

# ÍNDICE

<i>Presentación</i> .....	13
---------------------------	----

## PARTE I

### EL INDIVIDUO COMO UNIDAD DE INTERVENCIÓN

<i>Capítulo 1. LA PERSONA COMO SUJETO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL CON CASOS. Javier Páez Gallego, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España y Jorge Pizarro Martínez, trabajador social</i> .....	25
1. Introducción .....	25
2. Modelo integral de la persona: El modelo bio-psico-social .....	27
2.1. Modelo bio-psico-social .....	27
2.1.1. Antecedentes: el modelo biomédico .....	27
2.1.2. Crisis: del reduccionismo al inclusionismo .....	28
2.1.3. La teoría general de sistemas (TGS) .....	33
3. Dimensión biológica del ser humano .....	34
3.1. Desarrollo humano y etapas de la vida .....	35
4. Dimensión psicológica del ser humano .....	36
4.1. Procesos cognitivos y emocionales .....	37
4.1.1. Procesos cognitivos del ser humano .....	37
4.1.2. Procesos emocionales del ser humano .....	39
4.2. Personalidad y conducta .....	45
4.3. Salud mental y trastornos psicológicos .....	46

5. Dimensión social del ser humano.....	48
5.1. Cultura y sociedad.....	48
5.2. Relaciones interpersonales y grupo social.....	51
5.3. Influencia de factores sociales en la vida humana.....	52
6. La persona como sujeto del trabajo social.....	54
6.1. La personalidad en el contexto de la intervención social.....	55
6.1.1. Modelo de los Cinco Grandes Factores.....	55
6.1.2. Teoría del Apego.....	56
6.1.3. Teoría del Yo Social.....	56
6.2. La familia como entidad de convivencia y socialización en el ámbito de la intervención social.....	57
6.2.1. La familia en la intervención social.....	57
6.3. El contexto como elemento modulador de la vida de las personas en el ámbito de la intervención social.....	59
6.3.1. Teorías sobre el contexto y la persona en la intervención social.....	59
Conclusiones.....	60
Bibliografía.....	61
Ejercicios de autoevaluación.....	64
Solucionario.....	65

PARTE II

FUNDAMENTOS DEL TRABAJO SOCIAL CON CASOS

<i>Capítulo 2. BREVE HISTORIA DEL TRABAJO SOCIAL CON CASOS. Miguel Urra Canales y Francisco Javier García-Castilla, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.....</i>	69
1. Introducción. Contexto histórico del Trabajo Social con Casos ..	70
2. El nacimiento del trabajo social y del método de casos.....	71
2.1. Thomas Chalmers y las COS.....	72
2.2. Mary Ellen Richmond.....	73
2.3. Amy Gordon Hamilton.....	76

2.4. Otras trabajadoras sociales que configuran el trabajo social con casos .....	77
2.5. Síntesis del desarrollo histórico del trabajo social con casos .....	78
2.6. Evolución a través de diferentes modelos.....	79
3. El nacimiento del trabajo social con casos en España .....	80
4. El nacimiento del trabajo social con casos en Latinoamérica ....	84
Conclusiones.....	87
Resumen.....	88
Lecturas recomendadas.....	88
Glosario.....	88
Bibliografía .....	89
Ejercicios de autoevaluación .....	91
 <b>Capítulo 3. TEORÍAS Y MODELOS DEL TRABAJO SOCIAL CON CASOS.</b>	
<i>Carmen Verde-Diego, Universidade de Vigo, Ourense, España; Sabela Pérez-Martín, Universidade de Vigo, Ourense, España; y Ana-María Rodríguez-González, Servicio Gallego de Salud, Ourense, España; Universidad Internacional de La Rioja, España .....</i>	
1. Introducción .....	94
2. Algunas teorías que han incidido en el Trabajo Social.....	95
3. De las teorías «para» el Trabajo Social a los modelos «del» Trabajo Social.....	100
4. Los enfoques transversales del Trabajo Social.....	102
4.1. El enfoque de derechos humanos.....	103
4.2. La perspectiva de género.....	103
4.3. La intervención interseccional.....	103
4.4. El enfoque de empoderamiento .....	104
5. Modelo diagnóstico o psicosocial.....	105
6. Modelo funcional.....	107
7. Modelo centrado en la resolución del problema o modelo centrado en las soluciones .....	107
8. Modelo de modificación de conducta.....	108
9. Modelo de intervención en situación de crisis.....	110

