



CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID

trabajo social hoy:
una profesión,
múltiples ámbitos



Madrid, 16 y 17 de Marzo de 2016

PONENCIAS Y COMUNICACIONES



JUNTA DE GOBIERNO

Decana:	Dña. Mar Ureña Campaña
Vicedecano:	D. Daniel Gil Martorell
Secretaria:	Dña. Agustina Crespo Valencia
Tesorera:	Dña. Isabel López Serrano
Vocales:	Dña. Gema Gallardo Pérez
	Dña. Ruth Elena Mendoza García
	Dña. M ^ª José Planas García de Dios
	Dña. Laura Ponce de León Romero
	D. José Ignacio Santás García

EQUIPO DEL COLEGIO

Purificación Baños Ruiz, M^ª Dolores Cano Morales, Raquel López Rufo, M^ª de Gracia Ruiz López, M^ª Victoria San Sotero Sanz, Ana María Sánchez Fernández, Rosa Serrano Pinedo y M^ª del Mar Vázquez Lavela.

Apoyo técnico 6º Congreso: Tamara García García



EDITA

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social
y Asistentes Sociales de Madrid
Evaristo San Miguel, 4 Local. 28008 Madrid
Tel. 91 521 92 80
Fax 91 522 23 80
colegiados@comtrabajosocial.com

DISEÑA Y MAQUETA

Ángel Sirvent Encabo
angel_s80@hotmail.com

ISBN: 978-84-608-6370-0



PONENCIAS

Ponencia Marco.

- “Trabajo Social: una ciencia, múltiples ámbitos de aplicación” 9
D. Jesús Hernández Aristu.

Ponencia.

- “La Integración de diferentes dominios de explicación en Trabajo Social: Recuperar y consolidar territorios” 17
Dña. Alfonsa Rodríguez Rodríguez.

MESAS REDONDAS

Sociedad, Ciudadanía y Trabajo Social.

- La Ciudadanía protagonista en los Servicios Sociales. 25
Dña. Mercedes Portero Cobeña.
- La Administración y los derechos ciudadanos. 29
D. Joaquín Santos Martí.
- El Tercer Sector como expresión de Ciudadanía. 37
Dña. Yolanda Besteiro de la Fuente.

De qué hablamos cuando hablamos de especialización.

- La Especialización en Trabajo Social Sanitario. De lo profesional a lo académico. 42
Dña. Eva Garcés Trullenque.
- Discurso sobre especialización e identidad profesional. Una mirada crítica. 49
D. Francisco Javier Ortega Muñoz.
- Especialización ¿Una demanda de la profesión? ¿Una demanda del mercado laboral? 56
Dña. Mar Ureña Campaña.

Innovación. Más allá de una palabra.

- Conocimiento e Innovación en Políticas Sociales. 64
D. Fernando Fantova Azcoaga.
- Innovando desde la Intervención Social: claves y experiencias de éxito. 70
Dña. Patricia Bezunarte Barrio.



- ¿Es posible innovar desde la Administración? Decálogo para un Trabajo Social Innovador en la Administración..... 76
D. José Ignacio Santás García.

COMUNICACIONES

Ciudadanía

- Trabajo Comunitario desde los ámbitos residencial y urbano. 83
Dña. Pilar Sánchez López
- ¿Gestionar o intervenir? actuación profesional de los trabajadores sociales como garante de los derechos de la ciudadanía (RMI)..... 88
Dña. Ana Llerena Conde, Dña. Begoña García Santiago y Dña. Mar Salvador Ávila.
- Proyecto juvenil europeo “todos formamos parte de Europa”. Intervención con proyección europea. 92
Dña. Concepción Castro Clemente y Dña. Esther Rodríguez López.
- Trabajo Social e inmigración africana en tiempos de crisis. Diálogo entre teoría y práctica profesional. 98
D. Ramón Juliá Travería, D. Sebas Notario y D. Toni Moya.
- Radicalización islamista y Trabajo Social. 104
Dña. Sheila Moreno Griñón y D. Sergio Hernández Martín.
- La situación de los programas sociales en el Perú y la intervención del trabajador social. 108
Dña. Jenny María Linares Vera, Dña Haydee Dolores Barrera Lloja, Dña. Ángela Giovanna Taquire Palacios y Giovanna Ruth Yalan Cabello.
- El malestar de las mujeres en la intervención socio-sanitaria: invisibilizado versus medicalizado. 112
Dña. Ana M^ª González Ortiz y Dña. Araceli Capa Sanz.
- Entre todos: cuando la pobreza se exhibe porque vende. 118
Dña. Begoña Consuegra Cano
- De la queja a la movilización social, Foro ServSocial Madrid. Una apuesta por la ciudadanía..... 124
Foro ServSocial Madrid, Asociación
- La aparentalidad, como parte de la ciudadanía, en el acceso a los centros de servicios sociales. 128
Dña. Rebeca García Hinojal



- Los procesos de acogida: momento clave en la atención a la ciudadanía. Propuesta de buenas prácticas desde la coordinadora de obras socioeducativas La Salle 134
Dña. Raquel Liebana Rodríguez, Dña. Laura Vega Pérez, Dña. Edurne Ordorika Prieto, D. Miguel Ángel García Sánchez, Dña. Alba Aranda Ballesteros y D. Miguel Reymundo Santos.
- Accesibilidad de la ciudadanía al Trabajo Social en los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. Reflexiones 138
Dña. Eva M^a Toledano Sacristán, Dña. Anabel Castellanos, Dña. Sandra Ursa, Dña. Maribel Merlos, Dña. María José Yagüe y Dña. María José González.
- Como pájaros en la cuerda. Relato de práctica en el Trabajo Social con Mayores. Otra forma de contar, porque nos centramos en las personas..... 143
Dña. Carmen Fernández Vargas, Dña. Concha García Parcet y Dña. Ana González Chamorro.
- El trabajo social en comunidades de alto riesgo en México. 149
D. Andrés Rodríguez Ríos.
- Poster: Efecto social de la crisis económica en una población industrial castellano-manchega..... 153
Dña. Isabel Sánchez Moñino

Especialización

- El Trabajo Social en el ámbito judicial 158
Dña. Rosa Méndez Jiménez y Dña. Eva Pérez Fernández.
- Reflexiones sobre por qué el trabajador social sanitario debe ser una especialidad del Trabajo Social. Aproximaciones y aportaciones históricas y científicas 163
Dña. Miguela Arévalo García-Gasco.
- La especialización en Trabajo Social: la importancia del trabajo social para garantizar el derecho a la vivienda 168
Dña. M^a del Carmen García de Pablos, Dña. Xiomara González-Lavín Arrieta, Dña. Ana Llorena Conde, Dña. Lucía Pérez García y Dña. María del Carmen Rodríguez García.
- Trabajo Social en AIE: sistematización de la práctica profesional en una entidad de gestión.....171
Dña. Tatiana Romero García.
- Itinerarios de especialización. Orientación específica del Grado en Trabajo Social176
Dña. Carmen Fernández Ges, Dña. Genoveva Rosa Gregori, Dña. Gisella Riberas Bargallo, D. Jesús Vilar Martín y Dña. María Teresa Leal Covalante.
- Coaching social: otra forma de acompañar en procesos de cambio 181
Dña. Cristina Ramón Callejo



- El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a Drogodependientes en la Comunidad de Madrid 187
D. Antonio Jiménez Fernández
- Estudio sobre necesidades y recursos en las Fuerzas Armadas Españolas: un espacio de intervención necesario 195
Dña. Rocío Martínez Borrego
- Trabajo Social en Salud Mental: un patrimonio por recuperar..... 200
D. Hector Luna Arranz.
- El por qué y el para qué de un Trabajo Social con la Infancia..... 203
Dña. M^a Isabel Illescas Taboada y Dña. Silvia López Bueno.
- Atención a la Dependencia: múltiples ámbitos para el futuro del Trabajo Social 207
D. Alberto Gil Blazquez.
- Ejercicio libre del Trabajo Social: ¿solas o asociadas?..... 211
Dña. Patricia Vaca Gómez, Dña. M^a Dolores Rodríguez Pérez, D. Fran Sedano Reyes,
Dña. Eva Vilar Fragueiro y Dña. M^a José Vidal Gregory.
- Poster: La importancia de la investigación en Trabajo Social Sanitario. Una propuesta 215
Dña. Rosario Luis-Yagüe López.

Innovación

- Neurociencia: el complemento desconocido en la formación y la práctica del Trabajo Social..... 218
Dña. Miriam Sánchez Reyes.
- Instrumentos para el diagnóstico social. Hacia una clasificación internacional..... 222
Dña. Silvia Patricia Cury, D. Andrés Arias Astrany y D. José Luis Palacios Gómez.
- Del centro de día al multiespacio de terapia y convivencia..... 227
D. Sergio Alarcón González y D. Esteban Rodríguez Regueira.
- El empoderamiento creativo como herramienta de intervención social..... 232
Dña. Begoña de Cevallos de Diego
- Acción formativa experimental de actualización científica en intervención social. Una apuesta por la generación colectiva del saber a partir del aprendizaje cooperativo y colaborativo desde el Trabajo Social..... 237
Dña. Alba Pirla Santamaría y D. Ramón Juliá Travería.
- Revisión crítica del bienestar psicológico y repercusión en trabajadores sociales dentro de su entorno laboral..... 242
D. Francisco Javier Mazuecos Gómez



• Responsabilidad Social con inteligencia emocional y social.....	248
Dña. Teresa Bedia Garrote	
• Proyecto “Empodera’ti”: nuevo modelo de intervención social con Personas sin Hogar: De la lógica del don a la reciprocidad.....	254
Dña. Alba Pirla Santamaría, Dña. Laura Haro, Dña Alicia Figueras, D. Joan Ramón Barri, Dña. Eva Benito, Dña Eva Sala, D. Miguel Estopá.	
• Un nuevo modelo de atención a las Personas sin Hogar en España. Housing First.....	261
Dña. Carmen Belchi García y Dña. Ania Pérez de Madrid Carreras.	
• El papel del trabajador social en los diferentes abordajes de atención al sinhogarismo. Recorriendo el camino hacia la innovación en la intervención social con Personas sin Hogar.....	266
Dña. Ania Pérez de Madrid Carreras y Dña. Carmen Belchí García.	
• Bullying homofóbico: aproximación y abordaje desde la prevención del Trabajo Social Comunitario.....	272
D. Gerardo Gonzalez Stèfani, Dña. Victoria Ramos Saldaña y Dña. Miriam Vallés Casas.	
• Convive en diversidad. Proyecto de convivencia intergeneracional LGBT (Lesbianas, Gays, Trans y Bisexuales)	276
Dña. Juana Ramos Cantó	
• Terapia asistida con animales y depresión del anciano.....	282
D. David Bueno Montero y Dña. Isabel Méndez Cardoso	



CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID

trabajo social hoy:
una profesión,
múltiples ámbitos



TRABAJO SOCIAL: UNA CIENCIA, MÚLTIPLES ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Prof. Dr. Jesús Hernández Aristu

Índice

1. Introducción
2. Trazos o elementos de una ciencia práctica llamada Ciencia del Trabajo Social
3. Objeto de la Ciencia de Trabajo Social: La interacción individuo sociedad y viceversa: tareas y obstáculos
4. Doble mirada de la Ciencia del Trabajo Social
5. La Sociedad como sistema
6. La sociedad como mundo de la vida
7. Inclusión-exclusión por un lado, integración-marginación social por otro
8. Zona Problemática y respuesta institucionalizada: Multiplicidad de Servicios Sociales y Profesiones
9. Resumen: Conclusiones y prospectiva
10. Bibliografía

Resumen

Ante la multiplicidad de realidades sociales y respuestas institucionalizadas a los problemas, tareas y desafíos que se le plantean al individuo, a las familias y/o a colectivos sociales a los que quiere responder el Trabajo Social, se plantea la cuestión de si todo es Trabajo Social, y si hay una ciencia que de cobertura teórica a campos y profesiones tan diversas como son trabajador/a social, educador/a social, agente de desarrollo, animador/a sociocultural, terapeuta familiar incluso mediador/a. El texto que presentamos pretende dar una respuesta unitaria a estas cuestiones, planteando que el Trabajo Social y los Servicios Sociales tienen su objeto de referencia: la interacción del individuo en la sociedad, una teoría general y múltiples aplicaciones en ámbitos y profesiones.

Palabras clave: Trabajo Social, Ciencia, Teoría, Aplicación, Mundo de la vida, Sistema, Derivaciones, Diversidad, Servicios Sociales, Instituciones, Profesiones sociales, Comunicación.

1. Introducción

Desde que inicié mi carrera de profesor de universidad en España a mitad de los años 80 del siglo pasado no he dejado de reflexionar sobre esta ciencia, la del Trabajo Social, considerada durante mucho tiempo en la bibliografía como una ciencia dependiente de disciplinas "afines" como la pedagogía, la filosofía, la antropología, la sociología, la psicología, las ciencias jurídicas e incluso de la economía (Knapp: 1989), consideradas hasta como disciplinas de rango superior (Chambon y otros 2001: 44). De hecho el Área de Conocimiento

del Trabajo Social ha sido el derecho laboral durante algunos años en el ámbito universitario. Algunos de nosotros fuimos juzgados por tribunales de sociólogos y juristas para acceder a las plazas de profesores titulares de Universidad de Trabajo Social, de Servicios Sociales y de Política Social en los primeros años. El hecho de considerar la Ciencia del Trabajo Social como dependiente, como ha sido reiterativamente y como en otras ocasiones, miméticamente sostenido, no debe llevar consigo un reproche a nadie, y menos todavía a los colegas que en España y en otros lugares durante muchos años se dedicaron a la praxis del Trabajo Social y menos a la reflexión teórica. Como en tantas otras profesiones las trabajadoras y asistentes sociales, estaban más interesadas e inmersas en la práctica. Es de todos/as conocido que en el ámbito del Trabajo Social primero fue la práctica, después vino la reflexión teórica y al hacerlo los/as autores/as se acercaron a las ciencias de carácter práctico, la medicina, la jurisprudencia, la pedagogía y su derivada la didáctica, la psicología sobre todo al psicoanálisis, de la que asumieron conceptos como el diagnóstico, la intervención, los derechos y algunas metodologías (véase Bianchi, E. 1994: 26 y ss. , Rossell 1997). Precisamente ese afán por la acción llevó a un cierto desprecio por la teoría, olvidando que no hay acción sin teoría. Desde el lenguaje, como nos ha enseñado el construccionismo social, las palabras que usamos son ya teoría, descripción de la realidad, no son la realidad misma, sino símbolos, mapas, descripción de la misma, haciendo la realidad de ese modo más manejable, hasta las teorías más complejas no son otra cosa que orientación para que el ser humano se pueda manejar como en un mapa sobre la realidad, cualquiera que esta fuere. Esta es la función de la teoría, y aplicada al Trabajo Social, debe presentar un conjunto de descripciones sobre la realidad personal y social, de los individuos, comunidades y colectivos que den orientación a la acción (del Trabajo Social) y nos indique el camino (aspecto práctico) para conseguir el telos u objetivo final del mismo.

El reconocimiento en España del Área del Trabajo Social como Área de Conocimiento (1990) y la adscripción de la misma a la disciplinas y a la formación universitarias, nos obliga, si bien formalmente, a desarrollar un cuerpo teórico que dé soporte a la acción y una metodología (dimensión práctica) que se fundamente en principios científicos constituyéndose así en ciencia práctica, no como suele decirse del Trabajo Social, una ciencia con dos dimensiones, una teórica y otra práctica. No. Es una única ciencia, no especulativa, como puede ser la filosofía o la matemática y la física, sino una única ciencia práctica, al igual que hay otras, como la ingeniería, el derecho o la medicina. En este sentido esta ciencia práctica se convierte en disciplina universitaria, y al hacerlo incluye diversos elementos diferenciables (en el laboratorio universitario) y referidos a la teoría, a la praxis (metodología) y al objetivo u objetivos de la acción.



En los países nórdicos europeos, estas ciencias prácticas han encontrado su emplazamiento en las llamadas Escuelas Superiores (Hochschulen-Highschools, etc.), que vemos en Alemania, Bélgica, Holanda y otros países occidentales junto a las Universidades propiamente dichas, más orientadas a la investigación y a la especulación teórica.

2. Trazos o elementos de una ciencia práctica llamada Ciencia del Trabajo Social

Cuando inicié la reflexión sobre el Trabajo Social como ciencia, en la elaboración de mi tesis doctoral sobre la supervisión a finales de los 80, hubo dos hechos que me impulsaron a la búsqueda de fuentes que nos sirvieran de referencia para una ciencia práctica. Una fue la indicación de Louis Lowy (1983, 1988) de la necesidad de desarrollar una teoría propia del Trabajo Social sugiriendo él mismo que debería estar en consonancia con la teoría de la comunicación. Lowy es conocido en Centroeuropa, en EE.UU. y en el mundo en general por sus obras y su dedicación al estudio e investigación del Trabajo Social comparado a nivel mundial. Él mismo fue profesor de Trabajo Social en la Universidad de Boston, y aunque no lo conocí personalmente, tuve ocasión de hablar sobre él, y conocer su biografía (vivió el horror nazi) y sus obras con amigos suyos de Europa Central. Él se limitó a señalar la necesidad de una teoría de la comunicación para el Trabajo Social. Pero él mismo no la desarrolló.

La otra razón para iniciar este camino fue el encontrarme en los años 80 con muy poca literatura autóctona española sobre Trabajo Social, “una constante pobreza bibliográfica” como lamenta Gutiérrez (2010: 277) y un cierto desdén si no desprecio sobre aspectos teóricos en los profesionales al mismo tiempo que se cultivaba una tendencia hacia modelos psicológicos tales que el behaviorismo llamado también conductismo, el psicoanálisis (Salzberger-Wittenberg 1970), o derivados de la psicología humanista (ver Martínez 2005, Viscarret 2007) y a veces ideológicos, tales que el marxismo, el ecologismo, y ya iniciado también el ideario feminista. Unidas estas tendencias a la multiplicidad de ámbitos de intervención social han dado como resultado una gran dispersión y la sensación de que el Trabajo Social puede ir a sus anchas, y elegir cualquier explicación parcial para las cuestiones sociales y desde ahí desarrollar cualquier práctica. El resultado es sin duda una multiplicidad de teorías y un casi ilimitado abanico de ámbitos, formas y modelos de intervención social, con una cuasi irreconciliable disputa entre profesionales sobre qué espacios son de quién y qué tareas son más propias de qué profesional. No es que podamos resolver todas las cuestiones que el Trabajo Social como ciencia práctica presenta, ni tampoco que podamos dejar a un lado todo lo que se ha escrito sobre teorías y prácticas profesionales en el ámbito social, ni superar todas las contradicciones que trae consigo la evolución de la sociedad, del individuo en

ella y de las especulaciones o interpretaciones teóricas de la actualidad y del Zeitgeist o de lo que se lleva en la actualidad. Pero si queremos tomar una posición, desarrollar unos parámetros teóricos que den cobertura unificadora a la multiplicidad de ámbitos de intervención social, que nos ayude a reconocer la ciencia práctica del Trabajo Social. Es la pretensión de por una parte dar unidad a la diversidad, y al mismo tiempo mantener abierta la puerta a los ya existentes y probablemente surgentes ámbitos en el futuro del Trabajo Social y de que sirva igualmente como ciencia de la diversidad de profesiones sociales. Ya nuestra compañera Nati de la Red (1993) nos conminaba a ese esfuerzo cuando nos decía “es insoslayable el conseguir una clara y distinta identificación del objeto de la disciplina, como arranque para definir la materia concreta de conocimiento que constituye su particularidad (la del Trabajo Social, nota del autor, el método apropiado que facilite su consecución y proyección y finalmente para desenvolver el protagonismo inconfundible que le concierne, dentro del concierto de los saberes y en colaboración con otras ciencias y profesiones” p. 17). Es decir, hacer del Trabajo Social una ciencia propia que yo denomino como una **ciencia práctica** (ciencia de la acción) que explique y actúe hacia un objetivo y dé cierta unidad a la diversidad de ámbitos y de métodos y técnicas de intervención y por tanto de profesiones. Ahora bien, una cosa es señalar la necesidad, y otra muy distinta es desarrollar una teoría práctica coherente con las profesiones y ámbitos del Trabajo Social.

Sin entrar ahora en la farragosa explicación de los detalles de una ciencia, -les invitamos a leer los primeros capítulos del libro Trabajo Social en el Espacio Europeo: Teoría y Práctica (Hernández 2011. pp. 71-86), donde damos amplias explicaciones al respecto-, explicaremos que la teoría de la **acción comunicativa**, tal y como la hemos desarrollado, apoyándonos en las investigaciones de Juergen Habermas (1987) y de los autores de la Escuela de Palo Alto (Bateson 1987-Watzlawick 1988) entre otras, puede ser la teoría práctica que dé fundamento al Trabajo Social como ciencia práctica y dé cierta unidad a los ámbitos de la intervención social y de sus profesionales. Una ciencia pues de la acción, que, como su nombre indica, esté destinada a la práctica.

3. Objeto de la ciencia de Trabajo Social: La interacción individuo-sociedad y viceversa: tareas y obstáculos

Al igual que en la sociología hay referencia a autores muy significativos como son Weber y Dürkheim en Europa, Parsons y Mead en EE.UU., por nombrar algunos, o en la psicología con Freud, Jung, Lacan, Frankl, Adler o Fürstenberg, Erikson, etc., existen dos referencias, dos personalidades del Trabajo Social, una en EE.UU. Mary Richmond¹ y otra Alice Salomon en Berlin que coinci-

1 Mary Richmond (1861-1928) es considerada como la autora que estableció las bases científicas para una nueva profesión, la del/de la trabajador/a social. Sus libros más destacadas son: Social diagnosis (1917) y What is social Case Work (1922) publicados por The Russel Sage Foundation en Nueva York.



den en señalar que el meollo del Trabajo Social está en la **interacción entre individuo y sociedad**, de cara a que el individuo complete, supere, configure satisfactoriamente su propia vida personal, familiar y/o comunitaria. Es decir que el Trabajo Social se centra en la interacción individuo-sociedad y las tareas, funciones, desafíos que de ello surgen y de las dificultades que el individuo encuentra y debe superar en la configuración de su vida precisamente en la interacción con la sociedad. Es verdad que los inicios de lo que hoy llamamos Trabajo Social son confusos y fueron influenciados por las teorías sobre todo de carácter psicológico de la época como señala Friedlander (1989: 180 ss.) pero ambas autoras tuvieron la genialidad e intuición de señalar la interacción individuo-sociedad como la clave para entender al ser humano y ayudarlo a través del llamado trabajo de casos a la configuración de una vida “lo más parecido a una vida normal” es decir según los parámetros de la sociedad en la que los clientes viven. “En todo momento, afirma Richmond, la estructura mental del hombre, es la suma de sus cualidades naturales y de las experiencias y contactos sociales que ha acumulado hasta ese momento” (Richmond 1917. En Gaviria 1995: 117). Qué significa eso?, sencillamente que las personas son lo que son como resultado de su interacción con la sociedad en la que viven. No es de extrañar que Richmond hiciera referencia a la interacción a las relaciones sociales en un momento en que el sociólogo George Herbert Mead de la Universidad de Chicago estableciese los fundamentos de los que se llamaría en sociología el interaccionismo simbólico, que señala y acentúa en la sociología la relación entre la sociedad y el individuo estableciendo roles sociales flexibles e interpretativos en la creación de la personalidad del individuo y dando cabida a la psicología social (véase Miranda 2009: 284 y ss.). La propia Richmond se apoya en él (o.c. 116) y es conocido que tuvieron contacto entre sí. Alice Salomon, por su parte, establece que “todo tipo de Trabajo Social tiene una orientación común y tiene que ver con la persona, con la recíproca acomodación entre persona y las condiciones de vida. Su tarea es o bien fomentar e influir en los individuos para arreglárselas en las circunstancias de la vida, o configurar el medio (social) de tal manera que cada individuo pueda alcanzar el desarrollo libre de sus fuerzas, de modo que llegue a culminar las potencialidades que él alberga” (Citado en Hering y Münchmeier: 2000: 94).

Es ese “entrelazado inseparable de lo social y lo personal-individual” con todas sus opciones y dificultades (Hernández 2011: 81 y ss.) lo que constituye el objeto formal de la Ciencia del Trabajo Social que a su vez nos permite desarrollar teorías complementarias sobre aspectos parciales, y ámbitos dispersos y al mismo tiempo desarrollar modelos prácticos igualmente parciales, complementarios, según ámbitos de intervención social concretos. Si la mirada que el Trabajo Social como Ciencia debe realizar es la Interacción o el individuo en sus relaciones sociales, en su entramado social, debemos señalar que no es de extrañar un cierto estrabismo científico al tenerse que fijar desde la perspectiva científica y por tanto en la

práctica, en el diagnóstico como en la acción, simultáneamente en el individuo y en la sociedad.

Esta doble y simultánea mirada ha hecho sin duda que unas veces se haya acentuado la dimensión subjetiva y por tanto se haya servido de teorías y prácticas psicológicas, y otras más de carácter social, propias de la sociología, dando lugar a múltiples teorías y sus respectivas aplicaciones en los ámbitos de los Servicios Sociales. Nosotros consideramos que por ello en los últimos decenios ha ganado en importancia las teorías sistémicas, que al igual que el Trabajo Social fijan su atención en las interacciones, entre individuos y entornos sociales e incluso físicos (Germain/Gitterman 1983: 2-32) o como señala Luhmann entre sistema y entorno (1987: 242). Nosotros por nuestra parte creemos que es la teoría de la acción comunicativa la que mejor define la Ciencia del Trabajo Social. Esta teoría nos ayuda a explicar el objeto, las funciones y tareas, así como las dificultades que surgen en la interacción entre individuo y sociedad y las correspondientes metodologías prácticas para la consecución del telos o fin al que va dirigido el Trabajo Social y que luego definiremos.

4. Doble mirada de la Ciencia del Trabajo Social

Para ello nos fijamos en la diferenciación que hace Habermas (1986) en su doble mirada a la sociedad, pues de la atención que prestamos a esa doble mirada surgen como consecuencias interacciones de las personas distintas y acciones o intervenciones fundamentadas distintas, desarrollando sistemas comunicacionales distintos y diferenciados y con ello bajo el mismo paraguas teórico, ámbitos de la praxis diversos en los que caben profesionales de diferente índole, categoría y denominación. La primera mirada se refiere a la sociedad como **sistema**, la segunda mirada se refiere a la sociedad como mundo de la vida. Las personas interactúan en esa sociedad diferenciadamente dando como resultado prácticas, ámbitos y profesionales diversos.

Individuo ↔ Sociedad

Interacción/Entramado

Podríamos señalar las dos miradas así:

Individuo ↔ Sociedad Individuo ↔ Sociedad





5. La sociedad como sistema

La sociedad como sistema se constituye y funciona en torno a tres elementos o subsistemas, involucrando en ellos al individuo. Estos tres subsistemas son:

La economía cuyo lenguaje simbólico es el dinero y su estructura el mercado de trabajo, capital y mano de obra. El otro subsistema es la política, cuyo lenguaje simbólico es el poder y su estructura la constituyen los partidos políticos y consecuentemente en sociedades democráticas incluyen los tres poderes (legislativo, ejecutivo, y el judicial), y por último la burocracia, cuyo lenguaje simbólico es el papel escrito y cuya estructura está en las administraciones. El individuo en su relación con la sociedad como sistema se ve atrapado, interaccionando entrelazado con estos tres subsistemas.

Si mantenemos pues la mirada en la sociedad como sistema nos encontramos con que su funcionamiento se realiza en torno a los tres subsistemas que la configuran y la determinan, que son: el poder, la burocracia, y el dinero. Estos tres subsistemas desarrollan a su vez una interacción entre sí dando como resultado un sistema de comunicación que llamamos **comunicación estratégica** cuya razón de ser no es otra que entenderse racional e interesadamente, es decir esa comunicación tiene como objetivo que los agentes de la sociedad como sistema lleguen a acuerdos racionales en favor de una cierta estabilidad social fundamentada en derechos y obligaciones de los/as ciudadanos/as.

El **subsistema poder** incluye todo lo referente a la política y a los derechos políticos y sociales a través de los que el ciudadano participa en el subsistema político, con su voto unas veces, con la pertenencia a grupos de presión, partidos políticos, iniciativas ciudadanas, otras con el fin, muy importante señalarlo, de ejercer su participación por derecho propio en cuestiones que le afectan directamente. La Política Social podemos considerarla como un subsistema del subsistema político y por tanto objeto del Trabajo Social y de los Servicios Sociales como concreción de la misma.

Con el **subsistema dinero** hacemos referencia al **Mercado de trabajo y por ende a la economía**, diferenciando entre capital y mano de obra y que ha determinado históricamente la dialéctica capital-trabajo y como modo de participación está el mercado laboral, el empleo. Mediante el puesto de trabajo o mediante el capital las personas, los/as ciudadanos/as participan de este subsistema, regulado por leyes y canalizado por las relaciones sindicatos-patronal, tarifas, salarios mínimos, cobro del paro, etc., reguladores todos ellos de una manera más o menos consensuada, siempre dinámica, de las relaciones individuo-mercado de trabajo. Cuando los sindicatos p.e., negocian las tarifas de los sueldos, no realizan sino una acción destinada a obtener un fin, es decir llegar a un acuerdo interesado para ambas partes.

El **tercer subsistema** corresponde a la llamada **burocracia**, el conjunto de procedimientos burocráticos admi-

nistrativos que van desde lo que puede ser la obtención de un carnet de identidad, los llamados papeles, hasta el pago o cobro de pensiones, etc., todo lo que es el aparato burocrático de un estado, de una comunidad y/o de un municipio.

En términos generales el entramado de las interacciones de estos tres subsistemas está dirigido al funcionamiento sistémico de la propia sociedad.

Los individuos se enfrentan a estos subsistemas y su interacción es funcional y exitosa cuando pueden participar en los tres subsistemas, influir en ellos o disfrutar de ellos. Es decir: si tienen algún poder (de voto p.e.), si se maneja en los procedimientos de la burocracia (Carnet de identidad y otros papeles) y si participa en el mercado del trabajo, ya sea como poseedor de capital o como trabajador asalariado. Si el individuo, cualquiera que sea su origen participa en los tres elementos constitutivos de la sociedad como sistema el resultado será la garantía de obligaciones pero también de derechos ciudadanos, individuales y colectivos, regulados por leyes, garantizados por los estados y mediante procesos administrativos. Es pues lo que podríamos llamar el espacio social de derechos y obligaciones garantizados dentro de los límites geográficos de un estado o de una comunidad política determinada (p. e. la Unión Europea), o considerados como mínimamente derechos humanos, reconocidos por organizaciones mundiales como la ONU y ratificados por los estados miembros. Por decirlo todavía más claro, cuando los/as ciudadanos/as participan de estos tres elementos en la sociedad como sistema nos encontramos ante la definición y garantía de derechos a la educación, a la seguridad, a la salud, al trabajo, a la vivienda, a la justicia, a la identidad y a ser tratados con cortesía y atención por parte de las administraciones para todas las personas, ciudadanos/as que viven en un espacio social y políticamente organizado y legitimado que llamamos Estado.

Desde esta perspectiva podríamos definir la **inclusión social** como el ejercicio de la ciudadanía a través de la participación en el poder (político), en el manejo y servicio de la burocracia y en la participación en el mercado de trabajo y sus derivados. Por ende, podríamos denominar como “exclusión social” la falta de participación en alguno o en varios de los elementos de los tres subsistemas que conforman la sociedad.

Personalmente y, esta es mi propuesta para el Trabajo Social, debemos hablar de inclusión y exclusión social en este sentido. Efectivamente sabemos que hay ciudadanos que por múltiples razones no participan en el sistema social, así entendido. Hay personas que no participan o no pueden participar en el subsistema poder (excluidos del derecho al voto, al derecho a reunión, a conformar plataformas políticas o de protesta), otros que no participan del subsistema dinero o del mercado de trabajo, excluidos del derecho al paro o alguna de las rentas sociales. Por último, otros no participan en los procedimientos y garantías burocráticas. Todos estas restricciones, dificulta-



des, desconexiones entre personas y sistema, se manifiesta de múltiples maneras y las conocemos como restricciones políticas, negativa al derecho al voto, a la reunión, a la organización y acción políticas, como paro, desahucio, falta de papeles, o como dificultades y obstrucciones burocráticas en las administraciones. Es decir y concluyendo que en la sociedad como sistema se detectan **disfunciones sociales sistémicas**, que llevan a las personas a la pobreza, a la indigencia, a la dependencia absoluta, en definitiva a la falta de derechos y de opciones de vida.

Ustedes pueden imaginar quien sabe mucho de todo esto. ¿Saben ustedes quien se ocupa de todas estas disfunciones, de su análisis, de su detección y del apoyo a las personas en tales situaciones de “exclusión o a amenaza a ser excluidas”?

¿Podríamos definir este espacio como el espacio de la ciencia práctica del Trabajo Social, y a los profesionales que se ocupan de que funcione la sociedad como sistema, de que los individuos puedan participar en ella, llamarlos/as trabajadores/as sociales? Con frecuencia hemos oído y hecho críticas a los/as trabajadores/as sociales, deslegitimadoras de su labor, por dedicarse a arreglar papeles, orientar y derivar a clientes a otros servicios más adecuados, o a los que hacen de agentes de desarrollo local, tomando iniciativas para la creación de cooperativas, empresas de servicios o simplemente dando subsidios a clientes necesitados de dinero, alimento o vivienda. Esos trabajadores/as profesionales han cumplido y siguen cumpliendo con una función muy importante de ayuda a la inclusión social, en el sentido que venimos exponiendo, independientemente del nivel, rango o función y título (académico) profesional que cumplan en una organización. El **objetivo** es la consecución de la **inclusión social** de los/las excluidos/as o evitar que caigan en la exclusión.

Los/as profesionales pueden ser de titulación académica diversa: trabajadores/as sociales, agentes de desarrollo, orientadores laborales u otros. Las estructuras organizativas pueden ser igualmente muy diversas, Servicios Sociales en cualquiera de los niveles, ONGs, iniciativas ciudadanas, asociaciones, cooperativas, talleres de formación, oficinas de orientación laboral, u oficinas de empleo, departamentos del Ayuntamiento o de la Comunidad Autónoma, etc. Su tarea es la de ayudar a que determinadas personas o colectivos excluidos de la participación en los subsistemas mencionados, en uno o en varios, lleguen a participar en ellos y por tanto a pertenecer “incluidos” a la sociedad organizada en forma de Estado, Comunidad Autónoma o Ayuntamiento o, en su caso, evitar o prevenir la caída en situaciones de exclusión. Las acciones derivadas de esta función son propias de la Ciencia Aplicada que llamamos Trabajo Social.

6. La sociedad como mundo de la vida

La otra mirada a la misma sociedad, desde otra perspectiva, es la de las relaciones humanas, las que se dan entre

personas de todo tipo y condición, que viven y conviven en el mismo barrio, en la vecindad, en la comunidad, de cualquier tipo que ésta sea, familiar, étnica o cultural, en las que cada uno establece relaciones con otras personas por mil razones, simpatía, creación de cultura, reproducción de la misma, por sangre o por otras afinidades. Todo ello constituye el espacio vital y social en el que las personas crecen, se desarrollan, se relacionan y mueren, es el mundo de nuestra vida, y que Habermas llama, sin más el “mundo de la vida”: El mundo de las relaciones en la familia, en la comunidad, en la vecindad, en el círculo de amigos, el de las redes sociales, el de la cultura y también el de la socialización. Es el medio social que hace que las personas nos sintamos parte de, miembros de, socios de, vecinos de una comunidad. El lugar y espacio social en la que cada uno/a se desenvuelve en la vida cotidiana y cuya pertenencia hace lo que nosotros llamamos la **integración social** en diferenciación y en contraste con la inclusión social. Este espacio genera una comunicación que a diferencia de la estratégica, propia de la sociedad como sistema, va dirigida al entendimiento, al intercambio de informaciones, bienes y apoyos recíprocos, no tanto a la obtención de beneficios económicos, políticos o burocráticos, considerando como único beneficio la comprensión, el entendimiento y la sensación de pertenencia, bienes todos ellos de carácter inmaterial.

También en este espacio se dan **disfunciones**, conflictos graves entre vecinos, entre colectivos, entre los miembros de las familias. También aquí puede haber y las hay lo que llamamos diferenciándolo de la exclusión social la **marginación social**, esto es, personas que en su interacción con otras personas, colectivos étnicos o culturales están colocados fuera del medio social, quedando al margen. El objetivo de la Ciencia del Trabajo Social o si se prefiere del Trabajo Social con base científica no es otra que la descripción de los fenómenos de la marginación y el desarrollo y diseño de planes, proyectos, acciones en definitiva, para conseguir la integración social, la integración de visiones de vida, estilos, grupos, etnias y culturas que entre sí son diferentes, diversas, plurales pero que al mismo tiempo desarrollan sentimientos de pertenencia a la comunidad, a la vecindad, a la familia, a la red social, al colectivo, etc., con los que el individuo, ciudadano/a establece relaciones, se comunica, se apoya y apoya en reciprocidad

Y quienes son los que hacen ese Trabajo Social cuando hay disfunciones? sin duda, profesionales como trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, animadores/as socio-culturales, psicólogos/as, pedagogos/as, pero también y desde el punto de vista informal, los voluntarios/as. La estructuras correspondientes son una vez más, los Servicios Sociales en cualquiera de sus niveles, clubs deportivos, asociaciones sociales de todo tipo, etc., casas de cultura, centros cívicos, de animación sociocultural. Un/a ciudadano/a integrado socialmente desarrolla el sentimiento de pertenencia, en el grado que sea cuando en su vida familiar, vecindad o comunidad, participa, se siente miembro de ella, colabora o simplemente vive con la sensación de ser



parte del conjunto. Los Servicios Sociales como respuesta institucionalizada a estas demandas vienen dados por servicios comunitarios, servicios de base, pero también y como decimos, organizaciones, sociedades, asociaciones, clubes. En ellos puede haber profesionales de todo tipo, todos ellos hacen Trabajo Social, aunque estén en posesión de titulaciones académicas diversas.

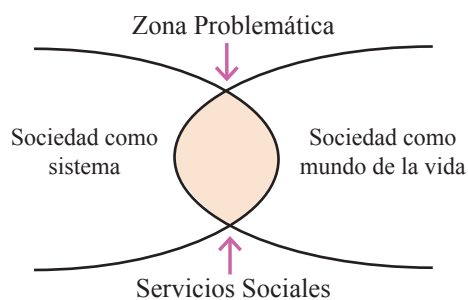
7. Inclusión-exclusión por un lado, integración-marginación social por otro

La doble mirada a la sociedad nos posibilita también clarificar dos conceptos fundamentales del Trabajo Social y que en los manuales o se usan indistintamente para situaciones en las que personas tienen dificultades de participar en la sociedad en cualquiera de los dos niveles, o se aplican a cualquier situación, independientemente del grado de desconexión de las personas con la sociedad o ámbitos de la misma. En este breve artículo queremos acentuar la importancia de la diferenciación y su aplicación correcta según se trate de la “desconexión” del individuo con la sociedad como sistema, o con el mundo de la vida. En el primer caso hablamos nítidamente de inclusión versus exclusión (y en su caso de grados de inclusión-exclusión), en el segundo de marginación-integración social (y en su caso, de grados de marginación-integración social).

Efectivamente, en la práctica y reflexión del Trabajo Social, con frecuencia nos encontramos con ciudadanos/as que por género, origen, edad o por otras razones de carácter social no participan en los sistemas de comunicación estratégica, p. e., el joven que no encuentra trabajo porque en su entorno el mercado de trabajo presenta deficiencias y no absorbe toda la mano de obra preparada para participar en el mercado. Nos encontraríamos con un joven que está excluido del mercado de trabajo, pero eso no significa que esté marginado socialmente, pues puede participar en el barrio en el que vive de las ofertas de deporte, tiempo libre, vive con sus padres, tiene buenas relaciones con ellos e incluso es voluntario en el club deportivo con niños que aprenden a nadar. Nos podemos encontrar también con personas que están incluidas en el mercado de trabajo, y al mismo tiempo estar marginadas en el mundo de la vida, por conflictos familiares, étnicos o personales, y llevar por tanto una vida pobre de relaciones, o simplemente marginados de su entorno social, llevar una vida retirada por propia voluntad o por dificultades con el resto del entorno social. Tendríamos una persona incluida (sistémicamente hablando), sin embargo y al mismo tiempo en situación de desarraigo social, marginada socialmente. De ahí pues la importancia de diferenciar lingüística y científicamente los conceptos, pues ello nos permite seguir caminos distintos tanto para el diagnóstico como para la acción en aras de alcanzar los objetivos correspondientes.

8. Zona Problemática y respuesta institucionalizada: Multiplicidad de Servicios Sociales y Profesiones

Somos conscientes que en el ejercicio del Trabajo Social nos hallamos ante situaciones en las que personas excluidas sistémicamente hablando, están igualmente marginados en el mundo de la vida, es decir participan vía negativa de las disfunciones de la sociedad en su doble dimensión, como sistema y como mundo de la vida. Entonces nos encontramos con problemas o disfunciones de exclusión y de marginación sociales, dando lugar a lo que llamamos **zona problemática** cuya respuesta social e institucionalizada en sociedades democráticas son los **Servicios Sociales** tanto los que llamamos generales, como específicos, tanto los que son preventivos, como los que podríamos llamar ventivos y los que son post-ventivos, es decir, tanto los dirigidos a la reparación o recuperación o consecución de la inclusión social y/o integración social, como los destinados al seguimiento y refuerzo de la persona hasta que ésta alcance y mantenga exitosamente la interacción con la sociedad en su doble perspectiva. Para ello se ha ido constituyendo en los últimos 30 años Servicios Sociales de todo tipo llegando e incluso pasando el número de 30 o más ámbitos de intervención social con el objetivo de ayudar a personas a la inclusión social, a la participación en derechos y obligaciones como a la integración social en el sentido expuesto con anterioridad (véase Llovet/Usoto 1990:111 y ss.).



9. Conclusiones y prospectiva

Por tanto y **concluyendo**, de la doble perspectiva surge una doble tarea o encargo social como respuesta institucionalizada a las disfunciones que en cada una de las perspectivas surgen y afectan a personas. Esta respuesta institucionalizada tiene su concreción en los Servicios Sociales, independientemente que lo hagan desde el ámbito público y sus diversos servicios, como desde el ámbito privado y sus iniciativas. Todo ello está dando como resultado que en el ámbito de la intervención social aumente sin cesar los ámbitos de intervención como consecuencia de las muy diversas disfunciones que se dan en la sociedad. Igualmente como consecuencia de las diversas disfunciones surgen objetivos distintos y estrategias o metodología diversas tanto para la consecución de la inclusión social, como la participación (integración social)



en la vida comunitaria, familiar y cultural. Concluyendo podemos establecer el siguiente **resumen**:

OBJETO DEL TRABAJO SOCIAL: Interacción entre individuo y sociedad.

SOCIEDAD VISTA COMO: Sistema.

COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA: Dinero, Política, Burocracia. Negociación y Acuerdos.

DISFUNCIONALIDADES: Exclusión del poder, del dinero, de la burocracia.

RESPUESTA INSTITUCIONALIZADA: Políticas Sociales-Servicios Sociales. Instituciones y organizaciones dirigidas a la inclusión social.

PROFESIONES: Trabajadores/as sociales, agentes de desarrollo, orientadores laborales, Agitadores sociales, etc.

OBJETIVO: Inclusión social, participación en los medios sistémicos.

SOCIEDAD VISTA COMO: Mundo de la vida

COMUNICACIÓN: Entendimiento, comprensión, sentimiento de pertenencia

DISFUNCIONES: Marginación, conflictos interpersonales, familiares, vecinales, comunitarios.

OBJETIVO: Integración social, participación vida comunitaria, vecinal, redes sociales, etc.

RESPUESTA INSTITUCIONALIZADA: Servicios Sociales de Base, iniciativas ciudadanas, clubs de deporte, de ocio y tiempo libre, animación socio-cultural, etc. Profesionales de todo tipo: Trabajadores/as sociales, animadores/as socioculturales, educadores/as sociales, terapeutas, asesores...

La diferenciación que hemos sostenido en esta ponencia entre sociedad como sistema y sociedad como mundo de la vida nos permite establecer un tronco común, la interacción entre la sociedad y los/as ciudadanos/as como individuos y colectivos y viceversa, participando éstos en el sistema y en el mundo de la vida. Además este enfoque nos permite percibir y analizar las disfunciones que surgen en la interacción en cada una de las miradas, y desarrollar estrategias o si se prefiere métodos de intervención diferenciados según los ámbitos, dar cierta unidad a los múltiples manifestaciones organizativas y prácticas de la intervención social y ordenar nuestra acción en torno a un objetivo, la inclusión y la integración social. Esa ha sido por lo menos nuestra intención y esfuerzo. La mayor parte de los autores se decantan por teorías sistémicas, sistémico-ecológicas y más recientemente las constructivistas. Nuestro enfoque es sistémico, es sistémico-ecológico (interacción individuo-entorno) y es constructivista. Además es suficientemente general para que bajo su paraguas se puedan ubicar posiciones y aspectos funda-

mentales de la ciencia que llamamos Trabajo Social y ser completado con teorías y prácticas parciales propias del ámbito de intervención concreto.

