
Titularitat del recurs	Ídem	

La tercera columna indica el nombre índex d'eficàcia entre 1 i 5. Així, el treballador social sanitari sap que, davant un cas en el procés d'atenció a domicili, l'empresa El Sol és molt més complexa que els serveis socials El Centre. Això

vol dir que El Sol és menys eficaç que El Centre. Davant aquesta evidència s'ha de prioritzar la derivació a El Centre. Aquesta opinió, però, no és narrativa, sinó que és confirmada per molts casos i pel nombre índex resultant de tots aquestes casos.

Aquesta valoració la fa cada professional i, per tant, està desproveïda d'intermediaris i interessos d'altre tipus que no siguin mirar de millorar l'eficàcia i l'eficiència.

4. Tècniques que fa servir el treballador social sanitari

Per a la consecució de les nostres finalitats professionals, sia per a la planificació, o per a la gestió, o per a l'assistència, fem servir tècniques. Com a treballadors socials diplomats o graduats sabem per endavant l'aplicació d'aquestes tècniques.

De manera molt resumida recordem que les tècniques són recursos professionals que permeten d'aconseguir més amb menys. Així, trobem tècniques d'entrevista quan cerquem una reacció específica, quan hem de canalitzar les emocions, quan hem de ser incisius amb un tema específic, etc. Les tècniques estadístiques, per exemple, permeten, estudiant-ne una, de conèixer una mostra de la població en el seu univers amb molta exactitud.

En l'avenç de les ciències socials s'ha inclòs el desenvolupament de tècniques generals o pròpies de les diferents disciplines que faciliten les seves finalitats. En molts casos no es pot parlar de tècniques exclusives de tal disciplina o tal altra, ja que en totes els professionals les apliquen. La diferència i l'exclusivitat són degudes als objectius de cada professional. Des del treball social sanitari, segons la finalitat, fem tècniques com les següents:

- L'observació (directa i indirecta).
- La documentació i el registre, en suport de paper o digital.
- L'entrevista i els qüestionaris.
- Les escales.
- Les classificacions.
- La reunió: reunió de grup, tècnica de grups nominal i tècnica Delphi.
- L'estadística.

4.1. Observació

Una de les tècniques més aplicades en treball social sanitari és la d'observació, que és part del procediment d'atenció, ja que aplicant-la s'obté molta informació. Com indica Teresa Anguera:

"El observador se distingue del testigo ordinario de los hechos, ya que este último no intenta llegar al diagnóstico de uno de ellos y, además, son muchos los sucesos que pasan desapercibidos".

T. Anguera (1985). *Metodología de la observación en las ciencias humanas*. Madrid: Cátedra.

Sobre aquesta tesi basem la diferència entre la mirada ordinària, aquella que simplement s'esdevé dins el fluir mateix de l'existència i que no pretén res en si mateixa –és la mirada dels actors que formen part del cercle social de la per-

sona-, i la mirada estratègica, aquella que basada en aquest mateix fluir analitza les accions dels actors per refinar el diagnòstic social sanitari. Ens referim a l'evidència captada pel professional mateix.

4.2. Documentació i registre en suport de paper i digital

Richmond es va referir al registre de casos dels treballadors socials de la manera següent:

"Al principi les seves temptatives eren poc menys que una crònica confusa de fets esdevinguts en el curs de la seva feina, però gradualment van aprendre a construir el registre cronològic dels processos essencials aplicats i de les observacions sobre les quals estaven basats aquests processos. Un registre tan complet no és solament una guia indispensable a la futura acció sobre la persona atesa; pot ser el material sens igual per a entrenar altres treballadors socials de casos".

M. E. Richmond (1922). *What is Social Case Work?* Nova York: Russell Sage Foundation.

Amb aquestes senzilles premisses resumeix el quid de la documentació, el valor que tenen els registres, els documents, com a realitats sostingudes, en format de paper o electrònic, que sobreviuen en el temps, es mantenen ancorades al moment en què es van completar i permeten, una vegada i una altra, d'accedir al contingut que tenen i així evitar-ne la desviació per alteracions de la memòria individual.

La documentació té el valor d'encaminar la immediatesa del cas social, en el nostre context sanitari. Assegurar tots els passos dels procediments assistencials i avaluar-los. En aquest cas es vinculen tècniques de documentació amb tècniques estadístiques.

Revisar la documentació permet de recuperar els passatges passats de la professió que han deixat pas a noves situacions que, sense aquests passatges, no haurien arribat mai.

La documentació té la clau del passat, acredita el perquè de les propostes que es fan. És la tècnica que estableix la segona baula; la primera baula és l'observació sobre la qual es construeix el coneixement que elabora la professió a mitjà, curt i llarg termini. En general, quan analitzem la documentació podem projectar el servei de treball social sanitari cap al futur.

