

Modelos de intervención en el trabajo social sanitario. La gestión de casos

Dolors Colom Masfret

PID_00208234

Índice

Introducción	5
1. La gestión de casos (<i>case management</i>)	9
2. Modelos de intervención	12
2.1. Modelos de respuesta	13
2.2. Modelos de gestión de los casos sociales sanitarios	13
2.2.1. Modelos de ayuda: del modelo de beneficencia al modelo profesional	14
2.2.2. Modelos de trabajo social: reflexiones y aportaciones de Mary E. Woods y Florence Hollis	15
2.2.3. Modelos de trabajo social: reflexiones y aportaciones otros autores	20
2.2.4. Modelos de trabajo social sanitario en salud mental	24
3. El modelo ISSIS: modelo integrado de gestión del servicio y de los casos	26
3.1. Instrumentos básicos del modelo ISSIS	28
3.1.1. Instrumento para registrar la complejidad social	28
3.1.2. Instrumento de clasificación de recursos asociados al proceso social sanitario	31
4. Técnicas que utiliza el trabajador social sanitario	34
4.1. Observación	34
4.2. Documentación y registro en soportes de papel y digitales	35
4.3. Entrevistas y cuestionarios	35
4.4. Escalas funcionales, instrumentales	37
4.5. Clasificaciones	37
4.6. Reunión	37
4.7. Estadística	38
4.8. Otras técnicas	38
Resumen	39
Bibliografía	41

Introducción

La Intervención

En *The Social Work Dictionary* “la intervención” se define como:

“1. Viniendo de grupos de gente, intercediendo en grupos de gente, acontecimientos, planificación de actividades, o en conflictos internos individuales. 2. En trabajo social, el término es análogo al término médico *tratamiento*. Muchos trabajadores sociales prefieren usar el término *intervención* porque incluye *tratamiento* y otras actividades para solucionar o prevenir problemas o alcanzar objetivos. Así se refiere a psicoterapia, abogacía, mediación, planificación social, organización comunitaria, búsqueda y desarrollo de recursos y muchas otras actividades”.

Florence Hollis y Mary E. Woods en la tercera edición de su libro *Casework a Psychosocial Therapy*, dedican el capítulo 4 a las clasificaciones de intervención, *Classifications of Casework Treatment*, escribían:

“El tratamiento, sea cual sea, es un proceso dirigido hacia una meta dirigida. En los diversos enfoques [modelos]... Diferentes medios se utilizan en los diversos enfoques para lograr el efecto deseado. Hay muchas maneras de clasificar estos medios. Hemos encontrado que es útil basar la clasificación en los pasos que permitan poner en juego un tratamiento dinámico.”

F. Hollis; M. E. Woods (pág. 85-107)

Para ilustrar el texto, pone el ejemplo de una mujer viuda que está asustada por su intervención, expone diferentes motivos que la llevan a sufrir ansiedad y en paralelo, expone diferentes abordajes y enfoques para que dicha ansiedad se reduzca. Cada enfoque tiene su propia dinámica. Siguen las autoras:

“Los procesos tienen un objetivo común –reducir la ansiedad– pero la dinámica envuelta en cada uno es diferente. En un caso parte del estímulo para reducir la ansiedad, se orienta a medidas ambientales; en otro se da la seguridad, dependiendo del cliente y a partir de la confianza con el trabajador social; en tercer lugar, la paciente recibe apoyo para que comprenda de una manera más real la situación; en cuarto lugar, se la ayuda a priorizar sus emociones envueltas en sus relaciones personales y sus consecuencias si ellas producen reacciones comunes.”

F. Hollis; M. E. Woods; *ob. cit* (pág. 85-107)

Las autoras se refieren a la expansión del conocimiento del diagnóstico social diferencial, señalando que en la primera edición del libro, Hollis ya desarrolló una clasificación sobre los procesos de tratamiento.

Lectura recomendada

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

Referencia bibliográfica

F. Hollis; M. E. Woods (1981). *Casework a psychosocial therapy* (3.ª ed.). Nueva York: Random House.

“Antes de discutir esta tipología debemos revisar el desarrollo general de las clasificaciones en la teoría del diagnóstico diferencial. Los cambios en la clasificación reflejan el crecimiento del conocimiento. Cada nueva tipología se construye sobre las antiguas y trata de definir el alcance del tratamiento de *casework* tan bien como describir los procesos usados en los diferentes periodos. [...] Ha habido un gran número de clasificaciones de tratamiento de *casework*. Mary Richmond muy pronto destacó una simple distinción. En 1922 habló de «tratamiento directo» e «indirecto». Ello significaba los procesos directos entre el cliente y el trabajador social –la influencia de una mente sobre otra mente– y después los cambios que el trabajador social llevaba al ambiente psicosocial del cliente.”

F. Hollis; M. E. Woods; *ob. cit* (pág. 85-107)

Las autoras, en el citado capítulo, citan las siguientes clasificaciones:

En 1947, GreteBibring, psicoanalista que trabajó muy estrechamente con trabajadores sociales de caso estableció cinco grupos de técnicas de procedimientos usadas en todo tipo de terapias incluyendo a los trabajadores sociales de caso: 1) sugerencia, 2) alivio emocional, 3) influencia inmediata (o manejo), 4) clarificación, 5) interpretación.

En el mismo año de 1947, Florence Hollis sugirió otra clasificación de métodos de intervención: 1) la modificación ambiental, 2) el soporte psicológico, 3) la clarificación, 4) el desarrollo interior.

En 1948, Lucille Austin desarrolló una nueva clasificación de intervención apuntando dos planos: la terapia social y la psicoterapia. En este último caso la dividió entre: 1) Terapia de soporte, que tiene como objetivo prevenir la rotura interna. 2) Terapia de desarrollo interno, que tiene como objetivo alcanzar el cambio en el ego incrementando la habilidad de gestionar las dificultades. 3) Terapia experimental, vista como un intermedio entre las metas de la primera y de la segunda.

En la quinta edición del mismo libro del año 2000, las autoras abundan en los argumentos de la tercera y también amplían y precisan acerca de las vías de tratamiento. En este libro señalan cuatro maneras de denominar la acción recogida en el plan de trabajo: 1) Tratamiento, 2) Procedimiento de ayuda o servicio, 3) Terapia, 4) Intervención. Cada uno tiene su propia aplicación y contenido aunque se usen indiferentemente.

Tratamiento: actuar o comportarse hacia otra persona de una manera determinada. La palabra es muy adecuada para las actividades del *casework* y no pretendemos usarla en los mismos términos que la medicina.

Procedimiento de ayuda o servicio: se usa más ampliamente que *tratamiento* para cubrir todas las formas de la práctica del *casework* incluyendo actos específicos de práctica de ayuda.

Terapia: se refiere al trabajo en que en lo social y lo psicosocial se emplean los medios para permitir a individuos hacer frente a los dilemas ambientales, interpersonales y/o intrapsíquicos y su interacción, que son causa de estrés personal.

Intervención: se prefiere como un término general. Es común y no exclusivo de los terapeutas de familia o grupos.

F. Hollis; M. E. Woods; *ob. cit* (pág. 4-5)

La intervención en trabajo social sanitario está orientada en la dirección que marca el diagnóstico social sanitario, pero desde el primer encuentro entre la persona enferma, su familia y el trabajador social sanitario debe resultar terapéutica.

1. La gestión de casos (*case management*)

El término *management* ya lo utiliza Adam Smith en *La Riqueza de las naciones*, obra publicada en 1776. En los establecimientos y servicios del estado del bienestar, por tanto, los servicios sanitarios, diferenciamos dos dimensiones clásicas del *management*: el *case management* (la gestión, dirección, administración del caso social sanitario) y el *care management* (la gestión, dirección, administración del cuidado). El *case management* implica todo el universo del caso social sanitario, en el que se reúnen las diversas intervenciones, cada una de las cuales se expresa a través de la gestión de los diferentes cuidados; por ejemplo, la gestión del cuidado sanitario, el *health care management*. La visión del especialista, *care manager*, su intervención, se traduce en su todo, sin embargo, desde la visión del *case manager* (gestor, director, administrador del caso) sigue siendo una parte especializada dentro del caso social sanitario. La gestión del caso social sanitario siempre incluirá la gestión de los cuidados, los cuales son parte de una organización superior. En ambas intervenciones se establecerán jerarquías diseñadas sobre la base de la perspectiva de lo general (el caso) a lo específico (el cuidado), la formación académica (el desarrollo de las habilidades y del conocimiento) y la función (la responsabilidad que exige el conocimiento). Se subraya la formación académica como garante básico para el ejercicio profesional de máxima calidad.

La gestión del caso es lo más próximo a la excelencia. La excelencia como evidencia de la buena práctica, equiparable al concepto de los “Valores B” definidos por Maslow como: “La verdad, la belleza, la perfección, la justicia”. La gestión del caso alcanza la excelencia solo cuando ha superado lo básico, lo reactivo, y se sitúa en lo proactivo.