10. Bibliografía

- Bateson, y otros. (1987). La nueva comunicación. Selección e Introducción de Y. Winkin. Kairos. Barcelona
- Bianchi, E. (1994). El Servicio Social como proceso de ayuda. Paidós. Barcelona.
- Chambon A.S. y otros (2001). Foucault y el Trabajo Social. Editorial Maristán. Granada.
- De la Red, N. (1993) Aproximaciones al Trabajo Social. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes sociales. Madrid.
- Friedlander, W.A. (1989). Dinámica del Trabajo Social. Edit. Pax-Mexico. México D. F.
- German, C. B. y Gitterman, A. (1983). Praktische Sozialarbeit. Das Life Model sozialer Arbeit. Enke. Stuttgart.
- Gutiérrez Resa, A. (2010). Orígenes y Desarrollo del Trabajo Social. Ediciones Académicas. Madrid.
- Habermas, J. (1997). Teoría de la Acción Comunicativa I. Taurus. Madrid.
- Hering, S. y Münchmeier, R. Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Juventa. Weinheim-München.
- Hernández-Aristu, J. (1991). Acción comunicativa e intervención social: Trabajo Social, Educación Social, Supervisión. Editorial Popular. Madrid.
- Hernández-Aristu, J. (2011). Trabajo Social en el espacio europeo. Teoría y práctica. Grupo5. Madrid.
- Knapp, M. (1989). La economía de los Servicios Sociales. Euge. Barcelona.
- Llovet, J. J. y Usieto R. (1990). Los trabajadores sociales. De la crisis de identidad a la profesionalización.
- Lowy, L. (1983). Sozialarbeit/Sozialpädagogik als Wissenschaft im angloamerikanischen und deutschsprachigen Raum. Stand und Entwicklung. Lambertus. Friburgo de Breisgau.
- Lowy, L. (1988). An assesment-survey of indigenous Social Literatur on social work methodology. Universidad de Boston EE.UU.
- Luhmann, N. (1987). Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeiner Theorie. Suhrkamp. Francfort del Meno.
- Martinez, M. J. (2005). Modelos teóricos de Trabajo Social. Diego Marín. Murcia.
- Miranda Aranda, M. (2009). De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social. Mira editores. Zaragoza.



Salzberger-Wittenberg, I. (1970). La relación asistencial. Aportes desde el psicoanálisis kleiniano. Amorortu. Buenos Aires.

Richmond, M. (1917). Social Diagnosis. En Castellano 1995 con prólogo de M. Gaviria, M. Talasa. Madrid.

Rossell, T. (1997). El Trabajo Social como disciplina académica. En la revista: CABS-Cuadernos Andaluces de Bienestar Social. Escuela de Trabajo Social de Granada. pp. 51-64).

Watzlawick, P. y otros. (1988). Teoría de la comunicación humana. Kairos Barcelona.

Viscarret, J. J. (2007). Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social. Alianza Editorial. Madrid.



LA INTEGRACIÓN DE DIFERENTES DOMINIOS DE EXPLICACIÓN EN TRABAJO SOCIAL: RECUPERAR Y CONSOLIDAR TERRITORIOS

Alfonsa Rodríguez Rodríguez

Doctora en Trabajo Social. Profesora Titular de Escuela Universitaria. Facultad de Trabajo Social (UCM)

Introducción

El tema central del congreso, con acierto, ha sido delimitado en torno a la conjunción de miradas. La analogía del caleidoscopio da cuenta del propósito: El Trabajo Social como paradigma de articulación de diferentes variables o dominios de explicación de la realidad, y por ende, reflejo de la misma. Específicamente me han solicitado una reflexión sobre las relaciones entre el tronco común del Trabajo Social y los diversos ámbitos profesionales, las “especificidades”: Servicios Sociales, salud, salud mental, justicia, educación, clínica, mediación, responsabilidad social y empresa, arte...). La cuestión propuesta es emitir, con cautela, algunas ideas sobre estas propuestas. Por otro lado, estos aspectos señalados, que me han solicitado, constituyen preocupaciones cruciales en mi quehacer como profesora en una Facultad de Trabajo Social, como supervisora de diferentes equipos de intervención en variados ámbitos, y por último como terapeuta familiar. La conjunción de miradas, el caleidoscopio remite a una visión constructivista, alejada de una perspectiva objetivista ingenua de los fenómenos, que implica abandonar el camino disyuntivo micro-macro, rechazar cualquier intento de simplificación en el análisis de los fenómenos sociales como los diagnósticos derivados del análisis de variables aisladas, etc. Ese conjunto de miradas nos sitúan a los trabajadores/as sociales, en definitiva, en el ineludible carácter multidimensional de toda realidad. Pero, ¿cómo incorporamos esta mirada constructivista en la práctica y en la teoría?

A continuación se presenta una mirada, parcial, sobre la variedad de definiciones y contextos de trabajo existentes, mi visión sobre lo que genéricamente podríamos denominar “los territorios” del Trabajo Social en la actualidad, en nuestro contexto inmediato, para después proponer algunas orientaciones epistemológicas, “los mapas” que ayuden a evitar lo que ya M. Richmond (1982), planteaba en 1922: la engañosa apariencia de banalidad de lo que pensamos y hacemos los trabajadores sociales.

1. El territorio

Las reflexiones que siguen apenas tratan de esbozar los factores decisivos que están, desde mi punto de vista, en la pérdida de territorio, en la desvalorización de la profesión, en la mirada estereotipada de quienes somos

y qué hacemos, en el cuestionamiento acerca de si pensamos o solo hacemos, en que cada vez con mayor frecuencia notamos que prescindimos de nosotros en los equipos de intervención, y un largo etcétera. Detrás de estas afirmaciones, subyace la dificultad en la definición de la identidad de la profesión, cuestión nada nueva para los/as trabajadores/as sociales. Aspecto que, por otro lado, no ha de implicar necesariamente un déficit, puesto que cualquier definición de identidad se ha de rehacer y reflexionar constantemente, si bien no sólo desde una perspectiva autorreferencial, puesto que una mirada desde fuera puede ser pertinente. T. Zamanillo, a quien nuestra profesión debe las más importantes contribuciones teóricas, de formalización de la misma, planteaba de manera extraordinariamente pertinente hace ya más de una década:

“...el Trabajo Social, junto con otros actores e instituciones que han concurrido en la planificación de la acción social, ha hecho muchas obras en el exterior desde los años ochenta. Algunas de estas conquistas son las leyes de Servicios Sociales, (...) los centros de asistencia primaria, etcétera. Pero, precisamente por eso, creo que actualmente se encuentra con un cierto vacío en su interior; en una situación de inquietud, insatisfacción y frustración muy importantes, debido a una falta de filosofía o dirección que guíe sus planteamientos metodológicos. Esta situación de crisis puede ser un laberinto creador o puede conducir hacia la inercia del sistema fundamentado en la tecnocracia y la burocratización de sus funciones (2000: 180).

Que duda cabe que los contextos organizacionales y sus mandatos, los recortes de fondos, la presión del tiempo, la primacía de la gestión, están determinando, dirigiendo y marginando aspectos cruciales de lo identitario, de lo propio, que según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2000) no es más, ni menos, que promover el cambio social, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar; por medio de la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.

¿Cuánto dista esta definición de las realidades que compartimos con los/as ciudadanos/as? En términos psicoanalíticos ese ideal del yo, inabordable, parecería que nos abocase a mimetizarnos, por inalcanzable, con contextos burocratizados; a defendernos con los protocolos; a individualizar los problemas, cuando no psicopatologizarlos; etcétera. Porque criticamos la estandarización, la burocratización, y destacamos la importancia de la personalización, de la defensa, pero observamos que en la realidad nos movemos en estas lógicas.



En esta línea, los/as trabajadores/as sociales de Atención Primaria en Salud, saben de las dificultades que están atravesando frente a la presencia de la enfermería de enlace con roles y funciones que restan al/a la trabajador/a social. El premonitorio título de un artículo de la revista de Trabajo Social del Colegio malagueño Trabajo Social Sanitario y Enfermería Gestora de casos: Crónica de un conflicto anunciado, y el resumen que realiza el autor:

Hoy las “enfermeras visitadoras” han evolucionado, inicialmente, a Enfermeras de Enlace y, última-mente, a Enfermeras Gestoras de Casos” y, por la informaciones que nos van llegando desde todos los rincones, con poca gestión de casos y mucha aparente gestión de recursos, con escaso rol de enfermería y cuidados con mucho rol de presunto intento o parodia de Trabajo Social Sanitario. El “filtro” del que, como veremos, ya hablara el Dr. Pritchard, ha convertido a las nuevas visitadoras en unas “devoradoras” de derivaciones: dependientes, inmigrantes, menores, violencia de género, enfermedades raras, etc., etc. que hacen inviable lo que exigía este experto anteriormente: un diagnóstico social claro y una derivación adecuada. Algo que hoy día no se está consiguiendo, por esta nueva figura profesional, ni de lejos (2011, p. 189).

Dan cuenta de no solo de un menoscabo del rol, y de las funciones, sino desde mi punto de vista de las nociones acerca de dicho rol que subyace en dichas afirmaciones: la derivación adecuada, además del diagnóstico como función del/de la trabajador/a social. Ni de lejos estoy acusando a estas concepciones, parciales, de esta situación, solo es advertir de una parte de la realidad. Que no es toda la realidad, porque de hecho en Atención Primaria de Salud son las cosas más interesantes que se producen en nuestra profesión, ya que como plantea Rolland (2000), los “no médicos” al no tener la responsabilidad del tratamiento están liberados para comprender la esencia de una enfermedad en términos psicosociales, es decir, tenemos una “mirada privilegiada”, no banal, para el abordaje auténticamente psicosocial de los procesos que giran en torno a la salud y la enfermedad (incluidos los preventivos). En realidad, la merma de la que hablaba y el enfado que esconde el autor del artículo citado del Colegio de Málaga es una parte de la realidad, porque no hay mas que revisar las ricas e interesantes aportaciones que se hicieron del ámbito de la Salud en el último Congreso Nacional celebrado en Marbella en el 2013.

En el campo de la Salud la Mental, a riesgo de simplificación, voy a dibujar un territorio parcial, porque es el que desde el punto de vista teórico-práctico me sirve al hilo de las reflexiones que deseo introducir. La psiquiatría no está exenta de perspectiva teóricas y axiológicas dominantes en un momento u otro. Esto implica concepciones acerca de la etiología y el manejo de los trastornos, pero no sólo, porque también comporta determinada organización de la asistencia, saberes dominantes, etc. En este sentido asistimos a una biologización que refuerza, o

incluso legitima la ideología dominante que tiende a negar la acción del contexto social en la génesis de los problemas psicológicos de las personas (Corin, 2001). Biologización que choca con la perspectiva que identifica la esencia del Trabajo Social. Por otro lado, en este ámbito, dice E. Garcés al margen de las funciones de los/as trabajadores/as sociales (dispuestas desde la institución), las implicaciones del rol profesional que desempeña el/la trabajador/a social, es decir, las tareas, comportamientos y actitudes que existen en un grupo de trabajo al respecto de cada uno de sus miembros, ha de comportar:

...integrar en nuestro quehacer profesional modelos teóricos adecuados a los procesos en los que intervenimos, según la psicopatología del paciente, y el problema objeto de intervención. Debemos formular un planteamiento más riguroso de nuestros criterios a la hora de decidir qué orientación de la práctica, qué enfoque, qué perspectivas y qué intervenciones deben utilizarse en relación con ciertos tipos de problemas. Estos pueden ser valorados utilizando diferentes enfoques de evaluación. El conocimiento de los modelos y sus técnicas nos permitirán abordar mejor las estrategias de intervención en cada caso concreto, de forma que técnicamente la intervención sea más eficaz (2010: 346-347).

Y ¿qué es lo específico de la mirada de los/as trabajadores/as sociales? ¿Cuál es la habitación propia? parafraseando a Woolf. Ya que si nos mimetizamos con los discursos dominantes, parecería que banalizamos nuestras acciones, como decía M. Richmond. Lo propio es, precisamente, traer los determinantes contextuales a la comprensión del acontecer psíquico, porque no es “la psicopatología la que define de forma específica la intervención del/de la trabajador/a social en Salud Mental” (op. cit. 338), sino precisamente una visión diferente de la psicopatología, porque no como psicopatólogos, inexcusablemente debemos introducir luz que ilumine la tramitación psíquica de los problemas sociales, que nos ayude a entender el “nicho ecológico” donde se asientan las dificultades, y por lo tanto ofrecer la posibilidad de reconsiderar narrativas, significados y valores que son considerados “dados”, normativos, o atribuibles a la psicopatología. En este sentido en una investigación, en curso, sobre un programa de rehabilitación psicosocial, la compañera C. Vicente (2015), está realizando algunos hallazgos muy significativos: En el proceso de evaluación de necesidades de los pacientes graves, aún cuando hayan acontecido hechos traumáticos en su vida (como un abuso sexual), estos no son considerados, no son tomados en cuenta como eje articulador de la psicopatología y de la atención. Cuando la literatura sobre abuso da cuenta de manera profusa sobre el vínculo entre ambos fenómenos: un abuso por sí mismo rompe la coherencia interna de la persona.

A continuación relato una secuencia de intervención, a sabiendas que se ha llevado a cabo en un contexto



organizativo distinto al de la Salud Mental. El propósito es ilustrar, precisamente, cómo si nos hallamos libres de prenociones dominantes, psicopatológicas, nos permitimos "miradas" comprensivas que amplían y enriquecen nuestro rol. La intervención se inicia por las dificultades de la familia para hacerse cargo de las necesidades de los menores, el padre de los menores presenta un trastorno mental (Esquizofrenia Paranoide) sin conciencia de enfermedad: Duerme por el día y las noches las pasa en vela, aunque él reconoce su sufrimiento y refiere que en ocasiones tiene pensamientos que se le "agolpan en la cabeza". "La situación del padre, y lo que comporta, interfiere en la dinámica familiar -los menores en ocasiones se acuestan a altas horas de la noche por disfrutar de su compañía-. La madre es la encargada de realizar tanto las tareas domésticas, la educación de sus hijos y todo tipo de gestiones, suponiéndola una sobrecarga, a pesar de la cual mantiene la situación acudiendo ella sola al centro de salud mental y medicando a su esposo (sin que éste lo sepa). La familia convive con los abuelos paternos, la relación entre suegra y nuera (madre de los menores) se podría describir como de conflicto latente, ya que la abuela ha expresado en varias ocasiones la poca estima que tiene a la madre de los menores, infravalorándola en sus funciones, tanto de madre como de esposa" (A. Rodríguez Rodríguez (2012). Además, según la descripción del equipo de intervención, la relación de la madre con sus hijos es de igual a igual, le faltan al respeto; el mayor reconoce que en ocasiones no es capaz de controlar la ira que siente cuando su madre no le tiene las cosas preparadas; incluso el pequeño de los hermanos se jacta delante de ella de engañarla para no ir al colegio. Finalmente, existe un alto grado de absentismo justificado por los adultos por problemas de salud de los menores. Una mirada de la complejidad posibilitó responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo organiza, en parte, el trastorno psíquico del padre la dinámica familiar?, ¿Por qué la madre no puede hacer frente y jerarquizarse frente a la intromisión de los abuelos paternos?, ¿El "hueco" dejado por el padre podría estar ocupándolo el hijo, realizando funciones que no son propias de su edad?, ¿Qué importancia tiene que el hecho del trastorno psíquico haga que nadie tome en cuenta al padre? Los profesionales del equipo de atención a familias no son expertos en trastornos psíquicos, mas sí saben que todos los seres humanos cambian y crecen por acciones y retroacciones en su nicho ecológico (la familia y otros sistemas significativos); y saben que un diagnóstico como el del progenitor de los menores supone un fracaso en el proceso de individuación y desprendimiento de la familia de origen. Además, que la eclosión de la enfermedad (en este caso se produce ya en la vida adulta por la coexistencia de tóxicos), trae consigo que el contexto del sujeto (familia nuclear, extensa, etcétera), deja de darle un feed-back corrector a sus conductas, dado que se presupone que dichas conductas son atribuibles al comportamiento psicopatológico, esta acción evita un encubramiento de la enfermedad, una desconfirmación y una descalificación del sujeto (N. Barbagelata, 2005, en A. Rodríguez Rodríguez, 2012). De manera que es precisamente la construcción que hace

el equipo de la sintomatología del padre la que genera oportunidades de cambio, porque dicha sintomatología responde a un "dominio del saber" (R. Ramos y M. Borrego, 2006) ajeno a la realidad del equipo les permite enfocar las necesidades y las relaciones familiares, requiriendo al padre en su función de apoyo a su esposa e hijos, a que aquélla le reclame como padre y esposo, etcétera (en Rodríguez Rodríguez, op. cit. 2012).

En definitiva, no obviar y poner en el centro de la conpetualización del malestar psíquico los determinates psicosocial o acontecimientos vitales claves, como las pérdidas (de empleo, de pareja,...), los malos tratos o el abuso sexual, las crisis del ciclo vital, etc. Todas estas situaciones tienen su expresión sintomática (que requieren un abordaje biológico), pero que no ha de evitar un abordaje comprensivo que evite mimetizados con el discurso dominante (individual, psicopatológico, biologicista). Hemos de hacer, pues, una evaluación que ponga el foco en lo interpersonal, contextual, que se diferencia absolutamente del proceso habitualmente designado como diagnóstico en la terminología psiquiátrica (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000). En definitiva, aportar al equipo interprofesional que hay otra forma de ver la realidad del sufrimiento. De lo contrario corremos el riesgo de ser "el de los recados" (aportamos la información oportuna para el resto de la red de la vision del paciente en el equipo), o una pequeña embajada de los Servicios Sociales dentro de la Salud Mental. Por ultimo, y a pesar de las afirmaciones hecha en relación a la regresión en los enfoques innovadores, hoy estamos asistiendo a un resurgir de movimientos innovadores liderados por los usuarios, que realizan discursos y críticas informadas por su experiencia vivida como beneficiarios de los servicios; que surgen y tienen presencia no solo en el ámbito de la Salud Mental (P. Beresford, 2010).

Asimismo es necesario atender a enfoques como el del "diálogo abierto" -J. Seikkula, B. Alakare y J. Aaltonen (2001), en Finlandia- que plantea un modelo de intervención psicoterapéutico poniendo el foco en los sistemas de apoyo del paciente, con principios como: ayuda inmediata, trabajo con la red primaria, terapéutica flexible, continua y dialógica, entre otros. Orientaciones que no voy a desarrollar pero que nos son tremendamente familiares a los/as trabajadores/as sociales.

En otro orden de cosas, pero siguiendo con el hilo argumental en el que se constata que hay nuevos empujes que delimitan el objeto de estudio desde una perspectiva social, sólo nombrar las relevantes aportaciones que en Atención Primaria se están haciendo sobre la necesidad de los que denominan "prevención cuaternaria" (A. Ortiz Lobo, 2011). Por dicha prevención se entiende el conjunto de actividades que intentan escaparse, reducir y disminuir el daño provocado por la intervención médica, por la psicopatologización de situaciones de sufrimiento, de crisis propias derivadas del hecho de vivir. En esta misma línea, creo que todos somos conscientes de la *inflación* diagnóstica cuando hay un niño o niña con



dificultades, en particular el diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad; aquel “se convierte en el modelo explicativo dominante de la conducta del menor, que las más de las veces hace que se oscurezcan otras partes de la realidad (...) en especial la dinámica familiar y el contexto social en los que se desarrolla su vida” (C. Domínguez Sánchez y A. Rodríguez Rodríguez, 2013, p. 256).

Los diagnósticos en la infancia nos lleva a otro territorio que quiero remarcar, el ámbito escolar y el lugar en el mismo de los/as trabajadores/as sociales. Pero antes solo una breve aseveración: toda práctica incorpora una cierta definición de una situación en un problema específico. Así creemos que lo hemos plasmado hasta ahora. Pues bien, aunque formalmente el/la trabajador/a social cumple un papel de “figura bisagra” (D. Fernández Fernández, 2007, p. 86) entre el adentro y el afuera de la comunidad escolar, entre el tutor-docente y los padres, además es imprescindible que incorpore “las interfases” de los diferentes sistemas que constituyen la realidad de los/as niños/as. Ya M. Richmond decía que “tenemos necesidad de desembarazarnos de los últimos vestigios de esta concepción que nos obsesiona todavía y que hace rendir la inteligencia del hombre en alguna parte de su cabeza o en un lugar cualquiera del espacio”. La constitución mental del hombre está formada por la suma de sus clones naturales y de las experiencias y las relaciones sociales que ha tenido hasta ese momento” (2005, p. 86).

Qué significado tiene dicha afirmación a la luz de las formulaciones teórico-prácticas actuales, asunto que publicamos con T. Zamanillo (2011) en el artículo: *El pensamiento complejo de Mary Richmond: algo más que una ventana al pasado*. Envuelve un punto de vista innovador que enfatiza en las interconexiones, pone de relieve la debilidad del pensamiento lineal (causa-efecto), acentúa el análisis de las intersecciones de los diferentes dominios de realidad que permita la comprensión de la complejidad de los fenómenos para que disminuyan los riesgos. Se comienzan a elaborar y explorar categorías diferentes que tienden a describir el estado emocional y establecer relaciones de causalidad. En esta línea, para Sluzki (2007), desde el punto de vista de las intervenciones, es preciso no perder de vista las interfaces como un lugar central de sus prácticas, porque esas interfaces son el territorio de una buena parte de la fuente de dolor y sufrimiento, y de la evaluación y cambio. Es necesario, pues, unir factores no separarlos, ver las conexiones entre el problema en sí de aprendizaje, de conducta y su contexto; y los aspectos vitales de experiencia del/de la niño/a (grado de reconocimiento, tipo valoración y afecto predominante, qué lugar ocupa en la estructura, en la narrativa de los padres, ...). Como exponen I. Landáburu y M. J. Uranga (2005), la conducta de un menor tiene un significado en el contexto de su experiencia, es reflejo de un conflicto (del aula, familiar, de relación con docente, con los iguales, ... y pone en marcha mecanismos defensivos, según el concepto de sí mismo, sus pensamientos, ansiedades, temores, etc.; que dicha conducta

puede constituir una respuesta normal a una situación de estrés (situaciones transicionales o disfuncionales que vive), y por último que la reacción del adulto es vital para desalentar o perpetuar dichas conductas.

Unas breves indicaciones, que traemos de J. L. Gastañaga (2004), y formuladas en forma de objetivos, ilustran lo dicho. Es indispensable en el ámbito escolar: observar, evaluar y esclarecer las relaciones recíprocas entre los contextos así como su efecto en las personas y las familias favoreciendo el cambio constructivo en las relaciones, en la medida que podemos introducir información diferente. Además, lo nuclear es la restauración del sentido de conexión entre las personas, entre los sistemas, favoreciendo los procesos de reciprocidad, responsabilización y de ayuda mutua. Para finalmente señalar la importancia de iniciar “la restauración del sentido de poder de agencia de los usuarios en la medida que posibilitamos la co-construcción de dominios de sentido, en donde se definen problemas y a su vez aspiraciones. Se buscan recursos tanto internos al propio sistema como del ambiente creando nuevas posibilidades” (2004: 268). De los ejes actitudinales, estratégicos y teóricos que subyacen a dichas afirmaciones daremos cuenta en el siguiente epígrafe.

En el final de este temerario, arriesgado y parcial recorrido por algunos territorios de la intervención social, propongo: Recuperar las tradiciones del Trabajo Social, difundidas y silenciadas por la presencia de determinados estilos de gestión, inercias que en ocasiones está llevando una expropiación de lo que nos es propio: la intervención psicosocial. Esta en multitud la están haciendo otras profesiones, que como no podía ser de otra manera, intentan conquistar territorios. Frente a los cuales el accionar del/de la trabajador/a social queda cosificado, simplificado. A tal punto que en los centros de preservación familiar a los/as trabajadores/as sociales les quieren privar de las funciones terapéuticas (de intervención, no psicoterapéuticas). Es necesario, pues, recuperar territorios, lo propio, para que la afirmación de M. Richmond sobre la aparente banalidad de la intervención social, no sea una profecía autocumplida.

Los mapas

¿Cómo podemos cercar nuestro territorio los/as trabajadores/as sociales? ¿Cuáles son los mapas que nos han de guiar en los mismos?, ¿Cuál es la cualidad emergente que aporta nuestra disciplina? Reflexionando y sistematizando los espacios vacíos en la mirada de otras disciplinas, los espacios para que las personas puedan entender su mundo, su realidad existencial. Es ahí donde las tradiciones de M. Richmond, de J. Adams, tienen un sentido, junto con los aportes del construccionismo social, de la filosofía, de los procesos familiares, del trabajo grupal, de los grupos multifamiliares, y un largo etcétera. Necesitamos recuperar nociones nucleares, inherentes, como: el enfoque de las capacidades frente a la visión deficitaria del otro, evitar la individualización-psicopatologización



de los problemas, el enfoque holístico, importancia de tomar en cuenta la manera en que los significados son representados, vividos y narrados por las personas en determinados contextos (contextos que cargan de significado, organizan las narrativas de las personas, en relación al género, la identidad cultural, las condiciones socioeconómicas), etcétera.

Un mapa, para Korzybski, no es el territorio que representa, pero si es correcto tiene una estructura similar a la del territorio, lo que justifica su utilidad (en Selvini, 1990: 356). Un mapa será sólo una guía y no una certeza (Castillo, 2005), el porqué está en relación directa con los contextos o realidades inestables, que además de complejas, o por eso mismo son no lineales, con múltiples ámbitos de análisis y causalidad. Asimismo es una realidad impredecible y de alta contingencia. Los desafíos para la intervención social son muchos ya que necesitamos integrar diferentes dominios de explicación para describir y explicar esas situaciones complejas y heterogéneas que abordamos. ¿Se podría hablar de un enfoque integrador para hacer frente a las mismas? Son realidades que comportan una compleja red de factores o contextos con múltiples ámbitos de análisis y causalidad: desde lo intrapsíquico, lo intersubjetivo, lo social, lo económico, lo organizacional, y un largo, y nada retórico, etcétera (A. Rodríguez Rodríguez, 2012). Así se ha de hacer frente a situaciones de exclusión crónica, problemas económicos y de subsistencia sobrevenidos, pautas de apego transgeneracionalmente perturbadas, al establecimiento de un juicio sobre situaciones de desatención o malos tratos a menores, la gestión de la dependencia, obviamente no sólo en los aspectos de valoración sino a los aspectos psicosociales que la rodean, entre otras muchas. Complejidad que va en sentido opuesto a nuestras enseñanzas regladas en las que “se hace hincapié en la coherencia y la conformidad, con frecuencia a expensas de la complejidad” (S. Henry, J. East y C. Schmitz, 2004, p. 15), o la intervención social como *management*. Con programas de formación, en cierta medida, divididos en compartimentos estancos de las diferentes disciplinas, orientadas cada una en función de las premisas epistemológicas del docente. Tenemos que seguir reflexionando sobre cambio estructural del plan de estudios que permita un enfoque centrado en los procesos de integración y reflexión crítica (C. Adamson, 2011), programas modulares que aborden los procesos de una práctica reflexiva acerca del campo, de la propia teoría, que ponga el énfasis en la premisa de que la identidad del Trabajo Social se basa en la capacidad no sólo de reflexionar sobre el alcance de los problemas globales, estructurales, sino además en cómo esas desigualdades interactúan con la dinámica familiar e individual. Que permita pensar en la construcción teórica a nivel de las situaciones concretas particulares, que ponga el acento en los procesos sociales que pueden y deben ser abordados desde diferentes disciplinas: los procesos de duelo, el impacto de la enfermedad crónica, la violencia de género, los procesos migratorios, los patrones de apego, etc.

Veámoslo, sólo a modo de ejemplo, con una situación real: Paula y sus hijos son derivados a nuestro centro (de intervención familiar) por la educadora de Servicios Sociales. El compromiso emocional de la educadora es muy alto, está muy preocupada por las conductas de riesgo de la adolescente (tiene 19 años): Se autoagrede, consume hachís, tiene relaciones sexuales sin protección, etc. La adolescente tiene un diagnóstico de “trastorno límite de personalidad”, realizado en varias consultas a las que acudió en un Servicio de Salud Mental; si bien, en la actualidad se niega a regresar al mismo. Hasta el momento, en paralelo a los contactos con la adolescente, la educadora realiza entrevistas con la madre para contener su ansiedad, y trabaja, cuando la menor lo permite, con aquélla.

Con la derivación, la educadora intenta, presuponemos, que haya un abordaje integral de las múltiples dificultades de la familia. Porque además de la ansiedad y tristeza que le genera a la madre las dificultades de su hija, está la grave enfermedad (crónica e invalidante) que padece, las dificultades económicas (es perceptora de una pensión que ha supuesto un descenso considerable en sus ingresos), y tiene que hacer frente al impacto de una información penosa: su hijo menor, de 12 años, cuando vivió con su padre -y su hermana mayor- en su país de origen, fue objeto de un abuso sexual por el padre. Hablamos del país de origen, porque a las dificultades existentes se suma la dura experiencia migratoria. En la descripción que se ha realizado está implícita la existencia de múltiples servicios en la vida de la familia: Servicios Sociales Generales, Salud Mental, la escuela, un servicio especializado de atención a víctimas de abuso sexual, entre otros (de hecho, los diferentes servicios proveen de varios recursos, por ejemplo la madre cuenta con una psicóloga).

Lo primero que pone de manifiesto la situación descrita es el reto y la dificultad que implican las situaciones que atendemos los/as trabajadores/as sociales (a veces muy jóvenes y con escasa experiencia vital), situaciones donde se juegan proyecciones de ida y vuelta, ansiedades, prenaciones, que organizan también la construcción del caso, y que tal vez están detrás de la toma de decisiones o en las acciones encaminadas a individualizar y psicopatologizar los problemas. Cuando, si pensamos en la joven inmigrante de la que hablabamos anteriormente, nos podríamos preguntar: ¿la existencia del diagnóstico -trastorno límite de personalidad- ofrece un plus a la comprensión de las dramáticas circunstancias que ha vivido?, ¿qué contexto terapéutico se le ofrece desde un servicio especializado?

¿Cómo miramos esta realidad?, ¿qué miramos? Responder a estas preguntas conlleva pensar cómo pensamos (Dickerson, 2010), formular hipótesis interpretativas de los fenómenos observados y de las posiciones subjetivas; un saber, dice J. L. Ubieto (2009), que ayude en la construcción del caso, que no puede ser una mera acumulación de informaciones, sino a partir de un saber, que no



ponga énfasis en la valoración moral, ni en la clasificación, sino en el establecimiento y en la construcción de la lógica del mismo.

Ha de ser una epistemología que permita incorporar estrategias reorganizativas o terapéuticas que velen por la autonomía de las personas o los sistemas; los mandatos de control-protección que van a evitar que sigan lesionándose derechos de las personas con menos poder; las funciones educativas que aporten información a quienes están desorientados o desbordados por la situación; las estrategias asistenciales que suplan la carencia de una persona o un sistema (J. Alegret, 2010), y un largo etcétera. Una epistemología que guíe dichas prácticas, porque es precisamente la carencia de dicha epistemología lo que puede llevar a que nos mimeticemos y adhiramos a un discurso generalizado que categoriza a las personas en “problemas”, en diagnósticos individuales, obviando los factores sistémicos o contextuales, que nos mimeticemos con las “construcciones” de otras disciplinas, que se banalice lo que hacemos.

La mirada propia, la habitación propia de los/as trabajadores/as sociales, es la holística, sistémica, que permite articular áreas de conocimiento muy diferentes, proporcionando un lenguaje común e integrando conceptos provenientes de estas diversas disciplinas. Es una teoría de integración a través de la que se pueden observar los fenómenos biológicos, sociales, y psicológicos. Lo que no invalida ni intenta sustituir los modelos de las diversas disciplinas (véase la biología, la psicología individual o la sociología), porque su principal aportación, es dirigir la mirada a la intersección entre las disciplinas, porque la realidad no está dividida en pedazos -lo biológico, lo psicológico-. Así, comprender, dar un sentido a la conducta, a la sintomatología, sin conocer la conexión con las variables contextuales que la determinan, en parte, es perder el objeto de estudio. Necesitamos, pues, un abordaje inclusivo que permita estudiar los sistemas emocionales más significativos para el ser humano, como la familia, la red social y el entorno socioeconómico. Esta perspectiva novedosa -la interaccional-, eje del paradigma sistémico, es asumible desde el punto de vista intelectual por cualquier profesional, pero suele ser bastante más difícil de trasladar a la práctica de la intervención, que ese es el foco del cambio. En definitiva, lo nuclear de la epistemología sistémica es la concepción según la cual la identidad se constituye sólo en relación (A. Rodríguez y N. Barbagelata, 2014). De manera que si no comprendemos el patrón relacional de Soraya (la joven de la que hablábamos anteriormente) con su madre, como (y por paradójico que resulte) dificultades de desvinculación de una madre enferma, que se siente culpable de haber dejado a sus hijos con un padre alcohólico en su país de origen, responsable de los abusos a su hijo menor, con una red social muy mermada, no podremos dar cuenta de la identidad y por ende de las dificultades de esta joven, y del sistema familiar en su totalidad.

En nuestros enfoques operativos ha de haber contenidos todo tipo de recurso: estilos vinculares, mapas orientados al cambio que comportan acciones que requieren un rol activo del profesional (reflexiones, estilos comunicativos precisos, trabajo de reestructuración, etcétera) y enfoques técnicos que se centran en llegar a una comprensión alternativa de las situaciones y sus causas como la circularidad, la neutralidad, la *estrategización*, la reflexividad, la redefinición, entre otros. Que en general doten de una comprensión alternativa más esperanzadora sobre los problemas y sus causas, no sólo a los sujetos sino también al resto de profesionales. Ciertos estilos relacionales, en los que es esencial la implicación emocional, es decir, la capacidad de mantener el foco de la intervención sin actitudes autoritarias, controladoras y sin acting out, en contextos que generalmente está imbuidos de urgencia y carga emocional descontrolada. En este sentido la instrumentalización del self del profesional es parte esencial de cualquier proyecto de intervención (A. Rodríguez Rodríguez, 2012).

Por otro lado, ¿se puede decir que lo personal es lo interno que afecta sólo a uno, o que por el contrario, lo personal es político? Otros hitos de los mapas necesarios para encarar los procesos de intervención son los que podríamos englobar en los desarrollos del constructivismo y el construccionismo social. En general, de manera muy sintética, plantean que es necesario atender a la experiencia íntima, singular de las personas, y a la par señalar los puntos comunes de aquella con los problemas globales (situaciones de exclusión, carencias materiales, inmigración, etcétera) (J. Robert, 1999).

Asimismo, estos desarrollos ayudan a ver a las personas como portadoras de una historia penosa, pero rica, que genera a la vez orgullo y vergüenza a sus protagonistas, y que las situaciones traumáticas que sufren o han sufrido organizan sus estilos vinculares con sus iguales y con los profesionales (G. Donovan, 2001). Por lo que es precisamente el encuentro y la “construcción” de la situación lo que puede ayudar, o no, a que el encuentro con el sistema profesional sea un espacio que permita reflexionar acerca de las condiciones que organizan y encorsetan la vida de las personas (económicas, familiares, físicas, emocionales y un largo etcétera). Esta perspectiva comporta una actitud y una técnicas muy diferentes a las convencionales.

A modo de síntesis

La acumulación de experiencia de trabajo que tenemos los/as trabajadores/as sociales, de situaciones complejas desde el punto de vista grupal, familiar, individual, de procesos sociales que se reproducen cada día en nuestros (múltiples) contextos de trabajo nos sitúa en una perspectiva privilegiada para generar reflexión, conocimiento. Nunca, ninguna profesión ha tenido, ni tiene esa mirada, un punto de visión (viewing point), que para Thomas Crum (1987) es “una atalaya más alta y expansiva desde la cual es dable apreciar las intersecciones entre las partes” (en Carol Becker et al. 2000, p. 161). Aprove-



chemoslo, generemos conocimientos globales y a la par esa “cualidad emergente” que hará que los equipos en los que trabajamos vislumbren y aprecien la realidad desde otra perspectiva, más comprensiva, más esperanzadora.

Bibliografía

Alegret, J. (Alegret, J. (2010). Trabajo en red profesional, más allá de las divisiones institucionales o formativas: El equipo virtual. En M. A. González Jiménez, M. A. Díez Zamorano y J. C. Roca Álvarez (Coord.). Trabajo en Red. Claves para avanzar en el buen trato a la infancia. Reflexiones y alternativas (pp. 39-49). Valladolid: Asociación Castellano Leonesa para la defensa de la Infancia y la Juventud. Recuperado el 20 de diciembre de 2012 en <http://www.fapmi.es/IXCongresoLibroActas.pdf>

Adamson, C. (2011). Getting the balance right: Critical reflection, knowledge and the social work curriculum. *Advances in Social Work and Welfare Education*. V. 13, N.º 1. Australian Association of Social Work and Welfare Education, School of Social Work and Human Services. <https://journals.iupui.edu/index.php/advancesinsocialwork>. Recuperado el 8 de septiembre de 2013. 29-48.

Becker, C., Chasin, L., Chasin, R., Herzig, M. y Roth, S. (2000). Del debate estancado a una nueva conversación sobre los temas controvertidos: El proyecto de conversaciones públicas. En *Resolución de conflictos: Nuevos diseños, nuevos contextos*, Dora Fried Schnitman y Jorge Schnitman (comp.). Buenos Aires: Granica. 155-178.

Beresford, P. (2010). Re-Examining Relationships Between Experience, Knowledge, Ideas and Research: A Key Role for Recipients of State Welfare and Their Movements. *Social Work & Society*. V. 8, n.º 1 <http://www.socwork.net/sws/article/view/19/56>.

Corin E. (2001). The social and cultural matrix of health and disease. En: Almeida-Filho N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad Saude Publica*;17(4):753-799.

Dominguez Sánchez, C. y Rodríguez Rodríguez, A. (2013). Diagnóstico de déficit de atención versus la familia como recurso terapéutico. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 26-2, pp. 295-303. UCM.

Fernández Fernández, D. (2007). Aproximación histórica a la trayectoria del trabajador social en el sistema educativo español. *Trabajo Social Hoy*. Primer Semestre. 75-92. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social. Madrid.

Garcés, E. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 23. UCM. Pp. 333-352.

Ortiz Lobo, A. (2011). Latrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. 313-323. www.alansaludmental.com Recuperado 8 de enero de 2013.

Landáburu, I. y Uranga, M. J. (2005). Seminario “Familia y escuela”, organizado por Grupo Urbano de Terapia Familiar. Madrid.

Sánchez Robles, M. (2011). Trabajo Social Sanitario y Enfermería Gestora de casos: Crónica de un conflicto anunciado. *Documentos de Trabajo Social*, n.º 49 Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga. Pp. 189-203. Sluzki, S. (2007). Interfaces toward a new generation of systemic models in family research and practice. *Family Process*, 2. 173-184.

Richmond, M. (1982). Caso social individual. Buenos Aires: Humanitas.

Rodríguez A. y Barbagelata, N. (2014). Fundamentos de la epistemología sistémica, en *Manual de terapia familiar*. Alicia Moreno (Coord.). Desclée De Brouwer: Bilbao. Pp. 27-62.

Rolland, J. S. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2001). El enfoque del diálogo abierto: Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico. *Sistemas Familiares*, V. 17, (2): 75-87.

Selvini, M. (comp). (1990). Crónica de una investigación. Barcelona: Paidós.

Vicente, M. C. (2015). Informe preeliminar. Tesis doctoral. UCM.

Ubieto, J. R. (2009). El Trabajo en Red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales. Barcelona: Gedisa.

Zamanillo, T. 2000. El incierto acontecer en el trabajo social. Logros, vacíos y proyectos. *Acciones e investigaciones sociales*, N.º 11, pp. 175-202.



CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID

trabajo social hoy:
una profesión,
múltiples ámbitos



LA CIUDADANÍA PROTAGONISTA EN LOS SERVICIOS SOCIALES

Mercedes Portero Cobeña
porterocmm@madrid.es

Resumen

En esta comunicación apporto las reflexiones de una trabajadora Social en ejercicio desde hace 34 años, de los cuales 28 en los Servicios Sociales Municipales. Esta trayectoria me permite analizar, siempre desde mi experiencia profesional, cómo ha sido la relación con la ciudadanía y cuál podría ser a partir de ahora, ya que nos encontramos en un momento crítico, y por tanto de oportunidad para situar a la ciudadanía en el centro, desde la intervención profesional y desde la política pública de Servicios Sociales.

Palabras clave: Cercanía, Empoderamiento, Autocrítica, Oportunidad, Movimientos sociales.

Introducción

En primer lugar expresar mi agradecimiento al Colegio, por haberme invitado a participar en este 6º Congreso de Trabajo Social de Madrid. Es un orgullo, una satisfacción y por qué no decirlo, también un reto, compartir este encuentro con vosotras y vosotros.

Gracias igualmente a las personas asistentes y al resto de participantes.

A partir de ahora hablaré en femenino (se trata de un guiño intencionado ante la fuerte presencia numérica de mujeres en la profesión).

Mis reflexiones se basan en las siguientes premisas:

1ª.- Soy Trabajadora Social (TS), en ejercicio desde el año 1981. Y empiezo diciendo esto porque independientemente de las tareas/cargos que he desempeñado, en cada momento, siempre lo he hecho desde la profesión, y puede parecer obvio, pero no lo es, son inseparables para mí. Afirmo que se puede desarrollar un cargo directivo sin separar la condición de TS, es más, en el que actualmente desempeño considero que es crucial. Las trabajadoras sociales aportamos la visión holística de la realidad, elemento esencial de nuestra formación, a través del desempeño de cualquiera de las funciones recogidas en el preámbulo de nuestro Código Deontológico (Información, Investigación, Prevención, Asistencia, Atención directa, Promoción e Inserción

Social, Mediación, Planificación, Gerencia y Dirección, Evaluación, Supervisión, Docencia, Coordinación).

2ª.- Mis reflexiones y aportaciones están enmarcadas en este contexto, en el de ser trabajadora social, unos poquitos años en el ámbito de la Salud y desde hace 28 en Servicios Sociales Municipales, y lógicamente esto marca;!!!. No estoy aquí representando a la institución en la que trabajo, el Ayuntamiento de Madrid, aunque desde esta experiencia y con espíritu crítico, aportaré apuntes para la profesión, no propuestas institucionales. Espero no generar ninguna expectativa, sí algunas reflexiones, con mucha humildad.

Los Servicios Sociales Municipales en 2016

Antes de centrarme en el papel protagonista de la ciudadanía en el Sistema de Servicios Sociales, motivo de mi comunicación, es preciso que introduzca unas breves referencias a la situación del sistema mismo; creo que es un paso previo porque nos facilita el encuadre necesario para reflexionar sobre el papel de la profesión y la ciudadanía.

Son muchos l@s autores/as, colegas y expert@s en políticas sociales, que han analizado en profundidad y con brillantez las causas de la indefinición, de la debilidad, de la invisibilidad, de la precariedad, del debilitamiento, de la amenaza..., en la que vive el Sistema de Servicios Sociales desde su creación en España, a partir de la década de los 80. Pues bien, en esta situación, que más parece de un equilibrista subido a un alambre, en vez de consolidarse amenaza con caerse; en esta tesitura es en la que hemos estado y estamos las trabajadoras sociales y la ciudadanía, tanto a la que atendemos como a la susceptible de ser atendida por el sistema.

En resumen, y por ser breve, la inexistencia de un marco normativo (por ejemplo, la tan reclamada Ley de Servicios Sociales) que establezca como derecho subjetivo la atención social, desarrollada a través del Sistema de Servicios Sociales, como máxima expresión de la garantía ante los poderes públicos, nos coloca en una posición de indefensión tanto a la profesión como a la ciudadanía.

Si a este contexto de debilidad del sistema se le une el incremento de la vulnerabilidad social (en todos su continuum), que se traduce en la intensa demanda de la ciudadanía, a la que el sistema y por tanto las trabajadoras sociales “no pueden ofrecer respuestas” el cuestionamiento, el ataque, y en el otro extremo la defensa, la victimización y la culpabilidad están servidas.



La relación entre la profesión y la ciudadanía en el pasado... y en el presente

En los últimos 30 años, y todavía, la relación entre la trabajadora social referente para los casos de un determinado territorio y la Ciudadanía hay que analizarla desde su triple dimensión:

1ª.- Individual/Familiar. La relación se ha centrado fundamentalmente en el despacho, y también en el domicilio; por tanto en espacios de intimidad, de privacidad. Bajo los principios de autodeterminación, respecto, protagonismo de la persona/familia. Pero también, en ocasiones, ha sido una relación desigual basada en el ejercicio del poder del profesional, de la subordinación del individuo/familia a las decisiones marcadas por los/as profesionales sin el protagonismo necesario por parte de las personas interesadas.