10. Modelo centrado en la tarea o modelo participativo por objetivos	111
11. Modelo sistémico: el individuo en el sistema familiar.....	113
12. Modelo de la gestión de casos.....	114
13. Modelo crítico/radical.....	116
14. El enfoque de capacidades de Amartya Kumar Sen y Martha Nussbaum.....	117
Conclusiones.....	118
Resumen.....	119
Lecturas recomendadas.....	120
Glosario.....	120
Bibliografía.....	121
Actividades.....	121
Ejercicios de autoevaluación.....	122
Solucionario.....	124
<i>Capítulo 4. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL CON CASOS. Carmen Verde-Diego, Universidade de Vigo, Ourense, España, Yolanda García Vázquez, Universidade de Vigo, Ourense, España, Raquel Vázquez-Pérez, Universidade de Vigo, Ourense, España</i> .....	125
1. Introducción.....	126
2. La observación.....	128
3. La escucha activa.....	132
4. La entrevista.....	135
5. La visita domiciliaria.....	138
6. El acompañamiento.....	140
7. La mediación.....	143
Conclusiones.....	145
Resumen.....	146
Lecturas recomendadas.....	147
Glosario.....	147
Bibliografía.....	148
Actividades.....	149
Ejercicios de autoevaluación.....	149

<i>Capítulo 5. DEONTOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL CON CASOS. Javier Páez Gallego, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España...</i>	151
1. Introducción.....	152
2. Valores y principios .....	153
2.1. Definición de valor en el ámbito de la deontología.....	153
2.2. Definición de principio en el ámbito de la deontología .....	155
3. Ética y deontología profesional .....	156
4. Deontología del Trabajo Social y código ético .....	158
5. Principios del Trabajo Social en la atención individualizada .....	163
5.1. Principios de la intervención social.....	163
5.1.1. Principios generales de la intervención social.....	164
5.1.2. Principios deontológicos de la intervención social..	166
5.2. Principios deontológicos del Trabajo Social.....	169
5.3. La aceptación del usuario.....	170
5.4. Autodeterminación .....	170
5.5. No enjuiciamiento .....	172
5.6. Confidencialidad .....	174
6. Los dilemas éticos y su resolución.....	175
Resumen.....	177
Bibliografía .....	179
Ejercicios de autoevaluación .....	180
Solucionario .....	182
 <i>Capítulo 6. GESTIÓN EMOCIONAL Y AUTOCUIDADO PROFESIONAL PARA MEJORAR LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON CASOS. Santa Lázaro Fernández, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España y Jesús M. Pérez Viejo, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España .....</i>	 185
1. Introducción.....	186
2. La ayuda y su impacto en los equipos profesionales.....	187
3. Las emociones y su regulación .....	192
4. Claves para el autocuidado .....	194
Conclusiones.....	197
Resumen.....	197

Lecturas recomendadas.....	198
Glosario.....	198
Bibliografía .....	200
Actividades de repaso.....	202
Ejercicios de autoevaluación .....	202

PARTE III

MÉTODO DEL TRABAJO SOCIAL CON CASOS

**Capítulo 7. DIAGNÓSTICO SOCIAL EN EL TRABAJO SOCIAL CON CASOS.**

*Núria Fustier-García, Grup de Recerca de Ciències Aplicades (CISA), Manuel Gutiérrez Pascual, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España* .....

205

1. Introducción.....	206
2. El diagnóstico social en la evolución del Trabajo Social .....	207
2.1. El diagnóstico social y su relación con el Trabajo Social con Casos.....	207
2.2. Visión actual del diagnóstico social .....	210
2.3. El diagnóstico social en el proceso de intervención del Trabajo Social con Casos .....	211
3. El rol profesional ante el diagnóstico social.....	212
4. Metodología para el diagnóstico social.....	215
4.1. Aportaciones sobre la metodología diagnóstica .....	215
4.2. Metodología: Descripción, interpretación y síntesis.....	217
4.2.1. Acción descriptiva.....	218
4.2.2. Acción interpretativa .....	219
4.2.3. Acción sintética .....	220
5. Instrumentos para el diagnóstico social en el trabajo social con casos .....	221
5.1. Conceptos para la medición en los instrumentos diagnósticos.....	221
5.2. Visión general de instrumentos para el diagnóstico social..	222
5.2.1. Instrumentos del ámbito anglosajón .....	223
5.2.2. Instrumentos en el ámbito español .....	224

Conclusiones.....	226
Resumen.....	227
Lecturas recomendadas.....	227
Glosario.....	228
Bibliografía.....	228
Actividades/ejercicios de repaso o revisión.....	230
Ejercicios de autoevaluación.....	230

<i>Capítulo 8. DISEÑO DE INTERVENCIÓN. Eva M. Rubio Guzmán y Rosalía Mota López, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.....</i>	231
---	-----

1. Introducción.....	232
2. ¿Qué es planificar?.....	233
3. El diseño de intervención social.....	238
3.1. La definición de objetivos.....	238
3.2. La selección de alternativas.....	241
3.3. El diseño de la intervención.....	244
3.4. Documentación técnica que acompaña al diseño de intervención social.....	253
4. El acuerdo en la intervención: la técnica del contrato.....	255
Conclusiones.....	258
Resumen.....	259
Lecturas recomendadas.....	259
Bibliografía.....	260

