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

PID_00272735

Dolors Colom Masfret

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona. Profesora asociada y directora científica del máster universitario de Trabajo social sanitario de los Estudios de Ciencias de la Salud de la UOC. Profesora asociada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formación en el ámbito del trabajo social sanitario y en las unidades de atención al cliente con estancias, primero en el Bellevue Hospital Center de la Universidad de Nueva York, y después en el Departamento de Servicios Sociales y el Departamento de Medicina Comunitaria, División Internacional, del Mount Sinai Medical Center, también en Nueva York. Es investigadora, docente, consultora y asesora en el ámbito social de establecimientos sanitarios y sociosanitarios, y también de establecimientos residenciales y programas de atención a domicilio. Escritora. Socia fundadora en 1994 del Institut de Serveis Sanitaris i Socials, desde el cual dirige y edita la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, y la editorial Agathos Ediciones. Ha ejercido la dirección académica y como profesora colaboradora del posgrado de Trabajo social sanitario de la UOC. Consultora del máster de Dirección ejecutiva de hospitales de la UOC (2009-2019).

Segunda edición: marzo 2020
© Dolors Colom Masfret
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. Modelos de intervención en trabajo social sanitario.....	9
1.1. Modelos de respuesta	10
1.2. Modelos de gestión de los casos en trabajo social sanitario	11
1.2.1. Modelos de ayuda: del modelo de beneficencia al modelo profesional	11
1.2.2. Modelos de trabajo social: reflexiones y aportaciones de Mary E. Woods y Florence Hollis	12
1.2.3. Modelos de trabajo social: reflexiones y aportaciones otros autores	17
1.2.4. Modelos de trabajo social sanitario en salud mental	21
2. La gestión de casos (case management).....	23
3. Técnicas de intervención en el trabajo social sanitario.....	26
3.1. Observación	26
3.2. Documentación y registro en soportes de papel y digitales	27
3.3. Entrevistas y cuestionarios	27
3.4. Escalas funcionales, instrumentales	29
3.5. Clasificaciones	29
3.6. Reunión	29
3.7. Estadística	30
3.8. Otras técnicas	30
4. El modelo Agathos: modelo integrado de gestión de la unidad de trabajo social sanitario y de los casos sociales.....	31
4.1. Bases teóricas fundamentales de la gestión de casos en trabajo social sanitario	31
4.2. Algunos antecedentes históricos que avalan el trabajo social sanitario como el elemento clave en la gestión del caso	31
4.3. La gestión de casos como modelo interdisciplinar integrador de la gestión de las curas	33
4.3.1. El modelo psicosocial	34
4.3.2. El modelo funcionalista y de autodeterminación	34
4.4. Propuesta de un modelo de gestión de casos, para la práctica actual del trabajo social sanitario, apoyado y desarrollado a partir del diagnóstico social sanitario dentro de un procedimiento de la planificación del alta	34
4.5. La gestión de casos compartida entre la primaria y la especializada de salud y los servicios sociales. Cronograma	35

4.6. Reflexión final sobre la gestión de casos y la gestión de curas	36
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».

Lectura recomendada

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

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)

Referencia bibliográfica

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

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 servicios 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 servicios de trabajo social sanitario.

«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, Grete Bibring, psicoanalista que trabajó muy estrechamente con equipos de trabajadores sociales de caso estableció cinco grupos de técnicas de procedimientos usadas en todo tipo de terapias e incluyó a los profesionales del trabajo social de caso, *caseworkers*: 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 término 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, él o ella, debe resultar terapéutica.

1. Modelos de intervención en trabajo social sanitario

La intervención empieza con la primera mirada entre la persona afectada y el trabajador social sanitario, él o ella. En realidad, en este primer encuentro se trazan las bases de la futura intervención y según transcurran los primeros minutos las probabilidades de lograr motivar a la persona y hacerla partícipe de todo el procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario se incrementan o se reducen. Estamos en lo humano, en la empatía, en las primeras impresiones. Por ello es tan importante que cada profesional se prepare para afrontar estos primeros momentos con toda su capacidad de generar empatía y, con ella, confianza y credibilidad. Existen dos modelos básicos de intervención mencionados en otros módulos.