4.3. Entrevistes i qüestionaris

- **Entrevista terapèutica.** La paraula és l'instrument de treball dels treballadors socials sanitaris. L'entrevista ha de tenir un objectiu. No hem d'entrevistar mai cap persona sense saber què és el que volem o necessitem que ens digui.

L'entrevista no és una conversa amistosa per a entretenir. Per l'estructura que tenen, hi ha diferents tipus d'entrevistes:

- **Tancades.** En treball social sanitari, almenys en els actes assistencials no s'apliquen, ja que quedaria molta informació per saber o, al contra-

Referència bibliogràfica

D. Colom (2005). *Libro verde del trabajo social*. Madrid: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social.

ri, n'obtindríem en excés. A més, no ens interessa tota la informació, sinó solament aquella que ens ajuda en el diagnòstic social sanitari.

- **Semiobertes.** Davant determinades circumstàncies, mèdiques o socials, establim que hi ha una informació necessària i què hem de saber per a establir un primer diagnòstic social sanitari. Són més adequades quan es coneix el cas.
- **Obertes.** El treballador social sanitari no coneix la persona que li ha demanat cita. Al principi deixa que parli ella per conèixer les seves autèntiques preocupacions, per començar a anotar informació que li permetrà d'entrar en el cas social sanitari i començar el diagnòstic.

- **Entrevista en treballs de camp i recerques**

- **Entrevistes semiestructurades.** Es poden fer al domicili de la persona o a l'establiment on s'està. L'entrevistador, amb cita prèvia, es desplaça al domicili de la persona i fa totes les preguntes. És un mètode molt car i poc pràctic, sobretot a les grans ciutats, ja que els desplaçaments i l'aparcament són un taló d'Aquil·les que alenteix el treball de camp. Així mateix, aquest treball de camp és molt llarg perquè no es poden fer gaires preguntes al dia. Quan la persona està institucionalitzada és diferent; llavors aquest mètode és el més eficient i ràpid perquè permet el contacte directe.
- **Els qüestionaris per correu postal o electrònic.** S'envia el qüestionari a la persona per correu postal o electrònic, però tampoc no és un mètode gaire recomanable per a aquesta finalitat perquè la representativitat que té és nul·la, ja que solament responen les persones que se senten motivades o involucrades en el tema d'estudi, de manera que l'índex de no-respostes és molt alt i, a més, tampoc no es garanteix que respongui la persona titular.
- **Entrevistes telefòniques professionals de telemàrqueting.** Com que cal garantir la qualitat en la recollida de la informació, gairebé *a priori*, llevat que es tracti d'empreses molt especialitzades queda descartat aquest mètode de telemàrqueting aplicat comunament per moltes corporacions que tenen productes que estan en oferta per a adquirir-los dins el procés de mercat lliure.
- **Entrevistes telefòniques professionals.** Les entrevistes telefòniques fetes per professionals requereixen habilitats dels entrevistadors que garanteixin la màxima fiabilitat de la informació que obtenen. Hi ha determinats inconvenients que s'eviten amb l'experiència que habitua l'entrevistador a controlar altres elements, com el canvi en el to de veu o respostes amb pauses. Aquesta és la tècnica més recomanable per la relació cost-resultats i perquè alhora permet d'anar substituint els casos que no responen per d'altres de característiques semblants.

4.4. Escales funcionals, instrumentals

La finalitat de les escales obeeix a dimensions molt concretes². Actualment hi ha moltes escales que han estat validades i que ajuden a processar la informació de manera sistemàtica, però cal tenir en compte el fi per al qual s'han dissenyat. La facilitat per a accedir a instruments d'aquest tipus de vegades fa que es perdi el rigor científic a l'hora d'aplicar-los. Són eines de treball, per exemple diagnòstiques, però no són el diagnòstic.

⁽²⁾Qualitat de vida, grau d'estrès, dependència funcional, etc.

4.5. Classificacions

En les classificacions hi trobem l'origen de la ciència. Per a estudiar una població, una circumstància, hem de classificar. Una classificació és un instrument de treball emprat per a agrupar i ordenar informació diversa d'una manera homogènia i alhora sistemàtica, prenent com a punt de partida paràmetres i variables que es classifiquen en categories, la qual cosa és el començament de l'activitat científica. Tota activitat científica recolza, doncs, en alguna classificació; no hi ha cap classificació que sigui una finalitat en si mateixa, sinó un mitjà per a facilitar l'estudi de les variables, en el cas del treball social sanitari, dels malalts i de les seves famílies, del seu entorn, de la influència que exerceix la malaltia sobre l'amplitud de les seves vides, sobre el suport que requereixen, etc., i així generar coneixement i, per tant, noves teories. L'ús de les classificacions permet de preservar la diversitat dels individus i dins la seva unitat agrupar-los segons les variables que resulten interessants per a fer-ne l'estudi i la posterior correlació. La classificació, per tant, no és una alineació indiscriminada. Lluny de la unificació i homogeneïtzació de les persones, és un exercici que les reconeix com a diferents i amb les seves característiques particulars, que no vol dir exclusives. Els trets que es comparteixen són els que resulten susceptibles d'estudi i comparació (en aquest darrer cas amb tècniques estadístiques específiques).