Una primera alusión a la gestión de casos dentro del espacio profesional que nos ocupa, el trabajo social sanitario, la encontramos en 1915, y llega de la mano de Abraham Flexner en su famosa conferencia, citada en la primera asignatura, “*Is social work a profession?*”. Después de desarrollar el concepto de profesión y profesional, realiza la siguiente reflexión con respecto a cómo él ve lo que es el trabajo social.

Lectura recomendada

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

“El trabajador social toma un caso, el de una familia que se desintegra, el de un individuo arruinado, o una industria poco socializada. Habiendo localizado el problema, habiendo decidido sobre su naturaleza particular, en general ¿no pide ayuda a la agencia, al profesional u otro especialista, el que está mejor preparado para manejarlo? ”

Ante una enfermedad se necesita al médico. Ante la ignorancia se requiere una escuela. Ante la pobreza se llama a la Administración, a la caridad organizada, y así sucesivamente. Ante la emergencia, ¿hasta qué punto la intervención del trabajador social como un agente –o entre agencias particulares, estableciendo el mejor reparto posible– se convierte en profesional? ¿No es la inteligencia la que llama a los profesionales para la acción concreta?

A. Flexner

En gran medida y con gran apreciación del trabajo diario, Flexner estaba señalando el papel de gestor de caso que asumían los trabajadores sociales, y añadimos sanitarios puesto que las plazas estaban en hospitales. Su duda estaba en si esta actividad era una profesión, y lo cuestionaba en base a los principios que vimos en la primera asignatura, pero de lo que no tenía duda era de que se trataba del trabajador social sanitario. Sin embargo, esta responsabilidad con el tiempo se ha visto que está recayendo en otros profesionales que han sabido asumir el papel con mayor afectividad.

Dado que estamos en la intervención, vamos a tomar la teoría de la pirámide de necesidades de Maslow, reconocido erudito en el estudio del *management*, basa el quehacer de las organizaciones, de la sociedad, en la autorrealización de las personas, en la sinergia entre ellas, aceptando el hecho de que el conocimiento se contagia, y en la gestión ilustrada, entendiendo que la toma de decisiones se basa en las aspiraciones y saberes de los profesionales, de las personas afectadas. Las necesidades básicas en orden de importancia primaria son:

- Las necesidades fisiológicas.
- Las necesidades de seguridad.
- Las necesidades sociales.
- Necesidades de estima.
- Necesidades de autorrealización.

Podemos interpretar que la ayuda filantrópica, caritativa, se centra en la cobertura de las necesidades que ocupan los primeros lugares de la lista, y el trabajo social sanitario, además de ocuparse de ello, ayuda a la persona para que sea parte de la solución, penetra en la satisfacción de las necesidades finales de la lista, la sociales, la de estima, incluso las de autorrealización.

Demetrio Casado explica la gestión de casos como sigue:

Referencia bibliográfica

A. Flexner (1915). “Is social work a profession?”. En: *Official proceedings of the annual meeting: 1915*. Collection: National Conference on Social Welfare Proceedings.

Lectura recomendada

A. Maslow (1982). “Una teoría de la metamotivación: las raíces biológicas de la vida valorativa”. *Más allá del Ego* (pág. 182-197). Barcelona: Editorial Kairos.

En el frente de los servicios, se registra el progresivo desplazamiento de los formatos totales (hospital de cónicos, 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 del caso reúne en uno solo a todos los profesionales de los diferentes servicios que convergen en la atención a la persona y su familia. El gestor de casos es una figura que si bien encaja en el perfil del trabajador social sanitario, como hemos señalado hoy en día, es una función que pueden asumir otros profesionales. Sin embargo, la propia naturaleza del trabajo social sanitario lo sigue señalando como la profesión más adecuada para asumir esta competencia.

Lectura recomendada

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

2. Modelos de intervención

La intervención es la puerta por la que se inicia la acción sobre el caso social sanitario que requiere nuestra atención. Existen dos modelos básicos de intervención mencionados en la tabla anterior:

- **Modelo proactivo.** Está basado en la atención a las personas que presentan determinadas variables que previamente se han definido como de riesgo. El riesgo debíamos de haberlo calculado que no es algo narrativo. El riesgo implica atender problemas potenciales, que requieren un estudio para descartarlos o, actuar sobre ellos. La OMS define el *riesgo* como:

“La probabilidad de un resultado adverso o un factor que aumenta esa probabilidad. (...) Para proteger a la población –y ayudarla a protegerse a sí misma– los gobiernos necesitan poder evaluar los riesgos y elegir las intervenciones más costo-eficaces y asequibles para evitar que se produzcan esos riesgos.”

OMS (2002). Informe sobre la salud en el mundo.

Las principales características del modelo proactivo son:

- Se siguen programas con indicadores de riesgo probados. No es necesaria la demanda, sólo la presencia de los indicadores definidos (generalmente, recogidos mientras se ha intervenido bajo el modelo reactivo o demostrados en otras investigaciones).
- Es un modelo equitativo basado en la planificación de la intervención sin que ésta implique el uso de recursos.
- No deja al cliente la responsabilidad de saber o de reconocer que presenta alguna necesidad.
- Permite analizar los datos en un sentido amplio y representativo relativizando los problemas reales de los potenciales.
- Facilita el diseño de programas preventivos.
- **Modelo reactivo.** Está basado en la atención de problemas. Si no se detecta un problema, si no hay una demanda explícita, no hay intervención. Las principales características del modelo reactivo son:
 - Intervención a demanda del cliente u otros.
 - Son las personas las que deciden según su *resilience* cuando piden ayuda.
 - Está basado en la improvisación, no permite la programación de la actividad.

- Está sujeto a la emocionalidad de la persona y de su red favoreciendo la desproporción de la realidad.
- Los resultados siempre son sesgados y no pueden ser considerados para tomar determinadas decisiones.
- No permite la prevención.

2.1. Modelos de respuesta

Siguiendo con la metáfora de la intervención como la puerta de entrada, la respuesta es la puerta de salida, es la solución que se da al caso que ha motivado la intervención.

- **Modelo proactivo-gestionado.** Atiende las necesidades adaptando y ajustando las mejores soluciones posibles. Se retroalimenta mediante sistemas de información que son la base de futuras tomas de decisiones. Sus características son:
 - Es un modelo flexible.
 - Reduce la distancia entre la necesidad planteada y detectada y los recursos utilizados para la resolución.
 - Es democrático y permite ajustar la intervención considerando la participación de los protagonistas, las personas que sufren los problemas.
- **Modelo reactivo- administrativo.** Las soluciones son las que están previstas. No implica que se resuelvan casos sociales, se resuelven problemas de acuerdo a la necesidad diagnosticada. No atiende excepciones. Aplica normativas, escalas. Un ejemplo es la atención a la dependencia. Sus características más destacables son:
 - Es un modelo rígido.
 - Sus profesionales son ejecutores de órdenes, pero no participan en el diseño de la normativa ni pueden hacer más de lo que hacen, aunque quieran.
 - Los resultados se miden en función de lo realizado, no de lo que se debería o podría realizar.

2.2. Modelos de gestión de los casos sociales sanitarios

Antes de introducirnos en los modelos en la gestión de los casos vamos a recordar cómo Gordon Hamilton define lo que es un caso social.

“Un caso social no viene determinado por el tipo de cliente (familia, infancia, persona mayor, adolescente), no puede venir determinado por el tipo de problema (problemas económicos, problemas de conducta). El caso social es un acontecimiento vital en el que siempre hay proporciones, variables de lo económico, lo físico, lo mental, lo emocional y de los factores sociales. El caso social está compuesto de factores internos, externos o medioambientales. Uno no trata a las personas en un sentido físico o en un sentido medioambiental, las trata en relación con sus experiencias sociales y con relación a sus sentimientos con respecto a estas experiencias”.

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work*. Nueva York / Londres. The New York School of Social Work, Columbia University Press.

Gordon Hamilton señala que muchas veces las personas creen que un caso social, por presentar características similares, es igual a otro. Advierte de que eso no es cierto, pues las personas tienen diferentes objetivos, diferentes vivencias y eso imprime huellas diferentes a cada uno de los casos sociales. Si nos situamos en el campo sanitario, además el trabajador social sanitario se encuentra con que el caso social sanitario se halla tintado por una enfermedad, un diagnóstico médico, un pronóstico, con sus propias características sociales e influencias. Señala, Hamilton, que no es fácil conocer a otro ser humano y eso los profesionales lo tenemos que acatar. Esta dificultad la salvamos gracias a la aplicación de técnicas de obtención de la información necesaria y de su análisis. Podemos añadir que la gestión del caso social sanitario es una de las funciones del trabajo social sanitario. La bibliografía acerca de los modelos de trabajo social es extensa y ocupa en estos últimos años un importante espacio para el debate profesional. La adaptación al campo sanitario es un trabajo pendiente que estamos iniciando en este posgrado.

2.2.1. Modelos de ayuda: del modelo de beneficencia al modelo profesional

Éste es el primer eslabón en el que nos vamos a detener, pues en él se sitúa nuestro origen como trabajadores sociales sanitarios. Como señaló Noel Timms profesor de Applied Social Studies, de la Universidad de Bradford:

“El diagnóstico o el ejercicio de algunos profesionales de juzgar un problema es parte del concepto moderno de trabajo social. Una de las maneras en que podemos fechar el inicio de ese tipo de trabajo social es preguntarse en qué momento los filántropos, sistemáticamente, comenzaron a dudar antes de responder, en la medida de lo posible, a la solicitud de los demandantes, en su valor nominal; cuándo empezaron a comprender la demanda individual.”

