

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN

1. TRABAJO SOCIAL, REALISMO INGENUO, MÉTODO CIENTÍFICO Y AUTOCRÍTICA
Miguel del Fresno García y Arantxa Hernández-Echegaray..... 9

II PROFESIÓN

1. EL CONTEXTO SOCIAL DEL TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA
Arantxa Hernández-Echegaray y Miguel del Fresno García..... 15
2. EL TRABAJADOR SOCIAL COMO CIENTÍFICO
Josefa Fombuena Valero 30
3. ÉTICA Y TRABAJO SOCIAL
Natividad de la Red Vega 44
4. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL
Berta A. Moneo Estany y Dolores Rodríguez Pérez 59

III LA METODOLOGÍA CIENTÍFICA EN TRABAJO SOCIAL

1. EL MÉTODO CIENTÍFICO: INVESTIGACIÓN, INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN
Pablo de la Rosa Gimeno, Juan M.ª Prieto y Jezabel Lucas..... 81
2. ENTREVISTA, DIAGNÓSTICO E INFORME DE TRABAJO SOCIAL
Dolors Colom Masfret 102
3. SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS
Arantxa Hernández-Echegaray 123
4. PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN TRABAJO SOCIAL
Rogelio Gómez, Francisco José Tovar y Teresa del Álamo 138

5. TRABAJO SOCIAL Y ANÁLISIS DE REDES SOCIALES: CONECTAR A LOS DESCONECTADOS <i>Miguel del Fresno García</i>	159
6. REDES SOCIALES, CAPITAL SOCIAL E INTERNET <i>Miguel del Fresno García</i>	185
7. PROSPECTIVA Y TRABAJO SOCIAL <i>Antonio López Peláez y Arantxa Hernández-Echegaray</i>	199

IV

EL MÉTODO APLICADO EN TRABAJO SOCIAL

1. TRABAJO SOCIAL Y EVALUACIÓN DE IMPACTO <i>Chaime Marcuello Sevós y Patricia Eugenia Almaguer Kalixto</i>	213
2. EL TRABAJO SOCIAL DE CASOS <i>Francisco-Xabier Aguiar Fernández, Ana Méndez Fernández, Xoán Lombardero Posada</i>	229
3. TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS <i>Alejandro Martínez González</i>	247
4. TRABAJO SOCIAL CON COMUNIDADES: ORGANIZACIÓN, PARTICIPACIÓN MOVILIZACIÓN DESDE UN ENFOQUE CRÍTICO-RADICAL <i>Enrique Pastor Seller</i>	262
5. TRABAJO SOCIAL CON JÓVENES: DESDE LAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS HACIA LA INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA <i>Francisco Javier García-Castilla</i>	276
6. LA RELEVANCIA DE LA MEDIACIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL: ¿MODELO TEÓRICO DE TRABAJO SOCIAL? <i>Carmen Rodríguez García</i>	299

V

MÉTODOS Y SITUACIONES

1. TRATA DE PERSONAS: UNA PREOCUPACIÓN GLOBAL DEL TRABAJO SOCIAL <i>Lianne Urada, Belén Peiró Outeriño y Claudia González</i>	319
2. TÉCNICAS DE VALORACIÓN, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS QUE EJERCEN TRABAJO SEXUAL <i>Belén Peiró Outeriño y Lianne Urada</i>	336

3. LA INFANCIA EN SITUACIÓN DE RIESGO Y DESPROTECCIÓN <i>Xavier Montagud Mayor</i>	358
4. SALUD MENTAL <i>Dolors Colom Masfret</i>	374
5. EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES <i>J. Daniel Rueda Estrada</i>	393
6. ADICIONES: DIAGNÓSTICO, INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN <i>Rafael Arredondo Quijada</i>	411
7. POBREZA, EXCLUSIÓN Y SINHOGARISMO <i>Javier Pacheco-Mangas y Arantxa Hernández Echegaray</i>	427
8. MARCO TEÓRICO DE LAS EMERGENCIAS SOCIALES <i>Itziar Herrero Muguruza y Juan Gavilán Perdiguero</i>	447
9. DISCAPACIDAD Y AUTONOMÍA PERSONAL. MODELOS TEÓRICOS Y DE INTERVENCIÓN SOCIAL <i>Sagrario Anaut Bravo y Berta A. Moneo Estany</i>	463