- **Modelo proactivo.** Está basado en la atención a las personas que presentan determinadas variables que previamente se han definido como de riesgo. Cuando hablamos de riesgo, deberíamos haber calculado el grado de riesgo, 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, solo 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 esta implique el uso de recursos materiales.
- No deja a la persona afectada o a su familia 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.

1.1. 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. Suele apoyarse en el diagnóstico social sanitario. 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 expresada. No suele apoyarse en el diagnóstico social sanitario. 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.

1.2. Modelos de gestión de los casos en trabajo social sanitario

Antes de introducirnos en los modelos en la gestión de los casos en la última parte del módulo, 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, él o ella, 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 competencias 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 máster.

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

Este es el primer eslabón en el que nos vamos a detener, pues en él se sitúa nuestro origen como profesionales del trabajo social sanitario. Lo 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.

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.

¿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, 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.

1.2.2. 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 reediciones 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 equipos de 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

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

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 profesional desde el trabajo social [sanitario] 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 diagnosticar». 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 afines 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 cada profesional.

«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.

Esta 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 apoyado en 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 apoyado en 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 profesional. 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.

1.2.3. 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 dichos 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 solo 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 las 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 solo 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 equipos de 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 equipos de 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 solo 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. Esta 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 estas 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.

1.2.4. 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.»

2. 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 las trabajadoras sociales sanitarias, 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 de profesionales del trabajo social, podemos añadir 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 efectividad, sobre todo enfermería.

Vamos a tomar la teoría de la pirámide de necesidades de Maslow, reconocido erudito en el estudio del *management*, que basa el quehacer de las organizaciones, de la sociedad, en la autorrealización de las personas, en la sinergia entre ellas, acepta el hecho de que el conocimiento se contagia, y en la gestión ilustrada, la toma de decisiones se basa en las aspiraciones y saberes de los equipos 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, las sociales, las 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

Cada profesional que gestiona casos reúne en un centro de operatividad a todos los profesionales, ellos y ellas, de las diferentes áreas que convergen en la atención a la persona afectada y a su familia. La gestión de casos encaja en el perfil profesional del trabajo social sanitario, pero –como hemos señalado– hoy en día es una responsabilidad que pueden asumir otros profesionales. Sin embargo, la propia naturaleza del trabajo social sanitario lo sigue señalando a sus profesionales como la figura 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.

3. Técnicas de intervención en el trabajo social sanitario

Para la consecución de nuestros fines profesionales ya sean para la planificación, para la gestión, para la asistencia, para la intervención, utilizamos técnicas. Como profesionales diplomados o graduados en Trabajo Social, y con este máster en Trabajo social sanitario, 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.

3.1. 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 cada profesional.

3.2. Documentación y registro en soportes de papel y digitales

Mary Richmond se refirió al registro de casos de los equipos de trabajo social 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 solo 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, ella resume el *quid* de la documentación, el valor que tienen los registros, los documentos, como soportes que sostienen, 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 la unidad de trabajo social sanitario hacia el futuro.

3.3. Entrevistas y cuestionarios

- **Entrevista terapéutica.** La palabra es el instrumento de trabajo de cada profesional del trabajo social sanitario. 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 contrario, obtendríamos información en exceso. Además, no nos interesa toda la información, tan solo 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.** Desconocemos a la persona que nos ha pedido cita. En un principio, dejamos que hable ella para conocer sus auténticas preocupaciones, empezamos a registrar información que nos permitirá entrar en el caso social sanitario y empezar con el diagnóstico social sanitario.
- **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, él o ella, previa cita se desplaza al domicilio de la persona y realiza todas y cada una de las preguntas previamente diseñadas. 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 solo 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. En otro orden, al ampararse en el anonimato pueden producirse afirmaciones o acusaciones falsas.
 - **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, ellos o ellas, que garanticen la máxima fiabilidad de la información que obtienen. Determinados inconvenientes se evitan con la experiencia que habitúa al entrevistador a controlar otros elementos, como el cambio en el tono de voz, respuestas con pausas, silencios, actitud dubita-

tiva, etc. Esta 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 y, también, clarificar con cada persona entrevistada las dudas observadas en sus respuestas.