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

¿Cómo evolucionan los modelos de ayuda y de la prestación de la ayuda? Nos encontramos, lo vimos en el crédito de antecedentes históricos, con que algunas formas de la beneficencia, de la filantropía, evolucionaron hacia formas profesionalizadas apoyadas, cada vez más, en el método científico. En 1890 se hablaba de la nueva caridad, un modelo que combinaba creencias religiosas con prácticas caritativas. La ayuda giraba alrededor de la pobreza. Por evolución natural, tarde o temprano, se manifestaba la enfermedad, la cual era soportada y alimentada por dicha pobreza y las malas condiciones de vida de dicha población. Sabemos la vinculación que se da entre ambas realidades,

Lecturas complementarias

D. Colom (2007). “El «Management», el «Case 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.

Referencia bibliográfica

E. N. Agnew (2004). *From charity to Social Work*. Urbana and Chicago. University of Illinois Press.

mientras en un principio se responsabilizaba únicamente al individuo de su precariedad, de su marginación no tardaron en llegar nuevas teorías que otorgaban a la sociedad, a su modelo, una parte de la responsabilidad en la generación de dichas bolsas de pobreza.

En 1910 Garnet Isabel Pelton señaló esta diferencia entre la filantropía que reposa en un modelo de ayuda inmediato y sin otro objetivo que cubrir la necesidad y la intervención desde trabajo social hospitalario que se apoyaba en el diagnóstico social sanitario y sobre un plan de trabajo. Desde la beneficencia, desde la filantropía se ayuda a la persona y a la familia con dádivas, pero no se la ayuda a salir de la pobreza, al contrario, se la mantiene ahí. Desde el trabajo social hospitalario, decía Pelton, se establece el diagnóstico social y se sigue un plan terapéutico por medio del trabajo social de caso, el *casework*, que busca la transformación de las realidades.

Grosso modo, en el trabajo social sanitario nos apoyamos en modelos integrados e integradores que buscan el cambio, la mejora psicosocial de la persona partiendo de la propia persona, alimentando sus capacidades, sus aspectos positivos y fortalezas para que sea ella misma la que vaya dando ese giro que le permitirá alcanzar su autonomía social. Pero también intervenimos sobre el entorno, tanto social como de estructura de servicios. Proponemos programas, alternativas, etc.

2.2.2. Modelos de trabajo social: reflexiones y aportaciones de Mary E. Woods y Florence Hollis

Florence Hollis y Mary E. Woods en su conocido libro *Casework, a psychosocial therapy*, del cual se siguen haciendo ediciones realizan un recorrido reflexivo por los diferentes modelos (teorías) de trabajo social que, a lo largo de los años, han visto la luz. Son muchos, dicen.

Atribuyen esa eclosión al hecho de que los trabajadores sociales hayan estado en contacto con otros campos terapéuticos y presentes en los nuevos desarrollos de las ciencias sociales. Señalan que, a partir de ahí, han investigado formulando sus propias ideas basadas en la observación y la experiencia práctica desde el trabajo social.

Referencia bibliográfica

G. I. Pelton (1910). "The history and status of Hospital Social Work". En: *Official proceedings of the annual meeting*.

“Un amplio abanico de teorías o modelos¹ de tratamiento de trabajo social han aparecido en el pasado medio siglo (...). En la práctica de los trabajadores sociales que siguen diferentes modelos hay muchas superposiciones, de ellos, cada grupo a menudo toma prestadas ideas y técnicas de los otros. Eso puede justificarnos, en parte, la observación de que las diferencias en la práctica no son, a menudo, tan grandes como lo suponen las teorías que se siguen (...). Las teorías varían en muchas maneras. Ellas difieren mucho, por ejemplo según el énfasis entre la relación cliente trabajador social: su naturaleza y su importancia en el tratamiento. Algunas teorías se refieren a menudo a conceptos como aceptación, cuidado, simpatía, empatía y respeto. Otras, incluso cuando no necesariamente se oponen a estas ideas, parecen darles poca prioridad en el tratamiento.

⁽¹⁾Es importante señalar que ambas autoras aplican indistintamente los términos *teorías* y *modelos*.

Algunas aproximaciones dependen en gran medida de dar directivas y asesoramiento, otras alientan a los clientes a llegar a su propia comprensión y toma de decisiones. El concepto de la autodeterminación es también ampliamente aceptado, pero hay grandes variaciones en el grado con que dicha cualidad se enfatiza o adhiere en la práctica.

Las nociones de mutualidad y colaboración se interpretan diferentes, dependiendo del punto de vista.”

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a psychosocial therapy*. Nueva York: McGraw Hill.

La reflexión, acerca de dicha variabilidad, va poniendo de relieve la cantidad de modelos de trabajo que podemos aplicar en función del punto de vista profesional, por supuesto, de las corrientes o escuelas que sigamos; pero para ello debemos conocerlas.

Woods y Hollis señalan las diferencias existentes sobre la mejor manera de ayudar a las personas. En su libro, no buscan, dicen ellas, limitar la acción de los trabajadores sociales a medidas cognitivas, o educativas, o técnicas de la conducta. Consideran que todas conforman un marco más amplio. Señalan también la falta de acuerdo, muchas veces sobre cuál es el problema, “el problema que se debe trabajar”. Sitúan la figura de Mary E. Richmond en el inicio del trabajo social y, en su libro publicado en 1899 *Friendly Visiting among the Poor: A Handbook for Charity Workers (Visitando amistosamente a los pobres: un manual para los trabajadores de la caridad)*, se auguraba la teoría moderna del trabajo social de caso, *casework*. Siguiendo el hilo conductor de Hollis y Woods, extraemos que el primer modelo de trabajo social fue el trabajo social de caso, el *casework*. Señalan cómo en los años veinte, Mary E. Richmond y sus asociados empezaron un trabajo de crítica constante examinando las historias de casos, analizando dentro de qué cuerpo de conocimiento se podían asociar las acciones realizadas por los profesionales.

“Este escrutinio de materiales de caso, a partir del cual el cuerpo de conocimientos y nuevas teorías han evolucionado, establece las bases de la primera aproximación científica del tratamiento de Casework.”

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a psychosocial therapy* (pág. 8). Nueva York: McGraw Hill.

Luego llegó el libro *Social Diagnosis*, de Mary E. Richmond, que establecía el estudio social, el diagnóstico social y el plan de tratamiento, como la base de la práctica de un modelo, el modelo psicosocial. De este texto, extraemos que el cuerpo teórico del trabajo social de caso, el modelo psicosocial se sustenta en el método científico que ha implicado el estudio de casos partiendo de la importancia de las corrientes psicoanalíticas. Debemos desterrar la idea de

que *Social Diagnosis* surge de una inspiración inopinada sobre el trabajo social. Cada línea como muestra el texto original que aporta todos los materiales de los trabajos de campo realizados en el estudio y análisis de los Casos atendidos.

Ésta es una primera enseñanza, cuando propongamos algún modelo nuevo debemos aportar los materiales en los que nos basamos. ¿En qué información y en qué estudios nos apoyamos para proponerlo?, ¿cuál es la base científica de nuestra propuesta?

- **Modelo psicosocial** primero se centraba en la persona afectada. Mary E. Richmond siempre por medio del estudio constante de casos, cuando analizó sus registros, vio la importancia y la influencia que los miembros de la familia ejercían sobre la persona y entre ellos. Esta interactividad era notoria. A raíz de dicha observación, ella y sus seguidores dieron un nuevo paso, el individuo no podía verse aislado sino dentro de su contexto familiar y social, dentro de su medio ambiente habitual. Esta observación, avalada por la investigación, dio lugar a la inclusión de la familia y los factores ambientales dentro del diagnóstico social. La práctica evoluciona y con ella los conceptos se ven ampliados, esta evolución conceptual va mucho más allá de lo narrativo, se basa en la investigación, en la discusión profesional. Las investigaciones realizadas por Mary E. Richmond proporcionan un conocimiento empírico que no podemos tratar como una idea abstracta. Cualquier cambio que introduzcamos sobre los modelos, sus fundamentos debemos hacerlo sobre la base de nuevas investigaciones, siguiendo los mismos pasos de quienes los definieron. Mientras esa investigación no llegue, seguimos dando por válidos los resultados de Richmond y otras posteriores que desarrollaron modelos.

La psicología y la psiquiatría a primeros del siglo XX estaban en pleno desarrollo. En la I Guerra Mundial, las trabajadoras sociales y los psiquiatras trabajaron muy estrechamente. De esta asociación, explican Woods y Hollis, nació la especialidad de trabajo social psiquiátrico en el Smith College School of Social Work un departamento especial de higiene mental en la New York School of Social Work y en la Pennsylvania School of Social Work.