VI
FRONTERAS PARA EL TRABAJO SOCIAL
(PERSPECTIVAS)

1. CO-DISEÑO SOCIAL PARA EL TRABAJO SOCIAL. DEFINICIÓN Y MÉTODOS <i>Raquel Pelta Resano</i>	479
2. INNOVACIÓN SOCIAL APLICACIÓN A LA ACCIÓN SOCIAL <i>Belén Cucalón Estrada</i>	502
3. COMUNICACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES <i>Rafael Acebes Valentín</i>	524

SALUD MENTAL

Dolors Colom Masfret
Universitat Oberta de Catalunya (UOC)
Universitat de Barcelona (UB)

Objetivos del capítulo

- Contextualizar el trabajo social sanitario y el trabajo social en el ámbito de la salud mental.
- Ofrecer modelos de intervención y técnicas para facilitar el diagnóstico social (escalas de valoración y otros instrumentos que aporten rigurosidad).
- Mostrar evidencia científica a la intervención social practicada (supuestos prácticos, buenas prácticas, etc.).

Conceptos clave

- Salud mental en trabajo social, Diagnóstico social sanitario en salud mental, Ayuda desde el trabajo social a la salud mental.

TRABAJO SOCIAL SANITARIO Y TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

¿Por qué diferenciar el trabajo social sanitario y el trabajo social? En este capítulo sobre Salud Mental se hace especialmente necesario contextualizar los diferentes ámbitos de intervención, el sistema de servicios sociales si se refiere a trabajo social y el sistema sanitario si se refiere al trabajo social sanitario. Las competencias profesionales de uno y de

otro colectivo son distintas, como también lo es el ámbito de actuación y normativo.

Puede parecer una perogrullada, pero, por una parte, las personas acuden a los servicios sociales por problemas sociales y algunas presentan, además, problemas de salud mental. Por la otra, las personas acuden a los servicios sanitarios por problemas de salud mental y algunas, presentan problemas sociales. En cada ámbito, aun siendo la persona la misma, el centro de la atención, lo que motiva el primer estudio, es distinto porque las causas de la intervención son distintos. En el ámbito sanitario la enfermedad o el riesgo de padecerla está siempre presente y origina la intervención, primero médica y luego del resto de componentes del equipo de salud.

Cuando se habla de Trabajo Social uno se refiere al ejercicio de los profesionales en los servicios sociales. Desde hace unos años en España, cuando se habla de Trabajo Social Sanitario uno se refiere a la actuación de los profesionales en el ámbito del sistema sanitario, a ello se le añade además de la formación propia en trabajo social, la necesidad de formación específica sobre la enfermedad de que se trate, como señaló el Dr. Richard C. Cabot, conocido como el padre del trabajo social sanitario al crear y financiar la primera plaza de trabajadora social en el Massachussets General Hospital de Boston (USA) (Cabot, 1917: 101-104).

Si se habla del trabajo social dentro del campo de la salud mental, se debe señalar dos grandes líneas de acción. Una en el ámbito asistencial de los servicios sociales atendiendo a familias con algún miembro afectado por una enfermedad mental. Otra en el ámbito los servicios sanitarios cuando la persona precisa tratamiento por alteraciones y desequilibrios en su salud mental. En ambos casos se intervendrá sobre la familia sobre todo para prevenir desajustes asociados a la contención y atención diaria del familiar. Desde el trabajo social se estudia a la familia como unidad de tratamiento.