Asimismo se ha producido una “institucionalización” de las prestaciones, que consiste en que éstas, en lugar de ser la herramienta en el proceso de intervención social se convierten para el individuo/familia y el profesional en el fin y no en el medio. Toda la relación gira en torno a la asignación de prestaciones, generándose una situación un tanto perversa, en la que la herramienta se convierte en el centro, pasando a un segundo o tercer plano la relación de ayuda, el principal recurso, que siempre será el profesional. Si a esto se le añade que la burocratización en la gestión de las prestaciones inunda el tiempo de la entrevista (y con un ordenador físicamente en medio), la relación entre TS y ciudadanía se distancia, se enfría.

Sin embargo, me gustaría añadir que este contexto perverso que se ha generado siempre puede ser desactivado si la TS lo reconduce, si consigue separar la gestión de la prestación, a través de la relación de ayuda, el “cara a cara”. Ya dije al principio de mi intervención que también quería aportar elementos de autocrítica: en ocasiones existe una queja generalizada ante la “recursitis”, pero a la vez se produce una acomodación a la misma. Que los profesionales seamos el principal recurso en la relación de ayuda también nos exige, nos obliga, nos cuestiona nuestro quehacer..., nos coloca en una posición igualitaria en la relación, que no siempre es bien entendida.

2ª.- Grupal. Aunque casi siempre desarrollada de forma muy directiva por el profesional, se establece una relación más igualitaria, facilitando otros lazos de cercanía, eliminando nudos que posteriormente permiten avanzar en objetivos más consensuados, etc.

3ª.- Comunitaria. La profesión ha sido pionera en el desarrollo del Trabajo en Red, “contra viento y marea”, porque en ocasiones no se disponía del suficiente apoyo institucional, acercándose a la calle, al resto de entidades del territorio, colaborando en procesos partici-

pativos como uno más “estando presente allí donde la gente está”. Todas recordaremos las largas sesiones de trabajo por las tardes con las asociaciones de vecinos de los barrios, luchando por mejorar las condiciones de las vecinas y los vecinos, en definitiva presentes en la lucha por la justicia social. Sin embargo, a partir de finales de la década de los 90 se ha ido gestando y consolidando un encerramiento en los despachos.

La Carta de Servicios de los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento Madrid describe como uno de los servicios que ofrece a la ciudadanía el denominado “TS Comunitario”. Sin embargo, lo que refleja es más un Trabajo en Red; la ciudadanía no está presente sino solo a través de sus “representantes” si así pudiéramos llamar a las entidades sociales encargadas de su atención. Por tanto no se trata de conseguir el empoderamiento de la ciudadanía, sino el de actuar para la ciudadanía pero sin la ciudadanía.

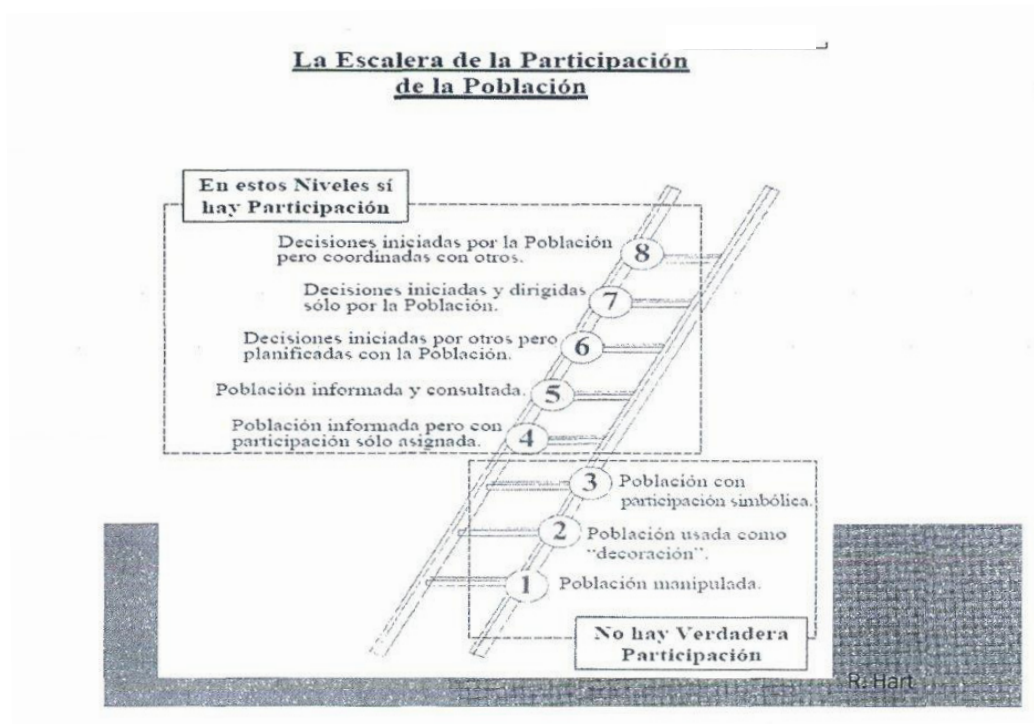
Aunque el Trabajo en Red ha sido importante y es justo reconocer el valor que representa para las trabajadoras sociales, la participación social, “es otro cantar”.

En general, la participación se ha entendido únicamente como colaboración del individuo/familia en lo que la institución y por ende la TS decide. En general no se ha orientado a fortalecer la posición de la ciudadanía frente a los servicios que se le ofrecen para desarrollar capacidades críticas.

Deberíamos preguntarnos si cuando hablamos de participación social y protagonismo desde el ámbito de los Servicios Sociales, se cumplen las premisas básicas de cualquier proceso participativo:

- La participación se construye.
- La participación es un aprendizaje.
- Todas tenemos un lugar y un rol en el proceso.
- A participar se aprende participando.
- La participación es un derecho y una responsabilidad.

Os propongo que nos detengamos a mirar la escalera de la participación de Roger Hart (1992) y respondamos a la siguiente pregunta ¿dónde nos situaríamos, desde la labor profesional y también desde nuestra organización? Dejo la pregunta en el aire, que cada una reflexione según su experiencia, con rigor, con veracidad, con honestidad (imagen anexa).



Y con toda esta reflexión de fondo, nos encontramos ante un nuevo escenario, surgido a partir de las pasadas elecciones municipales (en Madrid y probablemente en otros municipios del estado). Un escenario de conflicto a causa del desencuentro entre profesionales, movimientos sociales y algunos agentes de la política, que entienden que las trabajadoras sociales municipales ofrecemos atención benéfico-asistencial, en un Sistema Público de Servicios Sociales obsoleto y sin capacidad de ofrecer las respuestas que la ciudadanía necesita. Sin embargo nuestro análisis es muy distinto:

- Ante un retroceso generalizado de derechos en las políticas de los Sistemas de Protección Social de Vivienda, Sanidad, Educación y Empleo, por gobiernos neoliberales.

- Ante una fuerte y exigente demanda de la ciudadanía hacia el Sistema de Servicios Sociales, que sin estar diseñado ni preparado para ello, es interpelado por la ciudadanía para asumir las consecuencias del desempleo, la falta de vivienda, la exclusión sanitaria, la eliminación de las becas de comedor, la garantía de recursos económicos, la pobreza energética, etc., etc.

- Ante un modelo de atención, que necesita una profunda revisión desde su diseño (año 1998), para responder de forma ágil a la demanda.

- Las trabajadoras sociales han ofrecido respuestas con sus escasos recursos, han resistido y criticado una organización municipal que no reaccionaba adecuadamente.

- Las trabajadoras sociales han resistido a las propuestas y métodos de trabajo de una ideología neoliberal regresiva, que profesionalmente se ha intentado minimizar desde la intervención.

- Y situadas en este contexto, llegan algunos movimientos sociales, con un gran desconocimiento de la organización municipal, con un posicionamiento crítico ante el Sistema de Servicios Sociales, que también desconocen, y comienzan a cuestionar a las profesionales, que en una gran mayoría se alinean ideológicamente con las posturas defendidas por estos movimientos sociales, y se produce la gran paradoja... En lugar de que ambos protagonistas de la escena coincidan en el cuestionamiento del modelo, se polarizan los discursos: ataque versus defensa.

¿Y qué podemos hacer las trabajadoras sociales?

Ante este escenario complejo y de conflicto, podemos adoptar un posicionamiento victimista o abordar este nuevo tiempo desde una visión de oportunidad.

El posicionamiento profesional frente a estos ataques ha sido de reacción natural de defensa, ante lo que hemos considerado injusto "cuando las profesionales sabemos y sentimos que éramos las únicas que apoyábamos el cambio llegan algunas plataformas sociales y nos "acusar" de perpetuar el poder", se debe dar paso a un posicionamiento de acercamiento y diálogo.



Además de la reforma del modelo, elemento presente igualmente en las críticas recibidas, también es necesario modificar actitudes personales/profesionales, desde la reflexión, el debate y el consenso interno en la organización:

- Virar el enfoque: l@s usuari@s solo podrán ser protagonistas si pueden participar, individual y/o colectivamente. Nuestra tarea es desarrollar planamente la autodeterminación y crear conciencia sobre los derechos de las personas como sujetos de acción para resolver sus problemas. Existen experiencias de buenas prácticas en algunos territorios de la ciudad, promovidas por los Servicios Sociales: La Enredadera en Centro, Vallecas Activa, etc., etc.

- Salir de la zona de confort, que nos ofrece seguridad..., pero también poder.

- Defender y poner en valor la actuación profesional, el “cuerpo de conocimientos propio”, el respeto a la profesión y al saber hacer.

- Re-construir la identidad y visibilizar el Sistema de Servicios Sociales.

- Ofrecer espacios de escucha activa, lo sabemos hacer muy bien, tenemos experiencia.

- Crear espacios de diálogo constructivo o sumarnos a los que crean otros protagonistas de procesos participativos. En los distritos de Madrid se están generando multitud de espacios de participación: Mesas de Igualdad, Presupuestos Participativos, etc., etc., las trabajadoras sociales deben estar presentes en todos ellos.

- Alinearnos con el enfoque en el que la intervención social pública debe ser eficaz, técnicamente bien fundamentada y socialmente transformadora, como siempre quisimos que fuera.

- Contribuir a la construcción de un nuevo modelo no solo para mejorar nuestros procedimientos de trabajo sino para colocar a la ciudadanía como protagonista.

- Politizar nuestra intervención. Ser sujetos políticos, desde lo colectivo, no desde el partidismo. Inculcar el sentido de la política, dar orientación o contenido político a las acciones.

Como proponen Cabrera y Nogués (Cabrera y Nogués, 2015:13). *“Pero incluso lleno de limitaciones y escasos recursos, tal circunstancia no convierte al Sistema Público de Servicios Sociales en un instrumento de control social que es necesario desmontar por completo. En este momento histórico, pensamos que es conveniente abordar conjuntamente un análisis desprejuiciado de sus prestaciones y de la filosofía que orienta sus intervenciones, con el fin de introducir aquellas reformas que favorezcan la consolidación de los derechos sociales”.*



LA ADMINISTRACIÓN Y LOS DERECHOS CIUDADANOS

Joaquín Santos Martín
jsantos@aragon.es

Resumen

Administración y Derechos Sociales tienen un elemento común. El Estado de Bienestar. Sin embargo sobre esta institución Social hace años que pesa el fantasma de la crisis. Superar esa crisis sólo es posible recuperando el contenido de los valores de la Modernidad. Esa es la única manera de garantizar los derechos ciudadanos y construir la ciudadanía democrática.

Palabras clave: Estado de Bienestar, Política Social, Ilustración, Aragón, Garantía de ingresos, Inclusión social.

Key words: Social Welfare, Polity/politics/policy, Enlightenment, Aragón, Guaranteed income, Social Inclusion.

Derechos ciudadanos y Estado de Bienestar. El origen

“El objeto del Gobierno es la felicidad de la Nación puesto que el fin de toda sociedad política no es otro que el bien estar de los individuos que la componen” (Constitución española de 1812. Artículo 13)

Hablar de Administración y de derechos ciudadanos es, para mí, hablar de Estado de Bienestar. De hecho entiendo que no es posible construir derechos ciudadanos si no existe un Estado que, a través de sus administraciones, garantice la responsabilidad pública en la provisión de una serie básica de prestaciones sociales. Una responsabilidad en la que la Administración debe asumir, al menos, la recepción de la solicitud, la prescripción y asignación del recurso más adecuado y el pago al proveedor por el mismo en el marco de un precio público igual para todos, equitativo y sostenible. Al mismo tiempo no estoy en absoluto de acuerdo en que sea posible construir unos auténticos derechos ciudadanos desde otros modelos que han venido a denominarse, con intención de ocultar sus verdaderos objetivos, “Sociedad del Bienestar”, denominación con la que se pretende traspasar la responsabilidad de la provisión a cada uno de los ciudadanos por sí mismos o agrupados. En algunos casos estos modelos vienen camuflados detrás de una argumentación que utiliza

la coartada de lo comunitario. Estoy completamente convencido de que estas propuestas, en línea con los objetivos de las políticas neoliberales, regatean el principio de universalidad que es consustancial a cualquier marco de derecho democrático y olvidan deliberadamente el objetivo de construir una sociedad justa.

Este debate no es nuevo, en realidad estamos ante una de las derivaciones históricas de un debate que dura ya más de doscientos años. En el fondo creo participar de una postura que no deja de ser heredera de la que inspiró la proclamación constitucional española de 1812 que señala que el “objeto del gobierno es la felicidad y el de toda sociedad política es el bienestar de los individuos que la componen”¹. Una declaración que constituye un éxito indudable para los ilustrados españoles más radicales que fueron los que presionaron para que este principio fundamental quedara plasmado en nuestra primera Constitución.

El hecho de que la felicidad aparezca en un texto de rango legal, en una declaración de derechos o intenciones no era entonces ni nueva, ni original. Indudablemente esos diputados de las Cortes de Cádiz se sintieron inspirados por otros textos de enorme influencia en la época. El primero de ellos, la Declaración de Independencia de los Estados Unidos de 1776, que recoge igualmente el derecho inalienable de los individuos a la felicidad². Para conseguir ese deseo buena parte de los ilustrados sostuvieron que era preciso construir un Estado democrático que debía fundamentarse en un convencimiento básico: todos los seres humanos somos iguales y tenemos el derecho a aspirar a vivir en libertad.

Poco más tarde la Asamblea Nacional francesa, algunos días después de la toma de la Bastilla, aprobó la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano cuyo primer artículo establece por primera vez que: “Los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos”. Una de las principales novedades del texto, como señala la prestigiosa especialista Lynn Hunt (Hunt, 2009) es que incorpora por primera vez una referencia continuada a “los hombres”, “todos los ciudadanos” y no a los franceses como hubiera sido de esperar.

Llegar aquí no fue ni fácil ni casual. A lo largo del siglo XVIII³ se fue produciendo una auténtica revolución de las mentes y las mentalidades a ambos lados del Atlántico, el ritmo se incrementó en las décadas de los 50 a los 70 justo antes del inicio de las revoluciones. Algunos historiadores como Jonathan Israel mantienen que se produjo ya entonces no sólo un profundo debate entre ilustrados y absolutistas sino en el seno de la propia Ilustración entre radicales y moderados. Los primeros pretendieron sacar las máximas conclusiones posibles de lo que acabó siendo la triada de valores democráticos y republicanos: libertad, igualdad, y fraternidad. Las consecuencias reales de este debate se han venido



pasando por alto en los planes de estudios generales y en buena parte de los medios de divulgación histórica. Cegados por nuestro presentismo y el convencimiento de que poco tenemos que aprender del pasado, especialmente del pasado más remoto, no somos conscientes de que, por poner un par de ejemplos, en esos años que van entre 1776 y 1812 se produjeron revueltas que reclamaron la realización real y concreta de estos valores en los más diferentes ámbitos de la desigualdad. Reclamaron su espacio las mujeres, que tuvieron un papel mucho más relevante del que se suele recordar en el proceso revolucionario francés y en la propia Ilustración y se produjeron procesos de autoliberación de esclavos, como el que dio lugar a la independencia de Haití. Es cierto que estos movimientos fueron sofocados rotundamente, pero también es cierto que el destello de su luz siguió y sigue iluminando muchos pasos.

Singulares colectivos

Ciudadanía, justicia, libertad, razón, progreso, utopía, igualdad, fraternidad, etc. Todas estas palabras están unidas por algo más que por forjarse en esos lejanos años del siglo XVIII. Como señala el historiador de los conceptos Reinhart Koselleck todas ellas son sustantivos, singulares y colectivos. Es decir, son nombres que formulados en singular tienen un significado que alude a una realidad plural (Koselleck, 2012).

No es casual. Si hasta entonces, por ejemplo, se hablaba de libertades, a partir de ese momento se comienza a hablar de libertad. La consecuencia inmediata de este hecho es que los debates conceptuales que se producen en torno al concepto se producen en su propio interior y en que a veces es necesario adjetivar el sustantivo para marcar las diferencias.

Esta realidad plural suele presentarse oculta a nuestra mirada. Por eso a menudo cuando creemos que estamos hablando de lo mismo estamos hablando en realidad de cosas distintas y no somos capaces de entendernos. Hablar de política social pasa, por lo tanto, necesariamente, por la aclaración de los conceptos.

Eso es lo que llevo intentando hacer, al menos para mí mismo, desde que en *El Cuarto Pilar. Un nuevo relato para los Servicios Sociales* (Santos Martí, 2012) señalaba que el concepto Estado de Bienestar aparece casi indisolublemente vinculado con el concepto crisis y que la principal crisis que afectaba a ese concepto había que buscarla en la derrota política de la interpretación conceptual de los valores en que se sustenta.

Valores para el Estado de Bienestar

Mantenia que si hay crisis del Estado de Bienestar es porque a lo largo de los últimos ya casi cuarenta años lo que ha mudado sustancialmente es el consenso social sobre el contenido conceptual de los valores de la Modernidad que se estableció tras la Segunda Guerra Mundial, una forma de entenderlos que comprendía la

necesidad de una notable intervención del Estado en la economía y la sociedad para garantizar determinados niveles de bienestar e igualdad y que consolidó el modelo social europeo.

Las fuentes de lo que conocemos por Estado de Bienestar pueden encontrarse, como sucede con los grandes ríos del mundo, en diferentes lugares, en este caso temporales. Se puede hablar de la raíz bismarckiana de los seguros sociales. Se puede encontrar una evolución propia de los modelos nórdicos a partir del proceso pactista del movimiento obrero organizado en estos países. Pero quizá la principal fuente, al menos la más reconocida en nuestro país, se pueda encontrar en la confluencia de las políticas económicas keynesianas que se mostraron exitosas a lo largo de la guerra especialmente en la Norteamérica de Roosevelt y las propuestas de organización de sistemas de protección propuestas en plena Guerra Mundial por Lord Beveridge y llevadas a cabo por el primer gobierno británico de la postguerra encabezado por el laborista Atlee (Sotelo, 2010), (Judt, 2005).

Tras la Segunda Guerra Mundial y durante casi cuarenta años todo Occidente estuvo de acuerdo en aprender de los errores cometidos en los primeros cuatro decenios del siglo y se llegó a una serie de consensos básicos: la economía no podía funcionar correctamente bajo el concepto de *laissez-faire*, los Estados debían garantizar determinados niveles básicos de protección y resultaba imprescindible que el conjunto de los gobiernos del mundo se comprometieran a garantizar una serie de derechos humanos universales. Indudablemente estos consensos recuperaban la ambición de aquellos ilustrados radicales de finales del siglo XVIII.

Discurso y relato. Polity, politics y policy

El debate ha estado abierto siempre y siempre lo seguirá estando en tanto no salgamos, que no hemos salido, del contexto conceptual creado por lo que conocemos por Modernidad. Es cierto que posmodernos, neoliberales y neoconservadores han conseguido desde hace cuatro decenios que su interpretación de estos valores sostenga el “discurso” predominante.

Todas las sociedades para imaginar el mundo en el que vivimos, para explicárnoslo y darle razón, necesitamos construir una narración que lo explique. Como le escuché a Pedro Zerolo, de quien integré esta distinción, conviene distinguir dos tipos de narraciones. El “discurso” es el conjunto articulado de explicaciones y conceptualizaciones de los valores que fundamentan la comprensión de la vida política, social y ética. Mientras tanto “relato” engloba todo lo que tiene que ver con las narraciones concretas que explican las políticas que se realizan. El “discurso” suele permanecer oculto pero conforma el verdadero marco conceptual del debate. A la mayoría de los ciudadanos el tipo de debate que tiene que ver con las interpretaciones de la filosofía política les resulta ajeno y aburrido y, sin embargo, de cómo se



conceptualicen y lleven a la práctica esos valores dependerá buena parte de la suerte de su vida social.

En el fondo el “discurso” se refiere a todo lo que tiene que ver con la filosofía política, lo que las personas de habla inglesa denominan **polity**. Resumiendo mi postura diré que el “discurso” viene conformado por la interpretación que se haga de los tres valores a los que hemos venido haciendo referencia (libertad, igualdad y fraternidad) y de la virtud que tiene que tener cualquier sociedad democrática: la justicia (Rawls, 2010).

Mientras tanto “relato” engloba el conjunto las explicaciones concretas de las acciones de los partidos políticos y de las explicaciones de las acciones de los gobiernos y parlamentos (**politics**) y las concreciones específicas de la gobernanza (**policy**), es decir de las soluciones concretas, teóricamente “técnicas” que se encuentran a los problemas de la convivencia y que mucho más a menudo de lo que nos parece se enmarcan en un determinado discurso de valores⁴.

El relato neoliberal y los valores de su discurso

Intentaré concretar un poco más para explicar mejor lo que acabo de mantener. En El síndrome Katrina. Por qué no sentimos la desigualdad como un problema (Santos Martí, 2014), proponía la existencia de una metáfora central que enmarca de forma clara y significativa el discurso de valores neoliberal.

Desde esta perspectiva del mundo se entiende (y se propone que se entienda), que la vida social es como una competición atlética. Imagínese. La igualdad consiste en garantizar que todos parten en la carrera de la misma línea, que las condiciones formales son las mismas para todos. La libertad se entiende simplemente como la posibilidad que todos tienen de participar. A nadie se le niega esa posibilidad. Al mismo tiempo nadie interrumpe la participación en esa competición, nadie interfiere en tu carrera en ningún sentido, sería hacer trampas. La fraternidad desaparece del escenario o en todo caso es entendida como el *fair play* competitivo entre los contendientes. La consecuencia del modelo social creado es que la justicia es el reparto de premios en consonancia con el resultado de la competición, es decir, el que gana se lo lleva todo y el que pierde..., el que pierde debe volver a entrenar. Tiene lo que se merece.

Y en el citado libro analizaba las 12 frases sin piedad que han constituido el relato con el que se han difundido estos valores los últimos años: “Hemos vivido por encima de nuestras posibilidades”, “Hay que volver a la cultura del esfuerzo”, “No puede haber de todo, para todos y gratis”, etc.

En este marco conceptual cualquier modelo de Estado de Bienestar resulta imposible. El Estado simplemente debe desaparecer como garante de los derechos, está

interfiriendo en la competición que, por ese motivo, deja de ser justa. Desde esta perspectiva las prestaciones sociales premian a los vagos, a lo que no se esfuerzan lo suficiente, a los que no se entrenan.

Seguramente a la mayor parte de los que nos dedicamos al Trabajo Social estas afirmaciones nos parecerán un horror y un error, pero creo que no nos costará demasiado reconocer frases y actitudes a nuestro alrededor e incluso, si somos sinceros con nosotros mismos y rascamos un poco en nuestra conciencia y nuestras prácticas, descubriremos, espero que en cierto modo sinceramente sorprendidos, que participamos de ellas de forma relativamente inconsciente.

Lo cierto es que en buena medida nos resulta muy complicado desasirnos de las ataduras de este marco conceptual. Como ha analizado extensamente el lingüista George Lakoff (Lakoff, 2007) si las políticas neoliberales triunfan en Occidente desde hace cuarenta años, desde los gobiernos de Thatcher y Reagan, es porque desde entonces han conseguido imponer su “discurso”, su marco conceptual, consiguiendo a través de los relatos que se explican conseguir la aquiescencia de las mayorías sociales de nuestros países.

El debate es, desde mi punto de vista, mucho más ideológico, en su sentido más conceptual, de lo que nunca hemos aceptado, pero este debate se produce en el campo de las emociones. Si bien la construcción es conceptual en el discurso su transmisión es emocional en los relatos, el éxito del discurso neoliberal se basa en la eficiencia de los medios de transmisión del mensaje elegidos, medios que juegan de forma magistral con las emociones básicas y automáticas de los seres humanos: miedo y seducción (Castells, 2009).

Un discurso y un relato para la construcción de los derechos de ciudadanía

Pero dicho esto, ¿Qué podemos hacer los que seguimos creyendo que es necesario construir un Estado de Bienestar, que el modelo neoliberal es profundamente injusto, que las personas están participando en una competición trucada?

Entiendo que el primer paso es necesariamente salir del relato neoliberal, no aceptar la metáfora de la competición como la solución universal a los problemas (el problema es que sí que es válida y justa para una parte de ellos), y construir la realidad desde nuestros propios valores.

No es fácil encontrar una metáfora conceptual que sustituya al ámbito de lo competitivo. Creo que podríamos ensayar con los marcos conceptuales relativos a la familia protectora (Lakoff, 2008) y porqué no a la música. El propio Lakoff acaba su primera obra traducida señalando lo diferente que sería la discusión partidista si en vez de utilizar expresiones del campo metafórico “guerra”



“le lanzó un auténtico obús”, “se retiró a sus cuarteles de invierno”, “desarrolló un planificado ataque”), las utilizáramos del campo metafórico “música/baile” (“le invitó a que bailaran juntos un vals”) (Lakoff). La idea de Lakoff no era del todo original. La metáfora musical está directamente relacionada con nuestros originales ilustrados y revolucionarios del siglo XVIII. Sin ir más lejos Mark Evan Bonds, en su libro *La música como pensamiento* (Bonds, 2014), analiza las importantes implicaciones que la sinfonía como estructura musical suponía de corroboración de los valores ilustrados. La sinfonía supuso un esfuerzo por encontrar un espacio musical que contribuyera a la idea de la necesaria articulación de la singularidad y la comunitariedad, del individuo y la sociedad. Un individuo que fuera capaz de salir de la masa. En la orquesta sinfónica, que en sus inicios carecía de director, cada músico vivía su singularidad pero entre todos eran capaces de interpretar algo que superaba con mucho lo que cada uno individualmente era capaz de conseguir con su instrumento.

En este mismo marco, por ejemplo, es relativamente fácil concebir que las personas debemos prepararnos para poder participar en esa orquesta común. Cuando estamos preparados (habrá que trabajar para que todos lo estén, la metáfora se mueve alrededor de los conceptos “dentro/fuera”) participamos, cada uno con su instrumento, cada uno con su singularidad, cada uno esforzándose para contribuir a un todo armónico. El sonido común, que descarta el ruido, es capaz de hacernos felices.

Nos sirvan o no estas metáforas entiendo que debemos entender que la libertad es un valor espacial, somos libres en función del espacio social en el que podemos vivir. El objeto del Estado de Bienestar es ampliar los estrechos espacios de libertad de que muchos disfrutaban en su ámbito social al nacer. La libertad debe ser entendida como un valor social, no únicamente individual, en el que lo que cuenta debe ser la no dependencia, la autonomía para tomar las propias decisiones, sin que nadie pueda, directa o indirectamente, convertirnos en sirvientes de su voluntad. El ciudadano en este marco es lo contrario del súbdito. El ciudadano es libre si no tiene un señor del que dependa y este concepto va más allá de la pura libertad formal que propone la no interferencia neoliberal.

Las prestaciones sociales nos hacen libres porque amplían esa capacidad de libertad, pero sólo lo hacen si nos hacen autónomos y se plantean desde el respeto a nuestra autonomía. Por eso la libertad necesita los otros dos valores para constituir un conjunto de valores interdependientes.

Sólo podemos ser libres en el contexto de una sociedad que garantiza unas estructuras básicas igualitarias. Por eso entiendo que el Estado de Bienestar y el conjunto de sus sistemas de protección sólo se pueden construir desde el valor de la igualdad entendido como un conjunto de conceptos complementarios, en el que se

incorpora a la igualdad de oportunidades, una igualdad básica de resultados (Santos Martí, 2014).

Los derechos ciudadanos son, en este contexto, el alma del patriotismo republicano y democrático. La patria del ciudadano demócrata son sus conciudadanos y la Constitución común que se han dado, algo mucho más sustancial y que va mucho más allá de la mera identificación con un terreno, unos símbolos o un colectivo idealizado. El verdadero ciudadano es un patriota que entiende que su propia ciudadanía depende de que sus conciudadanos dispongan de los mismos derechos que él, dispone de un punto de partida común porque no es aceptable la existencia de una “aristocracia” que imponga las normas del juego a los demás. Y este concepto no es en absoluto, como todos los anteriores, ajeno a la tradición de la Ilustración radical con la que empezábamos esta intervención. Como señala el historiador Antoni Domenech (Domenech, 2004) la fraternidad, que es el valor que encarnan los verdaderos patriotas, que no pueden ser otra cosa que cosmopolitas, surge como valor en el sentido de que los conciudadanos han dejado de tener un padre, el rey en el contexto del siglo XVIII, y en su proceso de liberación, sin padre, dueños de su destino, comunidad política que puede decidir lo que quieren ser, organizan un el Estado en el que nadie tiene capacidad de imponer a los demás su voluntad y en el que se debe vigilar que tanto las minorías como los individuos tengan garantizados sus derechos a ser diferentes, singulares, ellos.

Administración y derechos ciudadanos

Después de toda esta declaración de principios e interpretación de valores tal vez se entienda mejor mi afirmación inicial en la que señalaba que entiendo que Administración y derechos ciudadanos son dos conceptos, dos ideas, que están inextricablemente relacionados.

Cosa distinta será la forma en que seamos capaces de configurar ese Estado para que cumpla su función democrática y los muchos contrapesos que deben ponerse al poder que se le otorga para que no se vuelva contra los principios que lo deben configurar. Los norteamericanos hablan, creo que muy acertadamente, de *checks and balances* (controles y equilibrios). El ideal de libertad como no dependencia exige una determinada forma de gestionar los asuntos públicos y el poder.

Nuestra obligación es intentar construir un Estado de Bienestar que se inspire en estos principios. No es fácil. No deben ser entendidos como una orden que puede ser desarrollada de una única forma. Debemos interpretarlos, tenerlos presentes, pero no pueden ser un corsé sino más bien una guía, un faro que alumbrará la singladura. El gran riesgo que corremos al asumir un principio guía es convertirlo en un dogma que queremos imponer a los demás. Convertir la razón en fe.



La construcción del Sistema Público de Servicios Sociales de Aragón

¿Cómo aterrizar toda esa teoría y conceptos en una práctica concreta? Voy a ello. Esta reflexión teórica parte en mi caso de la necesidad creada por la práctica en la gestión y en la elaboración normativa. Toda esta elaboración teórica se ha trenzado en el marco de la elaboración que realizamos un equipo de trabajo hace ya unos años para elaborar la Ley de Servicios Sociales de Aragón y su correspondiente Catálogo de Prestaciones. Fue este trabajo concreto el que me llevó a la necesidad de reflexionar sobre los valores que sustentan nuestras propuestas, los porqués y los “paraqués”.

Un trenzado de reflexión teórica y gestión práctica que continuó posteriormente en el seno de diferentes grupos de elaboración social y política de propuestas para la construcción del Sistema en los que he participado: el índice DEC (Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales) de la ADYGSS (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales) o la contribución a la Conferencia Política del PSOE tanto federal como aragonés en los ámbitos de la planificación de las propuestas políticas en materia de Servicios Sociales son ejemplos de ello.

Definir el Sistema. Objeto de atención y prestaciones
Si queremos construir un sistema de derechos sociales que contribuyan a construir la ciudadanía lo primero que debemos clarificar en el ámbito de los Servicios Sociales es nuestro objeto de atención. Este es nuestro mayor problema. Es difícil generar derechos si no sabemos de qué nos ocupamos y a poco que nos detengamos nos daremos cuenta de que no lo sabemos. De hecho haga la prueba de intentar explicar a qué se dedica el Sistema de Servicios Sociales.

En el proceso de elaboración del Catálogo de Prestaciones de Aragón detectamos claramente esta dificultad e hicimos nuestra propia propuesta que recogí posteriormente en (Santos Martí, 2012). En el citado Catálogo entendimos que necesitábamos delimitar nuestro objeto de atención. Sin determinarlo resultaba imposible concretar las prestaciones que ofrecemos a los ciudadanos, las concreciones que garantizan en la práctica los derechos sociales.



En la práctica acabamos proponiendo un doble cuadrado. El Sistema necesita determinar en primer lugar su objeto de atención. Es el cuadro exterior. Lo que está fuera no es objeto del Sistema, lo que está dentro sí. Pero una vez dentro lo que sucede en cualquier sistema es que no todo lo que es objeto es posible cubrirlo con las prestaciones concretas que se ofrecen a los/as ciudadanos/as. Esas prestaciones son determinadas por el Catálogo y dependen de la propia evolución tanto de la sociedad como del Sistema. En cada momento nos parecen más adecuadas unas formas que otras para resolver los mismos problemas. Y esos problemas también evolucionan en consonancia con la propia dinámica de la sociedad. A eso hay que añadir que la propia decisión de las prestaciones a ofrecer es política.

Pero demos un paso más. He afirmado que el gran problema que tiene el Sistema Público de Servicios Sociales es que no le resulta fácil determinar cual es su objeto de atención. En el Catálogo de Aragón establecimos que este venía delimitado por seis necesidades básicas que proceden de la suma de las que fueron determinadas por el Plan Concertado a las que sumaban las provenientes de la Ley de Dependencia.

Las necesidades en concreto son seis: información para el acceso, convivencia adecuada, inclusión social, participación social, cobertura de necesidades básicas y autonomía personal.

Este mismo problema ha sido abordado de una forma un tanto distinta pero en el fondo entiendo que muy similar por Fernando Fantova, amigo, consultor social, al que van a tener la oportunidad de escuchar en este mismo Congreso en el día de mañana. Fernando viene a plantear que el objeto del Sistema consiste en procurar el encaje dinámico entre la autonomía funcional de las personas y su integración relacional. En realidad el conjunto de necesidades sociales planteadas en el Catálogo de Aragón se podrían ver integradas en estos dos conceptos salvo una que Fantova entiende fuera del Sistema: la cobertura de necesidades sociales básicas que, según su criterio, debería ser cubierta por un Sistema distinto que debería hacerse cargo de la gestión de la garantía básica de ingresos de los ciudadanos. La diferencia no estaría, por lo tanto, en el qué sino en el dónde, en la ubicación de esa atención. Por mi parte reconozco que aunque he dudado durante un cierto tiempo sobre la propuesta de Fernando me inclino por motivos tanto estratégicos como históricos por el mantenimiento de la garantía de ingresos en el marco de los Servicios Sociales toda vez que su salida no parece estar garantizando que el Sistema se dedique con más ahínco al resto de su ámbito competencial, incluso puede ser más bien que suceda lo contrario.

Sea como sea, siendo la diferencia sustancial, expreso mi profundo respeto y admiración por la propuesta de Fantova, especialmente porque es una de las escasas propuestas que hace especial hincapié en el problema principal que tenemos que no es otro que la defini-



ción de nuestro objeto. Además ambos compartimos lo fundamental que es la necesidad de construir esos derechos.

Pero volvamos a lo nuestro reiterando la afirmación principal de esta parte de mi argumentación: Garantizar derechos ciudadanos pasa necesariamente por este esfuerzo de definición conceptual que necesitamos extender hasta donde sea posible. Sigamos en ello.

Características de las prestaciones

Vayamos ahora con las que entiendo que deben ser las características básicas que deben cumplir las prestaciones para que concreten en la práctica los derechos ciudadanos. Recordemos que nada más iniciar esta intervención he mantenido que estas deben estar bajo la responsabilidad pública. Además de ello entiendo que sólo serán prestaciones aquellas que puedan ser requeridas por un ciudadano particular. Debemos aceptar antes que nada que la clásica idea del trabajo con individuos, grupos y comunidades, no son otra cosa que estrategias de intervención o métodos de trabajo, no pueden trasladarse sin más a la conceptualización de las prestaciones. Los derechos ciudadanos son siempre prestaciones individuales. Los grupos, las familias, las comunidades no son sujetos de derechos, lo son los individuos que las componen. Esta diferenciación conceptual es básica porque de no hacerlo podemos por un lado construir unas prestaciones que en el fondo son completamente inasibles e inconcretables y por otro podemos convertir a las personas concretas en rehenes de los grupos en los que están encuadrados. Recordemos el concepto de libertad como no dependencia.

En este mismo sentido habría que entender que todo lo que tiene que ver con la actuación de fomento de las administraciones, las subvenciones por ejemplo, que pueden solicitar las entidades jurídicas, estarían fuera del ámbito prestacional del sistema que no de la actuación de la Administración.

Por otro lado es evidente que lo que verdaderamente construye derechos ciudadanos son aquellas prestaciones esenciales, las que tengan la consideración de derecho subjetivo reclamable ante la justicia por parte de los ciudadanos. Las prestaciones de Servicios Sociales deben salir del ámbito de la gratuidad que las ha caracterizado a lo largo de la historia. La Ley de Dependencia supuso en la práctica un antes y un después en lo conceptual y por mucho que haya sido una ley profundamente maltratada en los últimos años, esta consideración como derecho subjetivo es la que ha conferido poder y capacidad de actuación a las demandas de los ciudadanos. Es un hecho que la Justicia ha emitido ya numerosas sentencias favorables a los que vieron sus derechos conculcados, un elemento inusitado en el anterior marco conceptual y legal.

El centro conceptual de la elaboración de las prestaciones deben ser las necesidades que hemos definido como

objeto del Sistema, de lo contrario estaríamos haciéndonos un flaco favor a nosotros mismos. Es importante pensar en esto porque de lo contrario en la creación de las prestaciones podemos caer en el error de pensar en la estructura de la Administración que las gestiona o en la forma en que la sociedad se organiza en colectivos de interés, en grupos de presión. Lo que debe articular las prestaciones son las necesidades y su creación debe ser autónoma de quien las garantiza o de quien las reclama. Si comenzamos pensando en prestaciones por colectivos sociales nos acabaremos encontrando con la habitual paradoja de que no sabremos quien y cómo atender, por poner un ejemplo, a una mujer, mayor, de una determinada etnia minoritaria, con discapacidad, separada que no divorciada y con hijos dependientes a su cargo.

Una última recomendación. Las prestaciones deben pensarse como algo distinto de los edificios en los que se prestan. Tendemos a pensar, por ejemplo, en un Centro de Día para personas mayores, pero en la práctica en el mismo se están ofreciendo servicios de estancia diurna completa (que a su vez pueden ser prestados por ejemplo en un centro residencial), servicios de estancia diurna temporal, a media jornada, puntual; servicios de higiene, de comida, de fisioterapia, de terapia ocupacional/estimulación cognitiva, de cuidados personales.

Construir el Sistema desde la propia interpretación de los valores

Les propongo dar un paso más. En estos momentos en Aragón estamos tramitando el Proyecto de Ley de Renta Social Básica. En el hemos intentado concretar dos derechos ciudadanos. La organización de la propuesta intenta concretar en la práctica esos valores y su conceptualización, a los que he hecho referencia al inicio de mi intervención.

Renta de Inserción, Renta Básica, Renta Universal.

En la propuesta que hemos elaborado hemos pretendido superar el concepto habitual que ha articulado hasta ahora el modelo de Rentas de Inserción. Pero para explicarme mejor debo abrir un poco el plano y situar el debate general que entiendo que se está produciendo en este ámbito y que está resultando muy intenso en propuestas diferenciadas. Sé que no dispongo de mucho espacio así que me debo conformar con una explicación posiblemente demasiado esquemática y simple.

Por un lado nos encontramos con la que es la propuesta general en el conjunto de las Comunidades Autónomas españolas: las Rentas de Inserción que están basadas en el concepto del pago de una prestación a cambio del cumplimiento de un acuerdo de inserción. El gran problema de estas prestaciones es que obliga a los/as ciudadanos/as a la inclusión y a los profesionales a tener un rol de vigilancia, reactivo más que proactivo. En los últimos años ha surgido con fuerza la propuesta de la creación de un ingreso universal para todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo (Renta Univer-



sal). No entraré a valorar la propuesta aunque anticipo que no la comparto, pero de cualquier manera también entiendo que resulta de imposible abordamiento para una Comunidad Autónoma (CC.AA.) debiendo formar parte del debate sobre las políticas de garantías de ingresos mínimos a nivel estatal y que, desde mi punto de vista, esta vez en consonancia con Fernando Fantova, van más allá del ámbito propio del Sistema de Servicios Sociales, debiendo implicar los esfuerzos tanto del Sistema de Pensiones y el de Prestaciones por Desempleo o las Prestaciones por Hijo a Cargo.

La Renta Social Básica de Aragón

Pero cual es finalmente nuestra propuesta. Entiendo que entre las dos anteriores existe un amplio marco de actuación. Entiendo que debemos desvincular la percepción de una renta de la obligación de seguir un itinerario de inclusión social. En este sentido la propuesta de Aragón propone dos tipos de renta que no exigen la existencia de un acuerdo de inserción: **La Renta Complementaria** de ingresos por trabajo que lo que busca es compensar o complementar los ingresos de los/as trabajadores/as con empleo precario y que no dispongan de más recursos económicos para abordar las necesidades básicas. Este ingreso puede llegar hasta el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) anual.

Y la **Renta de Inclusión y protección social** que garantiza siempre una cantidad básica a todos los/as ciudadanos/as quieran o no participar en un proceso de inclusión, aunque para los segundos propone una cuantía más elevada (aunque un 10 % más baja que la renta complementaria en la misma situación sociofamiliar).

En este caso lo que hemos intentado garantizar es la libertad del ciudadano, que tiene capacidad de elegir si quiere seguir o no un proceso de inclusión social. Se entiende que quien ya trabaja no tiene por qué entrar en ese tipo de procesos salvo que decida lo contrario y en aquellos casos en los que no se trabaja se fomenta económicamente hacerlo aunque desaparece la obligación. Este cambio conlleva una modificación sustancial del rol del trabajador social que en el nuevo modelo debe salir de su rol de control social, aunque pueda permanecer esa función especializando a determinados funcionarios, para adquirir una función más proactiva en la que ya no tendrá en su poder “todo el mango de la sartén”.

La segunda clave conceptual es que esta propuesta busca, además de trabajar por la igualdad de oportunidades, garantizar una igualdad básica de resultados. En las dos modalidades de renta se garantiza que todos los ciudadanos tienen unos ingresos básicos por magros que sean, algo que hasta ahora no garantizaba ninguna ley de rentas publicada en España y a la vez protege más cuanto mayor es el esfuerzo de integración. Las cuantías económicas se estructuran para favorecer este objetivo. La Renta Complementaria se mueve entre el 80 y el 115 % del SMI. La Renta de Inclusión para aquellos que no acepten participar en un itinerario de inclusión

estaría entre el 30 y el 60 % del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) y la de aquellos que sí participen entre el 70 y el 105 % del SMI (un 10 % menos que la renta complementaria en las mismas situaciones sociofamiliares).

Se garantiza un ingreso básico, se desvincula de la aceptación obligatoria de realizar un proceso de inclusión y se va elevando la cuantía de la prestación en función del esfuerzo de integración realizado.

La Ley de Renta Social Básica (RSB) establece un segundo derecho. El de disponer de un itinerario personalizado de inclusión para aquellos que lo deseen. Hasta el momento en Aragón, como en la mayor parte del territorio español, la inclusión social ha sido potenciada desde la Comunidad Autónoma de dos formas. Facilitando algunos puestos de trabajador/a social en la Administración Local para gestionar diferentes procesos y, sobre todo, a través de la acción subvencional de las entidades sociales. Estas últimas actúan de acuerdo a su criterio sin más seguimiento administrativo que el correspondiente a la justificación económica de la subvención y la presentación de un proyecto en la convocatoria de subvención.

Queremos cambiar este marco de trabajo. Entendemos que hay que potenciar los equipos de trabajo de los Servicios Sociales Generales y a la vez pasar a la contratación concreta de una parte de los itinerarios de inserción individualizados con las entidades que los quieran prestar. Pago por servicio individualizado. La Administración recupera la responsabilidad pública del proceso. Recibe la solicitud, valora su situación y prescribe la prestación. Estos itinerarios vendrán especificados en el marco del contrato público y conllevarán indicadores de evaluación que nos permitirán medir los resultados y consecuentemente aprender de la experiencia. Entendemos este marco como una realidad que debemos concebir dinámica, la sociedad cambia, la problemática de los ciudadanos cambia y lo hace igualmente su perfil a lo largo del tiempo. Debemos estar preparados para adaptarnos a esos cambios y responder adecuadamente.