<i>Capítulo 9. INTERVENCIÓN SOCIAL COMO FASE DEL PROCESO DEL TRABAJO SOCIAL CON CASOS. Esther Raya Díez, Universidad de La Rioja. Logroño, España.....</i>	261
--	-----

1. Introducción.....	262
2. Significado de intervención social en el Trabajo Social con Casos.....	263
3. Objetivos, funciones y principios del Trabajo Social con Casos ..	267
4. Modelos de intervención.....	270
5. Proceso metodológico del Trabajo Social con Casos.....	272
5.1. Inducción a la demanda.....	272
5.2. Componentes de las fases del proceso de intervención social.	275

6. Intervención social como fase del proceso metodológico.....	279
7. Técnicas de intervención social.....	282
8. Ámbitos de intervención del Trabajo Social con Casos.....	285
Conclusiones.....	285
Resumen.....	286
Lecturas recomendadas.....	287
Glosario.....	287
Bibliografía.....	288
Actividades/ejercicios.....	289
Ejercicios de autoevaluación.....	289
Solucionario.....	290
<i>Capítulo 10. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL. Esther Raya</i> <i>Díez, Universidad de La Rioja. Logroño, España.....</i>	291
1. Introducción.....	292
2. Elementos previos para comprender la evaluación.....	292
3. Definición de evaluación.....	295
4. Criterios o juicios de valor.....	298
5. Evaluación de la intervención en el Trabajo Social con Casos....	299
5.1. Diseño de evaluación en el Trabajo Social con Casos.....	301
5.2. Componentes de la evaluación en el Trabajo Social con Casos	307
Conclusiones.....	311
Resumen.....	311
Lecturas recomendadas.....	312
Glosario.....	313
Bibliografía.....	313
Actividades/ejercicios.....	314
Ejercicios de autoevaluación.....	314



## Capítulo 1

# LA PERSONA COMO SUJETO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL CON CASOS

Javier Páez Gallego

*Universidad Nacional de Educación a Distancia, España*

Jorge Pizarro Martínez

*Trabajador social*

### **Esquema**

1. Introducción. 2. Modelo integral de la persona: El modelo bio-psi-co-social. 3. Dimensión biológica del ser humano. 4. Dimensión psicológica del ser humano. 5. Dimensión social del ser humano. 6. La persona como sujeto del trabajo social. Conclusiones. Bibliografía. Ejercicios de autoevaluación. Solucionario.

### **1. INTRODUCCIÓN**

Hace algunos años, un profesor de ingeniería señalaba en su lección inaugural las múltiples variables con las que tenía que trabajar para realizar los cálculos necesarios para sus proyectos. Todo esto, apostillaba este profesor, era un puzle para él. Sin embargo, cuando ya había desgranado todo el proceso, indicaba que nada de esto era más complejo que trabajar con personas, las cuales, cada una tenía en su identidad características

diferentes, una historia de vida diferente y objetivos y expectativas diferentes. En ese caso, ningún «cálculo» podía ser igual al anterior o al siguiente y, aún asumiendo la tarea de controlar todas las posibles variables, nada podía asegurar que el resultado sería el esperado. Esto suponía, como concluía este profesor, la dificultad de trabajar con personas.

En este capítulo, exploraremos la complejidad y las dificultades inherentes a trabajar con personas debido a las grandes diferencias que existen entre ellas. Cada individuo es único en su biología, psicología y dimensión social, lo que plantea desafíos significativos al intentar comprender y abordar sus necesidades y comportamientos. Para ello, adoptaremos una visión holística al estudiar a la persona, considerando su biología, su psicología y su dimensión social como componentes interrelacionados e inseparables.

La comprensión de la persona desde una perspectiva bio-psico-social implica reconocer que somos seres complejos y multidimensionales. Nuestra biología se refiere a los aspectos físicos y fisiológicos de nuestro cuerpo, como nuestros sistemas nervioso, cardiovascular, endocrino y otros. Estos sistemas biológicos influyen en nuestra salud, nuestra capacidad de adaptación y nuestras respuestas a estímulos externos e internos. Sin embargo, no podemos reducir la experiencia humana únicamente a los aspectos biológicos. Nuestra psicología, que abarca nuestras emociones, pensamientos, creencias y patrones de comportamiento, también desempeña un papel fundamental en la configuración de nuestra identidad y nuestras acciones. Nuestra psicología puede influir en nuestra forma de percibir el mundo, nuestras motivaciones, nuestras relaciones interpersonales y nuestras respuestas a los desafíos que enfrentamos.

Además de la biología y la psicología, la dimensión social es otro elemento crucial en la comprensión de la persona. Somos seres sociales por naturaleza, y nuestras interacciones con los demás y con el entorno en el que vivimos tienen un impacto significativo en nuestra vida y bienestar. Nuestra dimensión social abarca nuestras relaciones familiares, amistades, comunidad, cultura, normas sociales y roles que desempeñamos en la sociedad. Estos aspectos sociales moldean nuestra identidad, nuestras experiencias y nuestras oportunidades de desarrollo.