Gordon Hamilton se refirió a «necesidades individuales y soluciones individuales, necesidades familiares y soluciones familiares, necesidades comunitarias y soluciones comunitarias» (Hamilton, 1951: 14-26). En Salud Mental, esta premisa ayuda a enfocar las intervenciones en lo individual, lo familiar y en lo comunitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta sobre el aumento de la prevalencia de los trastornos mentales, explicados como: «Una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás» (OMS, 2017). Señala la OMS: «La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países» (OMS, 2017). La prevalencia en epidemiología se explica como «proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio» (RAE, 2018). También se explica como «la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. Por ejemplo, la prevalencia de depresión en la Comunidad de Madrid en el año 2018 es la proporción de individuos de esa Comunidad Autónoma que en el año 2018 padecían el trastorno».¹

Los principales trastornos mentales, siempre de acuerdo con la OMS son «la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo». De estos trastornos mentales el más frecuente y una de las principales causas de discapacidad en el mundo es la depresión (OMS, 2017).

Las autoridades sanitarias alertan del aumento del consumo de ansiolíticos y sedantes en todas las franjas de edad, si bien resulta especialmente alarmante en la población infantil y adolescente.² Por lo tanto, se debe tomar conciencia de que éste es un fenómeno que va al alza y todos los profesionales vinculados al Estado del bienestar deben tener conocimientos básicos para reconocer la enfermedad mental.

¹ http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_2.html [consulta 25 de setiembre de 2018]

² <https://www.imfarmacias.es/noticia/13748/espana-a-la-cabeza-de-europa-en-el-consumo-de-ansioliticos> [consulta 15 septiembre de 2018]

Trabajo Social (Sanitario) en Salud Mental. Definición

Son muchas las definiciones que ilustran la unión de los conceptos de Trabajo Social con el de Salud Mental.

William Horder, en la *Balckwell Enciclopedia os Social Work* escribe: «El Trabajo Social en Salud Mental es la especialidad que abarca el trabajo con personas afectadas por problemas mentales y una práctica prorrogada en cualquier entorno, que promueve la salud mental de los individuos y de las familias. Como práctica está enraizada en la conciencia de que los problemas de pobreza, injusticia, desventajas, enfermedad o pérdida de roles pueden tener serias implicaciones en la salud mental; y a la inversa, que problemas mentales como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias son socialmente penetrantes, a veces irreconocibles y pueden causar o exacerbar dificultades con relación con el medio ambiente. Los trabajadores sociales tienen por objetivo trabajar en asociación con las personas angustiadas y sus familias, mejorar el funcionamiento social, reconociendo la complejidad de las relaciones interpersonales y las influencias intrapsíquicas y estructurales. Mientras los debates ideológicos llevan a enfatizar uno de estos factores a expensas de los otros, la habilidad de vincular y relacionar el uno al otro es la clave característica de la práctica» (Horder, 2009: 213).

LAS TEORÍAS DEL TRABAJO SOCIAL SEGÚN PAYNE APLICADAS A LA SALUD MENTAL

A fin de contextualizar las acciones profesionales para explicar el concepto de «Teoría del trabajo social» desarrollado por Payne y así realizar las correspondientes aplicaciones al campo la salud Mental. Malcolm Payne define la Teoría del Trabajo Social como: «El cuerpo de pensamiento que aporta una descripción organizada y explicada de las propuestas y los contenidos del trabajo social, ambos, como fenómeno social y como actividad» (Payne, 2009: 332-334). Payne contempla tres categorías de teorías del trabajo social:

1. Teorías sobre la naturaleza del trabajo social. Se refieren a lo que lo define y le es esencial: la mejora de las situaciones de las personas y

del conjunto de la ciudadanía, en cada contexto social y de acuerdo con sus capacidades. Payne propone tres dimensiones:

- «La provisión de servicios de trabajo social y las regulaciones sociales en nombre de la sociedad organizada y principalmente representada por el Estado.
 - El crecimiento individual en la satisfacción personal y estabilidad social.
 - El cambio social y la mejora social» (Payne, 2009: 332).
2. Teorías sobre la práctica del trabajo social. Payne las define como «conjuntos discretos de ideas que prescriben las acciones de trabajo social adecuadas en cada situación particular» (Payne, 2009: 332-334).

Ello permite deducir que cada realidad requiere una tipología de evaluación para investigar el caso social y cada diagnóstico social avala unos servicios frente a otros o dentro de éstos, se utilizaran unos recursos y prestaciones frente a otras. Este discernir, elemento clave del diagnóstico, lo permite el conocimiento de las teorías.