Entendemos igualmente que este cambio debemos realizarlo en colaboración con otros Sistemas de Protección, en este caso especialmente el de empleo al que hay que dotar de orientadores especialistas en personas con problemas de inclusión social y muy baja empleabilidad.

Por supuesto debemos modificar nuestra organización del trabajo y reforzar la colaboración entre las administraciones autonómica y local.

El presupuesto previsto triplica el gasto actual y situaría a Aragón entre las Comunidades españolas más avanzadas siempre detrás, hay que reconocerlo, de las dos que tienen sistema de financiación autonómico diferenciado. Con ese presupuesto se espera atender a alrededor de algo más del doble de familias.



En resumen: Doble derecho (a un ingreso básico y a un itinerario individualizado de inserción) y mutación de la obligación al derecho a la inclusión social.

Conclusión

Las ideas de aquellos ilustrados radicales nos pueden parecer simples, tan simples que a no pocos de nuestros contemporáneos les puede provocar una sonrisa malévola cuando no directamente una carcajada entre cínica y descreída, pero al mismo tiempo resultaron tan luminosas que desde entonces no han dejado de alumbrar a todos aquellos que se han empeñado en construir una convivencia democrática y decente.

Sus ideas deben inspirar y guiar nuestra actuación. El riesgo que debemos evitar a ultranza es aquel en el que tantas veces hemos caído: el dogmatismo en su interpretación, la voluntad de la imposición del propio punto de vista.

El Estado de Bienestar es heredero de sus valores. Pensar desde esos valores es la mejor forma de trabajar para garantizar la supervivencia del modelo social europeo al que nuestro país siempre quiso acercarse. Pensar y construir los sistemas de protección desde esos valores es la única forma que se me ocurre para superar la aparentemente sempiterna crisis del Estado de Bienestar y la construcción de los derechos ciudadanos. Para ello la recuperación de la responsabilidad pública resulta imprescindible.

Bibliografía

Bonds, M. E. (2014). *La música como pensamiento. El público y la música instrumental en la época de Beethoven*. Barcelona: Acantilado.

Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Madrid: Alianza.

Domenech, A. (2004). *El eclipse de la fraternidad*. Barcelona: Crítica.

Hunt, L. (2009). *La invención de los derechos humanos*. Barcelona: Tusquets.

Irure Rocher, T. (9 de Mayo de 2002). *Polity, politics, policy*. El País.

Israel, J. *Una revolución de la mente. La ilustración radical y los orígenes intelectuales de la democracia moderna*.

Judt, T. (2005). *Posguerra. Una historia de Europa desde 1945*. Madrid: Taurus.

Koselleck, R. (2012). *Historias de conceptos. Estudios sobre semántica y pragmática del lenguaje político y social*. Madrid: Trotta.

Lakoff, G. (1980). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.

Lakoff, G. (2007). *No pienses en un elefante*. Madrid: Editorial Complutense.

Lakoff, G. (2008). *The political mind*. New York: Viking.

Rawls, J. (2010). *Teoría de la justicia*. Mexico: FCE.

Santos Martí, J. (2012). *El cuarto pilar. Un nuevo relato para los Servicios Sociales*. Madrid: Paraninfo/Consejo General del Trabajo Social.

Santos Martí, J. (2014). *El síndrome Katrina. Por que no sentimos la desigualdad como un problema*. Zaragoza: Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Aragón.

Sotelo, I. (2010). *El Estado social. Antecedentes, origen, desarrollo y declive*. Madrid: Trotta.

Notas

1 Estoy haciendo referencia al artículo 13 que sirve de pórtico al apartado.

2 Las palabras iniciales de la declaración son las siguientes (la negrita es del autor) “**Sostenemos como evidentes estas verdades: que todos los hombres son creados iguales; que son dotados por su Creador de ciertos derechos inalienables; que entre estos están la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad**”.

3 Se pueden encontrar los primeros antecedentes en algunos filósofos del siglo XVII como Spinoza, Descartes, Hobbes y Bayle (Israel).

4 Como podrán apreciar esta distinción conceptual (Irure Rocher, 2002) tiene un alcance importante que los hablantes del español, como consecuencia de nuestra estructura léxica, no podemos desarrollar de forma natural como consecuencia de la inexistencia de los términos precisos que nos ayuden a distinguir y establecer diferentes planos de discusión.



EL TERCER SECTOR COMO EXPRESIÓN DE CIUDADANÍA

Yolanda Besteiro de la Fuente

presidencia@fmujeresprogresistas.org

Resumen

El Tercer Sector de Acción Social aporta un valor significativo a nuestra sociedad y tiene un papel clave y necesario dentro del Estado de Bienestar, primero por su capacidad para movilizar y dinamizar a la sociedad civil fomentando la participación activa de los colectivos que se encuentran en riesgo de exclusión social, y segundo como un actor decisivo en la negociación de las políticas públicas.

Palabras clave: Ciudadanía, Tercer Sector, Igualdad, Democracia, Tercer Sector de Acción Social, Estado de Bienestar, Transformación social, Inclusión.

En el título de mi intervención en esta mesa redonda se incluyen dos términos, Tercer Sector y Ciudadanía, cuya definición y abordaje temático darían lugar a varias ponencias independientes y separadas. Es imposible abarcar toda la complejidad que conlleva la propia definición y génesis de ambos conceptos por el tiempo de que dispongo, pero no obstante considero que es necesario dar unas pinceladas previas para situarnos y partir de un marco común a modo de introducción.

En primer lugar quiero hablar de qué entendemos por ciudadanía sin extenderme demasiado. Es un concepto que inevitablemente está unido al de democracia, pues éste sistema político es el que posibilita el despliegue y ejercicio de los derechos y deberes cívicos, siendo la ciudadanía la puesta en práctica de estos derechos y deberes.

Thomas Humphrey Marshall, reconocido sociólogo británico y experto en este tema, considera la ciudadanía como un estatus otorgado a aquellos y aquellas que son miembros plenos de una comunidad y que están en condiciones de poder ejercer tres tipos de derechos: los civiles (concedidos en el siglo XVIII), los políticos (Siglo XIX) y los sociales y económicos (Siglo XX). Es por tanto el Estado, el que otorga los derechos a los y las ciudadanas y el que debe garantizar su pleno desarrollo y garantía. Y es en la ciudadanía, como reconoce este autor, como se regulan las relaciones entre las y los individuos/as con el Estado, aunque el equilibrio y la posición de poder no sean igualitarios en esta relación.

Voy a detenerme un poco más en este punto para introducir una breve reseña que considero fundamental, pues a veces podemos correr el riesgo de equiparar realidades en un mismo momento histórico que no se corresponden con la veracidad de los hechos y es muy importante visibilizarlas. A lo largo de estos siglos de conquistas de derechos no podemos olvidar que en esta génesis jurídica hablamos también de una grave e importante exclusión, pues éstos derechos y libertades se fueron reconociendo a los hombres, pero no a las mujeres. La esfera pública y política surge de ese pacto social del que quedan excluidas las mujeres, siendo relegadas a la esfera privada. Pues no podemos olvidar que no ha sido hasta bien entrado el siglo XX cuando las mujeres han podido ejercer plenamente su ciudadanía y les han sido reconocidos sus derechos civiles y políticos, lo cual marca una diferencia de partida relevante y sobre la que no voy a detenerme más.

Por otro lado es preciso añadir, que ha sido a partir de la implementación del Estado de Bienestar cuando se ha logrado extender estos derechos de ciudadanía, ampliando su propio alcance y contenido. Esa propia extensión ha posibilitado al mismo tiempo desvelar una realidad más compleja, plural y diversa, a partir de la premisa de la igualdad, que como principio ha sido el que ha marcado la meta a alcanzar: conseguir que todas y todos podamos ejercer nuestros derechos en igualdad de condiciones.

Abundando en el desarrollo de este concepto de ciudadanía, dos autoras como Iris Young y Carole Pateman han teorizado sobre el concepto de ciudadanía diferenciada, que supone dar un paso más e interpretar la idea de igualdad a partir de lo colectivo y no tanto de lo individual, como se venía haciendo en la tradición clásica. Este término no se diferencia mucho del concepto que existe actualmente de ciudadanía, en cuanto a los puntos esenciales de democrática, participativa y activa, únicamente añade la necesidad de tener en cuenta las diferencias, no sólo entre hombres y mujeres sino la pluralidad de diferencias existentes, para que puedan ser incorporadas, abogando por derechos que atiendan a estas diferencias para alcanzar la plena inclusión y el pleno ejercicio de los mismos.

Más recientemente, Adela Cortina ha considerado que las dimensiones que caracterizan la ciudadanía en el siglo XXI son varias: la civil, la política, la social, la económica y por último la intercultural.

Si comparamos todas estas propuestas con el modelo de ciudadanía que se promulga desde los estados y las instancias supranacionales como la Unión Europea el choque es evidente. Desde estas instancias públicas todavía hoy se aboga por un modelo de desarrollo de ciudadanía más restringido, cuyo reconocimiento y ejercicio de los derechos queda constreñido a dos términos que en la practican limitan su ejercicio, por un lado el concepto de trabajador/a, por el cual se accede al



disfrute de determinados derechos sociales y económicos, como son por ejemplo los sistemas de protección social y por otro lado desde el concepto de nacional, por el que se acceden a determinados derechos políticos y culturales, y que también limita el ejercicio de una ciudadanía plena.

Si la mayoría de los autores y autoras hoy en día coinciden en el carácter multidimensional que tiene actualmente este concepto, en una sociedad que se encuentra en continuo cambio y movimiento, en donde hay que dar nuevas respuestas a las nuevas situaciones que se están creando considero que el papel que tiene que tener el Tercer Sector de Acción Social, en adelante TSAS es crucial para su desarrollo y su exigencia ante los poderes públicos.

Pero antes de abordar esta reflexión me gustaría detenerme en el otro concepto incluido en el título de mi intervención y explicar brevemente ¿qué es el Tercer Sector de Acción Social?, para comprender toda su importancia y trascendencia.

Para ello me voy a remitir al II Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción social (2015-2018), un documento clave y fundamental realizado a través del consenso, el diálogo y la reflexión conjunta entre múltiples organizaciones y al que voy a hacer una continua referencia a lo largo de mi exposición y también a dos estudios muy recientes dentro del sector publicados en el año 2015, el primero examina el impacto de la crisis en el TSAS y el segundo es un análisis prospectivo sobre los retos actuales y futuros del TSAS en España.

En este segundo Plan Estratégico expresamente se recoge la siguiente definición:

“El Tercer Sector de Acción Social es un espacio de transformación social, autónomo y articulado con otros sectores, que ha logrado resultados en la garantía y el desarrollo de los derechos sociales, cuenta y canaliza la participación de la sociedad civil, y es un actor fundamental en la difusión, ejecución y evaluación de las políticas sociales”.

Es por tanto un ámbito formado por entidades privadas de carácter voluntario y sin ánimo de lucro que han surgido de la libre iniciativa ciudadana, para dar respuesta a determinadas necesidades y que además contribuyen al interés general. Son organizaciones que funcionan de forma autónoma y que tienen muy presentes valores que son fundamentales para nuestro sector como son: la defensa de derechos, la igualdad, la solidaridad, la promoción de la participación, la independencia y el compromiso, entre otros. Y dentro de su propio ámbito de actuación pretenden impulsar el reconocimiento, el ejercicio y la garantía de los derechos sociales a través de la incidencia en las políticas públicas, para evitar que determinados colectivos sociales queden excluidos de unos niveles suficientes de bienestar.

Principalmente sus actividades se centran en la acción social, integración e inserción, y atención socio-sanitaria (82 % de las entidades). Dentro de estos campos de acción las actividades de formación/educación son las que más se realizan (14,9 %). Seguida de la información y sensibilización social (12,8 %), la asistencia psicosocial (12,9 %), el asesoramiento y orientación (12,2 %), la inserción laboral (10,9 %), la atención de día o centro de día (8 %) y la promoción de derechos y denuncia de su incumplimiento (7,5 %).

Los resultados de 2015 nos muestran que las familias, las personas con discapacidad y la población general continúan siendo los grupos prioritarios de personas beneficiarias en nuestra intervención, con un porcentaje de entidades dedicadas a ellos y ellas del 41 %, 37,1 % y 26,3 % respectivamente. Es remarcable la preocupación por la infancia y la juventud dentro del sector, pues alcanzan el 23,7 % las entidades que se dedican a la infancia y el 23,5 % las que actúan con las y los jóvenes de manera prioritaria.

Una de las características que definen al sector es su permeabilidad, entendida como su capacidad de adaptarse con rapidez a los cambios que se producen en nuestro entorno y dar respuesta a las nuevas demandas sociales, como así ha sucedido desde que se inició la crisis económica y financiera. Ante esta nueva situación el TSAS ha incrementado considerablemente las actividades dedicadas a la integración e inserción desde el año 2009, así como la formación y educación, y en paralelo también se ha incrementado notablemente el número de entidades cuyo campo de acción es la vivienda y que tratan de dar una respuesta a las personas que se encuentran afectadas por los desahucios (en 2015 alcanzan el 8,7 % en el sector, cuando antes su presencia era irrelevante). Si el volumen de atenciones directas en 2012 se estimaba en casi 51 millones, en 2013 ha llegado a cerca de 53 millones. Desde 2010 las atenciones directas se han incrementado en 5,3 millones, es decir, un crecimiento del 11 %.

La evolución y crecimiento en España del TSAS ha sido paralela al desarrollo del Estado de Bienestar y su época de mayor expansión se produjo en los años 90 del siglo XX. Este desarrollo de las organizaciones sociales ha sido similar en toda Europa, poniéndose en marcha un sistema mixto, por el que una parte de la gestión de los servicios públicos y comunitarios se han transferido desde el estado, las administraciones autonómicas y locales al conglomerado de entidades que componen el TSAS, destacando su papel como entidades colaboradoras del sector público.

Actualmente, el TSAS se encuentra en una etapa de consolidación como se señala en el estudio, pues casi el 60 % de las entidades cuentan ya en el año 2015 con una antigüedad igual o superior a 20 años, y un 22,4 % entre 15 y 19 años de experiencia. El 17,8 % restante serían las de más reciente creación (menos de 15 años).



Nuestro rol hoy en día es fundamental, porque llegamos a intervenir en situaciones críticas y con colectivos y en contextos a los que el Estado y la Administración no pueden dar respuesta. Y esa es fundamentalmente la imagen que la opinión pública tiene del TSAS, pero esta fotografía es limitada y no responde del todo a nuestra realidad, pues la intervención es sólo una de las patas que vertebran nuestra finalidad y objetivo de ser.

El TSAS no es sólo un proveedor de determinados bienes o servicios para aquellas personas que se han encontrado y se encuentran en situación de exclusión social, también detectamos necesidades sociales, hacemos incidencia política en las políticas públicas y transmitimos actitudes y valores que sin duda alguna contribuyen al desarrollo de la democracia y de una ciudadanía más activa, crítica y responsable. Nuestro papel de denuncia en el contexto actual de pérdida de derechos ha adquirido una mayor relevancia, aumentando este número de actividades en 7,1 puntos desde 2009.

Tampoco nos olvidamos de nuestro componente esencial, la transformación social mediante la participación activa y democrática en la sociedad, teniendo como referente la cohesión social, la integración y la erradicación de la exclusión.

Uno de los fines esenciales del TSAS es garantizar la inclusión real y para ello damos respuesta a las necesidades de las personas que sufren desventajas generalizadas con el pleno disfrute de los derechos sociales, como pueden ser la educación, el acceso al empleo, la vivienda, a tener recursos económicos etc.... Asimismo trabajamos con personas que tienen pocas posibilidades de acceder a las instituciones que se relacionan con estos ámbitos de actuación y cuya exclusión persiste a lo largo del tiempo. Se unen por tanto dos dimensiones claves en esta situación de vulnerabilidad, no sólo la falta de recursos materiales y básicos para vivir, sino también la falta de participación plena en el ejercicio de la ciudadanía.

Entendemos la exclusión como un concepto multidimensional que hace referencia a un proceso de pérdida de integración o participación de las personas en la sociedad en la que viven y que puede afectar a uno o varios ámbitos, como son el económico que es el más evidente, el político entendido como participación política, acceso a los Sistemas de la Administración, a los Sistemas de Protección social, etc... y por último el social, entendido como ausencia de redes o problemática dentro de las redes sociales o familiares.

La inclusión por tanto implica la satisfacción de necesidades humanas y materiales fundamentales, así como el eficiente ejercicio de derechos económicos, sociales, políticos, civiles y culturales.

Para lograr este objetivo tan ambicioso y otros también importantes que nos definen contamos con 29 739 organizaciones (según Anuario del TSAS publicado en

el año 2012) de las que forman parte 644 979 personas remuneradas, siendo el 78,4 % mujeres y además cuenta con 1,3 millones de personas voluntarias que colaboran de manera altruista. Gestionamos unos ingresos de 14.470 millones de euros, y unos gastos de unos 13.900 millones, y nuestra aportación al PIB es del 1,51 %. Una cifra relevante porque nos sitúa en la misma posición que otros sectores de igual importancia en la economía como son la metalurgia, las telecomunicaciones o las actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento.

Y dentro de esa amalgama de organizaciones son varios los rasgos que nos definen, la heterogeneidad, que se consolida como la señal de identidad de nuestro tejido asociativo, la complejidad, pues el elemento estatal y territorial conviven y se enriquecen mutuamente y la sectorialidad, en cuanto a diversidad de los colectivos que atendemos y los ámbitos de actuación en los que intervenimos.

De ahí surge que la interacción con otros agentes es clave y estratégica para el desarrollo y consolidación de las entidades del TSAS. Como se señala en el estudio, el 66 % de las entidades manifiestan que tienen “bastante o mucha” relación con otras entidades del TSAS.

Precisamente una de las dificultades iniciales que el TSAS ha ido sorteando a lo largo de estos años ha sido el fortalecimiento de la identidad del Tercer Sector, y su articulación más allá de la atomización inicial y que aún pervive, vertebrándose de manera clara a través de plataformas como la Plataforma del Voluntariado de España (PVE), la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en el Estado Español (EAPN-ES), la Plataforma de ONG de Acción Social (POAS) para tener más peso y presencia institucional y hacer comunes los intereses diversos y plurales que nos caracterizan. Por último en 2012 se ha creado la Plataforma del Tercer Sector, que como señala en sus estatutos pretende, por medio de acciones que persigan el interés general, impulsar el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.

Contamos además con dos espacios de interlocución con la Administración muy importantes, por un lado el Consejo Estatal de ONG de acción Social y más recientemente la Mesa de Diálogo Civil, que nos han permitido tener una presencia clara y necesaria con la Administración.

Fruto de esa articulación y trabajo en red ha sido la aprobación de la Ley del Tercer Sector de Acción Social y la Ley del Voluntariado, que responden a una antigua demanda de las organizaciones sociales. Estas dos leyes servirán de refuerzo al TSAS, dotándolo de un marco normativo estable que reconoce su importancia como actor en el diseño y la ejecución de las políticas sociales, así como destaca el fortalecimiento de su capacidad como interlocutor necesario de la Administración Estatal para el desarrollo de las mismas.



No quiero finalizar mi intervención sin poner sobre la palestra los retos que aún tenemos, algunos nuevos y otros más antiguos, sobre los que estamos trabajando de manera continua y que nos parece fundamental abordar de cara a nuestro futuro como sector.

El contexto sin duda alguna ha incidido en nuestra realidad actual. La crisis económica y financiera ha puesto de relieve un nuevo escenario donde la exclusión social y la desigualdad son mayores, y en nuestro caso particular ello ha supuesto que han aumentado las necesidades de atención en un entorno de escasez de recursos y que además estas necesidades sociales son más complejas y prolongadas en el tiempo. Los indicadores de pobreza relativa, privación material y exclusión social se han agravado, tal como demuestran los propios informes de las entidades sociales (p.e. Caritas Española y Cruz Roja Española), y antes esta situación tenemos que articular respuestas concretas que van desde lo local hasta lo estatal.

Por un lado el TSAS debe fomentar la participación activa de los colectivos que se encuentran en riesgo de exclusión social, pues como ya he comentado anteriormente nuestra actuación va más allá de visibilizar su problemática y necesidades, o de innovar en las respuestas que ofrecemos. Por ese motivo proponemos que la formulación de los derechos sociales, culturales y económicos sean reconocidos como derechos fundamentales, adaptando el marco constitucional al derecho internacional y regional del que formamos parte. Los derechos sociales han de quedar configurados con el carácter de derechos fundamentales, con las notas de derechos subjetivos, suficientes, vinculantes y exigibles, con mecanismos plenos de protección y tutela, incluida la judicial. También internamente y como sector tenemos que clarificar el modelo de participación social que queremos promover.

Otra punta de lanza sería exigir a los poderes públicos un concepto de ciudadanía más amplio, más integrador y diverso y generar una propuesta más acorde con los tiempos que corren teniendo en cuenta la doble dimensión a la que me he referido al hablar de la inclusión y que inequívocamente van unidas sin que puedan separarse: por un lado la satisfacción de las necesidades materiales más básicas y por otro lado facilitar los mecanismos para el pleno ejercicio de derechos.

Además tenemos que trabajar en nuestro propio fortalecimiento como sector, para así poder garantizar la prestación de bienes y servicios que realiza el TSAS en un contexto tan difícil como el actual, con la crisis económica como telón de fondo y el recorte del gasto público que afecta mayoritariamente a las políticas sociales.

Es indudable también que tenemos que aumentar la incidencia política y social para que el TSAS sea considerado como un interlocutor necesario y un actor decisivo en la negociación de las políticas públicas, es decir superar la imagen de ser una suma de organi-

zaciones sociales que se ocupan de aquellas personas que se encuentran en riesgos de exclusión social o en situaciones difíciles y ser más un espacio de participación ciudadana y movilización social. Para ello es fundamental reconocer el relevante papel de la sociedad civil organizada a través del Tercer Sector y promover su participación, interlocución y corresponsabilidad a través de sus organizaciones sin ánimo de lucro en la vida política, económica, cultural y social, y coadyuvar en el disfrute real y efectivo de los derechos fundamentales reconocidos a toda la ciudadanía.

Las organizaciones que componemos el TSAS tenemos que convertirnos en un referente en el empoderamiento individual, para que estas personas que se encuentran en situaciones de exclusión social puedan ver legitimadas sus pretensiones de ejercer sus derechos de ciudadanía a través de la participación social.

Otro reto crucial es el tema de la sostenibilidad, urge redefinir el modelo actual de financiación del TSAS, hacia un modelo diferente al actual, y cuya dependencia de los recursos de la Administración no merme nuestra capacidad crítica. La financiación pública continúa siendo la fuente de ingresos a la que más entidades acceden, el 85,9 % y es la que aporta con diferencia el mayor volumen, concretamente el 55,3 % de los ingresos del sector. Le sigue muy de lejos la financiación propia que aporta el 25,3 % de los ingresos y la privada con el 19,4 %.

Este nuevo modelo se enmarca dentro de una reforma más ambiciosa para que las competencias en asuntos sociales sean de naturaleza compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas y poder desarrollar políticas de ámbito estatal en materia de solidaridad e inclusión social actualmente denominadas de asistencia social. Ese nuevo modelo también tiene que incluir actuaciones que van en otras direcciones, desde la diversificación de las fuentes de financiación, pasando por la estabilidad de la financiación pública y el cambio en algunas normativas específicas que nos afectan, entre otras. Llama la atención, como se señala en el estudio, la baja relación (19,8 %) y cooperación (15,4 %) del TSAS con las empresas. En un momento de cambio en la estructura de ingresos, habría que aprovechar la oportunidad que la responsabilidad social corporativa (RSC) ofrece al TSAS para la financiación de proyectos sociales y para emprender iniciativas conjuntas.

Como sistema de trabajo es primordial aplicar la perspectiva de género al necesario análisis de la realidad en la que trabaja el TSAS. Así se expresa en el segundo Plan Estratégico, pues señala *en estos momentos de recortes presupuestarios en las políticas sociales, son las mujeres las más perjudicadas porque ven vulnerados sus derechos al verse abocadas a mantener su papel de cuidadoras familiares y de personas dependientes de cualquier edad, en condiciones de mayor precariedad laboral, y de reducción de recursos para la educación, la salud o el transporte público*. Por ello se hace más necesario que nunca utilizar el género como categoría de



análisis, en dos ámbitos fundamentales, la observación e intervención en nuestro entorno, es decir la actuación hacia afuera y por otro lado en la cultura y organización interna de las propias organizaciones, en donde muchas veces se reproducen estas desigualdades. Unido a ello tenemos como reto mejorar la profesionalización y la transparencia en nuestras propias entidades.

Por último me gustaría concluir diciendo que si el TSAS español ha manifestado en múltiples ocasiones su aspiración y vocación a consolidarse como espacio de participación en los asuntos públicos al servicio de la construcción de una ciudadanía inclusiva como así recoge su II Plan Estratégico, dos son los puntos clave sobre los que tenemos que trabajar sin descanso: por un lado la débil incidencia política del TSAS en la opinión pública que ya he señalado antes y por otro lado su limitada relación articulada con la sociedad civil.

En el ámbito de la sensibilización social, aún presentamos algunas deficiencias sobre las que tendremos que trabajar en profundidad, pues no tenemos los mecanismos y los medios suficientes para llegar a la opinión pública, visibilizar nuestro trabajo y sobre todo la exclusión, aunque lo correcto sería hablar de exclusiones, de un crisol de realidades, de personas. Por otro lado es necesario atraer a nuestras entidades al resto de la ciudadanía no vinculada con el Tercer Sector y urge diseñar una estrategia común de comunicación.

No cabe duda de que el TSAS aporta un valor esencial a nuestra sociedad y tiene un papel clave y principal dentro del Estado de Bienestar, por varios motivos, por su capacidad para movilizar y dinamizar a la sociedad civil, los valores que defiende y trasmite, la defensa de los derechos fundamentales, por cubrir necesidades sociales y su lucha constante contra la pobreza y la exclusión.

Bibliografía

POAS (2012). II Plan Estratégico del Tercer Sector del Tercer Sector de Acción Social 2103-2016. Madrid. Plataforma de ONG de Acción Social.

POAS (2015). El Tercer Sector de Acción Social en 2015: Impacto de la crisis. Madrid. Plataforma de ONG de Acción Social.

POAS (2015). Análisis prospectivo sobre los retos actuales y futuros del Tercer Sector de Acción Social en España. Madrid. Plataforma de ONG de Acción Social.

Agra Romero M.X. Ciudadanía: el debate feminista Publicado en Quesada, F. (ed.): *Naturaleza y sentido de la ciudadanía hoy*. Madrid, Publicaciones UNED, 2002, pp. 129-160.

Gonzalez A. Nuevas formas de ciudadanía: las entidades del tercer sector social. Revista *Curriculum*, 27; marzo 2014, pp. 129-148.



LA ESPECIALIZACIÓN EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO. DE LO PROFESIONAL A LO ACADÉMICO

Eva María Garcés Trullenque
emgarces@unizar.es

Resumen

El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica, desde donde se impulsó su incorporación en las organizaciones sanitarias y la formación de los/as trabajadores/as sociales para desempeñar adecuadamente su rol profesional en este ámbito. Los/as trabajadores/as sociales sanitarios hemos ido definiendo nuestra propia especificidad profesional y las competencias profesionales en este ámbito profesional siendo necesaria la formación y la supervisión defendiendo la especialización en Trabajo Social Sanitario.

Palabras claves: Trabajo social Sanitario, Especificidad, Competencias, Especialización.

Keys words: Medical Social work, Specificity, Competences, Specialization.

Un poco de historia

De todos es sabido que las primeras formalizaciones en Trabajo Social proceden del ámbito de la Medicina. El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica y desde entonces mantiene una estrecha relación con ella. La propia evolución histórica señala al campo sanitario como un espacio profesional, que a medida que se va desarrollando, va adquiriendo mayor precisión. El Trabajo Social en Salud nació muy tempranamente y contribuyó de manera sustancial a la generalización de la nueva disciplina y profesión (Miranda y Garcés, 2015: 27).

Hablar del Trabajo Social en el campo de la salud, implica remontarse a los primeros años del siglo XX. El Trabajo Social Sanitario debe su origen al Dr. Richard Clarke Cabot (1865-1939) que en 1905 contrató a trabajadores/as sociales para encargarse de los problemas sociales de sus pacientes en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston y junto a Ida Cannon crearon el primer Departamento de Trabajo Social en un hospital americano.

El hospital rehusó el apoyo de contratar trabajadoras sociales, y Cabot tuvo que pagar el salario con su dinero. Siete años después del inicio de este servicio se crea

una especialización de Trabajo Social Hospitalario en la Escuela de Trabajo Social de Boston (Garcés Carranza, 2011: 4). Varios hospitales mayormente en el Noreste del país, establecieron departamentos de Trabajo Social. Cabot cambió la manera en que el departamento de servicios ambulatorios del hospital funcionaba, pensando que las condiciones económicas, sociales, familiares y psicológicas eran la causa de las muchas condiciones que los pacientes presentaban cuando llegaban al hospital. Pensó que las trabajadoras sociales podrían trabajar en una relación complementaria con los médicos quienes se encargarían de los problemas fisiológicos y las trabajadoras sociales se encargarían de los problemas psicosociales. Doce años más tarde, en 1919 publica su libro *Ensayos de Medicina Social*. La función de la Inspectora a domicilio, traducido y publicado en 1920 en Madrid por la Editorial Calpe y reeditado en 1980 en la Revista Trabajo Social y Salud [Cabot, R. C. (1920-2008).

En los siguientes años, se fueron incorporando trabajadores/as sociales en los hospitales, creándose en 1918 la Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios y en 1920 se forma en América del Norte los primeros comités para estudiar los aspectos específicos del Trabajo Social Médico. Dos años más tarde, en 1922, la propia Mary Richmond en su libro *Caso Social Individual* se refiere al/a trabajador/a social hospitalario como el intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población (Richmond, M., 1995).

Sirva este preámbulo histórico para señalar que los/as trabajadores/as sociales se fueron incorporando al ámbito sanitario requeridos por los propios médicos y como desde el inicio se vio la necesidad de formación y especialización para este ámbito.

En el territorio español, los/as trabajadores/as sociales sanitarios están presentes desde los inicios de la profesión iniciándose su incorporación en los hospitales y en dispositivos psiquiátricos. A finales de los 70 con la llegada de la Democracia, la aprobación de la Constitución Española y posteriormente el traspaso de competencias a las comunidades autónomas los Servicios de Trabajo Social empezó a generalizarse.

La especificidad en Trabajo Social Sanitario

Para definir la especificidad profesional de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito sanitario debemos partir de entrada de dos conceptos: el de Trabajo Social y el de Salud.

La Federación Internacional de Trabajo Social define el Trabajo Social como:

El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia



social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respalda por las teorías de Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (FITS, 2014).

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del concepto de Salud en 1948 y posteriormente la declaración de Alma Ata de la OMS, en 1978, la salud deja de entenderse solamente como la mera ausencia de enfermedad, para ser definida como el “estado de completo bienestar físico, psíquico y social” (OMS, 1978). Esta definición supuso el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, acentuando, por un lado, la dimensión social de las disciplinas sanitarias, y por otro, marcando el necesario carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud, en cuya vertiente social, el Trabajo Social es una profesión de referencia de esta nueva concepción de la salud.

Y los/as trabajadores/as sociales en el ámbito sanitario hemos ido definiendo nuestra especificidad, nuestra particularidad profesional en un sistema donde somos minoría con respecto a otras profesiones y hemos necesitado construir un espacio profesional que no nos vino dado.

¿En qué consiste por tanto nuestra especificidad?

En el ámbito sanitario Amaya Ituarte define el Trabajo Social Sanitario como una actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a los problemas de enfermedad tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de ellas (Ituarte, A., 1994).

El Trabajo Social como disciplina contribuye a dar un enfoque global de la salud, aportando específicamente los aspectos socio-familiares que inciden en el nivel de salud de la población desde una visión global y desde la cercanía a los/as usuarios/as ejerciendo de defensores de sus derechos (Burgos, M. L. et al. 2009). El/a trabajador/a social en el ámbito sanitario interviene desde su área específica de conocimiento en el análisis, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, tanto desde el punto de vista epidemiológico como en la atención a los problemas personales de salud (Ituarte, 2009).

Es en ese binomio salud-enfermedad donde se sitúa el/la trabajador/a social en el sistema sanitario, en los diferentes niveles de atención: la Atención Primaria, la Atención Especializada. Aunque no disponemos de un censo exacto de los/as trabajadores/as sociales sanitarios, si tenemos una estimación que somos 1 400 trabajadores sociales tras los datos analizados por los Colegios Profesionales, siendo su presencia desigual en

las diferentes comunidades autónomas y en los diferentes niveles de atención (Gil Martorell, 2012).

Y es desde ese marco, desde las comunidades autónomas, desde donde los/as trabajadores/as sociales hemos venido definiendo nuestros roles específicos en el sistema. Sirvan como referencia los documentos que se han editado respecto al Rol Profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud (2004) en Canarias, Documento de Consenso de las Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario de Castilla-León (2013). Organización y Funcionamiento del Trabajo Social en la Red de Atención a la Salud Mental en Extremadura (2005). Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario (Monrós y Zafra, 2012), en la Comunidad Valenciana o Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario del Instituto Catalán de la Salud (2013).

Un nuevo reto: La definición de Competencias del Trabajador Social en el ámbito sanitario

Ser competente siempre ha sido un valor añadido a las cualidades de una persona o profesional. Con la implantación del Grado en Trabajo Social desde el ámbito académico se han definido las competencias que tiene que tener un/a trabajador/a social. Y desde el punto de vista profesional, en nuestro caso, nos interesa definir las competencias específicas que tiene que tener un/a trabajador/a social en el ámbito sanitario, precisamente para “ser competentes”, como un valor añadido a la cualidad profesional desde su ámbito específico de actuación.

Según la Organización Internacional del Trabajo y Cinterfor (Vargas Zuñiga, 2009), las competencias laborales son la capacidad de llevar a cabo una actividad laboral plenamente identificada y demostrada que se hace necesaria y que se debe desarrollar para lograr un óptimo desempeño en el ámbito laboral, donde tienen que conjugarse no solo los conocimientos técnicos, las habilidades y actitudes, sino que se deben incluir de manera transversal los valores y la ética.

Esta descripción de competencias y capacidades requeridas para el desempeño de una profesión, es lo que llamamos perfil profesional. En el caso del perfil profesional del/de la trabajador/a Social tendríamos que partir del concepto de competencia profesional que se ha definido para los/as trabajadores/as sociales desde el Ministerio de Educación y Ciencia (Catálogo de Títulos Profesionales) y desde el actual Servicio Estatal de Empleo (Rodríguez, C. 2012).

Si nos detenemos en estas definiciones y las aplicamos al Trabajo Social Sanitario estamos en condiciones de decir que somos una actividad laboral plenamente identificada, desde donde tenemos el reto de definir nuestras competencias profesionales específicas, es decir, definir



que conocimientos técnicos, habilidades y actitudes son necesarias, y yo añadiría imprescindibles para poder desempeñar adecuadamente nuestro trabajo, para ser “trabajadores/as sociales suficientemente buenos” en el Sistema Sanitario, en palabras de Josefa Fombuena (2012a).

El Instituto Nacional de Calificaciones español presenta las competencias como categoría de saberes, incluyendo los programas y proyectos vinculados al mundo del trabajo mediante la siguiente clasificación (Rodríguez, A. 2007):

- **Saber:** Conocimientos técnicos.
- **Saber-hacer:** Habilidades, procedimientos, destrezas y aptitudes.
- **Saber-estar:** Actitudes.
- **Saber-ser:** Valores y creencias (Valores de competencia: valores instrumentales y finales).

Desde esta clasificación ¿qué debemos saber a nivel de conocimientos los/as trabajadores/as sociales para desempeñar bien nuestro rol profesional en el ámbito sanitario? ¿Qué debemos saber hacer en nuestra práctica profesional? Y por último ¿Cómo debemos saber estar y saber ser? Intentaremos responder a estas cuestiones más adelante cuando abordemos el tema de la especialización.

Algunos informes han destacado las competencias que puede aportar el Trabajo Social en la Atención Sanitaria. Por ejemplo, en un estudio publicado por la Society for Social Work Leadership in Health Care (E-Voluntas, 2011), se apuntan las siguientes:

1. Llevar a cabo estudios de los factores de riesgo y protección relacionados con la salud, de los individuos, las familias, los grupos, las organizaciones y las comunidades.
2. Planificar intervenciones centradas en el desarrollo de capacidades individuales, culturalmente sensibles y específicas en función del género, las familias, los grupos o las comunidades a las que vayan dirigidas.
3. Desarrollar de forma efectiva el rol de agente de intervención psicosocial en el contexto sanitario: (a) participando en los equipos de salud, (b) evaluando, implementando y manteniendo programas integrales de intervención en salud, y (c) aplicando sus conocimientos teóricos y prácticos sobre gestión grupal, organizativa y comunitaria (gestión de equipos de trabajo, mejora continua de la calidad, marketing social, etcétera).
4. Trabajar de forma efectiva con la comunidad, construyendo coaliciones y grupos de trabajo con líderes comunitarios, organizaciones e instituciones del entorno, para colaborar en la implementación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

5. Incorporar los valores y principios éticos de la intervención psicosocial en la planificación, el desarrollo y la implementación de programas dentro del centro de salud.

En nuestro entorno, la comunidad de Castilla y León ha sido la primera en definir las competencias profesionales de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito sanitario asumiendo esta responsabilidad la Delegación de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud con el Servicio de Sanidad de Castilla y León (Sacyl). En el documento elaborado se determinan los contenidos que definen las competencias profesionales específicas y especializadas del/de la trabajador/a social en el ámbito de la salud, definiendo las competencias generales (asistenciales, las competencias de gestión clínica, y las competencias de Docencia y de Investigación) y las competencias específicas para los/as trabajadores/as sociales en Salud Mental, Hospital y Atención Primaria. En cada una de las competencias hay una descripción de la misma, los criterios de evaluación, buenas prácticas y evidencias y pruebas.

Tendencia hacia la especialización de funciones en el Trabajo Social en España

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define especialización como la “Acción y efecto de especializar o especializarse”, y Especializar como “Cultivar con especialidad una rama determinada de una ciencia o de un arte” (<http://www.rae.es>).

Un especialista es alguien que tiene un alto nivel de educación y experiencia relacionada con una disciplina determinada (por ejemplo, médico especializado en cirugía láser para el ojo) o un problema (por ejemplo, trastornos de la alimentación). A menudo, en contraste con un generalista, que trabaja con una amplia gama de problemas. En la actualidad, la mayoría de los trabajadores de servicios con personas se ven a sí mismos como generalistas con una multitud de habilidades, que pueden trabajar con una amplia gama de dificultades e incorporarse en numerosos puestos de trabajo (Rosenthal, 2003).

El debate de la especialización en Trabajo Social no es nuevo. Hace más de 25 años que Lourdes Gaitán (1990) planteaba el debate entre el/la trabajador/a social generalista y especialista, señalando que la cualidad generalista no se pierde por la especialización, posterior a la formación básica, adaptada a los requerimientos de la práctica profesional en determinados sectores. Señala la necesidad de disponer de generalistas adecuadamente entrenados en un mundo superespecializado.

Esta misma autora hacía mención también a que las características de las necesidades y de los problemas con los que el/la trabajador/a social se enfrenta, pueden variar a lo largo de su vida profesional, por lo que el repertorio de instrumentos útiles para la intervención,



que adquirió durante su etapa de formación, precisarán ser renovados, mediante la formación permanente.

En Trabajo Social se ha apoyado la existencia de un nivel de formación especializado para contribuir de mejor manera a desarrollos profesionales que exigen una gran cualificación. Para ello, necesitaremos evidencia empírica que nos demuestre que esa formación especializada permite ejercicios profesionales diferentes a los que facilita la formación generalista (Vázquez-Aguado y Álvarez-Pérez, 2012).

Otras voces recientes señalan la necesidad de especialización. Escribe J. Fombuena (2012b:39):

“La tradición del Trabajo Social tiende a la generalización... Pero el Trabajo Social generalista puede tener dificultades ante el avance, tanto de los problemas sociales como de las escuelas, tecnologías, paradigmas y teorías relativas a las Ciencias Sociales. Un Trabajo Social especialista, con objetivos bien delimitados, es cada vez más requerido por el mercado de trabajo”

En esa misma línea se expresa M^a José Aguilar (2013) definiendo que el/la trabajador/a social puede tener un rol generalista (por oposición a especialista), en el campo de los problemas sociales, refiriéndose al/a la trabajador/a social genérico con una formación básica para el Trabajo Social, que no descarta la especialización posterior como una posibilidad necesaria para el desarrollo de la profesión.

La especialización en Trabajo Social Sanitario P. Trevitchich (2002) define el saber especializado como una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en un cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas. Para ello, se requiere tener una base teórica sólida para ser un profesional eficaz, ya que en el trabajo diario es más probable reconocer problemas o reacciones clave si tenemos una base de conocimientos a los que recurrir.

El Trabajo Social Sanitario es concebido actualmente como una especialización dentro del Trabajo Social y se aplica dentro de los establecimientos sanitarios tanto en la Atención Primaria como en la Especializada (Abreu, C. 2009), donde la intervención de los/as trabajadores/as sociales se centra específicamente en la enfermedad y sus efectos psicosociales, mediante la aplicación de métodos y técnicas específicas (Colom, 2008).

Hace algunos años definimos los elementos básicos del saber especializado en el Trabajo Social en Salud Mental (Garcés, E., 2010). Estos mismos elementos nos pueden servir como eje para fundamentar la especialización en el Trabajo Social Sanitario y son:

1. Un marco normativo en donde se incluyen los planes de salud, las instituciones en las que trabajamos y sus objetivos.

2. Un marco propio de referencia conceptual formado por los conocimientos necesarios para poder trabajar en el contexto sanitario, que definan una metodología propia apoyada en diferentes modelos de intervención.

3. Un conjunto de capacidades y habilidades para las relaciones humanas, para poder relacionarnos adecuadamente con los pacientes, ya que trabajamos directamente con el sufrimiento humano y con el malestar emocional.

Castañera et al., (2014), en un artículo reciente defienden como la formación y la especialización en el ámbito sanitario y en salud mental, fue necesaria desde sus comienzos, señalando hitos en la formación de los/as trabajadores/as sociales:

- En el año 1932, el Dr. Roviralta promueve la primera Escuela de Asistentes Sociales en España, concretamente en la ciudad de Barcelona (Munuera y Munuera, 2007).
- En el año 1950, se crea la especialización en el Servicio de Psiquiatría del Dr. López Ibor en el Hospital Provincial de Madrid.
- En el año 1953, el Dr. Sarró, médico psiquiatra, crea la tercera Escuela de Asistentes Sociales de Barcelona cuya puesta en marcha da lugar a la aparición de cursos más especializados en Trabajo Social Sanitario: “es en esta escuela donde se incorpora por primera vez en nuestro entorno en el currículo profesional del trabajo social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica” (Garcés Trullenque, E., 2010: 334).

Esta formación como vemos fue promovida por los propios médicos con el objetivo de formar a los/as trabajadores/as sociales para prepararles para su cometido profesional. Otro ejemplo lo tenemos en Zaragoza con el impulso de la especialización en Trabajo Social en Salud Mental por parte del Catedrático de Psiquiatría Dr. Seva Díaz, estudios que se iniciaron en el año 1981, con un título de especialista en colaboración con el Ministerio de Sanidad y cuyo primer alumno fue Miguel Miranda, el cual posteriormente fundó la Asociación Española de Trabajo Social y Salud y la revista especializada Trabajo Social y Salud. Esta especialización de Trabajo Social en Salud Mental se sigue realizando con la categoría de Master Propio, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

Una de las particularidades de esta formación y especialización de formación en Trabajo Social Sanitario y en Salud Mental, que lo diferencia de otras propuestas de especialización en Trabajo Social, es que ha sido promovida tradicionalmente por médicos, médicos comprometidos con una atención integral. Desde su ámbito profesional, estos comprendían que los/as trabajadores/as sociales que se integraban en el Sistema Sanitario debían tener una formación complementaria



para desempeñar adecuadamente su cometido. Ellos fueron los que impulsaron y dirigieron estas propuestas de formación, con el mismo compromiso que el Dr. Cabot, el cual estaba convencido que los/as trabajadores/as sociales debían tener conocimientos médicos llegando a escribir un manual de medicina dirigido especialmente a los profesionales de esta profesión.