Cuando nos enfrentamos a la tarea de trabajar con personas, debemos ser conscientes de las diferencias individuales y la complejidad in-

herente a cada individuo. No existe una fórmula única o un enfoque universalmente aplicable que pueda dar cuenta de todas las particularidades y singularidades de cada persona. Por lo tanto, debemos adoptar una mentalidad abierta, flexible y respetuosa hacia la diversidad humana.

Al comprender y apreciar estas dimensiones interrelacionadas estaremos mejor equipados para enfrentar los desafíos y las diferencias individuales que encontramos al interactuar con las personas en diversos contextos. El objetivo final es promover una comprensión más profunda y una intervención más efectiva en beneficio de su bienestar y desarrollo integral.

## **2. MODELO INTEGRAL DE LA PERSONA: EL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL**

El paradigma bio-psico-social en la actualidad presta su enfoque al Trabajo Social con Casos. Como la mayor parte de los cambios de paradigma, su implantación supuso una crisis y ruptura con el anterior más de corte biomédico. Engel, autor de este modelo, promovió, por medio de estudios aplicados al campo de la medicina, una propuesta metodológica que hoy se aplica desde el sentido común. La persona debe, necesariamente, ser protagonista de su proceso de salud/enfermedad. A partir de ahí, surgieron una serie de corrientes y propuestas desde el trabajo social clínico, de casos, con individuos y familias, así como otras denominaciones en función del ámbito en el que se desarrolle el desempeño profesional. Por consiguiente, hablar de las dimensiones de la persona permite poder ampliar la visión sobre la complejidad de planos presentes en la vida del sujeto. En este sentido, aspectos como la integralidad, la coordinación interdisciplinar, el entorno y la teoría general de sistemas tienen cabida en este capítulo, habida cuenta de que nos encontramos en una sociedad paradójica en la que conviven el constante cambio social con la plena vigencia del paradigma.

### ***2.1. Modelo bio-psico-social***

#### *2.1.1. Antecedentes: el modelo biomédico*

Engel desarrolla entre los años 70 y 80 del siglo pasado una crítica al paradigma anterior, el modelo biomédico (Ramos, 2015). La enfermedad

era entendida en términos somáticos, es decir, exclusivamente desde lo físico. No tenían, por tanto, cabida dimensiones conductuales, sociales y psicológicas de la enfermedad. El tránsito hacia un nuevo modelo implicaría necesariamente una ruptura, hito que se produjo en el ámbito de la psiquiatría:

Sostengo que toda la medicina está en crisis y, además, que la crisis de la medicina se deriva de la misma falla básica que la psiquiatría, a saber, la adhesión a un modelo de enfermedad que ya no es adecuado para las tareas científicas y las responsabilidades sociales (Becerra, 2018, p. 168).

Engel advertía sobre la creencia de que, en relación con la salud, concurrían aspectos de la biología como también psicológicos y sociales. Además de poner en tela de juicio algo no menos relevante: la responsabilidad médica en sí misma. Si bien es cierto que algunas de las críticas vertidas hacia el modelo de Engel hablan de cierta dispersión en planos que trascienden la práctica médica como la visión filosófica de la realidad (Ramos, 2015), encaje más cercano a la disciplina del Trabajo Social. Como se verá posteriormente, el Trabajo Social tendrá mucho que decir en cuanto a la aproximación holística del individuo.

Relatos acerca de la causa natural de la enfermedad a la hora de determinar un diagnóstico atestiguan la separación entre lo considerado enfermedad mental frente a trastorno psiquiátrico. En este sentido, el profesor Engel confirma la presencia de variables sociales en la génesis de patologías hasta ese momento consideradas mentales desde el modelo biomédico. Trastornos relativos a (Engel, 1977):

Los problemas de la vida, las reacciones de ajuste social, los trastornos del carácter, los síndromes de dependencia, las depresiones existenciales (...) deberían ser excluidas del concepto de enfermedades mentales ya que estos trastornos surgen en individuos con un funcionamiento neuropsicológico presumiblemente intacto y son producidas principalmente por variables sociales (Becerra, 2018, p. 168).

### 2.1.2. *Crisis: del reduccionismo al inclusionismo*

El contexto en que Engel desarrolló su ensayo se encontraba en una tensión entre dos polos: por un lado, una preeminencia de lo reduccio-

nista (Engel, 1981), que apartaba cuestiones psicosociales de la medicina a pesar de que entonces (y ahora) eran inherentes a su práctica. Por otro lado, la pujanza de un paradigma médico alternativo que diera cabida a la palabra del paciente por encima de los datos de laboratorio y los ensayos clínicos.