Muchos años antes Gordon Hamilton, hablaba de «necesidades individuales y soluciones individuales, necesidades familiares y soluciones familiares, necesidades comunitarias y soluciones comunitarias» (Hamilton, 1951: 14-26).

3. Teorías sobre el mundo del cliente del trabajo social. Son «tesis sobre la conducta humana y la vida social vista principalmente desde la teoría y la investigación en gestión, filosofía, psicología, política social y sociología. Estas teorías describen y explican por qué las personas actúan como actúan en circunstancias particulares y cómo aflora el fenómeno social» (Payne, 2009: 332-334).

SALUD MENTAL Y TRASTORNOS MENTALES

Sea la enfermedad mental la que provoca los problemas sociales o los problemas sociales los que promueven la enfermedad mental el foco está en la persona y su familia. Para mantener el equilibrio del sistema familiar se debe garantizar el seguimiento y las correspondientes visitas domiciliarias para poder ver *in situ* la realidad que va mostrándose.

Primero se definen ambos conceptos: el de *Salud Mental* y el de *Trastornos mentales* con los cuales, el trabajo social sanitario y el trabajo social establecen una relación funcional de acuerdo con el ámbito asistencial desde donde se inicia el procedimiento o protocolo de trabajo social.

- Salud mental, según la OMS se define como: «Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (OMS, 2013). En 2013, se aprobó el «Plan de acción sobre salud mental 2013-2020» que se puede consultar y desde aquí se recomienda que lo consulte, al completo en la web.
- Trastornos mentales: La OMS señala: «Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo» (OMS, 2017).

Se puede ampliar información respecto a cada trastorno mental en bibliografía especializada, pero en la tabla siguiente se presenta una síntesis de aquellos síntomas más relevantes de cada trastorno, si bien el diagnóstico siempre debe estar avalado médicamente.

El Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad ha desarrollado la estrategia de atención a la Salud Mental dentro del Plan de Calidad el Sistema Nacional de Salud.

A lo largo de la historia la denominación ha variado de una época a otra. Ello también ha variado la atención a las personas afectadas y su, integración y reinserción social.

La salud mental, si bien hoy una mayoría acepta la denominación, se puede convenir que lamentablemente es un eufemismo porque las evidencias ponen de relieve que la intervención la genera la enfermedad mental y no la salud. La Salud Mental como objetivo es un hecho innegable al que aspiran todos los gobiernos del mundo, pero hoy por hoy, el

foco está en la enfermedad mental y los desequilibrios biopsicosociales que genera en las personas que la padecen.

Tabla 1. Principales trastornos mentales y sus síntomas.

Trastorno mental	Síntomas (OMS)
Depresión	«Tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio» (OMS, 2017).
Trastorno afectivo bipolar,	«Alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Las personas que presentan solamente episodios maníacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar» (OMS, 2017).
Esquizofrenia y otras psicosis	«Anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario). Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad» (OMS, 2017).
Demencia,	«De naturaleza crónica y progresiva se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación» (OMS, 2017).
Discapacidades intelectuales, Trastornos del desarrollo, autismo	«Son alteraciones del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, así como limitaciones específicas de cada individuo con respecto a sus intereses y actividades, que realiza repetidamente. Los trastornos del desarrollo suelen iniciarse en la infancia o la primera niñez. En ocasiones, las personas afectadas presentan un cierto grado de discapacidad intelectual» (OMS, 2017).

Fuente: elaboración propia a partir de la OMS.

PRINCIPIOS DEL SISTEMA SANITARIO RECOGIDOS EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La Ley 14/1986, de 25 de abril³, General de Sanidad, en su artículo VII señala los principios de «eficacia, celeridad, economía y flexibilidad»

1. Eficacia: «Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera». (RAE). La eficacia se acompaña de la Eficiencia: «Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado». (RAE).
2. Celeridad: «Prontitud, rapidez, velocidad» (RAE).
3. Economía. «Administración eficaz y razonable de los bienes» (RAE).
4. Flexibilidad: «Susceptible de cambios o variaciones según las circunstancias o necesidades» (RAE).