Hoy en día esta formación se hace todavía más imprescindible si tenemos en cuenta las características de la atención sanitaria. En un sistema donde priman las especializaciones, el/la trabajador/a social debe tener el nivel que le exige las intervenciones que asume, considerando la complejidad de situaciones que se presentan para los/as profesionales en el ámbito sanitario. Como nos recuerda Mollejo (2002), no se puede separar la formación de los profesionales de la calidad de los servicios que prestan, de forma que cuanto mejor y más amplia sea la preparación de los/as profesionales, mayor será la calidad asistencial de los servicios y el grado de desarrollo que puedan alcanzar.

En esta misma línea se expresa Amaya Ituarte:

“El trabajador social sanitario tiene que sentirse, en forma simultánea e inseparable, como trabajador/a social y como sanitario. Desde ahí:

- Será posible su efectiva integración, como un profesional más, en el Sistema Sanitario, a cuyo mejor funcionamiento en todos los niveles debe hacer aportaciones desde su especificidad profesional como trabajador/a social.
- Ello implica que sus objetivos y los objetivos sanitarios deben ser coincidentes, aunque siempre revisados a la luz de los principios y conocimientos del Trabajo Social, desde donde puede -y debe- hacer propuestas enriquecedoras para una mejora de la atención en salud (tanto desde el punto de vista epidemiológico como clínico asistencial).
- Implica, también, la necesidad y la exigencia de una formación básica y amplia en cuestiones relacionadas con la salud en la formación pre-grado; y de una formación permanente de los/as trabajadores/as sociales sanitarios en aquellos aspectos generales relacionados con la salud y la enfermedad y en los aspectos específicos de los problemas de salud con los que trabajan.
- Supone asumirse plenamente como profesionales sanitarios, sin renunciar por ello a ser profesionales del Trabajo Social y sin temor a posibles reacciones desfavorables de otros grupos profesionales” (Ituarte, 2009: 16).

Por mi propia experiencia como trabajadora social, especializada en Salud Mental, y tras 25 años formando a trabajadores/as sociales en este ámbito profesional,

a través de sus prácticas supervisadas donde asumen responsabilidades clínicas con apoyo y “mano a mano” con un/a trabajador/a social especializado y cualificado, creo firmemente en la necesidad de la especialización. Una práctica reflexiva donde se combine la formación y la experimentación a través de la supervisión. Como decía anteriormente una formación que nos prepare para ser competentes en el ámbito sanitario y donde se combine Saber (Conocimientos técnicos), Saber-hacer (Habilidades, procedimientos, destrezas y aptitudes), Saber-estar (Actitudes) y Saber-ser. De todo ello, sabemos bien los/as trabajadores/as sociales sanitarios desde nuestra especialidad profesional.

Ahora bien. Desde la profesión médica se ha impulsado una especialización orientada fundamentalmente a conocimientos técnicos teórico-prácticos en los procesos de enfermedad y un correcto significado conceptual de la terminología médica, es decir, una formación sanitaria, conocimientos todos ellos imprescindibles a mi modo de ver. Pero especializarnos en Trabajo Social Sanitario es mucho más. Es también saber sobre Trabajo Social, a través de una formación específica, profundizando en teorías propias del Trabajo Social y su aplicación práctica, el rigor metodológico, el Trabajo Social Clínico, la adquisición de determinadas habilidades, el trabajo en equipo interdisciplinar, la intervención en crisis. Todos ellos serían contenidos fundamentales de los programas de especialización de Trabajo Social Sanitario.

No podemos olvidar que en la formación de los/as trabajadores/as sociales se ha tenido siempre en cuenta la complementación de la formación teórica con una formación práctica (Fernández i Barrera, 2014) y así debería ser también en la especialización. Además del saber (conocimientos técnicos), el saber-hacer, el saber-estar y el saber-ser se aprende en la práctica, en un espacio de aprendizaje como es la supervisión. El espacio de supervisión permite «integrar los diferentes conocimientos teóricos a las tareas prácticas» (Fernández y Alonso, 1993, p. 206) y posibilita el «contraste entre el marco teórico-conceptual y la práctica cotidiana» (Aragón, 2009, p. 3).

En definitiva, que la especialización en Trabajo Social Sanitario debería plantearse en mi opinión, como un modelo de residencia, como han establecido otras profesiones, como la medicina (en sus diversas especialidades), la psicología clínica, las diferentes especialidades en enfermería, etc., donde se combine la formación teórica con la práctica reflexiva y supervisada.

También la especialización va a contribuir a reforzar nuestra identidad profesional (Berasaluze A. y Ariño, M., 2014), entendida ésta como el conjunto de rasgos que caracterizan y dan singularidad a una profesión (ideas, actitudes, valores, comportamientos, creencias, habilidades, etc.) y que hace que todos/as los/as trabajadores/as y trabajadoras de una determinada profesión tengan conciencia de formar parte de la misma, como



una conciencia de ser: en nuestro caso Trabajador Social Sanitario.

En conclusión, la especialización en Trabajo Social Sanitario debe ser construida como un plus que se añade a la profesión, siendo imprescindible que se defina tanto desde el ámbito profesional como del académico y que prepare a los/as trabajadores/as sociales como profesionales competentes para su desempeño en el ámbito sanitario.

Bibliografía

Abreu, M.^a C. (2009). El Trabajo Social en Atención Primaria de Salud. Servicio Canario de Salud. Canarias. 3 (2).

Aguilar, M. J. (2013). Trabajo Social. Concepto y Metodología. Madrid: Paraninfo y Consejo General del Trabajo Social.

Aragonés, T. (2009). La supervisión y la intervención como apoyo estratégico para la práctica del Trabajo Social. *Actas del XI Congreso Estatal de Trabajo Social. Trabajo Social, sentido y sentidos*. Zaragoza.

Berasaluze A. y Ariño, M. (2014). De la supervisión educativa a la profesional *Cuadernos de Trabajo Social*, 27 (1). Pp.103-113.

Burgos, M. L. et al. (2009). Trabajo Social en el Sistema Público de Salud: Atención Primaria, Hospitalaria y Salud Mental. *Documentos de Trabajo Social* edición Especial Congreso de Trabajo Social Málaga. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga, 30-52.

Cabot, R. C. (1920-2008). Ensayos de Medicina Social. La función de la Inspectora a Domicilio. *Trabajo Social y Salud*, 60, 25-172.

Castañera et al. (2014). De lo general a lo específico en Trabajo Social: Propuesta de Especialización en Salud Mental. *Trabajo Social Hoy*, 72 (109-126) Extraído el 19 de febrero de 2016 desde: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2014.0012>.

Chaparro y Ulla (2014). Competencias específicas del trabajador social en la gestión del talento humano *Revista Tendencias & Retos* 19, (2), 27-44.

Colom, D. (2008). El Trabajo Social en España Atención Primaria y Atención Especializada. Siglo XXI Consejo General de Trabajadores Sociales.

Cartera de servicios de Trabajo Social sanitari de la Comunitat Valenciana. (2012). Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana Extraído el 25 de enero de 2016 desde <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/cartera-de-servicios-de-trabajo-social-sanitario>.

Documento marco del rol del trabajador social en Atención Primaria de la Salud (2004). Servicio Canario de Salud. Extraído el 25 de enero de 2016 desde http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7003bf26-ebbe-11dd-9b81-99f3df21ba27/ROL_PROFESIONAL.pdf

E-Voluntas. (2011). El Trabajo Social y la Atención en Salud (las competencias). Extraído el día 19 de febrero de 2016 en <https://evoluntas.wordpress.com>

Federación Internacional del Trabajo Social. (2014). Propuesta de definición global del Trabajo Social. Recuperado el 19 de Febrero de 2016, desde <http://ifsw.org/>

Fernandez, N. y Alonso, M. P. (1993). La supervisión en la educación para el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 6, 195-206.

Fernandez i Barrera. (2012). Las prácticas externas y la supervisión, dos elementos claves en la formación del grado en Trabajo Social. En: E. Pastor, E. Martínez-Román (Coord.) M. A. *Trabajo Social en el Siglo XXI. Una perspectiva internacional comparada* (Pp.47-56) Madrid: Editorial Grupo 5.

Fombuena, J. (2012a). Trabajador Social Clínico: Teorías, Técnicas y Prácticas. Trabajadores Sociales suficientemente buenos. *Trabajo Social y Salud*, 72, pp. 17-36.

Fombuena, J. (2012b). La técnica y el otro en Trabajo Social En: J. Fombuena (Coord.). *El Trabajo Social y sus instrumentos Elementos para una interpretación a piacere*. (Pp. 15-42) Valencia: Nau Libres.

Gaitán, L. (1990). El Trabajo Social como disciplina y como profesión en el ámbito interprofesional *Documentación social*, 79.Pp. 99-110.

Garcés Trullenque, E. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23. Pp. 333-352.

Garcés Carranza, C. M. (2011). Historia cronológica del Trabajo Social en los Estados Unidos. Extraído el 19 de febrero de 2016 desde <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00016.pdf>

Gil Martorell, D. (2012). Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente. *Trabajo Social y Salud*, 72 - Pp. 75-81.

Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario. (2013). Instituto Catalán de la Salud. Extraído el 15 de febrero de 2016 desde <https://treballsocialsanitariics.wordpress.com/territoris/>

Ituarte, A. (1994). El papel del Trabajador Social en el campo sanitario. *Trabajo Social y Salud*, 20. Pp. 275-290.



Ituarte, A. (2009) Sentido del Trabajo Social en Salud Actas del XI Congreso Estatal de Trabajo Social. *Trabajo Social, sentido y sentidos*. Zaragoza

Miranda y Garcés. (2015). El Trabajo Social en Salud. Justificación y Orígenes En: M. Miranda (Coord.). *Lo social en la salud mental. Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 15-47). Zaragoza: Pressas de la Universidad de Zaragoza.

Mollejo, E. (2002). Situación de la atención en salud mental infanto-juvenil en la Comunidad de Madrid en el año 2000. *Trabajo Social Hoy*, 28 Bis. Pp. 45-52.

Monrós y Zafra. (2012) (Coord.). Guía de intervención del Trabajo Social Sanitario Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Extraído el 12 de febrero de 2016 desde file:///C:/Users/usuario/Downloads/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario.pdf

Munuera, P. y Munuera, M. A. (2007). Mediación intercultural en el ámbito sociosanitario. *Trabajo Social Hoy* Número Extraordinario, 2 (Dedicado a Trabajo Social y Sistema Público de Salud). Pp. 119-141.

Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención Primaria de Salud. Ginebra.

Palafox, J. (1987). Importancia del Trabajo Social en el campo sanitario. Cuadernos de Trabajo Social extraído el 24 de febrero de 2016 desde <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS8787110125A>.

Rosenthal, H. (2003). *Human Services Dictionary* New York: Brunner-Routledge

Richmond, M. (1995). Caso social individual Talasa: Madrid.

Rodríguez, E. (2007). Las competencias en Espacio Europeo de Educación Superior. *Tipologías Humanismo y Trabajo Social*, 6. Pp. 139-153-

Rodríguez, C. (2012). La relevancia de la mediación para el Trabajo Social: ¿modelo teórico de trabajo social? *Trabajo social hoy*, 65. Pp. 15-38.

Rodríguez, M. A. (2005). (Coord.). Organización y Funcionamiento del Trabajo Social en la Red de Atención a la Salud Mental en Extremadura Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud extraído el 20 de enero de 2016 desde <http://www.saludextremadura.com/web/portalsalud/colectivos/saludmental/listadodestacados/-/destacados/62uW/content/organizacion-y-funcionamiento-del-trabajo-social-en-la-red-de-atencion-a-la-salud-mental?redirect=/web/portalsalud/colectivos/saludmental>

Documento de Consenso de las Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario de Castilla León. (2013). Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Coordinación Sociosanitaria de la Gerencia Regional de Salud extraído el 20 de enero de 2016 desde <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san>

Trevithick, P. (2002). *Habilidades de comunicación en intervención social*. Madrid: Editorial Narcea.

Vargas Zuñiga. (2009). Competencias clave y aprendizaje permanente: Tres miradas a su desarrollo en América Latina y el Caribe. Montevideo. Cinterfor. Extraído el 15 de febrero de 2016 desde http://www.ilo.org/public/english/anniversary/90th/download/events/cinterfor/vargas_logo90.pdf

Vázquez-Aguado y Álvarez-Pérez (2012). La especialización en Trabajo Social. Reflexiones a partir del proceso de construcción de los grados de Trabajo Social en España. *Revista de Treball Social*, 196. Pp. 28-36.



DISCURSOS SOBRE ESPECIALIZACIÓN E IDENTIDAD PROFESIONAL, UNA MIRADA CRÍTICA

Francisco Javier Ortega Muñoz
j.ortega@lasallecampus.es

Resumen

El nacimiento de las profesiones y el desarrollo de sus especialidades se ven afectados principalmente por la dinámica entre los/as profesionales y las Administraciones Públicas que se genera en cada ámbito laboral y que es objeto de estudio de la Sociología de las Profesiones. Cada profesión intenta profesionalizarse alcanzando los criterios que pueden considerarse definitorios de una profesión. El Trabajo Social y las demás profesiones que coinciden en los mismos ámbitos de trabajo se desarrollan según procesos que se ven afectados por la forma en que se realiza la demanda profesional, abierta o cerrada y se articulan de forma diferente, desde arriba o desde dentro, dependiendo del estatus y la capacidad de negociación de cada profesión. Estas dinámicas suponen un reto para la gestión de las profesiones en sí.

Palabras Clave: Discurso, Análisis de discurso, Identidad profesional, Sociología de las Profesiones, Profesionalismo.

Key Word: Speech, analysis of speech, Professional identity, Sociology of the professions, Professionalism.

La intención de este artículo es analizar el interés que se está desarrollando en la generación de especializaciones dentro de la profesión del Trabajo Social. El enfoque desde el que abordamos este tema es sociológico, específicamente desde la Sociología de las Profesiones y se basa en el análisis de los discursos de los profesionales. Una de las consideraciones más importantes que pone de manifiesto la investigación sociológica es la naturaleza dinámica más que estática de las profesiones, planteando que la perspectiva de estudio debe enfocarse, más como construcciones en proceso de cambio permanente que como realidades definitivas e inamovibles, por lo tanto el análisis que utilizaremos debe ser interdisciplinar, debe contextualizarse y considerar los procesos de cambio e interacción que se generan. En este sentido se puede considerar que:

Es fundamental una mirada abierta que trascienda las parcelas profesionales y que analice la realidad de forma

más integral ya que todo pensamiento crítico ha de ser necesariamente reflexivo, pues sólo así se puede elaborar un saber que, además de no encerrarse en ninguna de las parcelas del saber académico y además de traspasar y subvertir las fronteras que las separan y los límites que las contienen, es un saber que implica al sujeto como sujeto en proceso (Ibáñez e Iñiguez, 1998, p. 67).

Son varias las cuestiones que pretendemos abordar en este trabajo: ¿Qué características debe tener una especialidad para ser reconocida profesionalmente?, ¿Qué elementos fundamentales influyen en el proceso de profesionalización?, ¿Qué diferentes dinámicas se están generando en el desarrollo de las profesiones y en la creación de especialidades?, ¿Qué consecuencias podría tener para el Trabajo Social y para sus especialidades?

Hemos dividido el trabajo en tres apartados. Comenzamos presentando el marco de análisis, la Sociología de las Profesiones, para pasar a centrarnos en los elementos que contribuyen a definir una profesión contextualizándolos, posteriormente, dentro de los procesos de construcción de las profesiones, y terminamos, a modo de conclusión, reflexionando sobre las posibles consecuencias y los futuros desarrollos del Trabajo Social respecto al tema abordado.

El estudio de las profesiones. La Sociología de las Profesiones

La Sociología de las Profesiones es una especialidad que puede permitirnos abordar de forma integral el tema que estamos analizando. Este ámbito de estudio plantea objetivos de investigación que pueden ofrecernos elementos para el debate y la reflexión como afirman Sánchez, Sáez y Svensson (2003, p. 55):

El análisis de las profesiones desde la Sociología se ha preocupado por describir las profesiones, su razón de ser en la sociedad, el papel que viene a cumplir, el modo en que funcionan, cómo se organizan sus miembros, de qué modo se promocionan. La investigación sociológica nos ha dado excelentes estudios de diversa índole y bajo diversos enfoques, sobre los colectivos profesionales, su manera de ejercer el control sobre sus ámbitos y sistemas de actuación mientras prestan un servicio específico a la población para la que se han capacitado por la formación teórica y práctica, esperando recibir de ella el reconocimiento simbólico y material por los objetivos conseguidos (Svensson. 2003, p. 14).

El término profesión incluye dos elementos fundamentales, un conjunto de individuos que mantienen relaciones características y una organización peculiar de sus ocupaciones. Otros autores incluyen otros aspectos que configuran el discurso del profesionalismo:

Una cosa al menos queda clara: el deseo de diferenciación profesional indica demanda de posición y de reconocimiento social. Las profesiones se caracterizan



como tales a partir de la existencia o no de tres rasgos distintivos: la existencia de un cuerpo de conocimientos específico que proviene de la investigación científica y de la elaboración teórica en el ámbito que abrace cada profesión (disciplina), la asunción de un compromiso ético de la profesión hacia sus clientes o usuarios (deontología profesional), la existencia de una normativa interna para el grupo profesional que permite el autocontrol de sus miembros por parte del colectivo profesional (Colegio Profesional). (Riera, 1998, p. 21).

Las profesiones están sujetas a procesos dinámicos e históricamente contextualizados que contribuyen a su generación, su transformación y su disolución mediante la interacción con diversos agentes sociales que las influyen.

La profesionalización es un concepto dinámico en la medida en que una serie de ocupaciones se hacen cargo de los requisitos que pueden convertirlas en profesiones y tratan de realizarlos: bases técnicas, jurisdicción exclusiva, niveles formalizados de aprendizaje, convencimiento por parte del público de que vale la pena confiar en el trabajo de los supuestos profesionales. En el trance de esa realización se deciden determinadas estrategias: formalizar los estudios, a ser posible en la Universidad; constituir una organización profesional; conseguir publicidad y reconocimiento legal; formular un Código de Ética (Martín-Moreno y De Miguel, 1982, p. 27).

¿Qué elementos contribuyen a definir una profesión?

Es importante destacar los elementos constitutivos que transforman diferenciar una ocupación de una profesión, aunque, hemos de añadir que en muchas ocasiones los límites entre ambas son difusos. Según Martín-Moreno y De Miguel (1982, p. 28), se pueden establecer las siguientes características útiles para considerar una ocupación como una profesión:

- Poseer altos niveles de formación, un corpus de conocimientos específico que resulta difícil de entender para el no profesional y un reconocimiento de la titulación propia que la legitima para el ejercicio profesional.
- Ser una ocupación técnica e intelectual.
- Tratar de contribuir al bienestar y progreso de la sociedad y a la consecución de algún noble ideal o valor societario (salud, justicia, paz). Se basan en la creencia de que el servicio que prestan a la sociedad es de carácter público.
- Servir para la resolución práctica de un problema personal de sus respectivos clientes.
- Basarse y desarrollar un compromiso vocacional, que sublima otros intereses.

-Tener altos niveles de autonomía, un control interno en la forma de ejercer su profesión, al tomar sus propias decisiones en el desempeño de su trabajo. Ser capaces de crear sistemas de autorregulación del ejercicio profesional.

- Servir como instrumento de diferenciación y privilegio respecto a los no profesionales.

- Conceder importancia a los méritos profesionales obtenidos.

-Tener capacidad para crear asociaciones profesionales y organizaciones colegiales o corporativas, que implica en esencia, la delimitación de un triple monopolio de competencias, de acceso al cuerpo y de dominio sobre una zona de servicios.

-Crear un Código de Ética, deontológico, que guía su conducta y que termina conformando una cultura profesional.

Podemos asimilar la especialización profesional a la profesión en lo referente a las características que debe tener para ser reconocida como tal y además coincidente con el desarrollo de un proceso de profesionalización que establece una dinámica cuyo fin es lograr los criterios anteriormente nombrados. Basándonos en la investigación “Los profesionales de la intervención social: funciones y su representación subjetiva” (Ortega, 2015), aportamos las conclusiones sobre la valoración del nivel de profesionalización que elaboran los trabajadores sociales y otros profesionales (psicólogos, educadores sociales, sociólogos, integradores sociales, etc.), que coinciden en los ámbitos sanitario, educativo y de la intervención social. Al Trabajo Social, por su desarrollo y situación, se le atribuyen, algunos de los rasgos definitorios como profesión: tratar de contribuir al bienestar y progreso de la sociedad y a la consecución de algún noble ideal o valor societario, como se establece en la misma definición de la profesión; servir para la resolución práctica de un problema personal de los respectivos clientes, desarrollar un Código Deontológico que guía su conducta y que conforma una cultura profesional y basarse en un compromiso vocacional de los profesionales. Otros aspectos como servir como instrumento de diferenciación y privilegio respecto a los no profesionales o ser considerada una ocupación técnica e intelectual son cuestionados en varios discursos y son valorados como menos relevantes.

Del resto de los criterios definitorios se podrían plantear algunas cuestiones para valorar en que medida están presentes en las especialidades del Trabajo Social y su nivel de desarrollo. Estas cuestiones podrían servir para contribuir a la reflexión que debería generarse desde los distintos espacios de encuentro y representación profesional. Veamos las más relevantes: ¿Para ejercer la especialidad se necesita poseer conocimientos específicos y competencias diferentes a otras especiali-



dades? ¿Cuáles?, ¿Existe una formación específica con un currículo diferenciador y un reconocimiento de la titulación de la especialidad que legitima para el ejercicio profesional?, ¿Se exige esta capacitación y formación a los/as trabajadores/as sociales para acceder a los empleos ejercidos dentro del ámbito de la especialidad?, ¿Se ha elaborado o se está contribuyendo a la creación de un modelo que fundamente y justifique el ejercicio profesional y que recoja e integre las tareas desempeñadas, el método de trabajo y las técnicas utilizadas?, ¿Se desarrollan líneas de investigación sobre la aportación de los profesionales al ámbito de especialización? En este sentido cabría plantearse si el preñijo socio que se utiliza para avalar la necesidad de la intervención desde el Trabajo Social en diversos ámbitos como el sanitario, el educativo, y que genera términos como sociosanitario o socioeducativo, se refiere solo a la presencia de un perfil de destinatarios en los que confluyen necesidades sanitarias y educativas con las sociales, por dificultades de integración o de calidad de vida, o si se refiere a un modelo de intervención diferente o solo hace referencia a la presencia de los trabajadores sociales en el ámbito o la intervención desde diferentes tipos de intervención sobre un mismo grupo de destinatarios.

Relacionado con lo anterior podría plantearse si se están difundiendo estos trabajos con la intención de promocionar la especialidad dentro de la misma profesión y entre el resto de los agentes implicados. ¿Se ha justificado suficientemente la necesidad de la intervención de los trabajadores sociales en el ámbito específico ante las entidades empleadoras, tanto públicas como privadas, ante el resto de los profesionales y los mismos usuarios?, ¿Estos agentes sociales reconocen y valoran su aportación concreta y diferencial?

También aparecen las siguientes cuestiones: ¿Se tiene autonomía y capacidad para decidir la forma de analizar la realidad y programar la intervención para el ejercicio profesional de la especialidad?, ¿Los profesionales influyen en la forma de ejercer su labor o está muy determinada por las administraciones públicas o las empresas privadas?, ¿Qué márgenes de maniobra se tienen?, ¿La especialidad tiene capacidad para crear asociaciones profesionales o cualquier otra organización corporativa que implique la delimitación de un triple monopolio de competencias, de acceso al cuerpo y de dominio sobre una zona de servicios?

La construcción de las profesiones. El discurso del profesionalismo

Los primeros estudios desde la Sociología de las Profesiones pusieron el acento en los rasgos definitorios de una profesión, pero la dificultad de la tarea junto a la imprecisión de las diferencias entre ocupación y profesión, llevó a enfocar la investigación sobre los procesos de profesionalización y sobre la consideración de ésta como un discurso vinculado a los intereses concretos de los profesionales. El enfoque predominante pone el

acento en el discurso. Son muchas las definiciones que podemos encontrar de discurso, pero debido al objetivo de este artículo vamos a basarnos en la propuesta por Gee (2005).

Un discurso es una asociación socialmente aceptada de formas de utilizar el lenguaje, otras expresiones simbólicas y artefactos, de pensar, sentir, creer, valorar y actuar que puedan utilizarse para identificarse uno mismo como miembro de un grupo socialmente significativo o red social o para indicar (que uno está desempeñando) un papel socialmente significativo (Gee, 2005, p. 144).

Sáez y García (2003), destacan la utilidad del análisis del discurso para conocer la realidad que crean los profesionales sobre su ámbito de trabajo y su realidad laboral:

Y es que los profesionales ordenan y categorizan el mundo social. Ello supone la puesta en marcha de discursos (en el sentido foucaultiano) que crean, por un lado, presuntos objetos/sujetos de intervención (recortándolos y atribuyéndoles valoraciones relacionados con el fuera o dentro, al margen... que raramente se encuentran en lo plural de la realidad) y, por otro, las tecnologías para el tratamiento que se supone necesarias para abordar los problemas que van asociados a la exclusión de los excluidos y, así, dejen de serlo (Sáez y García, 2003, p. 195).

En este sentido, cualquier práctica social responde en última instancia a un discurso argumentativo que pretende otorgar sentido a esa práctica y que la construye: “el sujeto es efecto, no causa del orden simbólico. El orden simbólico preexiste a los sujetos” (Ibáñez, 2003, p.68). Desde esta visión dinámica de los ámbitos de intervención y del mercado laboral en los que se encuentran presentes los/as trabajadores/as sociales, podemos decir que cada una de las profesiones desarrollan un discurso a través del cual intentan alcanzar unas mayores cotas de mercado, unas mejores condiciones laborales, la adjudicación a su profesión de tareas que les satisfacen desde su competencia y actitud profesional y un mayor reconocimiento social. Estos intereses e encuentran contextualizados dentro de un entorno cambiante y abierto a muchas influencias que genera procesos de competición y colaboración entre las profesiones, y a la vez, de redefinición de las propias profesiones y de sus especialidades.

Relacionado con esta dinámica interprofesional e incluso intraprofesional, en lo concerniente a la competencia e interrelación entre las especialidades dentro de la misma profesión, tenemos que destacar la relación entre saber y poder cuya influencia en el origen y el desarrollo de las profesiones es fundamental, como plantea Michael Foucault en varias de sus obras: La arqueología del saber (1969), Microfísica del poder (1979) y en El orden del discurso (1987). De sus planteamientos se deduce que los profesionales ostentan un poder importante en nuestra sociedad, ya que intervienen



en ella transformándola o conservándola. Además el saber, trascendiendo la pretendida búsqueda objetiva de la verdad, se encuentra al servicio de la defensa de los intereses corporativos de cada profesión, confiriéndola legitimidad y visibilidad social. Estas reflexiones suponen que el estudio de las profesiones necesita de un análisis lo más imparcial posible y alejado del corporativismo coincidiendo con lo afirmado por Llovet y Usieto (1990) “Mientras no existan sociólogos independientes, que sin ser contratados por las instituciones corporativas pertinentes, realicen investigaciones más desinteresadas sobre unas y otras profesiones, poco podemos avanzar en el diagnóstico objetivo...” que les debería permitir observar los procesos de forma global y comprensible

Los procesos de creación de las profesiones y sus especialidades

En este apartado vamos a presentar algunos procesos de génesis de las especialidades y de las profesiones que se pueden observar en los ámbitos de intervención en los cuales están presentes los trabajadores sociales. Incluiremos referencias a los grupos de discusión analizados dentro de la investigación “Los profesionales de la intervención social: función y su representación subjetiva”

que hemos realizado entre el 2010 y el 2015. Podemos afirmar que son cuatro los agentes que influyen en estos procesos: la Administración Pública, las empresas, los profesionales (Colegios y Asociaciones profesionales) y los clientes, destinatarios, usuarios, etc. Evidentemente la influencia de los distintos agentes en la dinámica profesional es desigual, incluso entre países: “en Europa, por lo general, los profesionales han estado y están empleados fundamentalmente en el sector público y están conectados y son controlados estrechamente por las autoridades estatales; sólo una pequeña minoría se ha auto-empleado” (Evetts 2003, p. 34).

Para realizar este análisis podemos distinguir dos tipos de dinámica profesionales: “profesionalización desde dentro (manipulación exitosa del mercado desde dentro del grupo) y desde arriba (dominación de fuerzas externas al grupo)” (Evetts 2003, p. 34). Además consideramos interesante incluir otra dimensión referida al grado en el que adjudica directamente la tarea o cargo a una profesión específica o se deja abierta para el acceso de un abanico de profesionales, creándose dos polos: demanda cerrada o abierta. Veamos la siguiente gráfica en la que se presentan las dos dimensiones con los diferentes ejemplos que presentamos a continuación.



Gráfico 1: Dimensiones de la profesionalización.

Fuente: elaboración propia.



En el modelo de profesionalización desde arriba y con demanda cerrada encontramos el ejemplo claro del desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales en nuestro país asociado a la profesionalización de los/as trabajadores/as sociales. Su creación supuso la demanda desde las administraciones de trabajadores/as sociales para que se ocuparan de la organización y gestión de forma predominante frente a otras profesiones, de este ámbito profesional. No puede considerarse una demanda exclusivamente desde arriba, ya que la contribución de los/as trabajadores/as sociales, algunos de renombre, en el desarrollo y el impulso de este proceso fue importante, con lo cual puede considerarse, en parte profesionalizado desde dentro, como plantea un/a trabajador/a social “Yo creo que los/as trabajadores/as sociales han tenido un triunfo en la política, los/as trabajadores/as sociales han tenido un gran papel en el desarrollo de un sistema de derecho, en el desarrollo del Sistema de Servicios Sociales en España” (Ortega, 2015, p. 107).

Podemos encontrar varios ejemplos de profesionalización desde arriba y con demanda abierta. En el ámbito educativo encontramos la figura del Profesor Técnico de Formación Profesional de Servicios a la Comunidad (PTSC) a la que acceden una variedad de profesionales relacionados con la educación y acción social como los trabajadores sociales, los educadores sociales, pedagogos, psicólogos, sociólogos, por citar sólo a los más representativos. En palabras de un educador social que trabaja en centros educativos “A mí que alguien que ha estudiado derecho pueda ser PTSC me chirría un poco, pero puede hacerlo, puede presentarse a las oposiciones. Licenciados en políticas, maestros. Te chirría un poco” (Ortega, 2015, p. 179). Evidentemente encontramos que la responsabilidad de esta apertura de este nicho laboral es de la Administración. Ante esto cabe preguntarse ¿Por qué adjudicar esta ocupación a una sola una profesión?. ¿Y a cuál? Al ser una figura relativamente nueva y minoritaria a la par que multidisciplinar no se han contemplado grandes reivindicaciones desde las distintas profesiones implicadas.

Otro ejemplo de profesionalización desde arriba y con demanda abierta tiene que ver con algunas ocupaciones emergentes que surgen asociadas a nueva directrices políticas y líneas de intervención, así como a demandas del mercado y que no se encuentran directamente asociadas a ninguna profesión, como los mediadores, los agentes de igualdad, los agentes de desarrollo local o los “coach” o entrenadores personales. Algunas de estas nuevas ocupaciones están demandando su espacio como profesionales en un plano de igualdad con otras profesiones con más trayectoria y reconocimiento.

Una especialización relevante dentro de la profesionalización desde arriba y con demanda abierta encontramos el desarrollo de los programas de intervención con familias desde los Servicios Sociales y la diversidad de profesionales que están desempeñando esta ocupación. La incorporación de la intervención con familias debido al desarrollo del modelo sistémico y de su asunción por

parte de las entidades, tanto públicas como privadas, que trabajan en el ámbito de la salud y de la intervención social, ha provocado un incremento en la demanda de profesionales formados en terapia de familia, como podemos apreciar en el comentario de una psicóloga que trabaja en los Servicios Sociales:

Ahora hay más intervención familiar. Cuando yo entré en el Centro había un grupo de mujeres en crisis y estaba prohibido que entraran hombres. Ahora en cambio se cambió el nombre del programa aunque tiene los mismos objetivos. Corta y pega. Ahora se llama intervención con familias en crisis. Cuando entra gente nueva se la pide formación en terapia de familia. El cambio que yo veo es de lo social a lo familiar en la intervención (Ortega, 2015, p. 121).

A esta formación están accediendo muchos profesionales diversos, como psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, por citar a los más relevantes. Esta capacitación contribuye a hacer más semejantes a los diferentes profesionales contribuyendo a especializar y a desdibujar las profesiones de las que se proviene. Se produce, por lo tanto, una pérdida de la identidad profesional en aras de una especialización mayor.

Un proceso interesante para analizar es el referido al cambio de algunas funciones asignadas a unos profesionales y su asunción por parte de otros. Podemos ejemplificarlo con el cambio producido en las funciones de los/as trabajadores/as sociales, debido a la demanda de las entidades en las que trabajan, sobre todas las públicas, que les ha supuesto asumir más labores de coordinación y de gestión y sobre todo incrementar sus funciones de valoración y de elaboración de informes sociales. Esto ha provocado que otras funciones de intervención directa con los/as usuarios/as se hayan reducido o incluso eliminado, dejando un hueco ocupacional para otros profesionales. Relacionado en parte con este proceso y junto a la unificación de otras intervenciones en el ámbito de la educación no formal surgió la Educación Social, con una formación más especializada en los procesos educativos, de animación y de formación. Esta nueva profesión que está creando su nicho laboral, ha desarrollado una gran disponibilidad para asumir una gran diversidad de tareas, con distintos destinatarios y en diferentes colectivo y en ocasiones, asumiendo tareas no deseadas, en muchas ocasiones, por otros profesionales. En cambio, los/as trabajadores/as sociales, como profesionales más consolidados, sobre todo aquellos con puestos de trabajo más estable y con mayor estatus, están en un momento en el cual sus intereses, respecto a la apertura o cierre de las funciones se centran en general, más en delimitar las responsabilidades y protocolizar la intervención. Esto evidentemente tiene como consecuencia perder, a priori, oportunidades de empleo que se adjudican a otras profesiones más versátiles.

Podemos encontrar otros procesos de profesionalización generados desde dentro de las profesiones, en



gran parte, como el que apreciamos en el desarrollado en el ámbito de la salud debido al cambio de paradigma de intervención, pasando de un modelo tradicional, que fue criticado por la antipsiquiatría, hacia un modelo más centrado en el cliente y más interesado por la salud comunitaria y la atención sociosanitaria. Este cambio, apoyado por los trabajadores sociales, ha favorecido su incorporación progresiva al ámbito de la salud. Otro ejemplo es el de los psicólogos y la promoción de la especialidad de la Psicología Social vinculada al Sistema de Servicios Sociales y a la acción social en general. Según lo analizado en la investigación sobre los profesionales de la intervención social encontramos que el desarrollo de esta nueva especialización que se produjo en la década de los 90 fue progresivamente perdiendo relevancia, sobre todo por el cambio en las políticas sociales, ocasionando la drástica disminución de la contratación de psicólogos sociales. Se puede apreciar una apuesta de algunos psicólogos sociales en la promoción de esta especialidad, pero que no fue mayoritariamente apoyada por los psicólogos, ya sea por el predominio de otras especialidades, sobre todo la clínica, que centran los intereses en otras demandas como por la disminución de la demanda por parte de las entidades empleadoras debido al cambio de paradigma de intervención. En la siguiente cita podemos apreciar lo anteriormente explicado según la valoración de un psicólogo social:

Como precisamente los que estábamos en esto nos veíamos muy cercanos a otras profesiones no pretendíamos ser muy corporativos, al contrario buscábamos crear espacios mixtos. Yo participé hace años en los Congresos de Psicología Social que hacía el Colegio de Psicólogos y la evolución fue de jornadas de Psicología de la Intervención Social a congresos de Intervención Social. Todo un trabajo de años de ir quitando a la Psicología de en medio para que esto fuese una cosa colectiva y nunca se apostó desde el Colegio y llegó un momento en que se dejó de apostar (Ortega, 2015, p. 123).

Si hablamos del proceso mediante el cual una profesión pasa a ocupar un nuevo ámbito y que le lleva a generar una nueva espacialidad, podemos plantear dos fases. En un momento inicial se crea una demanda de profesionales ante una necesidad o problema nuevo o enfocado de forma diferente que provoca que se genere un nuevo nicho de mercado o un yacimiento de empleo al cual acceden aquellas profesiones más vinculadas al ámbito concreto. Dependiendo de la forma de gestionar el proceso de profesionalización, como hemos visto anteriormente, se generará una dinámica competitiva entre distintas profesiones o se desarrollará de forma más protegida y controlada por una sola profesión. Posteriormente, en una segunda fase, la experiencia profesional acumulada y compartida, apoyada en la investigación, difusión y publicación junto a la justificación corporativa de la aportación específica de la profesión podrá lograr el apoyo suficiente para que esas nuevas funciones se asignen en exclusividad a una determinada profesión.

En este proceso, dependiendo de cómo se desarrolle, los centros formadores ofrecerán titulaciones que permitirán el acceso a la profesión o a la especialidad concediendo el reconocimiento y el credencial que les permitirá el ejercicio profesional. La ley de la oferta y de la demanda del mercado de trabajo determinará, en gran medida, la propuesta de formación y titulación profesional que realizarán las universidades, centros de formación profesional, los centros de especialización y las asociaciones profesionales. Estas entidades podrían hacer apuestas innovadoras de nuevos títulos y especializaciones, pero solo aquellas titulaciones que profesionalicen, es decir que ofrezcan una credencial requerida para trabajar en un ámbito o con un colectivo específico, serán las que se mantengan y permitan a los trabajadores ejercer la profesión o especializarse. A esto se podría añadir, dependiendo de nuevo del modelo de profesionalización, el reconocimiento, por parte de las administraciones públicas, de la legitimidad de un grupo profesional para ocuparse de unas funciones o problemas específicos mediante la firma de convenios y la elaboración de normativas que les conferirá el apoyo y la estabilidad necesaria para que se adjudique esta labor a la profesión específica. Para conseguir estos apoyos institucionales o incluso el reconocimiento por parte de los clientes, será clave la contribución del Colegio o de la Asociación Profesional para fundamentar y visibilizar la aportación de sus profesionales en la nueva especialidad, para negociar las condiciones de contratación y las condiciones de empleo.

A modo de conclusión

Para poder entender las dinámicas que se generan entre las distintas profesiones y dentro de las mismas profesiones entre las especialidades es necesario analizar el proceso de profesionalización que se desarrolla, atendiendo desde donde se produce, desde dentro o desde arriba y como se ofrece, cerrada o abierta, como hemos presentado. Al finalizar la lectura de este artículo puede surgir fácilmente la siguiente pregunta: ¿Cómo será el futuro de las profesiones? Para responder a esta cuestión debemos empezar reconociendo que siempre es difícil hacer pronósticos en las ciencias sociales, aunque desde la Sociología de las Profesiones encontramos varios autores que pergeñan una posible evolución. Sobre esta cuestión Friedman (2003, pp. 77), afirma “Estoy convencido de que el propósito tanto del estado como del capital, cada uno a su manera, es reducir el coste y la independencia de los profesionales... Y, además, el cambio no será exactamente el mismo en cada profesión”. Plantea que existen dos ideologías predominantes con gran influencia sobre la profesionalización: el gerencialismo, promovido por las Administraciones Públicas que puede provocar que las profesiones liberales se vean encorsetadas y el consumismo que dejaría la delimitación y desarrollo de las profesiones a merced de la dinámica de la demanda de los clientes y del juego entre las ofertas realizadas por las profesiones que compiten entre sí en el mercado laboral. A esto



hay que añadir la tendencia, sobre todo desde Estados Unidos y Reino Unido, de valorar a los profesionales no por la titulación, sino por la competencia demostrada, lo cual provocaría una pérdida de importancia de la profesión titulada en aras de la pericia de especialistas, que podría provocar, como dice un trabajador social de los Servicios Sociales: “Estamos en un tiempo de las capacitaciones, de buscar perfiles profesionales flexibles... La competencia es así. Estamos en esta lógica de mercado y las profesiones tiran de eso” (Ortega, 2015, p. 122). Evidentemente el papel de los profesionales, sobre todo de los Colegios Profesionales y de la difusión de la investigación y de sus aportaciones, junto a la capacidad para negociar y pactar con el estado, permitirá seguir defendiendo la labor y los intereses de los profesionales.

Por otra parte la evolución del mercado laboral, con un incremento de la temporalidad en la contratación, tendrá como consecuencia que en el futuro, y dentro de una misma profesión, la creación de grandes diferencias entre aquellos profesionales con trabajos estables y bien remunerados y los demás profesionales con empleos temporales desempeñados, mayoritariamente, en entidades privadas. En el desarrollo de las especialidades dentro de otras profesiones como la medicina y las ingenierías se han generado dinámicas competitivas internas en la profesión, que podrían aparecer de forma semejante en el seno del Trabajo Social. Este planteamiento nos lleva a formular una última cuestión: ¿Los/as profesionales deben especializarse o por el contrario ser generalistas y polivalentes? Para responder a esta pregunta debemos considerar si la profesión tiene una identidad definida y reconocida socialmente, ya que la diversificación permitiría abrir el abanico de opciones, aunque podría suponer un cuestionamiento de los principios de la profesión que se habrán creado en base al ámbito fundacional o la especialidad mayoritaria. Esto podría suponer un enriquecimiento para la profesión o el surgimiento de debates controvertidos y perjudiciales, según se gestionase en el seno de la misma. Por otra parte las profesiones menos consolidadas podrían vivir un proceso de escisión que contribuiría a disminuir su reconocimiento y legitimidad. Dependiendo del tipo de profesión y de como se gestionen los procesos de profesionalización y las especializaciones se vivirán como una oportunidad o una amenaza para el futuro laboral de los trabajadores implicados, pero como hemos podido apreciar y debido la dinámica de los ámbitos laborales en los que desempeñan su labor los/as trabajadores/as sociales es inevitable el surgimiento de estos procesos que se deberán seguir afrontando en el presente y en el futuro.

Bibliografía

- Evetts, J. (2003). Sociología de los grupos profesionales: historia, conceptos y teorías. En Sánchez, M., Sáez, J. y Svensson. (2003). *Sociología de las profesiones. Pasado, presente y futuro*. (pp. 29-50). Murcia: DM.
- Gee, J. P. (2005). *La ideología en los discursos*. Madrid: Morata.
- Ibáñez, J., Doménech, M. (Eds.). (1998). *Psicología Social Crítica*. Anthropos. N.º 177. Número completo.
- Ibáñez, J. (2003). *La construcción social del socioconservacionismo: retrospectiva y perspectivas*. Política y sociedad. N.º 40 (1), 155-160.
- Llovet, J.J. y Usieto, R. (1990). *Los trabajadores sociales. De la crisis de identidad a la profesionalización*. Madrid: Popular.
- Martín, J. y De Miguel, A. (1982). *Sociología de las profesiones*. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas.
- Ortega, F. J. (2015). *Los profesionales de la intervención social: funciones y su representación subjetiva*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Riera, J. (1998). *Concepto, formación y profesionalización de: el educador social, el trabajador social y el pedagogo social*. Valencia: NAU llibres.
- Sáez, J. y García, J. (2003). Emergencia de las profesiones sociales: de la dimensión discursiva a la dimensión política, ética y práctica en Pedagogía Social. *Revista interuniversitaria*, N.º 10 segunda época. Diciembre 2003, 195-215.
- Svensson, L. (2003) Introducción. En Sánchez, M., Sáez, J. y Svensson. *Sociología de las profesiones. Pasado, presente y futuro* (pp. 13-28) Murcia: DM.



ESPECIALIZACIÓN: ¿UNA DEMANDA DE LA PROFESIÓN? ¿UNA DEMANDA DEL MERCADO LABORAL?

Mar Ureña Campaña. Trabajadora Social
mar.urena@comtrabajosocial.com

Resumen

El reto de la formación continua interpela a los profesionales del Trabajo Social, a las Universidades, a las entidades empleadoras y las organizaciones profesionales. La especialización es a la vez necesidad, demanda del mercado y oportunidad. También se apuntan algunas reflexiones para generar debate en torno al papel de la especialización en el Trabajo Social como disciplina que se desempeña en múltiples ámbitos.

Palabras Clave: Trabajadores Sociales, Especialización, Titulaciones, Formación continua, Mercado laboral, Organización colegial.

Key Word: Social Workers, Academic and Professional specialization, Labor Market, Qualifications, Lifelong learning, Professional associations.

La Especialización: ¿Una demanda de la profesión? ¿Una demanda del mercado laboral?

Es sugerente que propongan una intervención con un título en modo de preguntas, porque ayuda a despertar y focalizar los puntos de interés. Con esta reflexión intentaremos relacionar datos, análisis, hechos, incluso más preguntas, que ayuden a ir construyendo una respuesta que desde luego es compleja.

Lo primero es señalar que el título “¿Una demanda de la profesión? ¿Una demanda del mercado laboral?”, no debe entenderse formulado como una “oración disyuntiva” (con afirmaciones que se enfrentan u oponen entre sí), ya que sabemos que la realidad es compleja, dinámica y que en esto de la “demanda” de especialización entran en juego muchos factores y por tanto no habrá una explicación fácil ni simple.