4.6. Reunió

Es tracta d'un conjunt de persones, ciutadans o professionals, que s'ajunten per a un fi. En una reunió es tracten tota mena de temes i tots els membres saben quin és l'objectiu de la reunió. No és una trobada amb finalitats socials ni de representació, sinó que es convoca per a tractar un tema específic. Per a la conducció de reunions, els professionals poden aplicar diferents tècniques (segons quins siguin els seus objectius), entre les quals hi ha les següents:

- **Reunió de grup (*focus group*).** Tècnica grupal que té com a finalitat aprofundir qualitativament en aspectes que afecten algun procediment o servei de l'establiment. Es tracta d'una tècnica que cerca aportacions qualitatives, crítiques, però constructives. Per això, la selecció dels participants es fa partint de la seva capacitat crítica i d'aportació de propostes noves. En aquest cas no se cerca l'opinió de la majoria, sinó la dels membres les

consideracions dels quals tenen més interès. No es tracta de la quantitat d'informació, sinó de la qualitat que té.

- **Tècnica de grups nominal (TGN).** Tècnica de planificació grupal emprada per un grup de professionals, ciutadans, clients d'un servei, etc., per a resoldre problemes, recollir idees, discutir-les i aprovar-les. El punt fort d'aquesta tècnica és que permet la participació de tots els membres del grup, i evita així que sigui manipulat pels participants que tenen més caràcter o capacitat de concentrar l'atenció. En aquest sentit, d'acord amb la reunió de grup, la TGN cerca abans de tot la qualitat de la informació, però s'hi afegeix la presa de decisions ordenada i ponderada.
- **Grups Delphi.** Tècnica semblant a la TGN però que fa servir l'enviament de qüestionaris per correu postal, ara per correu electrònic. En general es duu a terme amb dos o quatre qüestionaris, que es configuren a partir de les respostes que s'obtenen. El primer pas és elaborar dues o tres preguntes obertes sobre el tema de què es vol tractar.

Referència bibliogràfica

A. L. Delbecq; A. H. van de Ven; D. H. Gustafson (1984). *Técnicas grupales para la planeación*. Mèxic: Trillas.

4.7. Estadística

L'estadística és la branca de les matemàtiques que serveix per a estudiar grans sèries de dades, de població, de circumstàncies. El sistema d'informació del servei de treball social sanitari ofereix grans possibilitats d'anàlisis estadístiques dins l'estudi del que ha ocorregut, el descriptiu, i dins les tendències sobre les quals ens projectarem.

4.8. Altres tècniques

Ens trobem amb una llarga llista de tècniques que ens ajuden a aconseguir la nostra feina.

Resum

Hem vist els models d'intervenció des del treball social sanitari. Aquests models tenen els fonaments en els models clàssics de treball social, si bé els adaptem al sistema sanitari. Els dividim en dos àmbits que obeeixen a dues finalitats: d'una banda, la gestió del servei de treball social i, de l'altra, la gestió dels casos. Hem posat com a exemple de gestió del servei el model ISSIS, que integra la gestió dels casos a la gestió del servei.

L'evolució de la societat, la progressiva complexitat que té en la vida diària, exigeix canvis o reajustaments en els models habituals. El model no s'ha de veure com un esquema rígid inamovible; precisament la mateixa anàlisi del model, les avaluacions periòdiques que se'n facin, ens permetran aquesta adequació.

Les tècniques d'intervenció i de gestió són eines de treball que permeten més amb menys. L'ús d'una tècnica o una altra obeeix al nostre objectiu principal.

L'important és saber per què apliquem un model o un altre, per què apliquem una tècnica o una altra.

Bibliografia

Barker, R. L. (2003). *The Social Work Dictionary*. Washington: NASW Press.

Casado, D. (coord.) (2009). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Editorial Hacer.

Flexner, A. (1915). "Is social work a profession?". A: *Official Proceedings of the Annual Meeting: 1915* ("National Conference on Social Welfare Proceedings").

Hollis, E.; Woods, M. E. (1981). *Casework, a Psychosocial Therapy* (3a. ed.). Nova York: Random House.

Jarne, A. i altres (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.