- **Modelo funcionalista.** Llega en los años treinta de la mano de Otto Rank discípulo de Freud del cual se separó profesionalmente para avanzar en sus propias tesis, para él las neurosis tenían que ver con la experiencia traumática del nacimiento. Así tituló su libro *El trauma del nacimiento*, publicado en 1923. Sobre la base de dicha teoría, la Pennsylvania School of Social Work propuso una aproximación distinta al trabajo social de caso, el *casework*. Su planteamiento difería del modelo propuesto por Richmond y sus sucesores en que lo pasado, lo vivido por la persona, era prácticamente irrelevante.

“Para el funcionalismo, la historia pasada era considerada irrelevante y el diagnóstico fue desprovisto de valor. El derecho del cliente a su autodeterminación fue apoyada fuertemente; en pocas palabras, se creía que la voluntad del cliente y la capacidad para actuar sobre sus problemas, actuales o futuros, eran estimulados por la función de la agencia, incluyendo limitaciones en el tiempo.”

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework, a psychosocial therapy* (págs. 10-11). Nueva York: McGraw Hill.

- **Modelo del derecho a la autodeterminación.** Simultáneamente se empezaba a debatir un tercer modelo, el de la autodeterminación, siguiendo las teorías de la educación de John Dewey.

Woods y Hollis señalan el ejemplo de Gordon Hamilton que expresaba el “derecho de la persona a ser ella misma”. Ello implicaba que la persona debía estar preparada y por ello la importancia de la educación. La capacidad de decisión estaba relacionada con el conocimiento. Señalamos el concepto de la “información asimétrica” que llegó al gran público en el 2001 cuando Akerlof, Spence y Stiglitz ganaron el Nobel de Economía por su investigación en los mercados financieros. Analizaron sus fallas y el sistema de precios. Hablaron de la “información asimétrica.”

“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”. En: *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).

Tabla 1. Modelos de trabajo social. Antecedentes

Modelo de la escuela funcional	Impulsor Otto Rank. El pasado no importa, se estimula al cliente basándonos en su derecho a la autodeterminación. Lo movilizamos y estimulamos incluyendo limitaciones en el tiempo.
Modelo de la escuela diagnóstica	Impulsor Sigmund Freud. Considera el pasado muy importante, así como los aspectos inconscientes que influyen en el desarrollo de la personalidad. Se sustenta en el estudio psicosocial, en el diagnóstico y el plan de tratamiento.
Modelo de derecho a la autodeterminación	Impulsor John Dewey. El concepto de la “autodeterminación” fue ampliamente debatido encontrando las teorías de la educación de Dewey una gran aceptación. La misma Gordon Hamilton expresa el derecho que el cliente tiene a ser “él mismo”.

Como dicen Woods y Hollis, los modelos de trabajo social que continuaron fueron el de la escuela diagnóstica y el de la escuela funcional, si bien los de la primera encontraron más resonancia y seguidores.

En los cincuenta hubo intentos de unir ambos modelos. Los cambios sociales estaban ahí y esto llevó a las trabajadoras sociales a diseñar nuevos modelos:

- Modelo de práctica clínica (pública y privada), que se ramificó en otros:
- El modelo de terapia familiar.
- El modelo de la práctica constructivista.
- El modelo de la perspectiva de fortalezas.
- El modelo apoyado en el *empowerment*.
- El modelo de trabajo de grupo.
- El modelo para mejorar los servicios humanos, basado en la ecología.

Empowerment

Como ocurre con muchos términos ingleses, no encontramos una traducción que transmita todo el significado que tiene la palabra en inglés. En español se habla del "empoderamiento", pero es una traducción que carece de fuerza significativa. Por ello, dejamos el término inglés.

Dentro de ese claro cambio social y de los problemas de las personas, Helen Harris Perlman desarrolló el modelo *problem-solving* (modelo de resolución de problemas). En conjunto, tanto los problemas individuales como los matrimoniales o de pareja iban en aumento. Por ello, siempre siguiendo en el texto de Woods y Hollis, se desarrollaron modelos como:

- El modelo de terapia familiar, ya citado.
- El modelo de crisis.
- El modelo de planificación a corto plazo.
- El modelo de tareas orientadas al tratamiento.
- En un homenaje a Charlotte Towle en 1969 se definieron cuatro modelos de trabajo social de caso.
- El modelo funcional.
- El modelo *problem-solving*.
- El modelo de modificación de conducta.
- El modelo psicosocial.

Los años sesenta llegaron con grandes movimientos sociales. La influencia de las masas era un hecho y ello llevó a considerar el trabajo social de caso, el *casework*, escaso, insuficiente, precisamente por centrar su acción en los individuos y las familias; cuando los grandes problemas de la sociedad, decían los nuevos actores, se debían a las fuerzas del poder que oprimían a la comunidad. Es importante que veamos de qué forma la dinámica social de cada momento histórico influye sobre las ideologías que sustentan la definición de uno u otro Modelo. El entorno, tanto institucional como social, en el cual nos movemos condiciona el modelo final que apliquemos.

Por eso, los modelos deben ir adaptándose a las nuevas realidades, pero siempre siguiendo el camino científico. Este hecho pone de relieve la alta variabilidad de los modelos en su aplicación, tomando según las épocas y los profesionales, unos más predominancia que otros.

2.2.3. Modelos de trabajo social: reflexiones y aportaciones otros autores

María Cristina Romero Saint Bonet, de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, ha estudiado ampliamente los modelos de trabajo social y su evolución de acuerdo con la evolución de la misma sociedad. Se refieren a los modelos terapéuticos. Escribe Romero:

“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 este mismo texto, Romero, como hicieron Woods y Hollis, separa épocas.

Los años veinte y treinta del siglo pasado y a partir de los años cuarenta hasta los sesenta. Su aportación nos ayuda a comprender el concepto de modelo aplicado al trabajo social. Romero señala igualmente las escuelas, la “diagnóstica” encabezada por las teorías de Mary E. Richmond y su Social Diagnosis y la “funcional” basada en la filosofía de Otto Rank. Todo ello, lo toma Romero de la filosofía de Campanini y Luppi, pero volvamos al principio del texto de María Cristina Romero. Ella toma, para empezar, de Ricardo Hill cinco Modelos de intervención que incluye dentro del Modelo terapéutico general:

Modelo socializador. Indicado para grupos marcados por situaciones de pobreza y marginalidad. Se desarrolla en el marco de la comunidad. La autora explica que lo ha incluido por mantener la teoría de Hill, pero que no considera que sea un modelo terapéutico.

Modelo clínico-normativo. Indicado para personas con problemas con las normas. Ya incluye como posible marco de desarrollo el sanitario. Ejemplos de este Modelo son los aportados por las autoras clásicas y en las que nos basamos, en gran medida dentro del sistema sanitario. Romero cita a: Mary E. Richmond, Gordon Hamilton, Florence Hollis y Helen Harris Perlman. También podemos añadir otros autores como Mary E. Woods quien trabajó y publicó con Florence Hollis, Eric Sainsbury, Montserrat Colomer (referente en nuestro país), Francis J. Turner, entre otros. Son las teorías de lo psicosocial las que nutren dicho modelo que encuentra su máximo desarrollo en la época de Freud. Podemos decir que ha sido y es el modelo más comúnmente aplicado dentro de los sistemas sanitarios. Se produce la intervención sobre la persona enferma, pero también se aborda la familia pudiendo derivarse otros tratamientos familiares.

Los procedimientos que se siguen en dicho modelos son: el trabajo social de caso, *casework*, en donde incluiríamos la variante del Programa de Planificación del Alta; el trabajo social de grupo, *groupwork*; el trabajo social comunitario, *community work*).

Modelo socio-conductista. Indicado para la atención a personas con comportamientos problemáticos. Incluye como marcos de intervención el hospitalario, por extensión el sanitario, y el sistema de prisiones. Romero indica que se apoya en técnicas de “refuerzo”, “extinción” y “castigo”.

Modelo de intervención en crisis. Orientado a situaciones críticas que se prevé son temporales. Las centra sobre todo dentro del marco sanitario.

Se refiere a crisis traumáticas o a crisis que tienen que ver con el propio desarrollo existencial de la persona, se trata de situaciones críticas temporales, pero que si no se tratan pueden tener una amplia penetración y trascendencia en la vida futura de la persona o de su familia.

Modelo de comunicación-interacción. Indicado para la intervención en familias o redes y grupos sociales cuyo principal obstáculo es la comunicación disruptiva que provoca la mala interacción entre sus miembros y, por lo tanto, es fuente de problemas. En él se encuentra el inicio del trabajo de familia como hoy se lo conoce y se realiza. En España, Elisa Pérez de Ayala es una de las autoras que más ha trabajado en este plano, estudiando las teorías que sustentan la intervención y realizando su aplicación práctica.

Profundizaremos sobre su trabajo más adelante. Su marco de desarrollo es el sistema sanitario y otras instituciones comunitarias.

En el trabajo social sanitario sabemos que la intervención social no puede pensarse sólo sobre el individuo. Debemos incluir siempre a la familia o red social que hace las veces, puesto que esa familia o red es la que lo acoge y lo atiende en la casa. Es, casi siempre, su punto de apoyo.