3.4. 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.

3.5. 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).

3.6. 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 este 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.

3.7. 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 de la unidad 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.

3.8. Otras técnicas

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

4. El modelo Agathos: modelo integrado de gestión de la unidad de trabajo social sanitario y de los casos sociales

4.1. Bases teóricas fundamentales de la gestión de casos en trabajo social sanitario

Uno de los conceptos más frecuentes aparecidos en los diferentes planteamientos referidos a la gestión de casos es el de «complejidad» de la realidad marcada por enfermedades, pluripatologías y dificultades psicosociales de la persona y su entorno social. Hace treinta años, Abramovice, autor erudito en el sistema *long term care*, equivalente a la atención sociosanitaria en nuestro medio, explicaba la gestión de caso como:

«Un proceso de servicio que implementa el plan de cuidado, monitoriza los logros, evalúa los resultados, y entonces modifica el plan necesario. A los mayores muchas veces no les gusta el concepto de gestión de caso porque a ellos no les gusta ser gestionados. Sin embargo, el proceso descrito bajo la rúbrica de gestión de caso es necesario para prevenir a los mayores de «caer en las grietas existentes en el sistema». La atención sociosanitaria hoy no es un sistema coordinado ni integrado y el pegamento que puede integrar el sistema en este momento es la gestión de caso...».

La realidad poco ha cambiado. Las grietas siguen existiendo. Un paso preliminar requiere señalar la diferencia entre tres conceptos imbricados cuya aplicación ha generado disfunciones en el sistema sanitario. Disfunciones porque cuando se aplican, a veces, se modifican sus contenidos:

- **Management.** Es la combinación de conocimientos profesionales, recursos humanos y estructuras.
- **Care management.** Se refiere a la gestión del cuidado, sobre todo considerando las pluripatologías que afectan a determinados colectivos de población y que reúne a equipos profesionales diversos.
- **Case management.** Abarca la gestión del cuidado, pero se refiere a la gestión del caso social sanitario aplicando la definición de Gordon Hamilton señalada en las páginas siguientes.

4.2. Algunos antecedentes históricos que avalan el trabajo social sanitario como el elemento clave en la gestión del caso

Como se ha señalado, la primera alusión indirecta a la gestión de casos dentro del espacio del trabajo social sanitario se sitúa en 1915. Abraham Flexner pronuncia su conferencia, «Is social work a profession?», y después de reflexionar

Referencia bibliográfica

B. Abramovice (1988). *Long term care administration* (pág. 93). Nueva York / Londres: The Haworth Press.

Referencia bibliográfica

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (págs. 3-4). Nueva York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

sobre el concepto de profesión y profesional que hemos estudiado en otros módulos, realiza la siguiente argumentación con respecto a la comprensión del trabajo social, añadimos sanitario:

«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 o a 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 que llama a los profesionales para la acción concreta?».

La gestión de caso siempre ha estado presente en cualquiera de las intervenciones en las que se aplican métodos de trabajo social, se añade sanitario, puesto que estas primeras intervenciones ocurren en medios hospitalarios y las personas deben regresar a sus hábitats, lugares con características determinadas en donde intervienen diferentes agentes bajo la necesidad de evitar contradecirse.

Una definición imprescindible para comprender la gestión del caso y la responsabilidad de los equipos profesionales del trabajo social sanitario la aportó Gordon Hamilton años más tarde, en 1941. Escribía:

«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 cual 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 en relación con sus sentimientos respecto de estas experiencias.»