El abordaje de la esquizofrenia y la diabetes centró el debate. En concreto en torno a determinar cómo las manifestaciones clínicas de ésta última concurrían inevitablemente con aspectos psicosociales. Tales como la experiencia subjetiva de la aparición de la enfermedad, cómo el paciente reporta los síntomas o cómo se ven afectadas las vidas de éstos y su entorno. El cambio de paradigma contemplaba considerar aspectos psicológicos, sociales y culturales.

### *Fundamentos teóricos*

Se ilustra este proceso de cambio de paradigma hacia el bio-psico-social (BPS) por medio de un texto (Borrell i Carrió, 2016) que gira en torno al modelo a partir de la reflexión crítica que irremediamente trae al presente:

- a) La biomedicina era dualista: si bien el cuerpo estaba compuesto por cuerpo y mente, muchos profesionales de la medicina apostaban por disgregar el cuerpo de la historia de vida del paciente y lo emocional distanciado de la persona. Según este autor, sin puentes que mediaran entre dichos extremos, lo psico social se desenfoca respecto a lo orgánico. Pensemos en cómo una persona con un rasgo de personalidad ansiosa puede desarrollar una patología dermatológica como la psoriasis. En esta línea, observamos la importante de cómo este antecedente histórico ha mutado hacia la creencia de que un tratamiento dirigido solo a ese aspecto bioquímico no restaura la salud del paciente. El conocido «efecto placebo» es una muestra sobre cómo la efectividad del tratamiento biológico puede verse afectada por variables psicosociales (Ramos, 2015).
- b) La biomedicina abogaba por una causalidad simple, obviando la complejidad de los sistemas humanos así como la presencia de múltiples factores en el proceso y percepción de la enfermedad.

Como se vería con el paso de los años, esta complejidad cobraría sentido en el modelo de causalidad circular (idea sobre la que volveremos al hablar de la teoría general de sistemas). En esta línea de pensamiento, extendemos la idea del autor sobre contraponer la circularidad frente a la causalidad estructural. El motivo es simple y propio del Trabajo Social con casos: integrar frente a parcelar. Volviendo sobre el ejemplo de la esquizofrenia, afirmar que un defecto genético es el origen de dicha patología, sería una descripción incompleta si bien no tenemos en cuenta el plano socio familiar como acelerador o por el contrario como elemento que contiene el desarrollo de la enfermedad.

- c) El devenir histórico daría paso al modelo centrado en la persona / paciente y que culminaría con la promulgación de la Ley 41/2002 de 15 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que defiende el protagonismo de la persona de acuerdo con sus deseos y expectativas respecto a su proceso de tratamiento. La persona / paciente / usuaria se coloca en el centro del proceso asistencial / relación de ayuda, de tal manera que la narrativa de éste se convierta en elemento central que se recrea, comprende e interpreta por medio del diálogo. El reto en la relación terapéutica implicará la pericia profesional a la hora de pulir ese testimonio hacia un formato de hipótesis o diagnóstico que conceptualice lo que está ocurriendo.

En la línea del manifiesto de Engel, ha habido otras discusiones que han sumado matices al aporte del modelo. Así, al hablar de la aplicación clínica del modelo bio-psico-social, algunos autores han descrito aportes concretos del modelo a la práctica profesional (Epstein, 2001). A saber:

1. Provocar el relato sobre la historia del paciente y las circunstancias de su entorno. De acuerdo al modelo BPS, el papel de el/la profesional implica necesariamente ganarse la confianza de la paciente de modo que su narración pueda explorarse incluyendo su contexto sociocultural y familiar, sin perder de vista la consulta diagnóstica de los síntomas. Esta variable se integra desde el modelo biomédico.

2. Integrar los tres planos del enfoque BPS por medio de tres tareas definidas: asegurar una descripción precisa por parte del paciente acerca de lo que le ocurre para crear un diagnóstico. En segundo lugar, conocer lo suficiente sobre el universo psicológico de la persona como para comprender el significado de la enfermedad. Por último, observar los patrones por los que la persona se rige en el plano personal y social de manera que nos permita hacernos una idea de la vida del paciente.
3. Identificar la importancia de lo relacional en la relación de ayuda. En otras palabras, establecer un vínculo relevante en la medida de lo posible con el paciente/usuario. El objetivo no será otro que hacer a la persona participe activamente en su proceso, expresando sus prioridades y objetivos, haciéndole participe de su agenda. Los autores (Epstein *et al.*, 2001) identifican hasta diez modelos relacionales en la relación de ayuda terapéutica a la luz de dos variables: rol que asume la profesional de medicina y valores implícitos en dicha relación:

<b>Modelo</b>	<b>Rol profesional</b>	<b>Valores / supuestos</b>
Controlador (activo/pasivo)	Asume el cuidado sin la posible implicación de la persona (p. e., estado inconsciente o emergencia).	La persona no puede participar en su proceso de cuidado.
Paternalista	Indica al paciente qué hacer. Certezas sobre explicaciones.	El profesional sabe mejor que nadie acerca del interés de la paciente, a pesar de que los valores puedan ser compartidos.
Informativo	Asesora desde un plano técnico al paciente sobre las mejores opciones. La paciente escoge.	El paciente basa sus decisiones en sus propios valores, habiendo sido asesorada.
Interpretativo	Aconseja al paciente en la toma de decisiones de acuerdo con los valores de ésta.	La persona requiere ayuda para clarificar aspectos sobre sus propios valores, sin que la profesional interceda hacia un cambio.
Reflexivo	Implica al paciente en la discusión y sugiere el curso de próximas actuaciones.	Los valores de la persona no son claros; la profesional persuade sin coerción hacia la adopción de la opción más saludable.