1. “La profesión”

“El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una

serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones”.

(De Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias)

En la actualidad la profesión de trabajador/a social se ejerce desde 3 titulaciones procedentes de diferentes momentos históricos: asistente social, diplomado/a en trabajo social y graduado/a en trabajo social.

En la historia de las profesiones se señala como inicio de la profesión la puesta en marcha de la formación estructurada, ya que es un elemento que garantiza la transmisión y consolidación de la práctica profesional, partiendo de la existencia previa de un grupo ocupacional en la asistencia social (Gil, 2008 en Recarte y Munuera).

Por tanto, podemos señalar que la profesión en nuestro país “nace” en 1932 con la Escuela de Barcelona. Y en Madrid en 1939, con la “Escuela de Formación Familiar y Social”, la “Escuela de Lagasca”.

Hasta llegar a *Bolonia*, varios hitos¹, sin ánimo de ser exhaustivos, marcan el camino de la institucionalización profesional.

-1964. Decreto 1403/1964 que reguló las escuelas para la Formación de Asistentes Sociales.

-1981. Real Decreto 1850/1981, de 20 de agosto, de incorporación a la Universidad de los estudios de Asistentes Sociales como Escuelas Universitarias de Trabajo Social.

-1982. Ley 10/ 1982, de 13 de abril, por la que se crean los Colegios Oficiales de Asistentes Sociales.

-1987. Orden de 8 de mayo de 1987, por la que se desarrollan las disposiciones transitorias segunda y cuarta del Real Decreto 1850/1981. Esta orden desarrolla el proceso de convalidación para asistentes sociales que se abrió durante 5 años.

-1990. Creación del área de conocimiento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

-1995. Memoria Justificativa para la propuesta de ampliación de estudios en Trabajo Social. Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Y llegó Bolonia

La Declaración de Bolonia (1999), suscrita por 29 estados europeos, entre ellos España, sentó las bases para la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), extendiéndose el plazo temporal para su implantación hasta 2010.



Uno de los principales objetivos a alcanzar era que todos los países tuvieran un sistema flexible, comparable y compatible de titulaciones que facilite la movilidad de estudiantes y titulados/as.

En España la regulación se realizó a través de la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades; el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y el Real Decreto 861/2010 que modifica el anterior.

¿Y qué supone para nuestra profesión?

La desaparición de los dos niveles de titulación universitaria (diplomados y licenciados) y **la puesta en marcha de los grados da homogeneidad a las titulaciones, aumenta el tiempo de estudio y facilita los itinerarios de formación post grado en la propia disciplina.**

Por otra parte, y en lógica coherencia, la nueva regulación señalaba que los títulos universitarios oficiales obtenidos conforme a planes de estudios anteriores mantendrían todos sus efectos académicos y, en su caso, profesionales; que con el título oficial de Diplomado se podía acceder a las enseñanzas de Máster Oficial sin necesidad de requisito adicional alguno (aunque, en todo caso, *las universidades, en el ámbito de su autonomía, podrán exigir formación adicional necesaria teniendo en cuenta la adecuación entre las competencias y los conocimientos derivados de las enseñanzas cursadas en los planes de estudios de origen y los previstos en el plan de estudios de las enseñanzas de Máster solicitadas*). Además, se señalaba que quien pretendiera cursar enseñanzas dirigidas a la obtención de un título oficial de Grado, obtendrían el reconocimiento de créditos que procedieran.² Este fue el marco para la puesta en marcha de los cursos de adaptación al Grado para Diplomados.

El RD 861/2010 incorporó modificaciones al RD de 2007 para clarificar el reconocimiento de créditos por experiencia profesional o laboral, o enseñanzas universitarias no oficiales, a la vez que señalaba que no podía ser superior, en su conjunto, al 15 por ciento del total de créditos que constituyen el plan de estudios.³

Desde este punto de vista, podemos considerar que si, cuando se reivindicaba el Título único de Licenciado en Trabajo Social se argumentaba que “un nivel académico superior redundaría en mayores aportaciones científicas y técnicas en el campo de las necesidades sociales y de las relaciones humanas y por tanto traería como consecuencia una mayor eficiencia profesional” (citado por Gil, 2004:86), **el Espacio Europeo ha supuesto un paso adelante en ese sentido, ya que aumenta el número de créditos y también abre al Trabajo Social (incluido diplomatura) la posibilidad de acceso a los estudios oficiales de postgrado.**

Las enseñanzas de grado tienen como finalidad la obtención de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional, y aunque se señala que en la *elaboración de los planes de estudios primará la formación básica y generalista y no la especialización, también se recoge que el diseño de los títulos de Grado podrá incorporar menciones alusivas a itinerarios o intensificaciones curriculares*⁴.

Por tanto, nos encontramos con un marco formativo e institucional que, con sus transiciones, se va consolidando.

EL “MECES”

Otra cuestión que está llenando nuestro imaginario como trabajadoras y trabajadores sociales es el MECES.

El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES “Proceso Bolonia”) estableció un marco de referencia académico europeo que en España se materializó mediante el MECES (Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior), que pretende la clasificación y comparabilidad de las cualificaciones de la educación superior. Como no existía el MECES previamente al EEES, los títulos anteriores o pre-Bolonia no estaban clasificados y el Real Decreto 967/2014⁵ estableció el procedimiento para establecer la correspondencia con el nivel correspondiente MECES.

El BOE de 22 de febrero 2016 publicó la Resolución de 11 de febrero de 2016, de la Dirección General de Política Universitaria, por la que se publica el *Acuerdo del Consejo de Ministros de 29 de enero de 2016, por el que se determina el nivel de correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior del Título Universitario Oficial de Diplomado en Trabajo Social.*

Esta situación genera seguridad jurídica, sobre todo a efectos de internacionalización, ya que estaban existiendo a nivel europeo ciertas dificultades para reconocer el nivel de estudios.

Por otra parte, algunas disposiciones de este Real Decreto están recurridas por Unión Profesional⁶ (a la pertenece el Consejo General del Trabajo Social) y Unión Interprofesional de la Comunidad de Madrid (a la que pertenece el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid)⁷. Ambas organizaciones consideran necesario el Real Decreto pero se han recurrido algunos artículos y disposiciones.

El recurso afecta al Anexo I del Real Decreto 967/2014, al no contemplar el carácter de *profesión regulada* en relación con la homologación de títulos de varias profesiones que ya eran consideradas reguladas en otras disposiciones reglamentarias y que deben tener su proyección en este nuevo Real Decreto, entre ellas la de Trabajador/a Social.



Derivado de lo anterior, esta situación puede impedir la colegiación de profesionales extranjeros por el sistema que plantea el Real Decreto para las profesiones que no aparecen en el Anexo 1: solicitud de equivalencia de un título extranjero a un nivel académico (Grado o Máster) en una determinada rama de conocimiento y sin equivalencia a un título concreto que habilite para el ejercicio profesional.⁸

Por último se ha recurrido la Disposición Adicional 8ª, que excluye la aplicación del RD al régimen de titulaciones exigible para el ingreso en las Administraciones Públicas porque fue introducida posteriormente al Dictamen del Consejo de Estado.

Y la Ley de Colegios que no llega

Y cerrando esta explicación, señalar que está pendiente la publicación de la Ley de Servicios y Colegios Profesionales (el gobierno anunció la retirada del proyecto en

abril de 2015⁹) que debe determinar, entre otras cuestiones, las profesiones de colegiación obligatoria. Todo el trabajo de nuestra organización colegial está dirigido a reconocer la responsabilidad pública de los Colegios y evitar que queden fuera de la colegiación obligatoria profesiones, como la de trabajador/a social, por una interpretación restrictiva que no reconozca la reserva de actividad y nuestro papel en el ámbito de la garantía de derechos y la seguridad jurídica.

2. El Mercado Laboral

En España hay unos 32.000 profesionales de Trabajo Social colegiados¹⁰, y la estimación de titulados/as se calcula en casi el doble.

En cuanto a la situación de demanda de empleo entre los titulados/as en Trabajo Social, hay algunas cuestiones muy significativas:

Tabla nº 1. Trabajadoras/es Sociales demandantes de empleo

	Demandantes de Empleo	Demand. Empleo PARADOS
2015	15.458	10.257
2014	15.475	10.519

Elaboración propia a partir de los datos de la Información anual del Mercado de Trabajo de Titulados Universitarios (incluye Diplomados/as y Graduados/as). Observatorio de las ocupaciones del Servicio Público de Empleo Estatal.

Tabla nº 2. Contratos (por duración) a Trabajadores/as Sociales

	Contratos Indefinidos	Contratos Temporales	% Temporalidad
2015	1.048	27.377	96,31%
2014	1.044	24.985	95,99%

Elaboración propia a partir de los datos de la Información anual del Mercado de Trabajo de Titulados Universitarios (incluye Diplomados/as y Graduados/as). Observatorio de las ocupaciones del Servicio Público de Empleo Estatal.

Tabla nº 3. Contratos (por tipo de jornada) a Trabajadores/as Sociales

	Jornada Completa	Jornada Parcial	% Jorn. Completa
2015	14.032	14.266	49,59%
2014	12.605	13.824	47,69%

Elaboración propia a partir de los datos de la Información anual del Mercado de Trabajo de Titulados Universitarios (incluye Diplomados/as y Graduados/as). Observatorio de las ocupaciones del Servicio Público de Empleo Estatal.



Estos datos evidencian la situación de falta de calidad en el empleo y el proceso de precarización que están viviendo las clases profesionales y la percepción de pérdida de status y prestigio, así como la pérdida del valor simbólico de cambio indiscutible y clara que los “títulos” tenían hace sólo unos lustros. (Tezanos: 2008, 298-300).

Más evidente aún sabiendo que, de los contratos realizados, sólo 1 de cada 5 son de la categoría correspondiente a titulados/as universitarios.

Tabla nº 4. Ocupación más contratada a Trabajadoras/es Sociales

%Contratos Ocupación “Profesionales Trab.Social y Educ Social”

2015	20,21 %
2014	20,76 %

Elaboración propia a partir de los datos de la Información anual del Mercado de Trabajo de Titulados Universitarios (incluye Diplomados/as y Graduados/as). Observatorio de las ocupaciones del Servicio Público de Empleo Estatal.

Las que podíamos llamar categorías “asimiladas” pero de carácter inferior (profesionales de apoyo, animadores, monitores), tienen una presencia de casi uno de cada 6 contratos, pero más sorprendente aún es la presencia los contratos del sector servicios como camareros/as y dependientes de comercio: En 2015 un 6,89% de los contratos de trabajo que firmaron titulados/as en Trabajo Social (Diplomados/as y Graduados/as) era de camareros/as y el 7,82% de dependientes (vendedores en tiendas y almacenes)

Por otra parte, según el RUCT (Registro de Universidades, Centros y Títulos) 40 universidades ofrecen el título de Trabajo Social en España¹¹. ¿Será esto un exceso de oferta? Es evidente la necesidad de ahondar en este análisis, aunque podemos deducir que no parece viable que el “mercado” absorba la demanda de ocupación como trabajador/a social en corto plazo.

Con este panorama nada alentador sobre los datos de empleo en los últimos años, nos acercamos ahora a los datos del **Programa de Empleo del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid** (con las lógicas reservas sobre su capacidad de extrapolación), que nos permiten realizar algunas reflexiones importantes:

Durante los últimos años en las ofertas de empleo tiene un gran peso el sector de atención a personas mayores y discapacidad.

Sumando datos acumulados entre 2009 y 2014, del total de ofertas difundidas (1.725) **las ofertas de los ámbitos**

Mayores, Discapacidad y relacionados con los Servicios Domiciliarios (Ayuda a Domicilio, Teleasistencia)- en sentido amplio lo que podríamos identificar con lo que la Estrategia 2020 denomina **“Empleo Blanco”**- acumula un tercio de las ofertas (29,10%) dirigidas a trabajadoras/es sociales.

Esto también señala que junto con el conocimiento y experiencia de la disciplina: el Trabajo Social, el conocimiento y/o experiencia en el ámbito de intervención por grupos de población, problemáticas o sectores tiene un peso importante para los empleadores.

Emergen también con peso **perfiles no específicos para trabajadores sociales** como son técnicos de proyectos y subvenciones (7,4%) y técnicos del ámbito de empleo (11,76%). Esto no es exclusivo del sector privado, ya que las/os trabajadoras/es sociales también optan a puestos públicos que aceptan diversas titulaciones universitarias: técnicos de empleo, agentes de igualdad, etc.¹²

Como apunte sólo señalar que los Convenios laborales empiezan a incorporar la nueva realidad de las titulaciones, del EEES pero por otro lado, en aras de la flexibilidad y el enfoque de competencias, cada vez las titulaciones específicas tienen “menos” presencia.

En el último Convenio de Intervención Social, cuando describe el Grupo1 no hay una descripción exhaustiva de profesiones tituladas y sino que se señala que *“En todo caso, se respetarán las exigencias de titulación específica para el desempeño de su profesión, en todos los puestos que así esté establecido por normativa legal”*¹³.

Los Consejos Generales de Trabajo Social y Educación Social han reivindicado un “estatuto de las profesiones sociales” y “esto supondría que se determinarían las funciones reservadas y específicas de las profesiones sociales, la formación de los equipos multidisciplinares y las reservas de actividad, entre otros”¹⁴.

En esta línea, la regulación de las profesiones sanitarias puede ser un modelo para determinadas cuestiones como el reconocimiento de funciones investigadoras y docentes además de las asistenciales y de gestión y el reconocimiento de la carrera profesional.¹⁵

3. La especialización

Especialidad: Rama de una ciencia, arte o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan” (Diccionario RAE)

¿Podríamos entender, siguiendo esta definición del diccionario, que existe una “parte limitada” del Trabajo Social en sentido estricto, para definirla como especialidad o utilizamos el término en un sentido amplio donde caben muchas acciones, momentos y elementos diversos?



Voy a lanzar algunas apreciaciones que espero nos ayuden a reflexionar sobre esta cuestión:

- Las/os trabajadores/as sociales quieren y se preocupan por tener una formación suficiente y adecuada en determinados ámbitos, aquellos que se ajustan más a sus expectativas y consideran que además “se les da bien” (la suma de las “competencias duras” y las “competencias blandas”): “me gustaría trabajar con niñas y niños”, “creo que se me daría muy bien el trabajo con personas mayores” o “aunque tiene que ser duro, me encantaría trabajar en prisiones”.

- Ante un mercado laboral exigente por la amplia competencia, la formación especializada ayuda a distinguirse y aportar valor añadido a un candidato/a. La formación se convierte así a veces en una vía elegida por los profesionales para “compensar” la dificultad de acceso al mercado laboral.

- Existe una necesidad de continuar formándose a lo largo de la vida laboral, por responsabilidad profesional y de servicio a la sociedad y por el deseo legítimo de reconocimiento de la carrera profesional.

- También existe otro tipo de demanda de formación, orientada al ascenso profesional y dirigida por tanto, en muchas ocasiones, a puestos no específicos de trabajador/a social: Puestos de responsabilidad en dirección o gestión como Dirección de Centros de Servicios Sociales, Coordinación de Proyectos o Responsables de Departamentos. Y hasta hace unos años puestos de las llamadas “licenciaturas”, porque tenían mejor retribución y más competencias.

- Podemos considerar que tanto en los “ámbitos” como en la “especialización” no existe unanimidad en la significación que se les otorga. El Libro Blanco del Trabajo Social señalaba que optaban por presentar un único perfil profesional ya que se consideraba que “los trabajadores sociales deben recibir una formación que les facilite el ejercicio de su actividad profesional en todos los ámbitos donde puedan intervenir” y “considerar que los diferentes perfiles profesionales que se pueden establecer en trabajo social deberían ser objeto de titulaciones de posgrados” (Vázquez, 2005:140).

Y todo esto ¿cómo lo estamos afrontado? ¿dónde están los retos?. Me permito continuar “dibujando con trazo grueso”:

- Reforzar el enfoque de “menciones”. Las Universidades están haciendo grandes esfuerzos por ofrecer un espectro amplio de asignaturas “optativas” y las Menciones pueden ayudar al alumnado a dotar de coherencia su formación en determinados ámbitos a través de un itinerario específico.

- Decir no (al menos en la situación actual) a los Grados de tres años. Tanto la Conferencia de Decanas y Directores de Departamentos de Trabajo Social (en

la que participa el Consejo General del Trabajo Social), como la organización colegial han mostrado su rechazo al Real Decreto de Reforma Universitaria 43/2015 que abría la posibilidad de estructurar grados de 3 años. El Colegio Oficial Trabajo Social Madrid señaló que “*consideramos que esta reforma es precipitada y en el caso de los estudios de Trabajo Social nos coloca nuevamente en una situación de incertidumbre con respecto a la titulación: diferentes duraciones para acceder al título, cambios en pocos años que no permiten evaluar eficacia e impacto y posibilidad de generación de situaciones (ante la falta de estabilidad) de posible desigualdad e inseguridad por la falta de coordinación entre las reformas en el ámbito educativo y sus repercusiones en el mercado laboral y en el acceso profesional a la administración pública*”.¹⁶

- Los títulos de **Máster Oficial** han sido un logro: abren una vía a la “*formación avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar*” y “*orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas*”¹⁷. Aunque además algunos títulos de Máster habiliten para el ejercicio de algunas actividades profesionales reguladas, hay que recordar que, en general y específicamente para el Trabajo Social la formación orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional es el título de Grado ó títulos oficiales anteriores.

- En la administración pública, donde el “bien jurídico” que se protege es el **mérito** y la **capacidad**, las personas aspirantes realizan un proceso de preparación y estudio para demostrar, en concurrencia competitiva, su valía no sólo en la disciplina concreta, sino en determinados ámbitos y en aquellos aspectos que el empleador considera necesarios para el desempeño de esas “funciones” públicas necesarias.

- Lo sorprendente es que no hay estructurado ningún sistema posterior que ayude a “**supervisar y/o acompañar**” el inicio del desempeño profesional y del que existen algunos modelos que podrían ser de interés como la “formación en prácticas” supervisada, exigida en los cuerpos docentes, o un sistema de “escuela” (al estilo de la Escuela Judicial).

- Mención aparte merece el sistema de especialización de las profesiones sanitarias a través de un sistema de residencia retribuido, y que en nuestra profesión cobra especial interés entre las/os trabajadoras/es sociales del ámbito sanitario, porque sería una de las vías posibles para ser reconocidos como profesionales sanitarios, una demanda totalmente necesaria.¹⁹

- En el ámbito privado también existen vías de formación inicial a través del empleo: Los contratos en prácticas tienen por objeto “la obtención por el trabajador de la práctica profesional adecuada al nivel de estudios cursados. No se trata únicamente de adquirir experiencia en un trabajo determinado, sino también de que esa experiencia actúe sobre los estudios cursados” (Servicio



Público de Empleo Estatal, 2015: 132-136). A la finalización del contrato, el empleador deberá expedir un certificado en el que conste la duración de las prácticas, el puesto o puestos de trabajo ocupados y las principales tareas realizadas en cada uno de ellos²⁰.

- Me refiero con estos asuntos a que no se puede desviar toda la “responsabilidad” y el peso sobre la formación especializada a las/os profesionales: las administraciones y los empleadores también tienen un importante papel.

- Hay un debate (no sólo en el Trabajo Social, también en otras disciplinas) que viene de largo de si “cierta especialización” aporta rigidez al sistema: el peligro de confundir la necesaria formación y conocimiento del ámbito / órgano / programa con la especialización profesional en sí.

La interdisciplinariedad (Rodríguez; 2013) no está en entredicho, pero es importante ahondar en nuestra especificidad como disciplina (Zamanillo; 2009) a la vez que asumimos la riqueza y la responsabilidad de que el Trabajo Social esté presente en muchos ámbitos.

La Formación a lo largo de la vida²¹

Volvemos ahora a las “cualificaciones”. A nivel europeo se han desarrollado dos marcos:

- El Marco de Cualificaciones del Espacio Europeo de Educación Superior (QF-EHEA) resultado de Bolonia y se refiere exclusivamente a los títulos adquiridos en el sistema de educación superior e incluye 4 niveles.

- El Marco Europeo de Cualificaciones para el Aprendizaje a lo Largo de la Vida (EQF), promovido por la Comisión Europea y que se refiere a todos los tipos de aprendizaje (tiene en cuenta todos los contextos de aprendizaje: educación formal, no formal e informal), se organiza en 8 niveles y se centra en el aprendizaje a lo largo de toda la vida (LLL, Lifelong learning).

En España se ha establecido el MECES (del que ya hemos hablado anteriormente) y se va a aplicar el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje a lo Largo de la Vida (MECU).

Las organizaciones profesionales tenemos entre nuestros fines y siempre hemos otorgado gran importancia a la formación, el reto es caminar hacia sistemas acreditados, de calidad y homogéneos. El anteproyecto de ley de Servicios y Colegios Profesionales también concedió mucha importancia a la formación continua de los profesionales y a la certificación profesional y el papel de los Colegios en este ámbito.

El Desarrollo Profesional Continuo (DPC) es el proceso por el que un individuo que ejerce una profesión, mantiene, mejora y amplía su grado de competencia,

conocimientos y habilidades a lo largo de la vida. El DPC incluye no sólo el aprendizaje formal sino también los aprendizajes no formales e informales.

Existen ya varios modelos de acreditación o certificación que se van a poner en marcha, como Validación Periódica de la Colegiación (VPC) en Medicina. Para la VPC los Colegios de Médicos, Sociedades Científicas y Administración están trabajando conjuntamente y la presentan como una “recertificación”: Consiste en un proceso voluntario que los Colegios de Médicos facilitan a sus médicos colegiados mediante el cual se acredita, por períodos de seis años, que la preparación y formación del médico reúne los estándares necesarios para ejercer la Medicina.

Aunque a un nivel muy diferente, también puede servir para entender la “recertificación” o la necesidad de formalizar la necesidad de “reciclarse” la nueva normativa de Mediación Civil y Mercantil que exige a los mediadores “realizar una o varias actividades de formación continua en materia de mediación, de carácter eminentemente práctico, al menos cada cinco años, las cuales tendrán una duración total mínima de 20 horas”.²²

Estos procesos, en una profesión tan preocupada y tan responsable con su propia formación continua como la nuestra, serán una oportunidad para identificar, sistematizar y estandarizar los diferentes aprendizajes.

4. Concluyendo con retos

Aunque este trabajo es personal y no supone posición formal del Colegio Oficial del Trabajo Social de Madrid, sí quiero resaltar algunos aspectos que creo que son fundamentales para la organización colegial y las/os profesionales del Trabajo Social en general en relación a los retos de la formación especializada y la especialización.

- Ahondar y avanzar en el debate de la formación especializada y la especialización profesional por ámbitos en Trabajo Social.

- Continuar trabajando para el reconocimiento político, legal y social del Trabajo Social como profesión regulada y del papel de los Colegios Profesionales.

- El reto de la formación continua y de la acreditación.

- El crecimiento y fortalecimiento de las Sociedades Científicas vinculadas al Trabajo Social.

- Fomentar espacios de generación y gestión del conocimiento también entre trabajadora/es sociales de diferentes ámbitos.

- Trabajar por el derecho a la carrera profesional, al reconocimiento de la docencia y la investigación como funciones primordiales para la mejora de la práctica profesional, la transmisión del conocimiento y el avance de la disciplina.



- Especialmente conectado con el anterior, continuar trabajando conjuntamente desde los ámbitos académico y profesional hacia sistemas más integrados.

- Al igual que lo hacemos en nuestro trabajo, también debemos analizar la situación de la profesión de manera integral y global, teniendo en cuenta tanto los factores coyunturales como los estructurales.

- Y desde todo ese trabajo en alianza habrá que establecer una hoja de ruta, un “mapa” en que se elijan las prioridades en torno a la profesión. Y me permito señalar que hay un reto con lo laboral y otro con continuar fortaleciendo el Trabajo Social como disciplina y profesión.

Una de las acepciones de la palabra involucrar es **“Complicar a alguien en un asunto, comprometiéndolo en él”**, por eso me encanta la parte de la definición del Trabajo Social en que se dice **“el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”** (Consejo General del Trabajo Social, 2012).

Tenemos muchos desafíos sociales y también (como he intentado mostrar a través de estas páginas) profesionales, así que es importante ser conscientes día a día del compromiso con la ciudadanía y de la importancia que adquiere nuestro saber y nuestro compromiso deontológico.

Compliquemos/nos para comprometer/nos con el desarrollo social y la cohesión social.

Notas

1 Normas legales y con datos de Gil: 2004

2 En la Disposición adicional cuarta del Real Decreto 1393/2007

3 Modificaciones que el Real Decreto 861/2010 introdujo al artículo 6 del Real Decreto 1393/2007

4 En Art.9 y Art 12 del Real Decreto 1393/2007

5 Real Decreto 967/2014, de 21 de noviembre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la homologación y declaración de equivalencia a titulación y a nivel académico universitario oficial y para la convalidación de estudios extranjeros de educación superior, y el procedimiento para determinar la correspondencia a los niveles del marco español de cualificaciones para la educación superior de los títulos oficiales de Arquitecto, Ingeniero, Licenciado, Arquitecto Técnico, Ingeniero Técnico y Diplomado.

6 Extraído 19/02/2016 <http://www.unionprofesional.com/recurso-real-decreto-homologaciones/>

7 Extraído 19/02/2016 <http://www.comtrabajosocial.com/noticia/2015/956/recurridas-las-disposiciones-que-no-reconocen-como-profesion-regulada-al-trabajo-social-/#.Vs15Sn3hDGh.ç>

8 Se puede ver la solicitud en la página del Ministerio de Educación: Extraído 18/02/2016 <http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/catalogo/educacion/gestion-titulos/estudios-universitarios/titulos-extranjeros/202057.html>

9 Extraído 19/02/2016 <http://www.comtrabajosocial.com/noticia/2015/943/-satisfaccion-de-las-profesiones-madrilenas-ante-el-anuncio-de-la-retirada-de-la-ley-de-servicios-y-colegios-profesionales-#.Vs104H3hDGg>

10 Datos Memoria 2014 del Consejo General Trabajo Social. Extraído 19/02/2016 <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/memoria%202014.pdf>

11 Extraído 16/02/2016 <https://www.educacion.gob.es/ruct/consultaestudios.action?actual=estudios>

12 Cálculos realizados a partir de los datos de las Memorias del Colegio Oficial Trabajo Social Madrid. Extraído 19/02/2016 <http://www.comtrabajosocial.com/paginas/memorias/>

13 Resolución de 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el Convenio colectivo estatal de acción e intervención social 2015-2017.

14 Extraído 18/02/2016 <http://www.cgtrabajosocial.es/noticias/el-cgts-y-el-cgcees-demandan-una-ley-de-ordenacion-de-profesiones-sociales/2291/view>

15 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

16 Extraído 19/02/2016 <http://www.comtrabajosocial.com/noticia/2015/888/el-colegio-muestra-su-rechazo-a-la-nueva-reforma-universitaria-que-el-gobierno-anuncio-el-pasado-30-de-eneroprobo-el-viernes-30-una-nueva-ordenacion-de-las-enseñanzas-universitarias-oficiales#.Vs7HT33hDGg>

17 Artículos 10 y 15 del Real Decreto 1393/2007

18 Para el ejercicio profesional se requiere la titulación en Trabajo Social y la incorporación al Colegio correspondiente. Estatutos Generales de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales fueron aprobados en el REAL DECRETO 174/2001 y Proyecto de Real Decreto de los nuevos Estatutos Generales de Colegios pendiente de aprobación. Extraído 16/02/2016 <http://www.msssi.gob.es/normativa/docs/RDtrabajosocial.pdf>

19 En 2011 el Consejo General en alianza con la Asociación Trabajo Social y Salud lanzó una campaña por



la Especialidad en Ciencias de la Salud para el Trabajo Social sanitario y un sistema de residencia. <http://www.comtrabajosocial.com/paginas/campana-de-especialidad-y-residencia/>. En la actualidad continuamos reclamando que las/os trabajadoras/es sociales del ámbito sanitario sean considerados personal sanitario.

20 Otra opción (no laboral) son las prácticas no laborales reguladas en el Real Decreto 1543/2011, de 31 de octubre, por el que se regulan las prácticas no laborales en empresas.

21 Este subpunto **La Formación a lo largo de la vida** está basado en el Estudio de Unión Profesional :Desarrollo Profesional Continuo (2013)

22 Art.6 de Real Decreto 980/2013, de 13 de diciembre, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Vázquez, O. (2005). Libro blanco del título de Grado en Trabajo Social. Madrid: ANECA.

Zamanillo, T. (2009). Invitación a un trabajo social reflexivo. In XI Congreso Estatal de Trabajo Social: Trabajo Social, sentido y sentidos.

Bibliografía

Colegio Oficial Trabajadores Sociales de Madrid. Memorias de gestión. Datos Programa de Empleo. Extraído el 12 de febrero 2016 <http://www.comtrabajo-social.com/paginas/memorias/>

Consejo General del Trabajo Social (2012). Código Deontológico del Trabajo Social.

Gil, M. (2004). El protagonismo de la organización colegial en el desarrollo del trabajo social en España.

Múzquiz, G. (dir.) (2013) Desarrollo Profesional Continuo: una herramienta para la movilidad y la internacionalización. Madrid. Unión Profesional.

Recarte, F. y Munuera, P. (comp.). (2008). Retazos de una historia. Veinticinco años del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid. Madrid. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

Rodríguez, A. (2013). Hacia una visión proactiva: el conocimiento en trabajo social como red de seguridad. Servicios sociales y política social, (103), 39-51.

Servicio Público de Empleo Estatal (2015). Guía de Contratos. Madrid. Servicio Público de Empleo Estatal.

Servicio Público de Empleo Estatal (2014 y 2015). Información anual del Mercado de Trabajo de Titulados. Observatorio de las ocupaciones del Servicio Público de Empleo Estatal.

Tezanos, J. F. (2008). La sociedad dividida. Estructura de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas avanzadas. Biblioteca Nueva. Madrid.



CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN EN POLÍTICAS SOCIALES

Fernando Fantova Azcoaga
fernando@fantova.net

“Debe notarse bien que no hay otra cosa más difícil de manejar, ni cuyo acierto sea más dudoso, ni se haga con más peligro, que el obrar como jefe para introducir nuevos estatutos. Tiene el introductor por enemigos activísimos a cuantos sacaron provecho de los antiguos estatutos, mientras que los que pudieran sacar el suyo de los nuevos no los defienden más que con tibieza. Semejante tibieza proviene en parte de que ellos temen a sus adversarios que se aprovecharon de las antiguas leyes, y en parte de la poca confianza que los hombres tienen en la bondad de las cosas nuevas hasta que se haya hecho una sólida experiencia de ellas. Resulta de esto que siempre que los que son enemigos suyos hallan una ocasión de rebelarse contra ellas lo hacen por espíritu de partido; no las defienden los otros más que tibiamente, de modo que peligra el Príncipe con ellas”

Nicolás Maquiavelo, El Príncipe

Resumen

La intervención contiene algunos conceptos, análisis y propuestas elaboradas a partir del estudio de lo producido por las comunidades de conocimiento de referencia y de la sistematización de la experiencia de trabajo en intervención, gestión y política social.

Se parte del análisis del actual momento de las políticas sociales como momento de (amenaza y) oportunidad para las disciplinas y profesiones de la intervención social (como el Trabajo Social) en un contexto de crisis de los cuidados y crisis de los sujetos (entre otras) que pone a las políticas sociales en la tensión de, simultáneamente, recalibrarse y reconfigurarse en el nivel macro y tornarse más personalizadas, empoderantes, relacionales y comunitarias en el nivel micro.

Se postula que estar a la altura de esa (amenaza y) oportunidad pasa fundamentalmente por más y mejor conocimiento para una intervención social de mucho

más valor añadido y de mucho mejor posicionamiento ante la ciudadanía y los diversos agentes relevantes. Por tanto, un conocimiento que permita una potente innovación tanto tecnológica como social.

Se revisan tendencias de referencia y buenas prácticas en gestión del conocimiento e innovación y se hace un análisis crítico del discurso de la innovación (en especial de la innovación social) para terminar planteando algunas propuestas estratégicas de hibridación entre diferentes disciplinas, trabajo sectorial e intersectorial, tecnologías para la intervención social y dinámicas de innovación*.

Palabras clave: Conocimiento, Innovación, Política Social, Intervención Social, Innovación Social, Estrategia.

Key words: Knowledge, Innovation, Social Policy, Social Intervention, Social Innovation, Strategy.

Contexto

Intentaríamos un resumen muy sintético del contexto en el que nos ubicamos (de la mano de Manuel Castells, Ulrich Beck o Anthony Giddens) refiriéndonos a la globalización económica (catalizada en buena medida por los avances de la sociedad de la información y el conocimiento y expresada en gran medida en una economía cada vez más financiera) que ha incrementado enormemente las oportunidades para el bienestar de algunos grupos de seres humanos en el mundo, pero que, a la vez, ha ensanchado las desigualdades y ha multiplicado una serie de riesgos económicos, sociales y medioambientales crecientemente interconectados y complejos y cada vez más difíciles de anticipar y abordar. Un proceso de globalización económica que, a escala mundial, ha impulsado y ensanchado la pujanza de la esfera del mercado frente a las esferas comunitaria, pública o de la iniciativa social.

Esa dinámica de globalización y mercantilización resulta productiva, crea riqueza y, a la vez, contribuye a la movilidad geográfica, transmisión de la información y cambio cultural de las personas y a una individualización de sus trayectorias, de modo que mucha gente puede desembarazarse de determinados controles y estructuras conyugales, familiares o sociales pero, a la vez, pierde vínculos de apoyo, bienes relacionales, solidaridades colectivas o claves de identidad. Y ello ocurre, en un momento, precisamente, en el que las mejoras en desarrollo tecnológico, atención sanitaria y calidad de vida, entre otros factores, hacen que se incremente el número y longevidad de las personas con limitaciones importantes en su autonomía funcional, a la vez que permiten (fundamentalmente a las mujeres) ejercer un control cada vez más eficaz de la natalidad.

El Estado y la Democracia siguen siendo una herramienta imprescindible (entre otras cosas de protección social) pero, en muchos momentos, ese instrumento resulta torpe y se ve desbordado, por decirlo así, por arriba y por abajo. Por arriba, desde el poder opaco e inmenso de determinados agentes económicos, generándose dinámicas de corrupción y deslegitimación que van colocando a las personas con responsabilidad política bajo la consideración,

*Este texto, en algunos pasajes, reutiliza, remezcla y reelabora fragmentos anteriores del autor, de documentación citada en la bibliografía o colgada en fantova.net.



muchas veces, de “élites extractivas” (Acemoglu y Robinson, 2012) por parte de sociedades progresivamente más refugiadas en la vida privada. Por debajo, por la complejidad de nuevos riesgos y procesos sociales de nuestra vida cotidiana a los que no sabe cómo responder y por las crecientes exigencias, en ocasiones desde claves consumistas, de las personas beneficiarias y trabajadoras de los servicios y políticas públicas.

En este relato se subrayan dos elementos que resultan especialmente relevantes para el diseño de políticas sociales: la centralidad de la crisis de los cuidados y el subrayado acerca de la crisis de los sujetos que, en su dialéctica y en sus pactos, alumbraron el Estado de Bienestar. Tanto los fenómenos de más largo aliento como la crisis de los últimos años afectan a las políticas sociales y, por eso se ha hablado de la “doble crisis del Estado de Bienestar” (Taylor-Gooby, 2013). Seguramente, en todo caso, las amenazas externas hacen mella en las debilidades internas e interactúan con una serie de “efectos perversos, apropiaciones indebidas y riesgos morales de las políticas sociales” (Moreno, Luis, 2012: 89). Cabría preguntarse en qué medida el Estado de Bienestar llega a unos límites cuantitativos (por la cantidad de solidaridad que está dispuesta a aceptar el electorado) o cualitativos (por la capacidad del Estado de dar respuesta a determinadas necesidades) sin caer en bucles de colonización o paradojas sistémicas (dobles vínculos o trampas sistémicas).

¿Qué políticas sociales?

Un conocimiento honesto y un compromiso profesional con las políticas sociales han de ser conscientes de su capacidad para contribuir a la construcción de los sujetos sociales y para estar en el corazón del contrato social, del consenso político que nos constituye como comunidad ciudadana. En ese punto, la Política Social sabe que es, legítimamente, objeto de controversia política e ideológica pero, a la vez, intenta presentarse con ciertos perfiles que aspirarían a ser respetados y asumidos por el mayor número de agentes políticos y orientaciones ideológicas que sea posible. Si tuviéramos que identificar esos perfiles que necesita hoy la Política Social, los resumiríamos con tres palabras. Tres palabras que describen o caracterizan la política social en clave universal, integral y comunitaria (Fantova, 2014).

Decimos, en primer lugar, que la Política Social se nos ha impuesto, al menos en alguna medida, como universal o universalista. Artefactos (como las políticas sociales realmente existentes en nuestro país o los de su entorno) con tal consumo de recursos y con tal ambición en su finalidad no pueden ser concebidos de otra manera. Recordando los principios de igualdad, equidad, solidaridad y excelencia, no cabe duda de que las políticas sociales, en alguna medida, son y deben ser entendidas como iguales para todas las personas. No pueden, sin traicionar su esencia, renunciar a su universalidad inclusiva. Deben entender y verificar, por tanto, el bienestar (y los diferentes bienes y dinámicas que promueven y protegen las diferentes políticas específicas y que conducen a él) como un bien público, como un bien que el Estado protege y promueve (al menos en alguna medida), para todas las personas, siendo capaz de personalizar su atención, de gestionar la diversidad, de segmentar o estratificar adecuadamente a la población y de incorporar incentivos.

Hablamos, en segundo lugar, de una política social integral, una política social estructurada. La fidelidad a la realidad y a la racionalidad nos lleva a identificar diversas políticas sociales (la política social general, las sectoriales, las transversales, las intersectoriales) pero, al estudiarlas y construirlas, sentimos con claridad la necesidad de relacionarlas, de entrelazarlas, de ensamblarlas. De ahí la utilidad de las metáforas de la arquitectura, sabiendo que de poco valen por sí mismas las columnas, las vigas o las riostras, si no se engarzan en un edificio bien armado y cimentado. En todo caso, queremos huir de atajos fáciles. La atención integral no se logra deconstruyendo o difuminando las políticas específicas.

El tercer y último rasgo que emerge en nuestro proceso de exploración y estudio de las políticas sociales es el de una política social de enfoque comunitario. Al examinar cada una de las políticas sectoriales, identificamos una pulsión compartida, una tensión común que reclama la incorporación del enfoque comunitario. Más allá de que las diferentes disciplinas que iluminan los procesos operativos de las políticas sociales o de que los consensos internacionales en materia de política social lo propugnen, entendemos que, hoy y aquí, la perspectiva comunitaria adquiere un valor especialmente estratégico para la innovación en políticas sociales. Los bienes relacionales han de formar parte importante de la ecuación y los cambios sociales nos obligan a preocuparnos por la sostenibilidad relacional tanto como lo debemos hacer por la sostenibilidad ecológica o económica, dentro del concepto general de sostenibilidad de la vida. Por eso hablamos de la sinergia entre lo público y lo común. Y proponemos una línea de innovación en políticas sociales que intente experimentar fórmulas y construir relatos en los que la gestión de los bienes como comunes agregue *fuerza y valor* a su gestión como bienes públicos. Es ésta una idea que aparece recurrentemente: iniciativas sociales ensanchando lo público como común y ayudando a las políticas sociales a encontrar más sinergia con los bienes relacionales, con nuestra capacidad y responsabilidad individual para cuidarnos y cuidar, para ayudarnos y ayudar; búsqueda, al final, de sinergias entre agentes que, por último, ayuden a la esfera del mercado a cumplir su función sin colonizar o destruir mundos que debe respetar.

El actual momento de las políticas sociales es, por todo ello, un momento de (amenaza y) oportunidad para las disciplinas y profesiones de la intervención social (como el Trabajo Social), porque la crisis de los cuidados y la crisis de los sujetos (entre otras) ponen a las políticas sociales en la tensión de, simultáneamente, recalibrarse y reconfigurarse en el nivel macro (con un nuevo modelo y posicionamiento de los Servicios Sociales en clave relacional, tecnológica y universal) y tornarse más personalizadas, empoderantes, relacionales y comunitarias en el nivel micro. Estar a la altura de esa (amenaza y) oportunidad pasa fundamentalmente por más y mejor conocimiento para una intervención social de mucho más valor añadido y de mucho mejor posicionamiento ante la ciudadanía y los diversos agentes relevantes. Por tanto, un conocimiento que permita una potente innovación tanto tecnológica como social.

Marco y tendencias en gestión de la información y el conocimiento

En cualquier actividad económica –y de forma especial en el sector servicios– es fundamental la comunicación interpersonal. La obtención, tratamiento y transmisión de la información que supone la comunicación constituye en algunos casos la médula de las operaciones (como en una universidad o en un periódico, por poner dos ejemplos) o, en todo caso, una actividad de gran importancia (como en un restaurante o en una inmobiliaria, por poner otros dos).

Con independencia de la mayor o menor centralidad que pueda tener el procesamiento de información en las actividades operativas en cada sector de actividad, no es menor su relevancia en los procesos de gestión y de gobierno que necesariamente emergen a partir –y al servicio– de dichas actividades operativas. Según el modelo de gestión que hemos propuesto (Fantova, 2005), la información puede ser vista, al menos:

- Como un *contenido* de la comunicación que fluye en y para la coordinación de los agentes implicados.
- Como un *recurso* que es almacenado, gestionado y utilizado de la manera más eficiente posible.



- Transformada –en buena medida– en conocimiento, como un activo estratégico.

Los impresionantes avances de las tecnologías de la información y de la comunicación están transformando radicalmente el funcionamiento en muchos sectores de actividad:

- Multiplicando la capacidad de procesamiento de información (con manejo cada vez más inteligente –inteligencia artificial– de grandes cantidades de datos –*big data*–).
- Integrando de formas innovadoras, flexibles y ágiles esas actividades operativas (por ejemplo de prestación de servicios) con actividades de gestión (como diseño, marketing o producción de conocimiento) y de gobierno (como transparencia informativa, deliberación o toma de decisiones).

Los mantras que escuchamos en esos procesos de innovación tecnológica, organizativa, social y política serían los siguientes:

1. El acceso abierto y el procomún colaborativo.
2. La interoperabilidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad.
3. El funcionamiento distribuido y descentralizado en red.
4. La cocreación y coproducción con participación de la persona usuaria.
5. La hibridación de diferentes tipos de conocimiento.
6. La tracción recíproca, colaboración y sinergia entre los agentes portadores o constructores de esos tipos de conocimiento.
7. Los sistemas tan ligeros, sencillos, intuitivos, visuales, accesibles y amigables como sea posible.
8. La intervención, la gestión y la política basada en la evidencia y el conocimiento.

El conocimiento, el saber, se construye en redes y comunidades en las que necesariamente han de encontrarse personas y organizaciones con perfiles, posiciones y funciones diferentes, cada una de las cuales puede estar más centrada en alguno de los eslabones de la cadena de valor de la gestión del conocimiento. Reivindicamos, por tanto, el estatuto epistemológico de los diversos tipos de saberes: ciertamente de aquel (más teórico o más aplicado) que viene producido por procesos de investigación científica, de base empírica; y también del conocimiento tecnológico o metodológico que surge en los procesos de aplicación o utilización del conocimiento científico y que puede convertirse en innovación cuando es acogido y metabolizado profesional y socialmente.

Subrayamos, asimismo, el valor del saber que procede de la reflexión desde la práctica, recordando a Schön cuando afirma que “el estudio de la reflexión desde la acción tiene una importancia clave. El dilema del rigor o la relevancia puede ser resuelto si podemos desarrollar una epistemología de la práctica que sitúe la resolución técnica del problema dentro del contexto más amplio de una indagación reflexiva, muestre cómo la reflexión desde la acción puede ser rigurosa por propio derecho, y vincule el arte de la práctica, en la incertidumbre y el carácter único, con el arte de la investigación del científico” (Schön, 1998: 73). Si a las políticas sociales corresponde el conocimiento contenido o generado por las disciplinas y ciencias sociales, parece especialmente apropiada para este ámbito afirmar que “amplias zonas de la práctica presentan situaciones problemáticas que no se prestan a la ciencia aplicada” (Schön, 1998: 269). Por ello entendemos que el conocimiento técnico y la consiguiente innovación se forman también por sistematización a partir de la práctica y el saber hacer (*know how*).

Por otro lado, Demetrio Casado recuerda que “el conocimiento científico goza, en nuestra cultura, de muy alto aprecio como referencia para la acción. Pero la ciencia no nos revela el deber ser de las cosas. Los objetivos finales de las acciones formales por bienestar no se encuentran en los conocimientos científicos, sino que hemos de inventarlos a partir de la ideología” (Casado, 2005: 16), haciendo referencia al conocimiento que se contiene en los principios y valores de aplicación más general o específica. Sin olvidar la aproximación estética, el acercamiento intuitivo, el acceso directo a cualidades de lo real mediante una inteligencia –en buena medida– emocional.