¿Qué indica Gordon Hamilton sobre lo que conforma el caso? De su definición resalta una línea: «el caso social es un acontecimiento vital...». En el trabajo social sanitario este acontecimiento vital es la presencia de la enfermedad, los desequilibrios que genera en el núcleo de convivencia y los medios disponibles en cada ambiente relacionado con el caso social. 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*.

La gestión del caso social sanitario siempre incluirá la gestión de los cuidados, los cuales son parte de una organización superior, el caso social. En ambas intervenciones se establecerán jerarquías diseñadas sobre la base de la perspectiva de lo general (el caso) a lo específico (el cuidado). Demetrio Casado explica la gestión de casos como sigue:

Referencia bibliográfica

A. Flexner, *ibidem* (págs. 576-591).

Referencia bibliográfica

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work* (págs. 3-4). Nueva York / Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

«En el inicio 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».

En el contexto del caso social sanitario, tomando la idea de Drucker («una combinación de profesionales, saberes y medios»), la gestión de caso es posible sobre un diagnóstico social sanitario. Lo contrario, prescindir del diagnóstico, convierte la gestión del caso en una administración del caso.

En la gestión de caso, el gestor de caso asume sobre todo una actitud proactiva en donde toma iniciativas para adelantarse a lo que viene, al pronóstico social; la figura del gestor de caso se apoya en los amplios conocimientos que atesora con relación a competencias de los diferentes actores que convergen en el proceso de curación y/o atención de la persona. La gestión de casos se aplica en todos los ámbitos asistenciales, si bien el ámbito de la salud mental y el de los cuidados paliativos concentran muchas experiencias que ponen de relieve modelos distintos, unos ponen el foco en el caso social, según Gordon Hamilton, mientras que otros lo ponen en la coordinación de servicios y recursos.

Referencias bibliográficas

C. Rimbau (2008). «La gestión de caso: Aproximación y experiencias en España». En: D. Casado Pérez (coord.). *Coordinación (gruesa y fina en y entre) los servicios sanitarios y sociales* (págs. 177-192).

A. Sarabia (2008). «Los agentes de la gestión de caso. Perfil profesional». En: Demetrio Casado Pérez (coord.). *Coordinación (gruesa y fina en y entre) los servicios sanitarios y sociales* (págs. 192-204).

Referencia bibliográfica

J. Montejo Candosa (2009). «El equipo de tratamiento asertivo comunitario del área sanitaria de Oviedo. Un intento de gestión de casos en la atención a personas con un trastorno mental grave». En: *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales* (págs. 57-68). Barcelona: Editorial Hacer.

4.3. La gestión de casos como modelo interdisciplinar integrador de la gestión de las curas

El concepto de «modelo» implica el desarrollo de un esquema que hay que imitar y aplicar. La filosofía que sustenta una actividad es distinta del modelo. La filosofía representa la base conceptual. El modelo es el esquema de intervención aplicado. La gestión del caso social sanitario implica tener una visión del todo y la conciencia de las partes, identificando y evaluando periódicamente cómo estas se combinan e influyen entre sí, las unas a las otras.

A lo largo de la historia de la profesión, se han creado dos grandes familias de modelos:

- La del modelo psicosocial.

Referencia bibliográfica

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

Referencia bibliográfica

A. Agulló Porras y otros. «Trabajo Social Sanitario y gestión de casos» [artículo en línea]. *Documentos de Trabajo Social* (núm. 51). [Fecha de consulta: 28 de marzo de 2018].

- La del modelo funcionalista y de autodeterminación.

4.3.1. El modelo psicosocial

Primero se centraba en la persona afectada. Mary E. Richmond, a través del estudio constante de casos, analizando 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 que debía permanecer dentro de su contexto familiar y social, dentro de su medio ambiente habitual. Se apoya en el diagnóstico social (sanitario) y considera que las experiencias pasadas influyen sobre los comportamientos presentes. Considera la sociedad dinámica y por este motivo son posibles la transformación y el cambio.