La influencia de nuevas corrientes y escuelas psicológicas que se fueron sucediendo en los primeros años del siglo XX aportaron nuevas teorías a los modelos iniciales, los cuales se puede observar en su desarrollo toman el nombre de sus propulsores. Son destacables:

- El **modelo de la terapia psicosocial**, de Florence Hollis y Mary E. Woods. Nutrido especialmente por la teorías psicoanalíticas y freudianas.
- El **modelo funcional** desarrollado por R. Smalley basado en las teorías de Otto Rank.
- El **modelo de resolución de problemas**, *solving*, de Hellen Harris Perlman. Se apoya en la idea de que hay que reforzar los recursos propios de la per-

Referencia bibliográfica

E. Pérez de Ayala (1999).
Trabajando con familias. Zaragoza: Editorial Certeza.

sona y a la vez poder movilizar el entorno y sus recursos para favorecer dicha resolución de problemas. En este Modelo encontramos una importante justificación a la integración entre los servicios de trabajo social de atención primaria y la atención especializada.

- El **modelo rogeriano**, de Carl Rogers. Humanista que parte de la idea de que las personas se construyen a sí mismas, cree en su bondad y autorrealización.

Elisa Pérez de Ayala, estudiosa y observadora de la familia, de sus necesidades, como grupo que da y recibe ayuda, como grupo dentro del cual se generan muchas patologías y dentro del cual se sana, no concibe el tratamiento social a uno sólo de los miembros, aunque sea el afectado. Para ella no se puede dejar de lado a la familia, se fundamenta en las grandes teóricas y lleva sus teorías a la práctica; sus tesis cuentan con el apoyo de muchos trabajadores sociales sanitarios que por la naturaleza de su propio trabajo se encuentran casi siempre trabajando, en paralelo, con la persona enferma y con su familia. Sabemos que la enfermedad de uno de los miembros de la familia afecta en mayor o menor medida a los otros. Escribe Elisa Pérez de Ayala:

“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 de Ayala (1999). *Trabajando con familias* (pág. 13). Zaragoza: Certeza.

Pérez de Ayala presenta dos modelos básicos de intervención:

- **Modelo de intervención directa o psicosocial.** La que se realiza cara a cara con el cliente, la que busca modificar conductas.
- **Modelo de intervención indirecta o socioeconómica.** La que se realiza desde otras instancias e instituciones promoviendo acciones e investigaciones de carácter general y comunitario.

Una diferenciación elemental, pero básica a la hora de definir las diferentes actuaciones en cada forma. Recordemos cuando Mary E. Richmond decía que no era lo mismo atender a un niño abandonado que desarrollar un programa para prevenir el abandono de los niños. Aquí tendríamos un claro ejemplo de la atención directa e indirecta. Clasificación muy elemental que también realizó Richmond, pero que señala diferentes modelos de intervención.

Dentro del modelo directo o psicosocial aplica el modelo sistémico y el modelo ecológico.

Modelo sistémico. Se apoya en la Teoría de los Sistemas de la física clásica. La física es la ciencia a la cual las ciencias sociales recurren con frecuencia en busca de analogías. La Teoría de los Sistemas es un ejemplo de analogismo entre ambas ciencias y el resultado ha sido el modelo sistémico de intervención sobre todo en terapia de familia.

En la Teoría de los Sistemas se define al sistema como:

“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”. *Administración de recursos humanos* (págs. 13-23). México: Trillas.

Como indica Francisco Ortega, introductor de la terapia familiar en España, cabe distinguir entre los sistemas cerrados, los cuales se pueden estudiar siguiendo leyes físicas y una causalidad lineal y los sistemas abiertos, los biológicos, los sociales sometidos a la causa final aristotélica. La Teoría de los Sistemas aporta a los investigadores de la terapia familiar el soporte conceptual de nociones como interacción, jerarquía, interdependencia, etc.

Otro concepto clave que vamos a introducir en este punto, pensando en el trabajo social sanitario es el del caos o movimiento caótico, el cual rompe con el determinismo de las leyes de la mecánica. Lo social, lo humano es eminentemente caótico en esencia. Recordemos de nuevo a Mary E. Richmond cuando decía que los trabajadores sociales eran como granjeros que después de su trabajo de siembra tenían que seguir atentos a otras variables hasta que llegara la cosecha, en el caso de los granjeros, al tiempo, a las plagas, a los incendios. En el caso de los trabajadores sociales sanitarios a que se mantenga la familia con la suficiente cohesión y salud interna para que la persona pueda recuperarse, que no se dé ninguna contrariedad que altere el plan de trabajo, etc. Nos referimos a elementos inevitables en muchos casos y que sólo nos permiten estar atentos en caso de que se desencadenen, pero no podemos evitar que ocurran. Por ejemplo, no podemos evitar la pérdida de un trabajo, una enfermedad, un accidente, una muerte repentina, una traición, etc. Ésta es la diferencia entre los eslabones sanitarios y los sociales.

¿Qué entendemos por caos en nuestro contexto? De nuevo acudimos 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* (pág. 47). Barcelona: Crítica, Grijalbo, Mondadori.

Referencia bibliográfica

F. Ortega (1999). “Teoría familiar sistémica”. Zaragoza: Certeza

E. Pérez de Ayala (1999). *Trabajando con familias* (págs. 5-79). Zaragoza: Certeza.

Un ejemplo el del profesor González que ilustra lo psicosocial. *A priori* no podemos determinar el recorrido del caso social sanitario, podemos proyectar su posible tendencia si disponemos de investigaciones previas que nos la indiquen, pero nada más. Por ello, en lo social el determinismo no es posible. El profesor Escotado reflexiona sobre el determinismo en lo social y escribe:

“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. Escotado (1999). *Caos y Orden* (págs. 11-14). Madrid: Espasa Calpe.

El modelo sistémico, por tanto, contempla todo ese tapiz del caso social sanitario que conforman los miembros de la familia o de un grupo estrechamente relacionado que hace las veces de familia. Cuando habla de la familia como sistema, Francisco Ortega escribe:

“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 (1999). “Teoría familiar sistémica”. En: Pérez de Ayala. *Trabajando con familias* (pág. 69). Zaragoza: Certeza.

2.2.4. Modelos de trabajo social sanitario en salud mental

Vamos a señalar los modelos más indicados dentro de la salud mental, para ello tomamos el trabajo de Adolfo Jarne y otros.

“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 y otros

Adolfo Jarne propone los siguientes modelos teóricos en psicopatología:

1) Modelo biológico

“...en las bases de las alteraciones psicopatológicas se encuentran anomalías biológicas (de tipo genético, bioquímico y neurológico).”

2) Modelo psicodinámico

“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.”

Lectura recomendada

A. Jarne y otros. *Psicopatología* (pág. 32-37). Barcelona: Editorial UOC.

3) Modelo humanístico- 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.”

Señala tres puntos importantes:

- Introduce una postura optimista y esperanzadora.
- Enfatiza en los factores psicosociales.
- Señala la importancia de la terapia como finalidad esencial de la intervención.

4) Modelo cognitivo -conductual

“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 modelo ISSIS: modelo integrado de gestión del servicio y de los casos

Toma su nombre del Institut de Serveis Sanitaris i Socials, empresa de investigación y consultoría. El modelo ISSIS es el resultado de más de diez años de investigación, análisis de datos y pruebas piloto que se han llevado a cabo durante el tiempo de formación. No obstante, para dar relieve a los puntos fuertes del modelo presentaremos escenarios tomados de las pruebas piloto, pero no resultados de éstas.

Su punto fuerte reside en que aporta información en tiempo real y permite establecer una comparativa entre el caso social sanitario que estamos atendiendo y el colectivo de casos atendidos en los periodos precedentes. También permite comparar dimensiones de la población atendida a lo largo del tiempo y de los procesos sociales sanitarios y del uso de servicios de apoyo. Se sustenta en cuatro conceptos que ya hemos visto y desarrollado en el módulo “Método científico procedimientos y procesos”, de esta asignatura:

- el caso social sanitario,
- los procedimientos sociales,
- los procesos sociales,
- la variable complejidad.

Su principal aportación es la integración de la variable complejidad a los actos asistenciales resultando, por su acumulación, un valor índice de gran interés para la jefatura del servicio y por extensión para la gerencia del establecimiento. La inclusión del grado de complejidad al caso social sanitario permite, contemplar dentro de lo cuantitativo (el número de casos sociales atendidos), lo cualitativo (sus diferentes cargas asistenciales). Ello lo permite el registro del grado de complejidad.

Así diferenciamos unos casos de otros partiendo de valores objetivos como son los números índice. El modelo ISSIS integra la gestión del caso social sanitario, desarrollada por los trabajadores sociales sanitarios y la gestión del servicio de trabajo social sanitario desarrollada por la jefatura de trabajo social. Ésta, no puede analizar su actividad ni realizar sus estadísticas sólo en términos cuantitativos. El número de visitas, de entrevistas, de gestiones, etc. es una información que no refleja el trabajo real, hablando en términos de trabajo social sanitario. Los valores resultantes de esta práctica son siempre inadecuados, insuficientes, inexactos e imprecisos. Los GRD en materia sanitaria vinieron a cubrir este vacío en los diagnósticos sanitarios.