Para ser eficaces (qué se necesita para el logro deseado) y eficientes (con quién se debe contar para alcanzar ese logro deseado). Algunas preguntas son:

1. ¿La organización del establecimiento en el cual se atiende, permite ejercer de trabajadores sociales sanitarios?
2. ¿Cuál es la responsabilidad social de cada profesional?
3. ¿La organización actual de la Unidad de trabajo social o de trabajo social permite ejercer dicha responsabilidad?
4. ¿Cuáles son los resultados en bienestar de la Unidad de Trabajo Social?
5. ¿Cuáles son los indicadores de la Unidad de Trabajo Social sanitario y de Trabajo Social para poder hablar de buenos o malos resultados?
6. ¿Qué piensan las personas atendidas de la Unidad de Trabajo Social Sanitario o de Trabajo Social? ¿Y otros los profesionales?
7. Etcétera.

³ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> [consulta 24 de mayo de 2018]

LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO Y/O DESDE EL TRABAJO SOCIAL

La intervención se basa en procedimientos o protocolos de trabajo social. Las fases básicas son las siguientes.

1. Escucha de la explicación y demanda literal por parte de la persona.
2. Se le pregunta «en qué cree que se la puede ayudar».
3. Se le pide permiso para poder hablar de ella con su familia y con otros profesionales del trabajo social sanitario, del trabajo social, de la medicina, de la psiquiatría, de la enfermería, etcétera.
4. Se le pregunta qué dificultades ha encontrado para solucionar los problemas que plantea.
5. Se empieza la recogida de información, la necesaria para la investigación del caso.
6. Se elaboran unas primeras hipótesis diagnósticas que justifican las primeras intervenciones terapéuticas.
7. Se elabora el diagnóstico social sanitario (cuando la persona se encuentra en el sistema sanitario) o el diagnóstico social (cuando la persona está en el sistema de servicios sociales).
8. Se propone a la persona y su entorno el Plan de acción y los servicios de trabajo social a prestar.
9. Se gestiona. Se resuelve. Se deriva a la Unidad que dará continuidad al tratamiento. Se da el alta.
10. Se evalúa el caso.

ASPECTOS GENERALES DE LOS MODELOS DE TRABAJO SOCIAL

Una primera consideración es evitar confundir la filosofía con el modelo:

1. La filosofía es la base conceptual y teórica que inspira el hecho. Por ejemplo, la atención interdisciplinar. Ello implica el trabajo conjunto con otros profesionales de otras disciplinas.

2. El modelo es el esquema de intervención que aplicamos. Por ejemplo, Procedimientos para la planificación del alta hospitalaria. Ello requiere identificar en qué fases del procedimiento se establecen las comunicaciones con el resto de las profesionales, qué información se comparte al inicio, cómo se va informando de los avances del tratamiento social.

Una segunda consideración es diferencial la Gestión del caso de la Gestión de la Unidad de trabajo social sanitario o trabajo social.

1. La Gestión del caso se centra en el núcleo de intervención, en la persona afectada y su familia, sus allegados si procede. Cada caso es único.
2. La Gestión de la Unidad de Trabajo Social Sanitario o Trabajo Social se centra en la organización de los profesionales, en el desarrollo de indicadores de calidad, en la asignación de responsabilidades, en la explotación de la información y la propuesta de nuevos programas y servicios.

En España, la legislación sanitaria se rige por el Modelo de Atención Integral, también conocido como el Modelo biopsicosocial, definido por George Engel en 1977 y es en base a este modelo que se debe articular la Gestión del caso y la Gestión de la Unidad de Trabajo Social Sanitario o de Trabajo Social.

MODELOS DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

Modelos principales de Trabajo Social anteriores a 1950

El Modelo Psicosocial

Se centra en la persona afectada y su entorno como protagonistas de la resolución de los problemas. La familia como unidad de tratamiento. Mary E. Richmond, a través del estudio constante de casos, al analizar los registros observó la influencia que los miembros de la familia ejercían sobre la persona y entre ellos mismos. Esta interactividad era notoria y la llevó a ella y sus discípulos a considerar el individuo dentro de su contexto familiar y social, dentro de su medio ambiente habitual. El modelo se apoya en el diagnóstico social (sanitario) y considera que las experiencias y vivencias pasadas influyen sobre los comportamientos presentes.