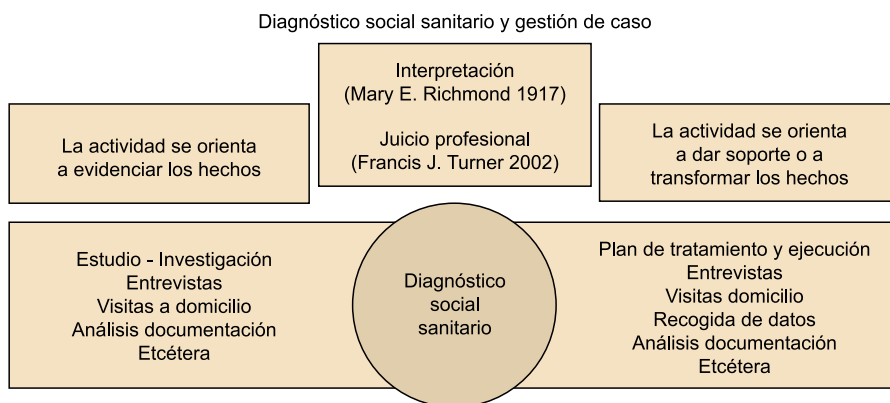
4.3.2. El modelo funcionalista y de autodeterminación

Discrepa radicalmente de la aproximación de Richmond. Llega en los años treinta de la mano de Otto Rank, discípulo de Freud, del que se separó profesionalmente para avanzar en sus propias tesis: para él, las neurosis tenían que ver con la experiencia traumática del nacimiento. Para los funcionalistas la historia pasada es irrelevante. Y crece con fuerza la idea de que el cliente tiene derecho a su libre determinación. Tiene capacidad para decidir sobre sus problemas. Afirmación que Gordon Hamilton, partiendo de las tesis de John Dewey, matiza diciendo que para poder decidir se debe estar completamente informado. Esta realidad muchas veces no se da y por ello las personas acuden a los profesionales para que las ayuden, pues de estos se valora especialmente su conocimiento.

4.4. Propuesta de un modelo de gestión de casos, para la práctica actual del trabajo social sanitario, apoyado y desarrollado a partir del diagnóstico social sanitario dentro de un procedimiento de la planificación del alta

A lo largo del texto se ha visto la relación implícita entre el diagnóstico social sanitario y la gestión posterior del caso. En otro módulo de esta asignatura trataremos el diagnóstico social sanitario, pero es imprescindible señalar la vinculación de ambos conceptos y su desarrollo en la práctica. Uno de los procedimientos de trabajo social sanitario por excelencia es el de la planificación del alta.

Figura 1. Inscripción de la gestión de caso en un procedimiento de trabajo social sanitario (la planificación en el alta)



Fuente: elaboración propia.

Acabamos de estudiar en el módulo anterior que cualquier procedimiento, protocolo según corresponda, de trabajo social sanitario se desarrolla sobre las tres fases básicas: estudio, diagnóstico y plan de tratamiento.

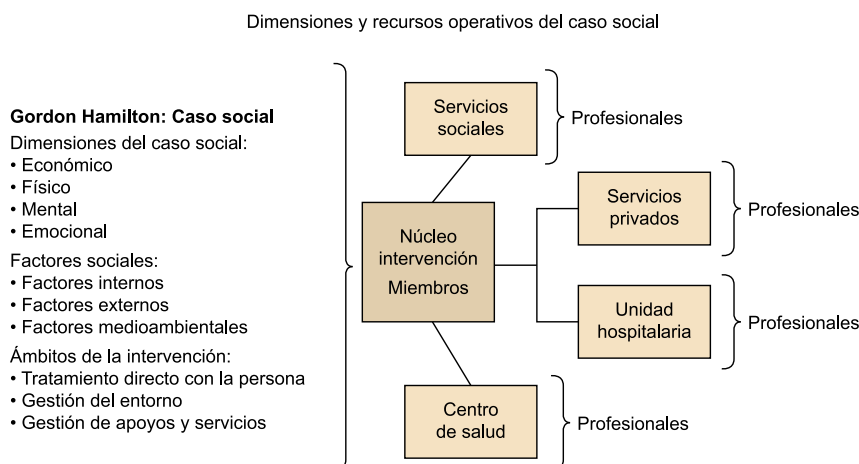
El modelo de gestión de caso que se propone se apoya en el modelo psicosocial proactivo:

- *Psicosocial* porque se apoya en evidencias sobre la influencia de lo vivido en lo que se va a vivir. Por ejemplo, una mala experiencia con equipos profesionales genera inquietud sobre la experiencia venidera con el nuevo equipo. Esto en la representación mental de las personas afectadas, lo cual no significa que la experiencia deba seguir siendo mala. Sin embargo, sí es cierto que para el segundo equipo será más difícil ganarse la confianza de la persona afectada.
- *Proactivo* porque se adelanta a los probables problemas tomando como indicadores criterios de riesgo de las personas. Ello además permite relativizar empírica y estadísticamente el uso final de recursos de apoyo sobre la base de características sociales por darse la circunstancia de que personas con características similares acaben recibiendo apoyo de recursos diferentes. Este hecho interesa mucho a direcciones y políticos sanitarios, pues cambia la manera de crear recursos en función de características y no de necesidades diagnósticas.

4.5. La gestión de casos compartida entre la primaria y la especializada de salud y los servicios sociales. Cronograma

La gestión de casos, por definición y como se ha visto, vincula a diferentes agentes asistenciales pertenecientes a distintos ámbitos, siendo uno de los vínculos más frecuentes el del sistema sanitario y el de servicios sociales, sin excluir el sistema de justicia, el de educación y el de trabajo.

Figura 2. Dimensiones y recursos operativos básicos del caso social sanitario en función del diagnóstico social sanitario



Fuente: elaboración propia.

La figura 2 esquematiza los pilares sobre los que se concreta la gestión del caso. El gestor de caso, él o ella, mantendrá comunicación con todos los implicados, profesionales y clientes, cuando sea conveniente y podrá ayudarse del uso de las tecnologías que los sistemas sanitarios y de servicios sociales pongan a su alcance. Por ejemplo, las denominadas carpetas de salud, donde todos los implicados pueden interactuar. Se llama la atención sobre alternativas para personas atendidas poco familiarizadas con las tecnologías digitales.

Ello permite ir creando un cronograma automático donde se registran los eventos vitales y las acciones más importantes relacionados con la gestión del caso, así como los logros que se van alcanzando. Esta información supone una base de datos muy importante para explotarla con fines preventivos y de planificación de acciones que se manifiesten necesarias.

4.6. Reflexión final sobre la gestión de casos y la gestión de curas

Aunque algunos, en la práctica, vinculan e intercambian ambos conceptos, la gestión del caso y la gestión del cuidado, como si uno fuera sinónimo del otro, son dos competencias distintas y, siendo estrictos, la gestión del caso es mucho más amplia y compleja porque incluye la gestión del cuidado, siempre restringido y necesitado de menos tiempo que la gestión del caso en sí.

Nota

Partes de esta breve reflexión están basadas en el texto publicado en el blog del Máster en febrero de 2015.

Por tratarse de un asunto hoy en día muy contaminado, lo trataremos considerando los conceptos, las fuentes, los contenidos, los fundamentos que ponen al trabajador social sanitario en el centro de gravedad de la gestión del caso. Debemos evitar ideologías corporativas que solo harían que contaminar desde un gremialismo innecesario.

Como hemos señalado, uno de los primeros autores que relacionó la gestión del caso con el trabajo social [sanitario] fue Abraham Flexner. En muchos escritos me he referido a las dudas que en 1915 expuso Flexner con relación a si el trabajo social [sanitario] era una profesión. Los argumentos que soporta-

ban sus dudas en aquel tiempo estaban bien fundados. Hoy se han superado claramente; este máster universitario de Trabajo social sanitario es una prueba de ello.