Tabla 2. Fases del modelo de intervención en el modelo Issis

<ul style="list-style-type: none"> Entrada en un establecimiento sanitario - problema social. Modelo de intervención
<ul style="list-style-type: none"> Modelo de intervención Estudio social sanitario siguiendo el procedimiento social indicado Identificación de necesidades social sanitarias Complejidad gestión del caso ámbito psicosocial
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico social sanitario
<ul style="list-style-type: none"> Definición de la tipología de apoyo Definición proceso social sanitario Complejidad gestión del caso ámbito de los apoyos institucionales, (proceso social)
<ul style="list-style-type: none"> Recurso final utilizado Otros apoyos profesionales y personales Pronóstico social sanitario

Estas cuatro columnas contienen las cuatro fases principales de la intervención. La tabla que sigue diferencia la complejidad referida a la persona misma, a su familia, de la complejidad referida a la gestión de los apoyos.

Tabla 3. La gestión del caso social sanitario en el modelo Issis

Gestión del caso social sanitario	Complejidad	Escala
<ul style="list-style-type: none"> La gestión de los aspectos psicosociales de la persona 	<ul style="list-style-type: none"> Registro del grado de complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> Lickert (1-5)
<ul style="list-style-type: none"> La gestión de los aspectos relativos a los apoyos 	<ul style="list-style-type: none"> Registro del grado de complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> Lickert (1-5)

Algunas situaciones que influyen en la complejidad del caso. Partimos de la evidencia y de su incidencia en la estancia media de hospitalización:

- La persona no se comunica o es poco receptiva.
- Se observa una negación de la realidad, de su pérdida y niega la de la necesidad de ayuda profesional.
- La familia es pasiva no participa activamente.
- Observamos malas relaciones familiares.
- Se da un aislamiento voluntario.
- Comprobamos la movilidad reducida.
- La persona presenta su vivienda con barreras arquitectónicas.
- Etc.

Situaciones que aumentan la complejidad del caso en el ámbito de los apoyos externos

- La actitud de los profesionales receptores del caso social sanitario es facilitadora.
- Es un servicio con plazas disponibles.
- Los criterios de acceso al servicio o recurso implican mucha burocracia.
- El recurso admite la comunicación vía correo-e.

- Los requisitos referidos a la persona no están clarificados.
- La accesibilidad a los profesionales responsables de continuar la atención.
- El tiempo medio de espera basado en el cálculo real de casos anteriores atendidos por el servicio de trabajo social sanitario.
- La accesibilidad a los profesionales responsables de continuar la atención.

3.1. Instrumentos básicos del modelo ISSIS

Los instrumentos de trabajo son esenciales en todo modelo. Éstos facilitan la sistemática aunque, en última instancia, ésta siempre depende del grado de cumplimiento de cada profesional. No es nada nuevo encontrar en los servicios formularios incompletos o incomprensibles. La informatización es una regulación indirecta de este punto crítico que afecta a la documentación. Dichos fallos de información no completada se ponen de relieve a la hora del registro informático de los formularios y lo peor, impiden el análisis completo.

El modelo ISSIS, *a priori*, no nos obliga a sustituir los instrumentos habituales de recogida de información que utilizamos. Ello es una ventaja para facilitar su rápida implementación. Es bien conocida la resistencia que los profesionales tenemos a los cambios y sobre todo a los que afectan a la documentación. El nuevo modelo, desde el principio, permite obtener números índice. Los primeros indicadores cuantitativos sobre variables cualitativas se calculan desde el primer caso.

Será necesario establecer la temporalidad aunque gracias a las tecnologías actuales, desde los primeros meses la monitorización puede ser en tiempo real. El modelo cuenta con dos instrumentos básicos:

- El primero es la base del registro de los valores de complejidad.
- El segundo para clasificar los recursos de cada zona y asociarlos al proceso social.

3.1.1. Instrumento para registrar la complejidad social

El instrumento propuesto en la figura 1 se utilizará sin afectar a los formularios empleados en cada servicio para la recogida de información de los clientes.

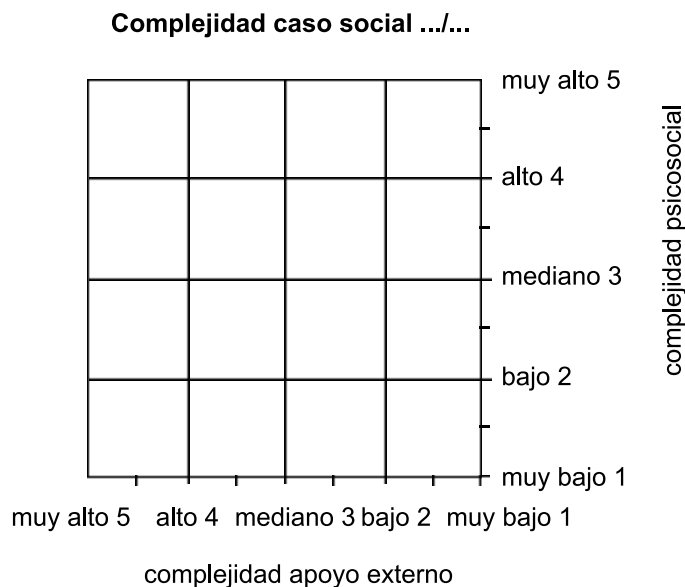
Sólo se adjuntará una copia a la documentación principal. La complejidad es una realidad presente en todos los casos y en todos los servicios sólo cabe señalar su grado. Por su trascendencia en cada acto asistencial, el instrumento para registrarla debe ser de fácil manejo así como su monitorización. El que sigue es una propuesta y cada servicio puede diseñar el suyo propio.

- **Descripción.** El instrumento de registro consta de dos ejes de coordenadas, el "X" y el "Y".
En el eje "X" se encuentran los valores predefinidos de la "complejidad referida a los apoyos externos" entre 1 y 5.

En el eje “Y” se encuentran los valores predefinidos de la complejidad psicosocial” entre 1 y 5.

El valor final de cada eje se basará en el listado de variables identificadas como evidencias de complejidad y progresivamente se irán añadiendo circunstancias nuevas que queden probadas como tales.

Figura 1. Instrumento básico de registro de la complejidad



- **Escala.** Trabajamos con una escala de formato Lickert que permite establecer una gradación entre los valores utilizados y su descripción cualitativa en cada caso. En el modelo propuesto, ambas complejidades asocian los valores cuantitativos a una cualidad:
 - complejidad muy baja
 - complejidad baja
 - complejidad mediana
 - complejidad alta
 - complejidad muy alta

Referencia bibliográfica

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

El carácter ascendente o descendente es un convencionalismo a decidir por cada equipo según sea su costumbre, pero con el fin de homogeneizar áreas y territorios se recomienda seguir los indicados en la tabla superior.

Todos aquellos casos sociales sanitarios cuyos valores se acerquen a 5, apriorísticamente, indican más trabajo, más dedicación, más inversión de tiempo profesional, más gestiones, más informes, más visitas con la persona, con su familia, más posibilidades de alargar la hospitalización si está ingresada, más dificultades para acceder a los servicios de apoyo, etc.

En la escala Lickert se parte del siguiente supuesto teórico: la distancia entre las diferentes categorías es la misma. A cada grado de complejidad cualitativo, se le asigna un valor numérico, sin decimales. De la media de todos ellos (la suma de todos los valores, dividida por el total de personas atendidas, de las

que se tiene información) resulta el número índice indicando una cualidad de conjunto de población, en este caso sí usamos decimales. Se aconseja hasta cuatro, para incrementar la sensibilidad de la medida. La definición de cada categoría de valoración es importante porque delimita. Este formato rescata los matices en forma matemática.

- **Registro del valor.** Después de las primeras visitas estimamos ambas complejidades como se viene señalando, de 1 a 5 siendo cada una independiente de la otra. De cada persona atendida registramos el valor más adecuado a nuestra observación pudiendo variar éste a lo largo del tratamiento social sanitario. Debemos recordar que cada proceso convoca multitud de actividades, en algunos casos más que en otros menos.
- **Registro de casos.** Mediante una hoja de cálculo diseñada para ello, pero muy sencilla, a medida que vayamos registrando los casos individuales se irá actualizando el valor índice global cuyo resultado quedará reflejado en la casilla de resultados. Además, esta hoja de cálculo puede considerarse una versión electrónica del clásico libro de registro en aquellos servicios que sigan utilizándolo.
- **Número índice.** Se trata, como hemos señalado, de una medida estadística que permite comparar una variable cuantitativa, cualitativamente, a través de periodos de tiempo y entre categorías. La elección del sistema de números índice obedece a que en las pruebas piloto se ha visto su efectividad al satisfacer los objetivos.
- **Cálculo del número índice.** Aplicaremos la puntuación (valor) correspondiente a cada observación. Excluiremos las no respuestas eliminando todos aquellos formularios incompletos. Éstos quedarán fuera de la operación matemática y por supuesto nunca contarán como valor 0. El valor resultante compuesto por una unidad y cuatro decimales, siempre igual o inferior a cinco o igual o superior a 1, es el resultado de un promedio de los casos útiles. Una característica de los números índice es su sensibilidad en el reflejo de la variabilidad y la tendencia actual. Permiten comparar periodos, categorías, etc.
- **Indicadores.** Partimos de la definición de la OMS. Los valores resultantes por periodos son los indicadores cuantitativos y el número índice les da el contenido cualitativo. Nos permiten la comparación de variables y circunstancias, información que influirá en la evolución del servicio y sus cambios organizativos. La identificación de nuevas realidades siempre suscita nuevos enfoques. En este caso, el seguimiento de los indicadores nos muestra las tendencias.
- **Práctica.** Al formulario utilizado por el servicio de trabajo social sanitario para recoger la información de las personas atendidas le adjuntaremos el gráfico de la figura 1. A partir de los valores (números índices resultantes)

estableceremos el perfil de la persona atendida y a medida que disponemos de la información del conjunto, podemos comparar a la persona individual con el resto del conjunto atendido con anterioridad.