Es natural que, entre las personas y organizaciones implicadas en un área de conocimiento, haya una cierta división del trabajo. Parece lógico que el profesorado universitario o de otras instituciones académicas (como los miembros de institutos de pensamiento o *think tanks*), además de formar a su alumnado o audiencia, esté especialmente volcado en la investigación que procesa y produce evidencia y en la elaboración de conocimiento teórico, básico o aplicado. Pareciera normal, también, que profesionales de la consultoría o la asesoría y personas con responsabilidades técnicas o directivas que formulan y evalúan políticas beban de la documentación o literatura científica que los anteriores producen y, a la vez, sistematicen sus reflexiones a partir de la práctica elaborando conocimiento de carácter más técnico (tecnológico, metodológico) e innovador. Con las anteriores personas y organizaciones, a su vez, debieran interactuar quienes toman parte directamente en los procesos de decisión e implementación de las políticas con su saber hacer y su capacidad de reflexionar desde la práctica, aplicando y nutriendo los consensos técnicos o filosóficos de referencia; y, *last but not least*, completaría el cuadro el conjunto de la ciudadanía, portadora también de saberes.

Es necesario que se produzca una hibridación o mestizaje entre las diferentes formas de conocimiento. Además, este carácter híbrido y mestizo del conocimiento en Política Social no sólo tiene que ver con tipos de conocimiento en función de su posición en la cadena de valor. Tiene que ver también con disciplinas, con métodos, con teorías y con áreas de interés (más científico o más profesional) diversas y diferentes en su grado de amplitud o especialización. Para pensar y hacer Política Social necesitamos aportaciones del trabajo o la educación social, el derecho, la sociología, la pedagogía, las ciencias de la salud, la ciencia de la administración o de la gestión, la economía, la psicología, la historia, la filosofía, la geografía, la estadística y la ciencia política. El conocimiento útil acerca de las políticas sociales es un conocimiento híbrido, mestizo y, por tanto, no basta que se construya con materiales de diversas disciplinas sino que es necesario que dichas aportaciones se complementen, interactúen y se modifiquen recíproca y conjuntamente. Este conocimiento más que multidisciplinar será interdisciplinar. Y más que interdisciplinar, en algunos casos, transdisciplinar.

En *La democracia del conocimiento*, Daniel Innerarity se refiere a los “aprendizajes de segundo orden” o “reflexivos”, señalando que “se trata de aquellas transformaciones que cuestionan los criterios, los paradigmas y los marcos” (Innerarity, 2011: 193) y que “las mayores innovaciones [se producen] en espacios híbridos de reflexión y acción” (Innerarity, 2011: 61).

Innovación

Y continuara Innerarity recordando que “mientras que la innovación premoderna era concebida como desviación, exorcizada como heterodoxia o admirada como genialidad, las sociedades modernas se constituyen institucionalizando la producción de la novedad” (Innerarity, 2011: 227). Se ha de recordar la importancia original y la vigencia actual de la visión de la innovación que, desde el campo de la economía, realiza Joseph Schumpeter, quien la expresa en términos de *destrucción creativa* o *destrucción creadora*, muy unida a la capacidad disruptiva de las personas emprendedoras y las empresas en los mercados.



Como recuerdan Javier Echevarría y Lucía Merino, durante mucho tiempo el paradigma dominante de comprensión de la innovación tenía un carácter lineal, de suerte que de la investigación científica venía el desarrollo tecnológico y de éste la innovación (y se habla, por tanto, de I+D+i). Por otra parte, “el paradigma dominante, de origen schumpeteriano, concebía a la sociedad como un ámbito donde las innovaciones se difundían, pero en ningún caso como un agente potencialmente innovador” (Echevarría y Merino, 2011:1032). Podríamos decir que esa visión lineal se ha visto superada por una concepción según la cual se producen sinergias complejas entre los procesos y tipos de conocimiento antes mencionados (intuitivo, filosófico, científico, tecnológico, innovador y práctico).

Cuando se habla de *innovación social* se está hablando de una parte de la innovación, es decir, que el adjetivo social pretende servir para diferenciar la innovación denominada social del resto de la innovación o de otros tipos de innovación. Desde las instituciones europeas se define la innovación social como “el desarrollo y la implementación de nuevas ideas (productos, servicios y modelos) para dar respuesta a necesidades sociales y crear nuevas relaciones o colaboraciones sociales. Representa nuevas soluciones a demandas sociales emergentes que afectan al proceso de las interacciones sociales. Está dirigida a mejorar el bienestar humano” (European Commission, 2013: 6).

Cabría decir que la referencia al bienestar nos permitiría remitir la innovación social a aquel sector de la actividad económica que estaría cubierto por la llamada *política social o acción pro bienestar*. Podría entenderse que, del mismo modo que la Política Social es una parte de la política pública (o que las políticas sociales son una parte de las políticas públicas), la innovación social sería una parte de la innovación (o que las actividades, iniciativas o proyectos de innovación social constituyen una parte de las actividades, iniciativas o proyectos de innovación). Nos hallaríamos ante una convención –discutible– según la cual unas necesidades humanas y ámbitos de actividad económica (y las correspondientes políticas públicas) –como, por ejemplo, las que tienen que ver con la agricultura o la industria– no son sociales y otras –como las relacionadas con la sanidad y los servicios sociales, para poner otros dos ejemplos– sí serían *sociales*. Lo mismo valdría, entonces, para las innovaciones correspondientes, de modo que podría entenderse, al parecer, que las innovaciones *tecnológicas* –a diferencia de las *sociales*– son las que aceptan al mercado como juez supremo y tienden a tener, por tanto, significado o impacto *económico* (en la economía de mercado, se entiende). Aparecería entonces lo social como instancia alternativa, como juez alternativo para reconocer el valor (que sería entonces social y no, por tanto, o no sólo *económico*) a unas determinadas innovaciones o a la innovación, en general, como proceso. Sin embargo, desde esa misma reflexión podemos entender que no hay razón para que una innovación de tipo tecnológico y con valor económico no pueda ser, a la vez, social.

Las consideradas como de *innovación social* suelen ser iniciativas de corte participativo, usualmente vinculadas a innovaciones tecnológicas y comunidades virtuales, impulsadas desde el trabajo en red y la hibridación entre tradiciones y realidades organizacionales (en clave muchas veces de emprendimiento social), planteadas a menudo como proyectos piloto o prototipos que pudieran luego llevarse a una escala mayor. Un ejemplo habitualmente utilizado sería el de los microcréditos impulsados inicialmente por Muhammad Yunus en Bangladés. Yunus, como economista académico interesado en procesos de desarrollo rural, crea una herramienta (un instrumento financiero) que, sin embargo, se revela en muchas ocasiones y contextos como más eficaz que otras formas, más clásicas, de las políticas sociales.

Otro ejemplo interesante sería el del mundo, el discurso, la comunidad y las herramientas del diseño (*design thinking*, la forma de pensar que se usa en el diseño), que extienden su influencia y aplicación, bajo la bandera de la innovación (y frecuentemente

de la innovación social), a *territorios* cada vez más lejanos de sus iniciales dominios. Los planteamientos del llamado *diseño social* ponen el énfasis en la escucha a las personas consumidoras, usuarias o destinatarias (*leading users*) y en general a todo agente (hablándose de innovación abierta, coproducción, y cocreación); promueven intencional, activa, colaborativa y reticularmente la creatividad; juegan con la visualización de los sistemas y las soluciones; y trabajan con procesos de prototipado y experimentación rápida (European Commission, 2013: 7).

La innovación social constituye, en todo caso, una corriente muy heterogénea con aportaciones que, frecuentemente, no se presentan en o para la comunidad institucional y profesional (más tradicional o estructurada) de las políticas sociales, como se comprueba en una reciente revisión de literatura sobre innovación en servicios de bienestar en Europa (Crepaldi y otras, 2012: 6) o en el proyecto WILCO sobre innovaciones en bienestar a escala local a favor de la cohesión (Evers y otras, 2014).

Por otra parte, es bastante común que se afirme que “las innovaciones sociales son innovaciones que son sociales tanto en sus fines como en sus medios. Son innovaciones que no sólo son buenas para la sociedad sino que potencian la capacidad de los individuos para actuar” (European Commission, 2013: 6). Esto hace que se haya llegado a afirmar que el lugar privilegiado para la innovación social sólo es la sociedad civil o incluso la iniciativa social (o tercer sector), entendiendo que el sector público podría, más bien, promover o financiar la innovación social o incorporar sus desarrollos o mejoras. Se asocia muchas veces la innovación social con el emprendimiento social, con la empresa social, con la iniciativa social, con el tercer sector.

Esa es la perspectiva, por ejemplo, de Helmut Anheier y otras cuando afirman que “la idea básica subyacente es que las organizaciones no lucrativas son mejores en las innovaciones sociales que los gobiernos y los mercados” (Anheier y otras, 2014: 20). Según estos autores las estructuras y valores de las organizaciones del tercer sector las hacen muy apropiadas para la innovación social. Así, se refieren a su orientación a las necesidades y proximidad de las personas que presentan dichas necesidades, su posicionamiento de relación compleja con una diversidad de agentes interesados (*stakeholders*) o su ecología interna amigable e inclusiva (los términos utilizados para el resumen son nuestros). Luca Fazzi, sin embargo, cuestiona la que denomina *aproximación ontológica* a la cuestión de la innovación social y el tercer sector, en la cual es la propia definición de los conceptos la que los hace coincidir y señala que “la investigación empírica ha demostrado desde hace años que no basta ser empresa social desde el punto de vista formal para producir innovación y cambio” (Fazzi, 2014: 7).

Sea como fuere, tal como recuerdan Javier Echevarría y Lucía Merino, según el consenso predominante en las instituciones europeas, representado por el discurso de agentes como la Young Foundation o NESTA, (National Endowment for Science Technology and Arts), con precedentes canadienses, “las innovaciones sociales surgen en primera instancia de la sociedad civil” (Echevarría y Merino, 2011: 1 031). Y recuerdan que “Young Foundation fue un apoyo teórico importante para la estrategia política del primer ministro británico Tony Blair cuando creó la Cabinet Office of the Third Sector, que a su vez promovió el Social Enterprise Action Plan en 2006, uno de los grandes referentes en las políticas de innovación social, porque aplicó el concepto de empresa social” (Echevarría y Merino, 2011: 1 034).

Cabe decir, en todo caso, que, posiblemente, en la innovación social, ni están todos los que son ni son todos los que están. Posiblemente, la debilidad principal que tendrían las propuestas de la innovación social reside en su limitada conexión con las aportaciones y métodos de la tradición o la comunidad de pensamiento, investigación y práctica sobre Política Social y acción pro Bienestar. Esto hace que las aportaciones de la innovación social no sean



siempre tan rigurosas (ni en ocasiones tan novedosas) como sería deseable. Por otra parte no es infrecuente que las propuestas de la innovación social tengan un carácter mercantilizador o remercantilizador de la política o intervención social, debido, posiblemente, al frecuente origen o encuadramiento empresarial de las personas que las hacen. No es inusual un salto sin red desde el pensamiento sobre gestión empresarial al pensamiento sobre política pública o intervención social, sin suficiente conciencia acerca de la necesidad de hacerse cargo, intelectual y disciplinadamente, de los requerimientos que supone cambiar de cancha de juego. Ello no quiere decir, sin embargo, que no exista “una visión societaria y no-utilitarista de la innovación social” (Etxezarreta y otras, 2015: 9) de perfil u orientación autogestionaria y solidaria.

Algunas propuestas estratégicas

Para terminar, apoyándonos en lo desarrollado hasta el momento, nos atreveremos a someter a debate algunas recomendaciones o propuestas dirigidas a la comunidad profesional de la intervención social (especialmente Trabajo Social), expresadas quizá de forma poco matizada, como parte de un necesario y deseado diálogo.

Y empezaremos diciendo que entendemos que las disciplinas y profesiones de la intervención social (especialmente, en España, trabajo social, educación y pedagogía social y psicología de la intervención social) deben alinear, unir y multiplicar sus esfuerzos de producción y gestión del conocimiento para la construcción de una intervención social despojada de enfoques residuales y tics asistencialistas, orientada resueltamente a la protección y promoción de la interacción (autonomía funcional e integración relacional) de todas las personas. Ello permitirá fortalecer el sector de los Servicios Sociales y reordenar sus relaciones intersectoriales con otras ramas o pilares de la Política Social. Las y los profesionales de la intervención social deben rentabilizar en términos de conocimiento tanto su posición central en el sector de los Servicios Sociales como su necesaria presencia en otros sectores de actividad y el diálogo y colaboración interdisciplinar que se da desde ambos tipos de situaciones.

Si el objeto de la intervención social es la interacción; si el bien que los Servicios Sociales buscan proteger y promover es ese delicado equilibrio humano entre lo que somos capaces de hacer en nuestro desenvolvimiento cotidiano y los cuidados, apoyos y relaciones familiares y comunitarias; si hacer intervención social es prevenir, paliar o revertir desajustes o desacoplamientos en ese terreno (promoviendo autonomía o red y compensando o complementando con cuidados o apoyos profesionales las limitaciones correspondientes), entonces cabe decir que las tecnologías para la autonomía en el entorno y para la información y la comunicación están llamadas a transformar el núcleo duro del proceso operativo de intervención social, que están llamadas a colocarse en el corazón de la Prestación de Servicios Sociales (Carretero, 2015).

Lejos de pensar que las oportunidades de innovación (tanto tecnológica como social) se levantarán sobre las cenizas de la autonomía de las personas, de las redes primarias, de las organizaciones voluntarias y de la responsabilidad pública, las iniciativas de emprendimiento y desarrollo tecnológico y social en este ámbito deben apostar por el fortalecimiento y sinergia entre autocuidado, apoyos comunitarios y autogestión solidaria en un terreno de juego necesariamente dibujado, a nuestro entender, por una política pública garante de derechos universales. En ese sentido la innovación en intervención y políticas sociales es, necesariamente, innovación en el mix de bienestar y la sinergia entre agentes.

La comunidad profesional tradicional de la intervención social (notablemente encuadrada en actividades de responsabilidad pública de bajo valor económico añadido y referenciada en gran medida a silos disciplinares y colectivos poblacionales percibidos como estancos) debe salir de su zona de (no) confort e ir al encuentro de agentes e iniciativas de emprendimiento e innovación tecnológica y social capaces de generar las experiencias autoges-

tionarias y las empresas emergentes (*startups*) capaces de dar respuesta a los importantes desafíos planteados. La construcción del sector económico de los Servicios Sociales y de su sistema público se necesita mutuamente. La construcción del Sistema Público de Servicios Sociales y la de una comunidad proactiva y sostenible se dinamizan recíprocamente.

Lejos de pensar que se trata de resolver los problemas de las personas mayores (o de cualquier otro colectivo o segmento poblacional segmentado y segregado a la manera tradicional), la innovación tecnológica y social en este ámbito debe comprenderse cuanto antes como una herramienta al servicio de las relaciones intergeneracionales y de la gestión de la diversidad en una comunidad y una buena vida sostenible que se reinventa y se reconstruye sobre nuevas bases tecnológicas y sociales.

Las iniciativas emergentes del ámbito de la acción pro bienestar (con su capacidad de inversión y riesgo para aportar soluciones creativas de rápido crecimiento en escala) deben concentrar buena parte de su esfuerzo en facilitar el diálogo, la interoperabilidad, la recalibración y la integración entre los Servicios Sociales y otras políticas y ámbitos sectoriales (como la sanidad y la vivienda) al servicio de una intervención y políticas sociales centradas en las personas. Recuperamos y reinterpretamos la vieja idea de compactación de servicios y trabajo en red de agentes diversos en el territorio.

Especial importancia tendrá en este apartado de nuestra agenda la construcción de modelos de evaluación y sistemas de gobernanza en los que tengan voz (en expresión de Albert Otto Hirschman), las personas y, especialmente, las personas en situación de mayor vulnerabilidad o exclusión social. Si la Política Social, que busca la inclusión social, gestiona el conocimiento y las decisiones en forma excluyente, difícilmente va a tener efectos inclusivos. Esto, que debiera hacerse por razones éticas, viene urgido, cada vez más, por el puro instinto de supervivencia de un sistema democrático y un modelo social creciente o recurrentemente amenazado por la desafección popular; amenazado en realidad por agentes políticos crecientemente endogámicos y opacos que pervierten y, en ocasiones, secuestran los procesos de toma de decisiones en materia de Política Social.

Las y los profesionales de la intervención social, pese a la amenaza del eterno retorno del asistencialismo punitivo y la insignificancia residual, podemos encontrar en la apuesta individual y colectiva por un salto cualitativo en la dinámica de gestión del conocimiento e innovación tecnológica y social la herramienta y la ilusión necesarias para estar a la altura del reto presente y futuro de transformación de nuestro Sistema de Bienestar.

Bibliografía

- ANHEIER, Helmut y otras. (2014). *Social Innovation as Impact of the Third Sector*. Brussels, European Commission.
- ACEMOGLU, Daron y ROBINSON, James. (2012). *Por qué fracasan los países*. Barcelona, Deusto.
- CARRETERO, Stephanie. (2015). *Technology-enabled services for older people living at home independently: Lessons for public long-term care authorities in the EU Member States*. Sevilla, Joint Research Centre (Institute for Prospective Technological Studies).
- CASADO, Demetrio (dirección). (2005). *Avances en bienestar basados en el conocimiento*. Madrid, CCS.
- CREPALDI, Chiara y otras. (2012). *Work Package 1. Literature review on innovation in social services in Europe (sectors of Health, Education and Welfare Services)*. Bologna, Istituto per la Ricerca Sociale.
- ECHEVERRÍA, Javier y MERINO, Lucía. (2011). “Cambio de paradigma en los estudios de innovación: el giro social de las



políticas europeas de innovación” en *Arbor*, volumen 187 - 752, noviembre-diciembre, páginas 1 031-1 043.

ETXEZARRETA, Enekoitz y otras. (2015). *Innovación social, políticas públicas y economía social y solidaria*. Bilbao, REAS Euskadi.

EUROPEAN COMMISSION. (2013). *Guide to social innovation*. Brussels.

EVERS, Adalbert y otras. (2014). *Social innovation for social cohesion. Transnational patterns and approaches from 20 European cities*. Giesen, WILCO.

FANTOVA, Fernando. (2005). *Manual para la gestión de la intervención social. Políticas, organizaciones y sistemas para la acción*. Madrid, CCS.

FANTOVA, Fernando. (2014). *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid, CCS

FAZZI, Luca. (2014). *Imprenditori sociali innovatori. Casi di studio nel terzo settore*. Milano, Franco Angeli.

INNERARITY, Daniel. (2011). *La democracia del conocimiento. Por una sociedad inteligente*. Madrid, Paidós.

MORENO, Luis. (2012). *La Europa asocial. Crisis y Estado de Bienestar*. Barcelona, Península.

MOULAERT, Frank y otras. (2013). *The International Handbook on Social Innovation. Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research*. Cheltenham, Edward Elgar.

MURRAY, Robin y otras. (2010). *The open book of social innovation*. London, NESTA/The Young Foundation.

SCHÖN, Donald. (1998). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona, Paidós.

TAYLOR-GOOBY, Peter. (2013). *The Double Crisis of the Welfare State and What We Can Do about It*. London, Palgrave Macmill



INNOVANDO DESDE LA INTERVENCIÓN SOCIAL: CLAVES Y EXPERIENCIAS DE ÉXITO

Patricia Bezunartea Barrio

patricia.bezunartea@gmail.com

Resumen

El desarrollo de proyectos innovadores está cada vez más presente en la acción social, para dar nuevas soluciones a necesidades no atendidas o para responder a nuevos retos. Algunas iniciativas desarrolladas hasta el momento con diversos colectivos sociales, nos ofrecen claves de éxito que es interesante analizar para desarrollar procesos de atención y acompañamiento más ajustados a las necesidades de las personas.

Palabras clave: Innovación, Intervención social, Housing first, Atención integral y centrada en la persona, Evaluación, Práctica basada en la evidencia, Derechos Humanos.

Key words: Innovation, Social intervention, Housing first, Comprehensive care and person-centered model, Evaluation, Evidence-based practice, Human Rights.

Introducción

La sociedad está cambiando, la vulnerabilidad social está cambiando, las personas que la sufren están también cambiando, pero el sistema de Servicios Sociales no lo está haciendo en la misma medida y podría quedar completamente desajustado de las prioridades y necesidades de quienes lo necesitan.

En estos momentos, el término “innovación social” está en boca de todo el mundo, tanto de quienes tienen responsabilidades políticas como de quien interviene sobre el terreno (European Commission, 2013). El ser humano siempre ha buscado nuevas formas de resolver sus dificultades, pero en este momento se han unido diversos factores que explican su relevancia en el debate social y político. Por un lado, la actual crisis socio-económica y sus terribles consecuencias y, por otro, numerosos retos socio-demográficos y socio-políticos, como el envejecimiento de la población mundial, la creciente desigualdad, o la sostenibilidad de nuestros sistemas de bienestar, han urgido a buscar nuevas formas de intervenir, nuevas formas de afrontar los retos crecientes.

La Comisión Europea (EC) destaca en la definición del término “innovación” el hecho de que se trata de desarrollar (es decir: imaginar, definir, planificar) e implementar nuevas ideas (nuevas soluciones) para resolver necesidades sociales, dirigidas a mejorar el bienestar humano, partiendo de la relación y la colaboración.

El proceso de innovación social está compuesto por cuatro elementos:

- Identificación de necesidades sociales nuevas, no atendidas o a las que se han dado soluciones inadecuadas.
- Desarrollo de nuevas soluciones en respuesta a esas necesidades.
- Evaluación de la eficacia de esas soluciones a la hora de dar respuesta a las necesidades identificadas.
- Generalización de las innovaciones que han mostrado su eficacia.

Los procesos de innovación social tienen, además, algunos elementos comunes (EC, 2013). Cuando los observamos vemos que son:

- Abiertos: Son flexibles y se orientan a compartir el conocimiento, la tecnología, la acción y sus resultados.
- Multidisciplinares: Orientados a resolver los problemas de forma integrada, más que a dar soluciones por parte de un único departamento o de una única profesión.
- Participativos: Dan poder a la ciudadanía y se basan en modelos de abajo a arriba, más que a la inversa. No están basados únicamente en el saber experto; el conocimiento se construye colectivamente y nadie tiene la exclusiva del “saber”.
- Están enfocados a quien realiza la demanda y a sus necesidades, más que a la oferta disponible de servicios y recursos.
- El apoyo se ofrece “a medida” y de forma personalizada; las soluciones se adaptan a lo que ofrece la comunidad más cercana.

Los proyectos que se describen a continuación, comparten todas estas premisas y las implementan en la práctica con excelentes resultados. De su análisis intentaremos extraer algunas claves para la acción.

En estos momentos, innovar es una exigencia (todavía no institucionalizada) para todo lo que hacemos. Vivimos un cambio de paradigma social, político, económico y cultural que nos dirige inexorablemente hacia nuevas formas de hacer, de intervenir, de participar. En estos momentos conviven paradigmas de intervención tradicionales junto con otros innovadores, con los consiguientes



desajustes (y debates) que eso conlleva. Tenemos tiempo para repensar nuestros proyectos, recursos y servicios en clave de innovación y en clave de mejora continua, pero será un camino que tengamos que transitar queramos o no. Será mejor si gobernamos el proceso.

Algunos proyectos innovadores

Para identificar las claves que la innovación está aportando a la acción social, vamos a describir a continuación algunos de ellos (sin ánimo de ser exhaustivos), de forma que identifiquemos elementos compartidos, que serían exportables a cualquier proyecto social innovador.

1- Housing First: Vivienda y apoyo para personas sin hogar

El modelo “*Housing First*” (la vivienda primero), fue concebido en Nueva York en los años 90 del siglo pasado. Propone una forma distinta de abordar la realidad de las personas sin hogar con mayores necesidades de apoyo.

En concreto, este modelo ofrece a las personas:

- 1- Acceso inmediato a viviendas independientes, diseminadas geográficamente, con garantía de tenencia, sin fecha de finalización y no condicionado a iniciar un tratamiento ni a objetivos de mejora.
- 2- Apoyos continuados, durante el tiempo y con la intensidad que la persona necesite y siempre dirigidos por las elecciones de la persona (autodeterminación).

Housing First sustituye el apoyo centrado en los servicios (apoyo al alojamiento), por el apoyo centrado en la persona (apoyo en el alojamiento). Además, en contraposición con el enfoque tradicional “en escalera” (que exige que las personas desarrollen un proceso hasta estar preparadas para acceder a una vivienda normalizada y permanente), propone un modelo en el que el acceso a la vivienda es el primer paso para comenzar un proceso de mejora. El modelo “en escalera” ha sido duramente criticado en las últimas décadas por dar por hecho que las personas se capacitan gradualmente y sólo cuando esto se produce pueden acceder a un alojamiento autónomo y definitivo. El grado de privacidad, autonomía y libertad, así como la calidad del alojamiento, van aumentando mientras decrece la supervisión y el control. Sin embargo, aquellas personas que no mejoran, quedan atascadas en alguno de los peldaños o vuelven a empezar, a menudo en un albergue, en un centro de noche o, en los casos más extremos, directamente en la calle.

El modelo incluye algunos elementos básicos para luchar contra el *sinhogarismo* (Busch-Geertsema, 2013):

- Desinstitucionalización y descentralización, orientando la prestación de servicios hacia soluciones basadas en la comunidad y el acceso a las redes normalizadas de atención.

- Normalización de las condiciones de vida (incluyendo el alojamiento).
- Individualización de los apoyos.

Los principios básicos en los que se fundamenta el modelo *Housing First* (Semberis, 2010) parten de que:

1. Se considera el alojamiento como un derecho humano fundamental.
2. Exista garantía de tenencia para las personas residentes en las viviendas.
3. Se produzca una separación entre el alojamiento y el tratamiento
4. El alojamiento estará geográficamente disperso y se ofrecerá en apartamentos independientes
5. Exista un compromiso de trabajo con las personas durante todo el tiempo que lo necesiten
6. Es imprescindible mostrar respeto, calidez y solidaridad con todas las personas.
7. La elección y la autodeterminación de las personas es un aspecto central del modelo.
8. Orientación hacia la recuperación y la reducción del daño.

2. Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) en la atención a cuidados de larga duración

Cada vez hay más consenso sobre la necesidad de aplicar modelos integrales y basados en la atención centrada en la persona a quienes precisan de apoyos o cuidados de larga duración. Las transformaciones vividas en los últimos años han modificado radicalmente nuestra sociedad y las necesidades de las personas, lo que nos aboca a redefinir, por obsoletas, algunas de nuestras políticas actuales, en concreto aquellas que se dirigen a las personas mayores en general y a quienes se encuentran en situación de dependencia en especial (OMS, 2015).

Dentro de este marco, se define la AICP como aquella que “promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva” (Rodríguez, 2014).

El modelo se basa en una serie de principios, que parten de que todas las personas somos iguales en dignidad y derechos, pero cada una es única (Individualidad), que estamos constituidas por un conjunto de aspectos biopsicosociales y todos ellos deben ser atendidos simultáneamente (Integralidad) y que, independientemente de la intensidad de los apoyos que necesitemos, nunca



debemos perder el derecho a controlar nuestra propia vida (autonomía), sea directamente o de manera asistida o delegada.

Para hacer posibles estos principios, es necesario que los criterios de intervención estén impregnados de valores éticos.

Con esta base, el modelo integra dos claros referentes teóricos:

- La **atención integral**, que hace necesario un enfoque interdisciplinar y la coordinación entre los distintos servicios y recursos de atención, en sus diferentes niveles y que asume una visión holística de la persona como ser multidimensional. Bengoa (2008) afirma que estos modelos ponen en valor la necesidad de intervenir de forma organizada sobre todos los frentes de forma simultánea, desarrollando “sistemas locales” que rompan la fragmentación entre estructuras, tan común en nuestros modelos de atención.

- La **atención centrada en la persona**, que implica conocer y partir de su biografía, sus intereses o sus preferencias a la hora de planificar, así como con su participación efectiva.

La aplicación del modelo AICP, como muestran los resultados de evaluación realizados, a través de la aplicación de escalas estandarizadas antes y después de la intervención, “consigue mejoras tanto en la calidad de vida de las personas como en la optimización del funcionamiento de los sistemas de atención y los recursos que en ellos se emplean” (Rodríguez, 2014).

El modelo, a través de la aplicación de diferentes metodologías de intervención (gestión de casos, valoración integral, desarrollo de historias de vida y de planes personalizados de atención y apoyo al proyecto de vida, intervención sobre el entorno y utilización de productos de apoyo, desarrollo comunitario, etc.), se concreta en procesos de implantación tanto en atención domiciliaria como en recursos residenciales o de atención diurna. En todos ellos ha mostrado su validez.

3. Punto de Referencia

Se trata de un proyecto de mentoría que facilita a jóvenes ex tutelados la posibilidad de contar con una persona adulta voluntaria de referencia que le acompañe en la emancipación y le ayude en las cuestiones cotidianas.

La entidad facilita el contacto entre el joven y el/la voluntario/a y orienta la relación para que sea lo más favorable posible para ambas partes. El referente ofrece al/a la joven apoyo emocional, lúdico, lingüístico y social, además de un acompañamiento en su inserción laboral y en la búsqueda de una vivienda.

Este proyecto trabaja con la **mentoría** como herramienta de intervención social que promueve la relación entre personas que se ofrecen voluntariamente a proporcionar

apoyo individual a otra persona que se encuentra en situación o riesgo de exclusión. Esta relación se tutoriza por parte de un profesional.

La mentoría es una relación de desarrollo personal en la cual una persona más experimentada o con mayor conocimiento ayuda a otra menos experimentada o con menor conocimiento. El aspecto central es que la mentoría involucra la comunicación y está basada en una relación. Bozeman y Feeney (2007), definieron la mentoría como un proceso para la transmisión informal del conocimiento, el capital social y el apoyo psico-social, percibidos por la persona que lo recibe como relevante para su desarrollo personal y/o profesional. El proyecto se evalúa en torno a cuatro variables: 1) mejora del capital social, 2) mejora del capital competencial, 3) mejora del capital emocional y 4) grado de significatividad de la relación de mentoría. Para ello se recogen datos en el momento en que el/la joven comienza el proyecto, después de seis meses de relación, al cabo de un año y finalmente transcurridos dos años.

Claves de la innovación aplicada a la acción social

Todos estos proyectos (y muchos otros que seguramente aportan elementos altamente novedosos) comparten una serie de características que es interesante analizar de cara a impulsar y generalizar modelos innovadores de atención. Vamos a analizar a continuación dichas claves.

1. Los proyectos innovadores suelen fundamentarse en **enfoques basados en los derechos de las personas**. Plantean la intervención como una obligación moral que tenemos como sociedad con las personas que sufren vulnerabilidad o exclusión. Es esta **base ética** la que permite articular la intervención, darle sentido y valor. Además, son **enfoques basados en las capacidades**, no en las carencias. Pero, como afirman Amartya Sen (2010) y Martha Nussbaum (2012), no hay que considerar las habilidades y competencias que una persona tiene, sino las que puede llegar a tener si accede a los apoyos y recursos necesarios para su desarrollo. Este es el enfoque ético de los proyectos que realmente quieren contribuir a cambiar la vida de las personas.

De la misma manera, los apoyos se prestan desde el **respeto, la calidez y la solidaridad con todas las personas**. Estos elementos son los que permiten crear una relación saludable, positiva y de futuro entre las personas y quienes les prestan los apoyos. Deben estar presentes desde el principio hasta el final del proceso y son una de las principales claves del éxito en la implantación de cualquiera de los modelos/proyectos.

2. Así mismo, todos ellos cuentan con un **marco teórico y metodológico de intervención sólida**, explícita y pública (en muchos casos, incluso publicado). La innovación social debe contar con unos mimbres teóricos (seguramente también innovadores) que aporten una vi-



sión clara a las potenciales implementaciones del modelo o proyecto. Todos los proyectos referenciados identifican claramente un marco referencial y una metodología de intervención que da garantías a la implementación y que posibilita la evaluación de los resultados.

3. La persona en el centro

“Hace veinte años ¿quién hubiera imaginado que la solución más humana y efectiva para acabar con el sinhogarismo vendría directamente de las personas que viven en las calles, personas desamparadas, desorientadas y vulnerables? Primero tuvimos que aprender a no dejar que nuestros supuestos se interpusieran en la escucha de sus necesidades. Todo lo que tuvimos que hacer fue preguntar y escuchar lo que nos decían”

Sam Tsemberis y Stephanie Le Melle.

Informe Final de Pathways to Housing 2007

El éxito de las iniciativas innovadoras está en buena medida basado en la idea de que las **personas son capaces de definir sus propias metas**. A menudo a los profesionales nos invade un sentimiento de que esto no es posible, pero la evidencia prueba que sí. Las personas que sufren una situación de exclusión o de vulnerabilidad conocen cuáles son sus necesidades y tienen preferencias claras sobre cómo orientar sus vidas y su recuperación. En atenderlas, respetarlas y basar en ellas el proceso de acompañamiento y apoyo, se basan estos modelos.

4. Una de las claves de estos modelos de atención es lo que he llamado **“las cuatro ‘i’ del apoyo”**. En todos ellos se trata de un apoyo **intensivo**, durante el tiempo y la intensidad que la persona necesite; **incondicional**, no supeditado al cumplimiento o no de una serie de requisitos o exigencias y aceptando radicalmente el punto de vista de la persona. Hay que tener en cuenta que cuando las personas están peor (cuando aparece una crisis, una recaída, un conflicto), es cuando más necesitan esta incondicionalidad en el apoyo. Es importante señalar, que esta falta de exigencia externa no correlaciona con un empeoramiento de los objetivos de intervención. Muy al contrario, los procesos de apoyo incondicionales provocan una alta exigencia interna y una mejora global de la satisfacción y la calidad de vida de las personas. Además, el apoyo es **ininterrumpido** y continuado, de largo alcance y siempre respetando los procesos de las personas... Por último, el apoyo es **integral** y se presta mediante la metodología de la gestión de casos.

La *Case Management Society of America* (2008). define la gestión de casos como el proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, facilitan, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades (...) de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos.

La gestión de casos promueve:

- Que la atención no se interrumpa, que se preste de forma continuada, integrando servicios y recursos.

- La interacción y la interrelación entre el profesional y la persona que necesita apoyo, a través del conocimiento, la promoción de la autodeterminación y la autonomía, etc.

- Que el apoyo se oriente a dar respuesta a las necesidades (objetivadas o sentidas) de la persona.

- Que se trabaje con las fortalezas y las capacidades de las personas.

- Que el/la profesional sea un/a facilitador/a, ya que la persona se hace cargo de su vida y sus decisiones.

5. Los distintos proyectos tienen **una única entrada en el sistema**, adoptando modelos de “ventanilla única” y promoviendo procesos de coordinación e **integración de servicios**. La literatura europea existente (EC, 2015), ha documentado las ventajas de la integración, entre las que destacan:

- La existencia de opciones políticas adaptadas, flexibles y eficaces.

- Una mayor eficacia y eficiencia al compartir el conocimiento.

- Mayor capacitación, así como mejores recursos para los distintos actores.

- Aumento del desarrollo de las capacidades y de la innovación.

- Mejores respuestas a los retos (por ejemplo, en la coordinación y en el equilibrio en la provisión de servicios).

6. Son proyectos que se **orientan hacia la normalización**, alejados de las soluciones puntuales y/o de emergencia, que incorporan a las personas en las redes normalizadas de atención (primaria o especializada), que favorecen la creación contextos normalizados y normalizadores. Se trata de promover el ejercicio de la plena ciudadanía, con todo lo que conlleva de derechos y responsabilidades. Hay que tener en cuenta que, para ejercerla, es necesario hacerlo en el contexto de las redes comunitarias (Ramos, 2014), por lo que, en los proyectos innovadores, los apoyos se originan y se desarrollan en el contexto más próximo a la persona. Es este **enfoque comunitario**, que activa redes y recursos de proximidad, el que ofrece oportunidades de mejora a las personas y el que responde integralmente a su necesidad de apoyos, recursos, servicios, relaciones e inclusión social.

7. Uno de los puntos críticos de la innovación, es contar con un **equipo competente**, capaz de hacer frente a los retos que plantea este tipo de proyectos, a la exigencia e incertidumbre que generan. Igual que nos encontramos ante un cambio de paradigma en la prestación de los apoyos, estamos ante un cambio del rol profesional. Rapp y Goscha (2006) plantean seis principios básicos de la intervención que el/la profesional debe compartir y por los que debe velar:



1. Las personas pueden recuperarse, reclamar y transformar sus vidas.
2. Es importante centrarse en las fortalezas individuales.
3. La comunidad es una fuente de recursos, no una barrera.
4. La persona es quien dirige su propio proceso de ayuda.
5. La relación entre el cliente y el/la profesional es básica y esencial.
6. El principal espacio para intervenir, es la comunidad.

Hablamos de la necesidad de reconfigurar un nuevo rol profesional que promueva competencias relacionadas con la adquisición de saberes teóricos o conceptuales, saberes prácticos o procedimentales y saberes éticos o actitudinales (SEGG, 2013), desde una actitud crítica y auto reflexiva y al servicio de las necesidades de las personas.

8. Además, hablamos de proyectos **evaluados y basados en la evidencia**. Como hemos dicho, la innovación puede considerarse como tal, cuando es capaz de mostrar que funciona. Todos ellos ponen en valor resultados obtenidos a través de sistemas rigurosos de evaluación pre y post intervención. Vamos a hacer un recorrido por los principales resultados de los tres proyectos/modelos descritos anteriormente:

En 2014, RAIS Fundación (www.raisfundacion.org) puso en marcha el Programa Hábitat, como experiencia de implantación de la metodología Housing First en España. Esta iniciativa está dirigida a personas que, por la complejidad de su proceso de exclusión, quedan fuera de los sistemas tradicionales de atención, viven de forma estable en las calles y sufren problemas de salud mental y/o discapacidad, y/o adicciones.

Los resultados después de su primer año de trabajo muestran los siguientes resultados:

- La calidad de vida de las personas ha mejorado notablemente durante el proceso.
- El 100 % de las personas participantes han permanecido en la vivienda.
- Las personas sufren menos agresiones, insultos, vejaciones y su sensación de seguridad ha mejorado notablemente.
- Muchas de las personas han recuperado las relaciones familiares y ha disminuido su sensación de soledad.
- El coste de Hábitat por persona/día es de 34 €, similar o menor que el de otros recursos de la red de atención,

pero con una intervención más intensa y más efectiva.

- La Fundación Pilares para la autonomía personal (www.fundacionpilares.org), está desarrollando el proyecto “Cuidamos Contigo”, aplicando el modelo de atención integral y centrada en la persona en la atención domiciliaria a personas con altas necesidades de apoyo que cuentan con cuidadores familiares. Entre los principales resultados de su primer año de implementación destacamos:

- Varios indicadores relacionados con la dimensión emocional de las personas mejoraron tras la intervención. Por ejemplo, la sintomatología depresiva se redujo del 24,4 a 19,9.

- El aislamiento social percibido pasó del 9,9 (en la medición pre) al 8,7 (en la medición post), encontrándose disminución en los sentimientos de soledad y aislamiento.

- En relación con la satisfacción percibida en las personas, se han encontrado valoraciones muy positivas respecto al programa, obteniendo una media de 4,5 puntos sobre 5, no valorándose en ningún caso por debajo de 3. Un 70,5 % afirma que el programa ha contribuido a aumentar de alguna manera su bienestar. En el caso de la figura del/de la gestor/a de caso, la valoración de las personas también ha sido satisfactoria. Los aspectos más valorados de la figura del gestor de caso, han sido: el seguimiento realizado, la confianza y la cercanía, la humanidad y la comprensión.

- La valoración general del programa por parte de los cuidadores familiares, ha sido de 4,7 sobre 5, obteniéndose un 92,9 % de personas cuidadoras que afirman estar muy o bastante satisfechas con el programa. Las personas cuidadoras destacan la calidad de la información facilitada (con una media de 5 sobre 5) el acceso a otros servicios y recursos (con una media de 4,8 sobre 5) y la escucha y comprensión (con un 4,7 sobre 5). Además, los cuidadores principales se sienten apoyados con respecto al cuidado de su familiar (una media de 4,4 sobre 5) y han reducido su malestar (con una media de 3,7 sobre 5).

- El peso porcentual de personas que se declaraban muy satisfechas con los cuidados que procuran a su familiar ha pasado de representar un 8,3 % a un 33,3 %.

Entre los resultados de la evaluación del proyecto Punt de Referència (www.puntdereferencia.org), obtenidos tras las sucesivas oleadas de evaluación, destacamos que el 75 % de los jóvenes se siente más autónomo, el 81 % ha valorado positivamente recibir consejos y el 75 % ha recibido ayuda en sus estudios y piensa que el proyecto le servirá para encontrar trabajo.



Algunas conclusiones y retos para el futuro

Del análisis de las experiencias mostradas, cabe destacar las siguientes cuestiones que, desde mi punto de vista, deberían transformarse en retos de futuro que sería necesario abordar para que la innovación dejara de ser una cuestión puntual y, en ocasiones anecdótica.

Partimos de una deficiente integración de servicios, tanto entre distintas redes de atención, como dentro de cada una de ellas. Hay graves dificultades de coordinación y falta regulación normativa y un enfoque global de necesidades. Es necesario que la innovación forme parte de la estructura de las políticas públicas.

Por otro lado, todavía encontramos falta de sensibilidad por parte de quien toma las decisiones, y de quien las pone en práctica, sobre la necesidad de dar una respuesta verdaderamente integral a las necesidades de las personas. El foco mayoritario de los apoyos sigue estando basado en los déficits (y no hacia las capacidades de las personas).

Falta flexibilidad en los centros y servicios para adaptarse a las necesidades cambiantes de las personas. La atención está orientada a cumplir con los protocolos, a hacer las cosas “como se han hecho siempre”, y no hacia las personas y sus necesidades. Seguimos con modelos centrados en los servicios y no en la persona.

También encontramos un déficit de capacitación en los equipos en relación con los procesos de innovación. Se producen, en general, resistencias al cambio y escasa autocrítica.

También encontramos un déficit de enfoque comunitario, de conexión de los centros y servicios con el entorno. Los centros están aislados y no aprovechan lo suficiente las sinergias y las oportunidades que pueden ofrecerles los contextos en los que se ubican.

Sin embargo, se percibe una creciente conciencia política y social hacia la necesidad de poner en marcha modelos innovadores. A pesar de ello, esto se está produciendo fundamentalmente en el nivel *macro* (normas, planes, directrices, etc.) y en el *micro* (a través de algunas iniciativas de implantación exitosas); faltaría por desarrollar el nivel *meso* (el de los programas y los recursos) para terminar de articular este cambio.

Además, cada vez está más integrado el enfoque a derechos en todos los ámbitos de nuestra sociedad (e incluso está siendo reforzado en el contexto internacional). Este hecho está presionando ya hacia un cambio de modelo y cuestionando las estructuras actuales, fomentando la incorporación de modelos innovadores.

Son muchos los retos y las necesidades. La innovación nos proporciona, desde la práctica, algunas de las soluciones.

Bibliografía

BENGOA, Rafael. (2008). “Innovaciones en la gestión de enfermedades crónicas” JANO, N° 1 718.

BUSCH-GEERTSEMA, Volker. (2013). *Housing First Europe Final Report*.

EUROPEAN COMMISSION (2013): *Guide to Social Innovation*.

EUROPEAN COMMISSION. (2015). *Literature review and identification of best practices on integrated social service delivery (Part 1)*.

NUSSBAUM, Martha. (2012). *Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano*. Ed. Paidós. Barcelona.

RAPP G. y GOSCHA, R. (2006). *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*.

RODRÍGUEZ, Elena; CARRERAS, Ignasi; SUREDA, Marta. (2012). *Innovar para el cambio social. De la idea a la acción*. ESADE, PWC.

RODRÍGUEZ, Pilar. (2013). *La Atención Integral y centrada en la persona*. Colección Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal, n.º 1.

RODRÍGUEZ, Pilar y VILÀ, Antoni (Coords.). (2014). *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y Práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. Ed. Tecnos.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence*.

SEGG. (2013). *Documento de consenso sobre competencias comunes de los profesionales de la Gerontología Clínica y Social*.

SEMBERIS, Sam. (2010). *Housing First. The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*, Ed. Hazelden.

SEN, Amartya. (2000). *Desarrollo como libertad*. Ed. Planeta. Barcelona.