<b>Modelo</b>	<b>Rol profesional</b>	<b>Valores / supuestos</b>
Contractual	Promueve una relación desinteresada desde el consenso y hacia la relación de ayuda positiva para ambas partes.	La discusión se da desde la creencia de una relación de poder diferencial pero consentida y responsable. Valores y responsabilidad moral compartidos.
Sistemas familiares	Cuida del paciente a partir del contexto familiar de este. Fomenta el auto cuidado y acompaña a las familias en esta labor.	Los valores de la persona / familia son tenidos en cuenta. La responsabilidad moral es compartida por el sistema: profesional / persona / familia.
Etnográfico	Descubre junto con el paciente, el significado personal y cultural de la enfermedad.	Las creencias sobre la enfermedad están incrustadas en la cultura y deben ser aprehendidas.
Centrado en el paciente	Encuentran un terreno común sobre el qué basar las decisiones.	La asunción de la enfermedad confluye desde la visión del paciente y la perspectiva del diagnóstico. El/la profesional tiene obligación moral de compartir su visión y mostrar su faceta más humana durante el proceso.

*Fuente:* Table 3.2. Models of the Patient - physician Relationship (Adapted from Epstein RM).

4. Proporcionar un tratamiento desde la multidimensionalidad. Aspecto clave en el Trabajo social como disciplina y en especial sobre el de casos como punto gravitatorio de atención social al individuo en su contexto. Tomamos como ejemplo la intervención desde el ámbito sanitario, que toma en cuenta la enfermedad de la persona y contextualiza este hecho en el diagnóstico social sanitario. La interseccionalidad en materia de atención social habla sobre la gestión del entorno, la modificación de esas percepciones que venimos describiendo (ver tabla) y la elaboración de un plan de trabajo (Colom, 2020). De este modo:

Se combina la atención de lo sanitario con lo social, y resulta un tercer elemento que integra y permite ver a la persona como un todo, y no como la suma de partes (...) Desde el trabajo social sanitario, para atender los aspectos psicosociales de la persona enferma en tra-



tamiento médico, también los de su familia o red social próxima y, que conforma su núcleo habitual de convivencia, el diagnóstico médico es un elemento esencial. El pronóstico, por su parte, es donde se dibuja el horizonte adyacente que marcará el camino singular de las ayudas para cada persona (Masfret, 2010, p. 111).

### 2.1.3. *La teoría general de sistemas (TGS)*

Tras la segunda guerra mundial se publicó la teoría de Bertalanffy, de carácter estructurado y orgánico por su condición de biólogo. Sumó un aporte fundamental para sentar las bases de lo que posteriormente se conoció como enfoque sistémico. Respecto al paradigma bio-psico-social, consideramos que su evolución define una línea temporal paralela, sin provocar la idea en la persona lectora que se trata de una relación causal entre ambos enfoques.

Existe bibliografía amplia al respecto por lo que nos centraremos en algunos aportes a las ciencias psico sociales y a la relación de ayuda. Algunos autores (Rivas - Santiago, 2022) recogen de forma didáctica la definición de sistema como aquel conjunto de partes coordinadas, con diferentes complejidades y en interacción para conseguir un objetivo, siendo inherente al conjunto un procedimiento de comunicación interno y un medio de comunicación exterior.

El recorrido histórico de la TGS integra los postulados de Engel en una línea cronológica. Mientras este autor ensayaba sobre el paradigma bio-psico-social, en la década de los 50 en Palo Alto (California) G. Bateson formaba un grupo de trabajo sobre la comunicación en el seno familiar. Partían de la hipótesis de que los cambios en la familia dependerían de la interrelación entre la desviación y la forma en que ésta fuera absorbida en el seno del grupo. Incorporaba el concepto de homeostasis, más propio de la física, para medir la capacidad de mantener estable la regulación interna del sistema, compensando los cambios en su entorno mediante el intercambio de energía hacia los miembros sintomáticos.

El propio Bateson con otros profesionales de la medicina, como el Dr. Jackson (psiquiatra y psicoanalista), nombraron por primera vez la teoría del doble vínculo, que imbricaba la construcción del individuo con

su sistema relacional. En esta ocasión desde la patología, pretende explicar cómo en un sistema familiar con escasa diferenciación entre sus individuos crece la disfuncionalidad.