En nuestro ejercicio diario todas nuestras gestiones y trámites están asociados a un proceso social sanitario. Uno de los problemas de siempre es la escasez de los recursos, por lo que los objetivos de eficiencia interna del establecimiento sanitario pueden verse alterados por la falta de capacidad del sistema de servicios externos de asumir los casos sociales sanitarios que se les derivan.

- **Requisitos para su aplicación**

- Sistematización de las atenciones individuales dentro de los procedimientos.
- Elaboración del diagnóstico social sanitario definitivo o temporal.
- Valoración de la complejidad del caso social sanitario, la de la gestión de los apoyos y la de la gestión de lo psicosocial.
- Una hoja de cálculo informatizada para registrar y calcular.

A modo orientativo, la hoja cuenta con las siguientes partes.

Tabla 4. Modelo orientativo de los campos que componen la hoja de cálculo de registro de la complejidad

Registro	Servicio médico	Proceso social	Recurso	Complejidad gestión de la ayuda externa	Complejidad gestión psicosocial
Número de registro. Identificará a la persona.	Servicio médico que atiende a la persona como aparece en el cuadro de mandos del hospital.	Tipologías de apoyo.	Nombre literal del recurso o servicio que continuará con la atención.	Valor numérico de la complejidad de la gestión de la tipología de apoyo, el proceso.	Valor de la complejidad de la gestión psicosocial del caso.

3.1.2. Instrumento de clasificación de recursos asociados al proceso social sanitario

El instrumento de clasificación de recursos para asociarlos al proceso social sanitario busca facilitar la identificación y la agrupación. En la columna de la izquierda se registra el nombre literal del recurso o programa según se le conoce. En la columna de la derecha, al lado de cada recurso identificado con el nombre literal se introducirá el código numérico correspondiente a la tipología que describe el proceso social sanitario.

Tabla 5. Instrumento de clasificación de los procesos sociales asociados a los recursos de la zona de influencia del establecimiento

Hospital "X"	Unidad
Recursos de la zona	Código del proceso social 1) Atención a domicilio 2) Establecimientos residenciales 3) Establecimientos residenciales asistidos 4) Establecimientos sociosanitarios 5) Otros

Hospital "X"	Unidad
Titularidad recurso A	Codificar con el número identificador
Titularidad recurso B	Ídem
Titularidad recurso	Ídem

Este ejercicio lo realizaremos mediante ordenador personal de la siguiente manera: marcaremos ambas columnas y ordenaremos las filas de la derecha en ascendente (en ella habrá números). Con esta simple operación agruparemos los recursos por procesos sociales sanitarios. Veamos, en la tabla siguiente, un ejemplo figurado pero que podría ser de cualquier servicio de trabajo social sanitario.

Tabla 6. Ejemplo de clasificación de los recursos de la zona de influencia según proceso social sanitario

Servicio de trabajo social sanitario "x"	Unidad de Santo Hospital
Recursos de la zona	Código del proceso social 1) Atención a domicilio 2) Establecimientos residenciales 3) Establecimientos residenciales asistidos 4) Establecimientos sociosanitarios 5) Centros de día 6) Otros
Centro "Buena esperanza"	05) Centros de día
Servicios sociales Zona "Centro"	01) Atención a domicilio
Atención a domicilio SAD "El Sol"	01) Atención a domicilio
Centro sociosanitario "La aurora"	04) Establecimientos sociosanitarios
Titularidad recurso	Ídem

Con este fácil sistema mantendremos siempre actualizada la información sobre recursos y los procesos sociales a los que pertenecen así como podremos evaluar periódicamente las tendencias de las variables que estudiamos habitualmente.

Tabla 7. Ejemplo de clasificación de los recursos de la zona de influencia según tipología del servicio e índice de eficacia

Servicio de trabajo social sanitario "x"	Unidad trabajo social	Índice de complejidad de 1 a 5
Titularidad recursos de la zona	Código de procesos sociales 01) Atención a domicilio 02) Establecimientos residenciales 03) Establecimientos residenciales asistidos 04) Establecimientos sociosanitarios 05) Centros de día 06) Otros	
Servicios sociales Zona "Centro"	01	2,3445

Servicio de trabajo social sanitario "x"	Unidad trabajo social	Índice de complejidad de 1 a 5
Atención a domicilio SAD "El Sol"	01	3,6677
Centro sociosanitario "La aurora"	04	1,5633
Centro "Buena esperanza"	05	1,2223
Titularidad recurso	Ídem	

La tercera columna indica el número índice de eficacia entre 1 y 5. Así, el trabajador social sanitario sabe que ante un caso en el proceso de atención a domicilio, la empresa "El Sol" es mucho más compleja que la "Centro". Ello significa que "El Sol" es menos eficaz que "La Centro". Ante esta evidencia se priorizará la derivación a la "Centro". Pero esta opinión no es narrativa sino que viene refrendada por multitud de casos y por el número índice resultante de todos ellos.

Esta valoración la realiza cada profesional y, por lo tanto, está desprovista de intermediarios e intereses de otro tipo aparte de la búsqueda de la mejor eficacia y eficiencia.

4. Técnicas que utiliza el trabajador social sanitario

Para la consecución de nuestros fines profesionales ya sean para la planificación, para la gestión, para la asistencia, utilizamos técnicas. Como trabajadores sociales diplomados o graduados conocemos de antemano la aplicación de dichas técnicas.

Muy resumidamente recordaremos que las técnicas son recursos profesionales que permiten lograr más con menos. Así, encontramos técnicas de entrevista cuando buscamos una reacción específica, cuando tenemos que canalizar las emociones, o cuando tenemos que ser incisivos con un tema específico, etc. Las técnicas estadísticas, por ejemplo, permiten estudiando un muestra de la población conocerla en su universo con mucha exactitud.

En el avance de las ciencias sociales se ha incluido el desarrollo de técnicas generales o propias de las diferentes disciplinas que facilitan sus fines. En muchos casos, no se puede hablar de técnicas exclusivas de tal o cual disciplina, pues en todas ellas sus profesionales la aplican. La diferencia y la exclusividad vienen dadas por los objetivos de cada profesional. Desde el trabajo social sanitario, según la finalidad utilizamos técnicas como:

- La observación (directa e indirecta).
- La documentación y registro, en soportes de papel o digitales.
- La entrevista y los cuestionarios.
- Las escalas.
- Las clasificaciones.
- La reunión. *Focus group*, TGN y Técnica Delphi.
- La estadística.

4.1. Observación

Una de las técnicas más aplicadas en trabajo social sanitario es la de observación. La observación es parte del procedimiento de atención, pues es mucha la información que se obtiene por medio de su aplicación. Como 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 esta tesis basamos la diferencia entre la mirada ordinaria, aquella que simplemente sucede dentro del propio fluir de la existencia y que no pretende nada en sí misma, es la mirada de los actores que forman parte del círculo social

de la persona, de la mirada estratégica, aquella que basada en ese mismo fluir analiza las acciones de los actores para refinar el diagnóstico social sanitario. No referimos a la evidencia captada por el propio profesional.

4.2. Documentación y registro en soportes de papel y digitales

Mary Richmond se refirió al registro de casos de los trabajadores sociales como sigue:

“Al principio sus tentativas eran poco menos que una crónica confusa de hechos ocurridos en el curso de su trabajo, pero gradualmente ellos aprendieron a construir el registro cronológico de los procesos esenciales aplicados y de las observaciones sobre las cuales estos procesos estaban basados. Un registro tan completo no es sólo una guía indispensable a la futura acción sobre la persona atendida; puede ser el material sin par para entrenar otros trabajadores sociales de caso.”

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

Con estas sencillas premisas resume el *quid* de la documentación, el valor que tienen los registros, los documentos, como realidades sostenidas, en formato papel o electrónico, que sobreviven en el tiempo manteniéndose ancladas en el momento en que se completaron, permitiendo, una y otra vez, acceder a su contenido y así evitar su desviación por alteraciones de la memoria individual.

La documentación tiene el valor de encaminar lo inmediato del caso social, en nuestro contexto sanitario. Asegurar todos los pasos de los procedimientos asistenciales y su evaluación. En este caso se vinculan técnicas de documentación con técnicas estadísticas.

Revisar la documentación permite recuperar aquellos pasajes pasados de la profesión que han dejado paso a nuevas situaciones pero que sin ellos, estas nuevas situaciones nunca habrían llegado.