Deben identificarse los patrones de comportamiento entendiendo que estos se repiten una y otra vez mientras no se produzca una intervención. (Woods, Hollis, 2000: 10-11).

Un ejemplo que ilustra este modelo llegó en 1905 de la mano de Samuel G. Smith cuando con motivo de la conferencia *Social Standards*, reflexionó sobre los diferentes grados de pobreza soportables por la sociedad. Explicó cómo la concepción de pobreza asumida por las autoridades y la sociedad en general marca su manera de afrontarla. Parafraseando a Smith: «si uno tiene una visión estática de la pobreza, si piensa en ella como una realidad inamovible, hará caridad. Pero si uno conceptúa la pobreza desde una visión dinámica, como un síntoma, como puede ser un escalofrío en medicina, y piensa que, con ayuda, las personas pueden generar nuevos escenarios de vida, aplicará trabajo social» (Smith, 1905: 10). Smith señaló al trabajo social como la profesión cuyos profesionales se erigían en responsables de elaborar un juicio preciso, léase un «diagnóstico social preciso», para proponer un plan de intervención orientado a desarrollar y mejorar las fortalezas de las personas atrapadas en la pobreza y la indigencia, ayudándolas a ganar autonomía personal y económica.

El Modelo Funcionalista

Se centra en el problema y su resolución. Discrepa radicalmente de la aproximación de Richmond. 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 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 (Woods, Hollis, 2000: 10-11). Aquí se ve la influencia de John Dewey, filósofo y pedagogo, pero como vino a señalar más tarde Gordon Hamilton, para poder decidir, las personas deben disponer toda la información y poseer el conocimiento necesario.

Modelos de Trabajo Social principales posteriores a 1950

Los cambios sociales de los años cincuenta llevaron a los trabajadores sociales a desarrollar nuevos modelos de intervención donde actúan más variables.

Autores relevantes que han profundizado en los Modelos de trabajo social, muchos de ellos en el campo sanitario, son entre otros:

Mary E. Woods y Florence Hollis describen el Modelo Ecológico, citan a Henry Murray cuando describe: «El organismo es desde el principio un Todo del cual las partes son derivadas por auto diferenciación. El Todo y las Partes están mutuamente relacionadas. La totalidad del Todo se esencial para entender a las Partes como las Partes permiten comprender el Todo» (Woods, Holis, 2000: 39-40). El modelo ecológico dentro de la teoría de los sistemas parte de la relación y la interacción entre la persona y su medio ambiente

Hellen Harris Perlman. Creadora del Modelo de Problem-Solving: [resolución de problemas]. Según la cual «Las operaciones de casework son esencialmente procesos de resolución de problemas» (Harris Perlman, 1957). Implica conocer, la naturaleza de la persona, la naturaleza del problema, y la naturaleza del entorno. Busca promover la solución los problemas de los clientes a la vez que los viven y promover su capacidad de crecimiento mediante la resolución.

María Carmen Romero, apoyada en Ricardo Hill, propone cinco Modelos de intervención (Romero, 1999: 58-64):

1. Modelo socializador: Indicado para grupos marcados por situaciones de pobreza y marginalidad. Se desarrolla en el marco la comunidad.
2. Modelo Clínico-Normativo: Indicado para personas con problemas para seguir las normas. Muy aplicado en el campo sanitario. Algunos modelos que se nutren de la filosofía de este son: El Modelo de la terapia familiar. El Modelo de la práctica constructivista. El Modelo de las fortalezas. El Modelo soportado en el «empowerment» [potenciación]. El Modelo de trabajo de grupo. El Modelo para mejorar los servicios humanos basado en la ecología.
3. Modelo socio-conductista: Indicado para la atención a personas con comportamientos problemáticos. Se aplica al sistema sanitario y al sistema de prisiones. Se apoya en técnicas de refuerzo y castigo.
4. Modelo de Intervención en crisis: Orientado a situaciones críticas que se prevé son temporales. Muy empleado en el campo sanitario. Se refiere a crisis traumáticas o a crisis que tienen que ver con el propio