Los trabajos de Murray Bowen con menores con esquizofrenia avanzan en el relato de cómo a mayor diferenciación del yo en el seno del sistema, menores conflictos personales de dicho individuo identificado. Sus avances en este sentido exploraron nuevas vías que bien ilustran la interacción entre el protagonismo del sujeto, su relación con el entorno y la interferencia que esto supone sobre el nivel de bienestar general. En esta misma línea, y avanzando en el tiempo, señalamos el hito marcado por Salvador Minuchin respecto a la aportación a la teoría así como al campo de la terapia de familia. Principal artífice del modelo estructural, observó la necesidad de intervenciones terapéuticas concretas de manera que cada miembro del sistema tomase conciencia de la existencia de una responsabilidad compartida en la aparición del síntoma. Asimismo, postula que el grupo familiar no es una unidad estática y que dentro de su estructura, es esencial explorar los límites que definen desde su entidad.

Volviendo sobre los pasos de Engel, en relación con la TGS, suma el concepto de empatía y compasión en la relación de ayuda. Como venimos apuntando, su aproximación contemplaba la necesidad de incorporar el conocimiento del entorno de la persona, integrando tres esferas interrelacionadas: biológica, psicológica y social.

En el caso de buscar elementos convergentes entre ambos enfoques, cabe destacar la firme creencia de la influencia del entorno en diversas alteraciones de la persona, el carácter dinámico de la causalidad en algunas patologías (Rivas - Santiago, 2022) así como la cualidad de apertura del grupo social (en este caso, el familiar).

### **3. DIMENSIÓN BIOLÓGICA DEL SER HUMANO**

La dimensión biológica del ser humano es una de las tres dimensiones que conforman el enfoque bio-psico-social, el cual considera que la salud y el bienestar del individuo no solo dependen de factores biológicos, sino también de factores psicológicos y sociales. La dimensión bio-

lógica se refiere a todo lo relacionado con el cuerpo humano, incluyendo la anatomía, la fisiología, la genética, la salud y la enfermedad.

En esta dimensión, se estudian los procesos biológicos que ocurren en el cuerpo humano, como la respiración, la digestión, la circulación sanguínea y la reproducción, entre otros. También se consideran los factores que pueden influir en la salud biológica del individuo, como la dieta, el ejercicio físico, el sueño y el estrés.

Es importante destacar que la dimensión biológica no puede ser considerada de forma aislada, ya que está estrechamente relacionada con la dimensión psicológica y social del ser humano. Por ejemplo, el estrés psicológico puede tener efectos negativos en la salud biológica, mientras que el apoyo social puede mejorar la salud y el bienestar físico.

Por lo tanto, la dimensión biológica es una parte fundamental del enfoque bio-psico-social, sin embargo, la concepción de la persona ha de hacerse desde un punto de vista holístico.

### ***3.1. Desarrollo humano y etapas de la vida***

El desarrollo humano aborda el proceso de cambios que ocurre a lo largo del tiempo en las personas, desde la concepción hasta la muerte. El estudio del desarrollo humano es una disciplina que se apoya en la psicología, la biología, la sociología y la antropología, entre otras. A continuación, se analizan las diferentes etapas del desarrollo humano, con un enfoque en las teorías más importantes que han surgido a lo largo de la historia.

El desarrollo humano comienza con la infancia y la niñez, que son las primeras etapas de este proceso. Estas se extienden desde el nacimiento hasta los 12 años aproximadamente. Durante esta fase, se produce un rápido crecimiento físico y cognitivo, que es crítico para el desarrollo posterior del individuo (Belsky, 2018). Según la teoría del apego de Bowlby (1969), el vínculo emocional que se establece entre el niño y el cuidador es crucial para el desarrollo social y emocional del niño.

La siguiente etapa evolutiva es la adolescencia, que se extiende desde los 12 años hasta la edad adulta. Durante esta fase, se producen importantes cambios físicos y hormonales, así como también cambios en la

identidad y la independencia del individuo (Steinberg, 2014). Según la teoría de la identidad de Erikson (1959), el objetivo principal de la adolescencia es la búsqueda de una identidad coherente y estable.

De este modo, la edad adulta es la etapa del desarrollo humano que sucede a la adolescencia, extendiéndose desde los 20 años aproximadamente hasta los 65 años. Durante esta fase, se producen cambios en la identidad y el papel social del individuo, como por ejemplo la elección de una vocación profesional y la formación de una familia (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2014). Según la teoría de la generatividad de Erikson (1963), el objetivo principal de la edad adulta es la creación y mantenimiento de una familia y una carrera.

Por último, la vejez es la última etapa del desarrollo humano, que se inicia alrededor de los 65 años y se extiende hasta la muerte. Durante esta fase, se producen cambios físicos y cognitivos, así como también cambios en la forma en que el individuo se relaciona con su entorno social (Baltes & Baltes, 1990). Según la teoría de la integración del yo de Peck (1987), el objetivo principal de la vejez es la aceptación de la propia vida y el legado que se deja.