Flexner no dudaba de que el trabajador social [sanitario], él o ella, por la naturaleza de su intervención, fuera un gestor de casos por excelencia. Consideraba que las responsabilidades de los equipos profesionales del trabajo social [sanitario] los convertían en la «inteligencia» que, ante los problemas de las personas, reunía a los diferentes agentes profesionales (de la medicina, de la enseñanza, de la administración, etcétera) que actuaban y colaboraban entre sí para ayudar a la persona enferma y a su familia a recuperar su cota de bienestar más alta posible.

En los orígenes del trabajo social sanitario está la gestión de casos, que requiere habilidades y capacidades para diagnosticar, interconectar, relacionar, coordinar, conocer los recursos, cómo acceder a ellos, etc. Todas ellas son acciones relacionadas con el qué hacer, la eficacia, y con el quién hacerlo, la eficiencia.

En 1941, Gordon Hamilton dio un paso más en su libro *Theory and practice of social case work*, señalado con anterioridad.

A lo largo de los últimos veinte años muchos de los conceptos relacionados con el trabajo social sanitario los han asumido otras disciplinas afines, tratándolos muchas veces como términos vacíos de contenido que se pueden llenar con contenidos diferentes y lejos de la academia.

El conocimiento es universal, pertenece al ser humano, pero lo aplican aquellos equipos profesionales que se han formado para ello y a quienes la sociedad así se lo reconoce. Con ello se posibilita, no se garantiza porque cada cual es responsable de sus actos, pero sí que se posibilita una buena praxis apoyada en el saber y no en la especulación. La lectura sobre cardiología o la pertenencia a un equipo de cardiología no nos convierte en cardiólogos, antes tenemos un largo recorrido de estudio y formación. El conocimiento también es transversal, pero ello no significa que cada cual pueda asumir el rol que le plazca. La formación de los profesionales los hace conscientes de sus responsabilidades y a la vez de sus límites.

Desde hace años aparece la figura de la enfermería gestora de casos, pero siendo estrictos con el lenguaje, la enfermería como tal no gestiona casos, ya que esta, como hemos visto, implica mucho más que las responsabilidades que se asumen en la gestión de cuidados, que sí son competencia de enfermería. La gestión de casos no consiste en derivar a las personas a diferentes servicios, lo cual constituiría la administración del caso; la gestión del caso hoy responde a la definición dada por Gordon Hamilton, y que implica unas dimensiones vitales: la familiar, la laboral, la relacional, la económica, la medioambiental,

la parental, etcétera, y obviamente, la gestión del cuidado. Cuando se habla de la *enfermera gestora de casos* en realidad debería hablarse de la *enfermera gestora de cuidados*.

Pero debemos evaluar cómo asumimos desde las unidades de trabajo social sanitario la gestión de caso, si es que la asumimos realmente.

Resumen

Hemos visto los modelos de intervención desde el trabajo social sanitario. Estos 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 de la unidad de trabajo social sanitario y, por otra, la gestión de los casos. Hemos puesto como ejemplo de gestión del servicio el modelo Agathos 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

Abramovice, B. (1988). *Long term care administration*. Nueva York / Londres: The Haworth Press.

Agulló Porras, A. y otros. «Trabajo Social Sanitario y gestión de casos» [artículo en línea]. *Documentos de Trabajo Social* (núm. 51). [Fecha de consulta: 28 de marzo de 2019].

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.

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

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.

Montejo Cadosa, J. (2009). «El equipo de tratamiento asertivo comunitario del área sanitaria de Oviedo. Un intento de gestión de casos en la atención a personas con un trastorno mental grave». En: D. Casado (coord.). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales* (págs. 57-68). Barcelona: Editorial Hacer.

Rimbau, C. (2008). «La gestión de caso: Aproximación y experiencias en España». En: Demetrio Casado Pérez (coord.). *Coordinación (gruesa y fina en y entre) los servicios sanitarios y sociales* (págs. 177-192).

Sarabia, A. (2008). «Los agentes de la gestión de caso. Perfil profesional». En: Demetrio Casado Pérez (coord.). *Coordinación (gruesa y fina en y entre) los servicios sanitarios y sociales* (págs. 192-204).