La documentación tiene la llave del pasado, acredita el porqué de las propuestas que se realizan. Es la técnica que establece el segundo eslabón, el primero es la observación sobre el que se construye el conocimiento que desarrolla la profesión a medio, corto y largo plazo. La documentación en general cuando la analizamos podemos proyectar el servicio de trabajo social sanitario hacia el futuro.

4.3. Entrevistas y cuestionarios

- **Entrevista terapéutica.** La palabra es el instrumento de trabajo de los trabajadores sociales sanitarios. La entrevista tiene que tener un objetivo. Nunca entrevistamos a ninguna persona sin saber qué es lo que queremos o necesitamos que nos diga. La entrevista no es una conversación amistosa para entretener. Tenemos diferentes tipos de entrevistas por su estructura:
 - **Cerradas.** En trabajo social sanitario, al menos en los actos asistenciales no se aplican, pues quedaría mucha información por conocer o, al

Referencia bibliográfica

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

contrario, obtendríamos información en exceso. Además, no nos interesa toda la información, tan sólo aquella que nos ayuda en el diagnóstico social sanitario.

- **Semiabiertas.** Ante determinadas circunstancias, médicas o sociales, establecemos que hay una información necesaria y qué necesitamos conocer para establecer un primer diagnóstico social sanitario. Son más adecuadas cuando se conoce el caso.
 - **Abiertas.** El trabajador social sanitario desconoce a la persona que le ha pedido cita. En un principio, deja que hable ella para conocer sus auténticas preocupaciones, empezar a tomar información que le permitirá entrar en el caso social sanitario y empezar con el diagnóstico.
- **Entrevista en trabajos de campo e investigaciones**
 - **Entrevistas semiestructuradas.** Pueden darse en el domicilio de la persona o en el establecimiento donde se encuentra. El entrevistador, previa cita se desplaza al domicilio de la persona y realiza todas y cada una de las preguntas. Es un método muy caro y poco práctico, especialmente en las grandes ciudades, pues los desplazamientos, el aparcamiento son un talón de Aquiles que ralentiza el trabajo de campo. Asimismo, el trabajo de campo es muy largo al poder realizar pocas entrevistas al día. Cuando la persona está institucionalizada es diferente, entonces este método es el más eficiente y rápido puesto que permite el contacto directo.
 - **Los cuestionarios por correo postal o electrónico.** Se envía el cuestionario a la persona por correo postal o electrónico, pero también es un método poco recomendable para este fin, pues su representatividad es nula dado que sólo contestan aquellas personas que se sienten motivadas o involucradas en el tema de estudio, por lo que el índice de no respuestas es muy alto y además, tampoco se garantiza que conteste la persona titular.
 - **Entrevistas telefónicas profesionales de tele-marketing.** Como hay que garantizar la calidad en la recogida de la información, casi *a priori*, salvo que se tratase de empresas muy especializadas queda descartado este método de tele-marketing aplicado comúnmente por muchas corporaciones cuyos productos están en oferta para ser adquiridos dentro del proceso de libre mercado.
 - **Entrevistas telefónicas profesionales.** Las entrevistas telefónicas realizadas por profesionales requieren habilidades de los entrevistadores que garanticen la máxima fiabilidad de la información que obtienen. Determinados inconvenientes se evitan con la experiencia que habilita al entrevistador a controlar otros elementos, como el cambio en el tono de voz, respuestas con pausas, etc. Ésta es la técnica más recomendable por la relación coste-resultados a la vez que permite ir substituyendo aquellos casos que no responden por otros de características similares.

4.4. Escalas funcionales, instrumentales

Su finalidad obedece a dimensiones muy concretas². Actualmente, son muchas las escalas que han sido validadas y ayudan a procesar la información de manera sistemática, pero hay que tener en cuenta el fin para qué han sido diseñadas. La facilidad para acceder a instrumentos de este tipo a veces hace que se pierda el rigor científico en su aplicación. Son herramientas de trabajo, por ejemplo diagnósticas, pero no son el diagnóstico.

⁽²⁾Calidad de vida, grado de estrés, dependencia funcional, etc.

4.5. Clasificaciones

En las clasificaciones encontramos el origen de la ciencia. Para estudiar una población, una circunstancia, tenemos que clasificar. Una *clasificación* es un instrumento de trabajo usado para agrupar y ordenar información diversa de una manera homogénea y a la vez sistemática, tomando como punto de partida parámetros y variables que se clasifican en categorías, siendo ello el inicio de la actividad científica. Toda actividad científica se apoya, pues, en alguna clasificación; ninguna clasificación es un fin en sí misma, sino un medio para facilitar el estudio de las variables, en el caso del trabajo social sanitario, de las personas enfermas y de sus familias, de su entorno, de la influencia que la enfermedad ejerce sobre la amplitud de sus vidas, sobre los apoyos que requieren, etc. y así, generar conocimiento y, por ende, nuevas teorías. El uso de las clasificaciones permite preservar la diversidad de los individuos y dentro de su unicidad agruparlos según las variables que resultan de interés para su estudio y posterior correlación. La clasificación, por lo tanto, no es una alineación indiscriminada. Lejos de la unificación y homogeneización de las personas es un ejercicio que las reconoce como diferentes y con sus características particulares lo que no significa exclusivas. Son los rasgos que se comparten los que resultan susceptibles de estudio y comparación (en este último caso con técnicas estadísticas específicas).

4.6. Reunión

Se trata de un conjunto de personas, ciudadanos o profesionales que se juntan para un fin. En una reunión se tratan temas de cualquier tipo y todos los miembros saben cuál es el objetivo de la reunión. No es un encuentro con fines sociales ni de representación, la reunión se convoca para tratar un tema específico. Para la conducción de reuniones, los profesionales pueden aplicar diferentes técnicas (según sean sus objetivos), entre las cuales:

- **Focus group.** Técnica grupal que tiene como finalidad profundizar cualitativamente sobre aspectos que afectan a algún procedimiento, o servicio del establecimiento. Se trata de una técnica que busca aportaciones cualitativas, críticas, pero constructivas. Por ello, la selección de los participantes se hará sobre la base de su capacidad crítica y de aportación de nuevas propuestas. En este caso, no se busca la opinión de la mayoría, sino la de

aquellos miembros cuyas consideraciones son de mayor interés. No se trata de la cantidad de información, sino de su calidad.

- **Técnica de grupos nominal (TGN).** Técnica de planificación grupal utilizada para resolver problemas, recoger ideas, su discusión y su aprobación por parte de un grupo de profesionales, ciudadanos, clientes de un servicio, etc. El punto fuerte de esta técnica es que permite la participación de todos los miembros del grupo, evitando así, la manipulación de éste por parte de aquellos participantes que tienen más carácter o capacidad de concentrar la atención. En este sentido, en consonancia con el *focus group*, la TGN busca ante todo la calidad de la información, pero se le añade la toma de decisiones ordenada y ponderada.
- **Grupos Delphi.** Técnica similar a la TGN, pero que utiliza el envío de cuestionarios por correo postal, ahora por correo electrónico. En general, se desarrolla entre dos o cuatro cuestionarios, que se van configurando a partir de las respuestas que se van obteniendo. El primer paso es la realización de dos o tres preguntas abiertas sobre el tema que se quiera tratar.

Referencia bibliográfica

A. L. Delbecq; A. H. Van de Ven; D. H. Gustafson (1984). *Técnicas Grupales para la Planeación*. México: Trillas.

4.7. Estadística

La estadística es la rama de las matemáticas que sirve para estudiar grandes series de datos, de población, de circunstancias. El sistema de información del servicio de trabajo social sanitario ofrece grandes posibilidades de análisis estadísticos dentro del estudio de lo ocurrido, el descriptivo y de las tendencias sobre las que vamos a proyectarnos.

4.8. Otras técnicas

Nos encontramos con una larga lista de técnicas que nos ayudan a la consecución de nuestro trabajo.

Resumen

Hemos visto los modelos de intervención desde el trabajo social sanitario. Éstos toman su fundamento en los clásicos modelos de trabajo social si bien los adaptamos al sistema sanitario. Los dividimos en dos planos que obedecen a dos fines: por una parte, la gestión del servicio de trabajo social y, por otra, la gestión de los casos. Hemos puesto como ejemplo de gestión del servicio el modelo ISSIS que integra la gestión de los casos a la gestión del servicio.

La evolución de la sociedad, su progresiva complejidad en su día a día, exige cambios o reajustes en los modelos habituales. El modelo no debe verse como un esquema rígido inamovible, precisamente el propio análisis el modelo, sus evaluaciones periódicas nos permitirán dicha adecuación.

Las técnicas de intervención y de gestión son herramientas de trabajo que permiten más con menos. El uso de una u otra técnica obedece a nuestro objetivo principal.

Lo importante es saber el porqué aplicamos uno u otro modelo, el porqué aplicamos una u otra técnica.

Bibliografía

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?". En: *Official proceedings of the annual meeting: 1915*. Collection: National Conference on Social Welfare Proceedings.

Hollis, F.; Woods, M. E. (1981). *Casework a psychosocial therapy* (3.^a ed.). Nueva York: Random House.

Jarne, A. y otros. *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.