El desarrollo humano es un proceso complejo que se extiende a lo largo de toda la vida. Cada etapa del desarrollo humano presenta desafíos y oportunidades únicas, que influyen en la forma en que el individuo se desarrolla a lo largo del tiempo. La comprensión de las diferentes etapas del desarrollo humano es esencial para entender la evolución de las personas y su influencia en la sociedad.

#### **4. DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DEL SER HUMANO**

La dimensión psicológica del ser humano es una parte fundamental de la complejidad de la persona. Esta dimensión se refiere a los procesos mentales, emocionales y conductuales que se experimentan y expresan en la interacción del individuo con su entorno y consigo mismo. La psicología es la disciplina que se encarga del estudio científico de la dimensión psicológica del ser humano.

La psicología ha sido definida como «la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales, incluyendo los procesos internos de los

individuos y las influencias que actúan desde su entorno físico y social» (American Psychological Association, 2021). En este sentido, la psicología se enfoca en entender cómo las personas piensan, sienten y se comportan, y cómo estos procesos pueden ser influenciados por factores biológicos, sociales, culturales y ambientales.

La dimensión psicológica del ser humano es esencial para comprender el comportamiento y las interacciones que se establecen entre los individuos y su entorno. Además, es una disciplina amplia que abarca diferentes corrientes, tales como la psicología clínica, la psicología social, la psicología del desarrollo, la neuropsicología, entre otras.

#### **4.1. Procesos cognitivos y emocionales**

##### *4.1.1. Procesos cognitivos del ser humano*

Los procesos cognitivos básicos son aquellos procesos mentales que permiten procesar información y que son necesarios para llevar a cabo tareas mentales más complejas (Manrique, 2020). Estos procesos se desarrollan desde la infancia y permiten que los individuos puedan comprender el mundo que les rodea, interpretar información, y tomar decisiones. El estudio de los procesos cognitivos básicos es abordado desde la psicología cognitiva, ya que su conocimiento y comprensión es fundamental para entender cómo funciona la mente humana.

Los procesos cognitivos básicos incluyen la percepción, la atención, la memoria y el pensamiento.

Así, de manera amplia, la percepción se define como el proceso por el cual el cerebro interpreta la información sensorial que recibe, y nos permite entender lo que vemos, oímos, tocamos, saboreamos y olemos. La atención es el proceso por el cual seleccionamos la información relevante para procesarla, y rechazamos la información irrelevante. La memoria es el proceso por el cual almacenamos y recuperamos información, y el pensamiento se refiere a la forma en que procesamos la información para comprenderla y tomar decisiones (Manrique, 2020).

La percepción es un proceso fundamental para la comprensión del mundo circundante y permite que el cerebro convierta la información

sensorial en información significativa. La percepción se lleva a cabo a través de varios sistemas sensoriales, como la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato, entre otros. La percepción visual, por ejemplo, es esencial para la comprensión del mundo, ya que permite ver los objetos, reconocer patrones y percibir la profundidad. Según Maljkovic y Martini (2005), la percepción visual es un proceso dinámico que implica la integración de la información sensorial, la atención y la memoria a corto plazo.

La atención es otro proceso cognitivo básico esencial, que permite seleccionar y procesar la información relevante, y filtrar la información irrelevante. La atención puede ser dividida en dos tipos: atención selectiva y atención sostenida (Manrique, 2020). La atención selectiva se refiere a la capacidad de enfocar la atención en una tarea específica, mientras se ignoran otras distracciones. La atención sostenida, por otro lado, es la capacidad de mantener la atención en una tarea durante un período prolongado de tiempo. La atención es importante porque permite centrarnos en una tarea y mejorar el rendimiento cognitivo. Según Posner y Petersen (1990), la atención es un proceso que involucra múltiples redes neuronales y sistemas cerebrales y que se desarrolla a lo largo del tiempo.

La memoria es otro proceso cognitivo básico esencial, que permite almacenar y recuperar información. La memoria puede ser dividida en tres tipos: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo (Manrique, 2020). Hay también un cuarto tipo denominado memoria procesual o memoria de trabajo, pero no se refiere a un almacenamiento de la memoria, sino a un proceso específico de uso de la información almacenada en la memoria a largo plazo. Por lo tanto, la memoria sensorial es la capacidad de retener la información sensorial durante un breve período de tiempo y se refiere a la información que recibimos a través de los sentidos. La memoria a corto plazo es la capacidad de retener información durante un breve período de tiempo y se refiere a la información que estamos procesando activamente y de manera consciente. Aquella información de la memoria a corto plazo que es relevante pasa a la memoria a largo plazo, que tiene la capacidad de almacenar información durante un período prolongado de tiempo y que incorpora la información que es más importante y que se desea recordar posteriormente.