¿ES POSIBLE INNOVAR EN LA ADMINISTRACIÓN? DECÁLOGO PARA UN TRABAJO SOCIAL INNOVADOR EN LA ADMINISTRACIÓN

Jose Ignacio Santás García
Trabajador Social
santagji@madrid.es

Resumen

La innovación es un proceso por el que las organizaciones son capaces de autogenerar valor. La Administración, como actor principal y garante de los derechos ciudadanos tiene la obligación de adaptarse a las necesidades de las personas y, por lo tanto, innovar en aquellos campos que coadyuven a su bienestar. El Trabajo Social, como disciplina que “promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas”, debe jugar un papel activo en la innovación dentro de las organizaciones en las que se desarrolle, máxime en el caso del sector público.

Palabras clave: Innovación, Trabajo Social, Administraciones Públicas.

Keywords: Innovation, Social work, Public Administration.

1.- Introducción: Innovar

Innovar puede definirse como un “nuevo proceso complejo que aplica nuevas ideas basadas en el conocimiento para generar valor a la organización” (OCDE, 2010). Esta definición enfatiza la idea principal que tiene la innovación: GENERAR VALOR, en cualquier sector, ya sea éste privado o público.

Por ello, la innovación (ya sea creativa, evolutiva o adaptativa) continua debe ser una exigencia para cualquier organización que aspire a sobrevivir.

Normalmente se distinguen tres tipos de innovación:

- En los Productos o servicios: Desarrollar nuevos productos, mejorar o adaptar los existentes.
- En los Procesos: Hacer algo de manera diferente. Este tipo de innovación es la más barata, ya que no requiere

de grandes inversiones, sino de, en la práctica, realizar un análisis de procesos y reflexionar en clave de optimización o adecuación de los mismos, ya sea desde la óptica profesional o de la ciudadana, de manera directa (tiempos de tramitación de prestaciones, por ejemplo), como indirecta (por ejemplo reduciendo costes profesionales).

- En la Gestión: Nuevas formas de dirigir la organización.

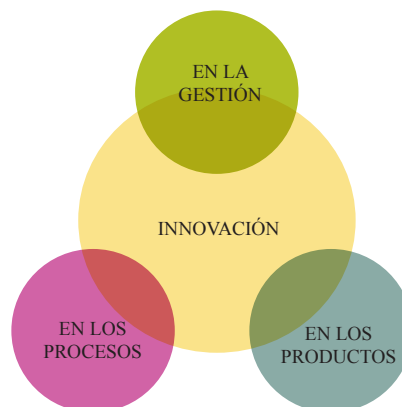
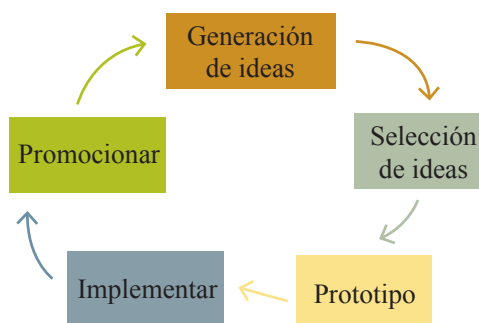


Gráfico 1: Tipos de innovación.

El éxito de la innovación depende de muchos factores. Uno de ellos es el proceso o ciclo que se desarrolle. A continuación se expone el Ciclo de la Innovación que debería seguirse y que tiene profundas similitudes, tanto con el Método Científico (Observación-Formulación de hipótesis-Experimentación-Conclusiones) como con el Método Básico del Trabajo Social (Estudio-Diagnóstico-Planificación-Ejecución-Evaluación):

- Generación de ideas, que es mucho más rica cuando se hace en grupo.
- Selección de ideas, o priorización según los intereses de la organización.
- Prototipar: Es necesario hacer una prueba a pequeña escala.
- Implementación o desarrollo del proyecto.
- Promoción del mismo (evaluación y rediseño de nuevas estrategias).



Gráfica 2: EL ciclo de la innovación.



2.- Innovar desde la Administración

Definimos la innovación administrativa como el conjunto de técnicas y buenas prácticas llevadas al entorno de la atención ciudadana y la gestión administrativa y burocrática de nuestros procedimientos y expedientes administrativos que nos permite pensar y ver de forma diferente la racionalización y simplificación de nuestras actuaciones administrativas en pro de una administración ágil, con una cultura de orientación al servicio, transversal, eficiente, proactiva e innovadora (Cerezo, 2014).

La principal razón de existir de las Administraciones es servir a la sociedad. Una sociedad que se encuentra en cambio permanente, a un ritmo vertiginoso: el más acelerado de la historia de la humanidad. Por ello, si la Administración no cambia no podrá realizar ese cometido.

Por ello, la apuesta por lo público, por la “cosa de todos”, no puede quedarse en posiciones teóricas o reivindicativas: la práctica que llevan las Administraciones Públicas (AAPP) de cualquier nivel (Estatal, Autonómica o Local), varían en cuanto a la respuesta que dan a las necesidades de la ciudadanía (en productos, procesos y formas de gestión), y sólo un mayor protagonismo de ésta podrá mantener esta función de garante del Bienestar Social que tiene la Función Pública. De ahí la necesidad de realizar un análisis integral de las prácticas de las AAPP desde la centralidad de la atención ciudadana como base para la innovación.

Y el cambio que debe realizar no tiene por qué significar tomar otra forma distinta: es flexibilizarse y estar preparada para evolucionar: la innovación debe pasar a ser parte del genoma de la Administración Pública.

En el actual contexto social europeo es necesario romper con el conflicto basado en la dicotomía “empresas que sólo piensan en el lucro vs administración incapaz”. La colaboración en la sociedad, requiere de la implicación de los diversos agentes entre los que las AAPP deben participar de manera importante y coordinada:

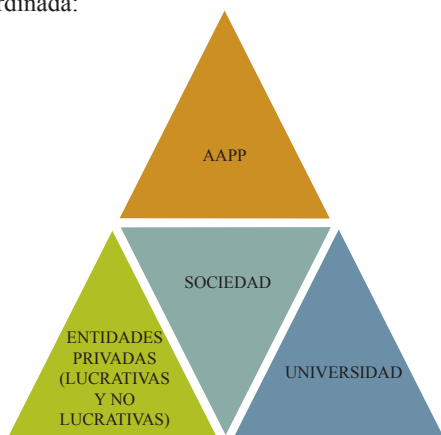


Figura 3: Agentes implicados en los procesos de innovación sociales.

La apuesta por lo público, que pasa por la innovación, en la Administración Pública, vuelve a ser una exigencia más que necesaria: en caso contrario, estamos dando la razón a quienes creen que la única salida es la externalización o privatización.

Para ello, es necesario partir de dos cuestiones fundamentales:

- El mayor activo que tiene la Administración y las organizaciones son las personas. La tan a veces criticada estabilidad del personal es precisamente el valor que permite disponer de un activo con margen de esfuerzo a largo plazo.
- Por otro lado, se da una paradoja: las mejores ideas provienen normalmente del personal que está más cerca de las actividades operacionales. Por ello, es necesario romper el GAP entre dirección (capacidad ejecutiva) y el personal (conocimiento del día a día y oportunidad para detectar, proponer e implementar). La jerarquía debe optar por sistemas de gestión más líquidos y permeables, incluyendo modelos de comunicación bidireccional.

Y sin embargo, ¿qué está pasando? Pues que la Innovación está convirtiéndose en un término manido, vacío de acciones reales, que en muchos casos se quedan en la creación de oficinas y departamentos así nombrados, pero que son incapaces de generar cambios generales en la forma de ejecución de las Administraciones Públicas, especialmente debido a la ausencia de voluntad política clara, estable y duradera, que requiere:

- Un cambio en la mayoría de hábitos para atender los problemas: requieren nuevos abordajes.
- Dar importancia a las personas y los contenidos en la nueva comunicación frente a las inercias consolidadas, creando entornos de confianza que promuevan la autonomía, donde profesionales y ciudadanía no sean sólo consumidores sino “prosumidores”, y, por lo tanto, productores de contenidos.
- Dejar de desaprovechar el gran capital de conocimiento que está dentro de sus profesionales. No hay innovación sin ideas, y no hay ideas sin profesionales motivados.
- Aplicar metodologías de la colaboración y funcionamiento en red para afrontar los nuevos retos.
- Modificar las estructuras hacia modelos más líquidos y menos verticales.

En definitiva, asumir que el gran reto de la Sociedad de la Información y el Conocimiento (en adelante SIC), que es abordar una cultura organizativa diferente, afrontar sin miedos el uso compartido de la información y los recursos, desde una horizontalidad desjerarquizada, y la confianza en que las personas y el



conocimiento compartido pueden generar un aprendizaje y evolución continuados (Crovi 2007).

Ante la pregunta ¿es posible?, la respuesta es SI. De hecho, se conocen experiencias en varios lugares. En este sentido, y sobre la base de la búsqueda de ideas entre el propio personal (intraemprendimiento), una buena práctica fue el Concurso “Innovando Juntos”, iniciativa del Área de Gobierno de Economía, Hacienda y Administración Pública del Ayuntamiento de Madrid. Este concurso se convocó en junio de 2014, bajo el reto de aprovechar la experiencia y el conocimiento del personal municipal para la mejora de los servicios públicos y su aplicación práctica.

Los objetivos específicos fueron:

- Promover la participación del personal.
- Crear sentimiento de pertenencia a la organización.
- Aprovechar el talento interno.

En el concurso podía participar la totalidad de la plantilla del Ayuntamiento de Madrid (más de 28 000 personas), en diferentes fases:

Fase 1: Aportación de ideas. Se presentaron un total de 287 ideas, de las que se seleccionaron 100 y a su vez, pasaron a un jurado que redujo a 20 las ideas semifinalistas mediante informes de las áreas implicadas en cada uno de ellas.

Fase 2: Toda la plantilla tuvo un periodo de votación entre esas 20 ideas, pasando a la fase de “finalistas”, cinco. Fue el caso del Proyecto de Acceso y Uso de los Servicios Sociales a través de las TIC, que es conocido como “Proyecto de aplicación de las TIC a los Servicios Sociales”, en actual implementación en Atención Social Primaria.

Estos 5 finalistas formaron cinco equipos que participaron en una formación sobre diversos modelos y herramientas para innovar, como las siguientes:

- DAFO-CAME (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades para Corregir-Afrontar-Mantener-Explorar).
- Blueprint (diseño de proyectos).
- Customer Journey Map (análisis del servicio desde el usuario).
- CANVA (lienzo en inglés) o infografías como técnicas de presentación de proyectos, etc.

Fase 3: Presentación de los proyectos ante un jurado en una sesión pública para, posteriormente, hacer público

el reconocimiento al mejor proyecto. El Proyecto de Acceso y Uso de los Servicios Sociales a través de las TIC no quedó como ganador del proyecto, pero obtuvo el compromiso de ser desarrollado por parte de la Corporación Municipal por haber quedado finalista. Esta decisión produjo que arrancase su implementación en los primeros meses del año 2015.

3.- Innovación y tecnología

La innovación más simple y más inmediata, es la innovación tecnológica. Introducir tecnología nueva es cotidiano, también en las AAPP. Pero esa tecnología no debe servir para tecnificar un procedimiento: debe permitir innovar en el procedimiento y trámite o perderemos la mayor parte de las ventajas que la tecnología nos puede aportar. El siguiente escalón de innovación, en dificultad, es el organizativo. La innovación organizativa llevará más tiempo que las anteriores, pero es necesaria para que el impulso conseguido con la innovación tecnológica y de procedimientos se mantenga y se extienda. Pero la innovación más difícil, pero la más importante, es la innovación en las personas. Cuando las personas asumen por sí mismas la actitud innovadora, es cuando podemos decir que la innovación pasa a formar parte del genoma de la Organización (Ortiz de Zárate, 2013).

No cabe duda que la tecnología juega un papel fundamental en nuestra sociedad actual. De hecho, el Libro Verde de la Unión Europea sobre la Sociedad de la Información apuntaba en 1996 que “estamos viviendo un periodo histórico de cambio tecnológico, consecuencia del desarrollo y de la aplicación creciente de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación. Este proceso es diferente y más rápido que cualquiera que se haya presenciado hasta ahora”: las Tecnologías de la Información y la Comunicación (en adelante TIC), no sólo han revolucionado nuestros contextos más próximos (domésticos y familiares), sino también los laborales y sectores más amplios como la Economía, la Política, la Sanidad y los Servicios Sociales, entre otros muchos: su omnipresencia es tal que ya no es posible concebir ninguna disciplina -como el Trabajo Social- sin la implementación de las TIC ni existe posibilidad de volver al escenario anterior.

Sin embargo, no debe confundirse innovación con TIC. Existen experiencias innovadoras que no requieren ningún desarrollo tecnológico, como, por ejemplo, la realización de visitas a domicilio en formato de bloque (Santás, 2008), experiencia que recibió un reconocimiento como “Buenas Prácticas” por el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid en el año 2011.

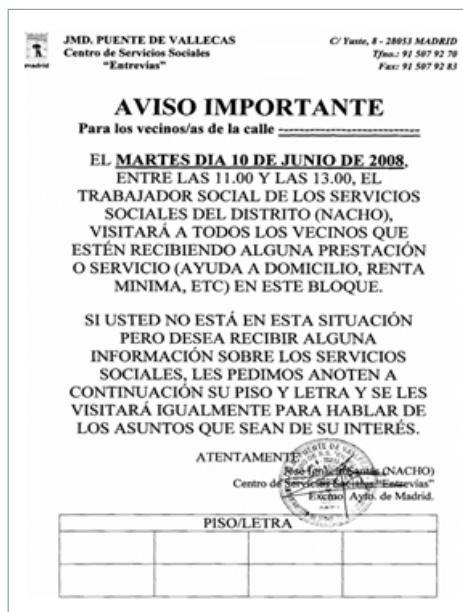


Imagen: foto del cartel usado en las Visitas de Bloque.

Realmente existe el peligro de innovar usando la tecnología y quedarse varado en ella: no es necesario hacer un uso compulsivo de la misma, ya que ello puede resultar un gran desperdicio de recursos materiales, técnicos y humanos. Todos conocemos aulas de informática en desuso, o grandes almacenes de chatarra informática formados por grandes ansias innovadoras basadas en la adquisición de tecnología.

El valor, por tanto, de las TIC en procesos de innovación, es tal, en tanto en cuanto soportan procesos y habilitan nuevos servicios para las unidades de gestión y para la ciudadanía, aunque no hay que perder de vista la ganancia económica de su implementación, para la cual bastarán sólo dos datos que aporta un Informe de Telefónica en 2011: por cada trámite electrónico vs presencial, se ahorran 75 € y por cada envío electrónico vs papel, se ahorran 0,42 € por trámite.

Ejemplo de ello es la implementación del proyecto de Implantación de las TIC en Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Madrid. Este proyecto tiene cuatro líneas de acción:

• **LÍNEA 1.-** Se modificará la aplicación informática empleada en los Servicios Sociales municipales del Ayuntamiento de Madrid: CIVIS. Esta aplicación, actualmente accesible únicamente por intranet, será convertida en una plataforma, a través de la cual los y las usuarios/as podrán acceder a perfiles propios, consultar el estado de sus prestaciones, recibir información de interés según su perfil, e interactuar con su profesional de referencia.

• **LÍNEA 2.-** De igual forma, los Centros de Servicios Sociales ofrecerán talleres de capacitación tecnológica a las personas con necesidad de ella, y para ello seguirán protocolos de captación de personas con el perfil

adecuado para ello derivándoles a los recursos disponibles a tales efectos. En estos talleres se priorizará el aprendizaje de uso de smartphone utilizando el wifi de los Centros de Mayores, de libre acceso.

• **LÍNEA 3.-** Los y las trabajadores/as sociales dispondrán de tablets para las visitas a domicilio. Ello posibilitará la cumplimentación de los baremos de valoración funcional a través de los cuales se regula la intensidad de los servicios domiciliarios, además de otros baremos, citar, cumplimentar registros o consultar las historias sociales en línea desde el propio domicilio.



Figura 3. Tablet usada por los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

• **LÍNEA 4.-** La labor realizada por los Servicios Sociales será visibilizada desde el Área de Gobierno, creando los cuaces oportunos dentro de la web corporativa y los perfiles en Redes Sociales municipales.

4.- Decálogo para innovar desde el Trabajo Social en la Administración

El Trabajo Social cuya función es promover el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y liberación de las personas (FITS, 2015) en la AAPP, tiene un compromiso aún mayor con la innovación:

- En primer lugar, porque se realiza mayormente en el campo de la praxis, en contacto con la ciudadanía.

- En segundo lugar, porque esta posición en ocasiones de “frontera” entre la institución y la ciudadanía, obliga a la adaptación de ambos entornos.

- En tercer lugar, porque su compromiso con las personas más desfavorecidas, exige hacer un esfuerzo aún mayor porque éstas no queden excluidas de aquellos ámbitos, como el caso de las TIC, que puedan llevar a su inclusión social.

Además, el/la trabajador/a social tradicionalmente se ve desempeñando su labor en espacios y condiciones no precisamente favorables, que obligan a la incorporación de acciones imaginativas para favorecer a la ciudadanía. La disciplina del Trabajo Social se ha caracterizado, al desarrollarse en lugares complejos, por



desarrollar acciones imaginativas e innovadoras desde sus primeros momentos, pudiendo encontrar ejemplos de ello desde los orígenes formales del nacimiento de la propia disciplina y del Trabajo Social Comunitario en la Hull House (Jane Adams) a finales del siglo XIX.

Con la finalidad de ofrecer un resumen, he querido reunir diversas buenas prácticas o consejos a modo de decálogo o “mandamientos” para profesionales del Trabajo Social en la Administración que a continuación expongo de manera sencilla:

1.- Confiarás en la autodeterminación del/de la ciudadano/a. Tú acompañas, asesoras, informas..., pero quien decide, es él/ella. Puedes controlar las prestaciones, pero no a las personas. Ante la duda, aplica el “In dubio pro reo”: la norma en beneficio de la persona.

2.- Ejecutarás el principio de inter e intraoperatividad administrativa: No pedirás más papeles de los necesarios. Los paseos y molestias innecesarias deterioran la imagen de cualquier servicio público y lo alejan de la ciudadanía.

3.- Te arriesgarás. Está permitido equivocarse. La administración ofrece un margen de estabilidad amplio: aprovéchalo para la innovación. No hacer locuras no significa que no puedas innovar, pero para volar, hay que saltar.

4.- Actuarás con autonomía profesional: No harás más preguntas que las necesarias, ni busques o interpretes la ley en sentido restrictivo. Innovar requiere cierta dosis de riesgo. Excederte en la petición de permisos puede que te lleve a no hacer nada más de lo que se te pide.

5.- Confiarás en el grupo: La identidad se construye con los otros. Está demostrado que se aprende más del compañero que del maestro: tu criterio carece de valor frente al del que es considerado como igual: reúne a ambos. Recupera la interacción grupal como metodología para la superación de las dificultades.

6.- Trabajarás en equipo. El equipo debe tener margen para proponer, para realizar y para equivocarse. El hipercontrol mata la innovación, no lo olvides, si no dejas que la gente decida, no te quejes después de que te pregunten todo. Ayuda a tu equipo a reflexionar y proponer. No seas perfeccionista: alcanzar la perfección sólo es posible para quien finalmente no emprende. Hay que asumir márgenes de error (servirá de aprendizaje).

7.- Te adelantarás a la demanda: No dejes que ésta invada tu despacho. A los primeros signos de colapso, o de nuevas oportunidades, organiza la intervención en grupo, usa las TIC, sé proactivo/a: el mejor trámite para la ciudadanía es aquél que

no deben realizar. No dejes que lo urgente te impida ver lo importante, no pierdas la mirada más allá de lo que se te presenta.

8.- Trabajarás en red con otras organizaciones: Asume tu parte y confía en la del resto. La sociedad avanza gracias a líderes y al impulso colectivo, no a “llaneros solitarios”. Recuerda que el todo es mayor que la suma de las partes y que trabajas para la comunidad.

9.- Confiarás en ti. Tienes más competencias de las que crees. Si consideras que no las tienes, búscalas. Piensa en la oportunidad del cambio antes de en los riesgos que pueda conllevar.

10.- Compartirás lo que sabes: Ayudarás a tus colegas y a la sociedad y demostrarás lo que vales. No desaprovecharás ninguna oportunidad para aportar, aunque sea una crítica, siempre constructiva. Sólo compartiendo podremos innovar, deja que se basen en tus experiencias, es la prueba del buen trabajo. Ganarás valor.

Para finalizar, lo más importante: “**Tratarás al/a ciudadano/a como a ti mismo**”. La centralidad de la persona es la base sobre la que girará cualquier innovación en la Administración Pública.

5.- Conclusiones

El reto del cambio supone asumir riesgos. La innovación, como resultado de procesos de cambio, requiere que los y las profesionales, que son quienes generan las ideas, actúen con valentía y creatividad.

El mayor valor de la Administración es su capital humano, y, como tal, los y las trabajadores/as sociales, profesionales de atención a la ciudadanía, pueden tener un papel central en la incorporación de la misma y su visión a los procesos de cambio e innovación. En estos valores debe fundamentarse la construcción de un sistema de Bienestar adaptado a las necesidades de sus ciudadanos/as

Bibliografía

Arredondo, R., Castellano, C., y Celimendiz, P. (2013). Intervención Social del S. XXI. Congreso Estatal de Trabajo Social. Madrid: Consejo General del Trabajo Social de España. 2013.

Arriazu R., y Fernández-Pacheco, J. L. (2013). Internet en el ámbito del Trabajo Social: formas emergentes de participación e intervención socio-comunitaria. Cuadernos de Trabajo Social, 26-1, 149-158.

Cabrera, P. J., Rubio M. J., Fernández, Y., Fernández, S., Fernández, Y., Rúa, A., Fernández, E., López, J. A., y Malgesini, G. (2005). Nuevas Tecnologías y exclu-



sión social. Un estudio sobre las posibilidades de las TIC en la lucha por la inclusión social en España.

Cerezo P, F. (2014). Decálogo sobre innovación y simplificación administrativa. Extraído en febrero de 2016 <http://www.novagob.org/file/view/86511/decalogo-sobre-innovacion-y-simplificacion-administrativa>

Colás, J. (2004). Las TIC en los Servicios Sociales. Red digital. Revista de Tecnologías de la Información y Comunicación Educativas, 5. Extraído 10 de mayo de 2015 en http://reddigital.cnice.mecd.es/5/firmas_nuevas/articulo7/colas_1.html

Castells, M. (1997). La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Volumen 1. La sociedad red. Alianza Editorial, Madrid.

Castells, M. (2007). Los mitos de Internet. Extraído en enero de 2015 <http://manuelgross.bligoo.com/content/view/50516/Manuel-Castells-Los-mitos-de-Internet.html>

Crovi, D. (2007). Acceso democrático, uso compartido y apropiación cultural de las TIC. Extraído en enero de 2015. <http://comunicacionyeducacionamic.blogspot.com.es/2007/07/accesodemocrtico-uso-compartido-y.html>

Federación Internacional de Trabajo Social (IFSW). 2015. Definición de Trabajo Social aprobada por la Federación Internacional de Trabajo Social. Extraído en enero de 2015 <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social> .

OCDE. (2010). Estrategia de innovación de la OCDE: llevarle ventaja al mañana. Extraído en febrero de 2016: <http://www.oecd.org/sti/45302715.pdf>

Ortiz de Zárate, A. (2013). Innovación en la Administración Pública Sacado (septiembre 2013) de <http://efuncionario.com/2013/09/13/innovacion-en-la-administracion-publica/>

Pastor, A. (2013). Boletín n.º 65. Innovar en la Administración Pública, extraído en febrero 2016 http://www.astic.es/sites/default/files/articulosboletic/mono2_andres_pastor.pdf

Pérez, M., Sarasola, J. L., y Balboa, M. (2012). Trabajo Social y Nuevas tecnologías. Portularia, XII. 57-60. Extraído el 7 de septiembre de 2015 en <http://www.redalyc.org/pdf/1610/161024437006.pdf>

Santás G, J. I. (2008). La Visitad de Bloque (pp. 45-54). Trabajo Social Hoy, revista, n.º 54. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.

Telefónica, grandes clientes sector Administración pública 2011, extraído en febrero de <http://es.slideshare.net/jordigraells/innovar-en-la-administracin-por-dnde-empezar-15648280>

Zamanillo, T. (2008). Trabajo Social con Grupos y Pedagogía Ciudadana. Madrid. Ed. Síntesis.



CONGRESO TRABAJO SOCIAL MADRID

trabajo social hoy:
una profesión,
múltiples ámbitos



TRABAJO COMUNITARIO DESDE LOS ÁMBITOS RESIDENCIAL Y URBANO

Pilar Sánchez López

Resumen

Este texto pretende exponer la experiencia desde el Programa de Intervención Socioresidencial Integral en el Barrio de San Diego, desarrollado por la Asociación Provivienda, en el que la intervención para la mejora urbanística y residencial de la vecindad de dicho barrio se aborda desde tres niveles: individual/familiar, grupal y comunitario. Se hace hincapié en el ámbito comunitario, por el interés que pueda tener el proceso generado, de creación de redes de participación para la elaboración de propuestas de mejora del entorno.

Palabras clave: Trabajo comunitario, Urbanismo, Vivienda, Exclusión Residencial, Participación, Convivencia.

Keywords: Community work, Urban planning, Housing, Residential exclusion, Participation, Coexistence.

En el año 2013, se abrió una convocatoria de subvenciones a programas de intervención integral en barrios con presencia significativa de población inmigrante; esta financiación se mantuvo durante los años 2014 y 2015 por parte del **Ministerio de Empleo y Seguridad Social**, con la cofinanciación del **Fondo Europeo para la Integración** de Nacionales de Terceros Países, en el año 2014, y del **Fondo de Asilo, Migración e Integración**, en el año 2015.

La convocatoria tenía como objeto favorecer la integración de los nacionales de terceros países, el diálogo, la convivencia ciudadana, la inclusión social y la gestión de la diversidad en barrios con presencia significativa de población inmigrante.

Las actuaciones estaban dirigidas a promover el acercamiento de la población española y de la población inmigrada, a prevenir posibles conflictos y a lograr una adecuada interrelación entre ciudadanos procedentes de distintas culturas.

Estos barrios con mayor presencia de residentes inmigrantes, además, debían estar definidos por unas características sociales, demográficas, económicas y habitacionales particulares que los hiciesen especialmente vulnerables para permanecer en una situación desfavorable respecto de otros barrios del mismo municipio en

que están enclavados, condicionando a sus residentes en su derecho a tener una vida social normalizada.

La **Asociación Provivienda**¹ diseñó y ejecutó, en esta línea de financiación, el Programa de Intervención Socioresidencial Integral en el Barrio de San Diego. El objetivo principal era favorecer la integración de la población inmigrante, el diálogo, la convivencia ciudadana, la inclusión social y la gestión de la diversidad en el barrio de San Diego del municipio de Madrid.

Áreas principales de intervención

De una manera muy amplia, las áreas principales de intervención en el proyecto eran la **convivencia y la participación**, por un lado, y la **socioresidencial**, por otro. Se trabajaba desde los niveles comunitario, grupal e individual, con un equipo formado por un coordinador, una abogada y tres trabajadores/as sociales. Entre otras cuestiones, en los dos años de duración se han realizado las siguientes actividades:

- Se han mantenido contacto y coordinaciones con 43 entidades, dispositivos y/o servicios que tienen presencia en el barrio.
- Se ha intervenido sobre 33 propuestas de mediación vecinal a diferentes niveles.
- Se han elaborado y difundido materiales sobre convivencia vecinal y sobre situaciones de infravivienda y sobreocupación.
- Se han realizado orientaciones a propietarios de viviendas y edificios en mal estado para la mejora de su habitabilidad.
- Se ha dado atención individual a 750 personas beneficiarias de Servicios Sociales.
- Apoyo en la búsqueda de empleo. 95 Casos derivados.
- Grupo de apoyo escolar, con 34 menores.
- Talleres de creación y ocio alternativo con 42 menores.

En el área de la participación, la convivencia y la sensibilización de la población, se ha partido de la filosofía del trabajo en red, y en constante coordinación con el resto de agentes sociales e instituciones, se ha participado en las siguientes Plataformas: Punto VK; Mesa de Convivencia de Vallecas (organización conjunta del Día Contra el Racismo y las Jornadas Interculturales); Grupo de Género de Vallecas; Consejo de Salud de San

¹ Provivienda es una Asociación sin ánimo de lucro que trabaja para mejorar la realidad socioresidencial desde 1989. Durante estos años, su misión ha sido promover el derecho a una vivienda digna y adecuada, en especial, trabajando para la inclusión residencial de las personas más vulnerables socialmente. Las poblaciones con las que trabaja son: jóvenes, inmigrantes, personas sin hogar, mujeres víctimas de violencia de género, etc. Más información: www.provivienda.org



Diego; Talleres por una Vivienda digna para todas las personas; Plataforma por un Plan Integral de Regeneración Urbana Integral en el Puente de Vallecas. En este ámbito se realizaron las siguientes actuaciones:

1. Talleres en los IES Vallecas I y Vallecas Magerit sobre diversidad y convivencia. 294 alumnos.
2. Participación en el Punto VK, conformado por varios organismos y entidades del Distrito, para realizar actividades de sensibilización y concienciación sobre diversos temas, en la población juvenil.
3. Dinamización de un Grupo de Mujeres para generar procesos de empoderamiento y que, como colectivo, se organicen y participen en las actividades culturales y asociativas del barrio.
4. Puesta en marcha de una “Estrategia Antirumores” para trabajar los prejuicios y el racismo en el Distrito de Puente de Vallecas.
5. Organización, junto con otras entidades y organismos, de una Jornada de Juegos Tradicionales.
6. Organización, junto con otras entidades, de un Ciclo de Cine.
7. Desarrollo de una Campaña de Limpieza Vial, junto con otras entidades.
8. Otras actividades grupales, dirigidas al fomento de la participación y de la interculturalidad: grupos de apoyo escolar; ludotecas; actividades de ocio, etc.

La otra área que se trabajó durante el desarrollo del proyecto fue la socioresidencial. Hay varios motivos que llevaron al equipo de trabajo a centrar su intervención en materia de vivienda y entorno:

El primero, y más importante, Provivienda está especializada en procesos de desarrollo personal y familiar centrados en la mejora y consecución del alojamiento, por lo que se parte de esa filosofía de trabajo. Entendemos el bienestar socioresidencial como un pilar básico para el desarrollo de las personas. El acceso y sostenimiento de una vivienda son claves para la integración de la población en la sociedad, además de un entorno saludable (Mira, 2001: 242).

Además, se dilucida que los problemas residenciales y urbanos son muy graves en el barrio y, por lo tanto, un factor clave en la exclusión social de sus habitantes:

A nivel residencial, es una de las zonas de Vallecas que concentra un mayor número de vivienda antigua, con un planeamiento urbanístico caracterizado por calles estrechas, escasas zonas verdes y plazas pequeñas. Ha habido escasa sustitución de vivienda antigua por vivienda de nueva construcción, lo que unido a la falta

de programas de rehabilitación, ha convertido a San Diego en el barrio de Vallecas que más concentra situaciones de malas condiciones de habitabilidad, hacinamiento, ruina y segregación espacial.

Existe un elevado parque de viviendas con más de 50 años de construcción, entre las que destacan las casas unifamiliares que han sido subdivididas para albergar reducidas unidades habitacionales de reducidas dimensiones y con escasa iluminación.

Si se realiza un análisis del entramado urbanístico y las carencias que se reflejan en la población, podemos ver una serie de consecuencias: sobreocupación espacial; segregación con respecto al resto del territorio de la ciudad; falta de accesibilidad en muchas calles y edificios; mal uso de determinados espacios públicos; escasez de equipamientos de ocio y espacios verdes; conflictos y lucha por los espacios.

Otros problemas relacionados con el uso de la vivienda y con su asequibilidad, derivados de la precaria situación económica de muchos de sus habitantes:

1. Personas que destinan más del 60 % de sus ingresos al pago de la renta, lo que conlleva altas tasas de impagos de rentas, impagos de hipoteca y desahucios.
2. Hacinamiento, infravivienda y pobreza energética.
3. Dificultades en el acceso a una vivienda, por múltiples causas: número de miembros, falta de recursos económicos, condiciones del parque inmobiliario, etc.
4. Falta de conocimiento de derechos y deberes de las relaciones contractuales en el alquiler de vivienda.
5. Estafas o abusos inmobiliarios: de empresas a particulares; de particulares a particulares.

Por otro lado, en el ámbito socioresidencial, otras dos problemáticas sobre las que se ha actuado son:

1. Infraviviendas (no reúnen las condiciones mínimas de habitabilidad) y viviendas en malas condiciones de habitabilidad. Muchas veces, esto va asociado a problemas de salud de tipo respiratorio, óseo, infeccioso y cutáneo. Existencia recurrente de vectores: chinches y cucarachas, principalmente.
2. Ocupaciones de viviendas/edificios propiedad de entidades bancarias; en ocasiones, asociadas mafias que obtienen un negocio de las situaciones de necesidad de muchas familias. También a esto, se suma el problema de contratación de suministros en los casos de regularización de ocupantes en viviendas propiedad de entidades bancarias.



Intervención comunitaria y áreas urbana y residencial

Es necesario hacer un **recorrido cronológico de las actuaciones desarrolladas** durante la ejecución del Programa; nos explicará por qué el trabajo comunitario realizado ha ido encaminado al fomento de la participación centrado en la mejora urbana y residencial.

Durante los meses de enero y febrero de 2014, el equipo de Trabajo Social del proyecto realizó un trabajo de calle, recorriendo en su totalidad el barrio con la finalidad de actualizar y complementar el diagnóstico presentado en la memoria explicativa. Mediante la observación directa y pequeñas entrevistas con algunos/as de los/as vecinos/as, se realiza una primera aproximación a la realidad socio-residencial del barrio.

En el recorrido, identificamos 100 inmuebles susceptibles de ser tipificados como infraviviendas, ateniéndonos a criterios del estado físico de las fachadas, la situación de patios interiores a los que se podía acceder libremente desde la calle y a la información extraída de las conversaciones. Las deficiencias más comunes son la presencia de humedades en un gran número de viviendas, condensaciones en las ventanas (por posible mala construcción y/o deficiencias de ventilación), grietas en las fachadas y viviendas apuntaladas. Como se reflejaba en el diagnóstico, se trata de viviendas con más de 50 años de construcción y con un escaso o nulo mantenimiento. Llama la atención el gran número de viviendas unifamiliares (bajas o de una altura), muchas de las cuales se aprecia que han sido subdivididas y que en la actualidad albergan a comunidades de entre 6 y 10 viviendas que presentan por lo general un mal estado exterior y en las que presuponemos que puedan existir problemas de humedades, falta de luz y ventilación así como hacinamiento debido a las reducidas dimensiones de las mismas. Otra tipología muy similar que se detectó es la de pequeñas corralas con unas escasas condiciones de habitabilidad. Igualmente, hay un gran número de vivienda de los años 50/60 en la que se aprecian las escasas dimensiones y posiblemente la utilización de materiales de baja calidad.

Asimismo, se detectaron 36 viviendas y/o edificios cuyas puertas y ventanas habían sido tabicadas. Esta situación se presentaba mayoritariamente en viviendas puntuales que se encuentran ubicadas en edificios en los que el resto de viviendas siguen estando habitadas.

Se aprecia que en ciertas zonas del barrio sí se inició un proceso de sustitución de vivienda antigua por nueva construcción, aunque no se trata de un proceso generalizado sino, en su mayoría, de actuaciones puntuales e impulsados por propietarios individuales. A este nivel, destacar que detectamos dos obras de construcción de vivienda paralizadas.

Como contrapunto, nos encontramos con que la parte sur-oeste del barrio es una zona que presenta escasa deficiencia de tipo estructural en los edificios y en la que a priori se detecta una menor problemática de habitabilidad.

Finalmente, indicar que se detectó una gran cantidad de locales comerciales cerrados e incluso zonas del barrio en las que resultaba difícil encontrar comercios y/o tiendas, lo cual consideramos que se debe a los altos índices de precariedad económica existente entre la vecindad.

Paralelamente, los/as agentes sociales con los/as que hemos mantenido reuniones, nos han confirmado que en el barrio existe una acuciante problemática en materia de vivienda. Se nos ha indicado que el barrio de San Diego presenta una importante concentración de edificios con Inspecciones Técnicas de Edificios (ITE) negativas. Nuestro equipo recopiló un listado de edificios, por código postal, en que se enumeran en torno a 450 fincas con la ITE pendiente, aunque el trabajo de calle nos indica un margen de error a tener en cuenta, debido a la falta de actualización de los datos: edificios que ahora son solares; edificios que han sido sustituidos por otros; o fincas en las que sí se ha acometido la rehabilitación.

Estos/as mismos/as agentes, nos han informado que existe un alto índice de ocupación (en la que se destaca la existencia de grupos organizados de tipo mafioso en torno a algunas viviendas) y una importante conflictividad social. Se indica que en todo el distrito ha aumentado el índice de marginación, tal y como se refleja en el documento surgido de las **Jornadas “Repensar Vallecas”** celebradas a lo largo de los días 25 y 26 de octubre de 2013 y en las que participaron cerca de 100 representantes vecinales.

Durante el resto de la duración del Programa, se ha ido actualizando el mapa realizado, con la información que se recopiló tanto en casos individuales como en mediaciones grupales y comunitarias, sumando otros 250 inmuebles (aproximadamente) con diferentes problemáticas y tipologías.

En el mes de Septiembre de 2014, empezamos a realizar actuaciones de tipo comunitario para la revitalización de espacios y el fomento de la participación; el Ciclo de Cine y la Campaña de Limpieza Vial. Señalar que, desde ese momento, el trabajo conjunto con la Asociación Vecinal Puente de Vallecas ha sido continuo. Aquí, nos detendremos para hacer un análisis del papel vital que ha jugado la actuación conjunta para la consecución de fines comunes, dado que nuestros objetivos de trabajo confluyen. El rol de las asociaciones vecinales se torna imprescindible en los inicios de los movimientos organizados del ámbito urbano (Cruces y Díaz de Rada, 1996: 9). Se pasa de las redes informales familiares y otras más tradicionales (red de apoyo de las iglesias,



como en el caso de nuestra sociedad, por ejemplo), a un conjunto de redes mucho más amplias, que cada vez se desdibuja más. Desde esta perspectiva de la Antropología Urbana, conviene citar también el carácter mediador que este tipo de asociaciones voluntarias tiene entre la sociedad civil y el Estado (Cucó i Giner, 2004: 113). En este sentido, es imprescindible reseñar el papel que el movimiento vecinal ha tenido históricamente en Vallecas para la consecución de sus reivindicaciones en materia de vivienda y dotación de infraestructuras. Además, existe un sentimiento identitario como vallecano/a, que también ha particularizado los movimientos sociales de la zona, muy bien analizado en las publicaciones de Lorenzi (2007, 2009: 79).

Entendemos que el papel de la Asociación Vecinal Puente de Vallecas, en tanto que representante de la vecindad del barrio, a la vez que impulsor y transmisor de sus reivindicaciones, es central en la vida asociativa de San Diego, y que la predisposición de sus miembros al desarrollo de una actividad conjunta con Provivienda ha sido el desencadenante de los procesos generados durante el desarrollo del proyecto.

En el mes de octubre de ese año, comenzamos un trabajo con la Clínica Jurídica de la Universidad de Comillas, para la elaboración de un informe sobre responsabilidad pública en materia de vivienda.

Mediante el trabajo conjunto con esta Universidad, se realizó una propuesta de trabajo con viviendas del Barrio, propiedad de entidades bancarias, con el fin de realizar un acompañamiento en la regularización de ocupantes y durante la duración del contrato de arrendamiento, hasta que se considere necesario. Por otro lado, se propuso también utilizar inmuebles vacíos para destinarlos a personas o familias que se hallen en situación de exclusión residencial. Aunque la propuesta no fructificó, durante ese trabajo, se constata la cantidad de vivienda que existe en el barrio, cuya propiedad es de entidades bancarias, bien vacía, bien ocupada ilegalmente.

En el estudio realizado con Comillas, también se cuenta con la información y aportaciones que la Asociación Vecinal transmite.

En el mes de Mayo de 2015, la Asociación Vecinal preparó un documento con propuestas electorales para los grupos políticos municipales que concurren a las elecciones del Ayuntamiento de Madrid (Plan Integral de los Barrios de Numancia y San Diego). En dicho documento, Provivienda realizó una propuesta en la que se apuesta por la utilización de los solares del barrio para oxigenar la alta concentración de construcción en el Barrio y que hace que apenas haya zonas de uso público destinadas a actividades de ocio, juego, deporte, etc.

Una vez constituido el gobierno municipal, se retomaron las propuestas vecinales realizadas, y la Asociación Vecinal lidera un proceso de constitución de una

Plataforma por un Plan Integral de Regeneración Urbana en el Puente de Vallecas. En la constitución de dicha plataforma, la Asociación Vecinal solicita nuestra participación en el Grupo Motor. Finalmente, y dado el interés suscitado por la iniciativa en el gobierno de la Junta Municipal, se realiza un contrato desde ésta con Paisaje Transversal y con Todo por la Praxis, para la elaboración de las Bases del Plan Integral. En el mes de diciembre de 2015, se comienzan las actividades participativas en las que se pretende realizar una detección de las problemáticas del barrio y la generación de propuestas con toda la vecindad.

Entremedias, durante los meses de septiembre y octubre de 2015, otras dos actividades conjuntas mantienen la actividad común entre ambas entidades: por un lado, la Jornada de Juegos Tradicionales (organizada también con otras entidades privadas y organismos públicos del barrio), con el fin de dinamizar el Bulevar de Vallecas (Calle Peña Gorbea), considerado un enclave céntrico en el Barrio y muy deteriorado en el uso. Por otro lado, la organización de una jornada de debate y propuestas: “Nuevas formas de acceso a la vivienda, ¿son posibles en Vallecas?”.

A modo de conclusión...

En estos dos años de intervención de Provivienda en el barrio de San Diego, hemos podido comprobar que desde el Trabajo Social Comunitario se han llegado a generar procesos de participación, reivindicación y constitución de redes para la luchar contra la exclusión residencial, lograr la mejora urbana y la calidad de vida de sus vecinos y vecinas.

A lo largo de esta experiencia, nuestro trabajo ha favorecido cohesionar y fortalecer las redes ya existentes, así como contribuir a la creación de alianzas necesarias para una intervención satisfactoria en las problemáticas detectadas.

Por otro lado, nuestra intervención individual y grupal ha respaldado la labor de dar voz colectiva a las problemáticas sociales y residenciales detectadas y a buscar soluciones y realizar propuestas, desde un trabajo en red, que ha sabido aglutinar a agentes tan diversos como los movimientos vecinales y sociales hasta la administración pública.



Bibliografía

Cucó i Giner, J. (2004). *Antropología Urbana*. Barcelona: Editorial Ariel.

Cruces, F. y Díaz de Rada, A. (1996). *La Ciudad Emergente. Transformaciones urbanas, campo político y campo asociativo en un contexto local*. Madrid: Editorial Aula Abierta, UNED.

Lorenzi, E. (2007). *Vallecas, puerto de Mar. Fiesta, identidad de barrio y movimientos sociales*. Madrid: Traficantes de Sueños-La Tarde.

Lorenzi, E. (2009). Vallecas y la construcción de la identidad barrial. En V. Pérez y P. Sánchez (Ed.), *Memoria Ciudadana y Movimiento Vecinal: Madrid. 1968-2008*. Madrid: Ed. Catarata.

Mira Grau, F. J. (2001). Territorio, hábitat y vivienda frente a la exclusión social. Alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 9. 241-262.



¿GESTIONAR O INTERVENIR? ACTUACIÓN PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES COMO GARANTE DE LOS DERECHOS DE LA CIUDADANÍA

Ana Llarena Conde
M.^a Begoña García Santiago
Mar Salvador Avila

Resumen

En el año 2014 unas trabajadoras sociales de un distrito de Madrid, deciden informar a un conjunto de ciudadanos, solicitantes de la Renta Mínima de Inserción (RMI), sobre los derechos administrativos que les asisten en relación a dicha prestación.

En esta comunicación se presenta el proyecto y se reflexiona sobre los resultados obtenidos. Todo ello enmarcado en el convencimiento que lo público, sus profesionales y la legislación, es garante de derechos e igualdad social.

Palabras clave: Renta Mínima de Inserción, Recurso de Alzada, Atención Social Primaria, Compromiso Sociopolítico, Derechos Sociales.

Keywords: Minimum Insertion Income, Appeal procedure, Primary Social Care, Sociopolitical Commitment, Social Rights.

Introducción

En época de crisis, y a veces sin ella, los recortes en Servicios Sociales son de sobra conocidos. Pero, ¿pueden existir otras formas más sutiles de disminuir el gasto público? En el caso de la Comunidad de Madrid y la prestación de Renta Mínima de Inserción podríamos pensar que sí, cuando observamos cómo en 2013 y 2014 el tiempo de resolución de los expedientes ha llegado a 14 meses o vemos la ingente documentación que la administración requiere, haciendo que el proceso se alargue y, en ocasiones, sea tan farragoso que los ciudadanos desistan a continuar con su solicitud.

El legislador introduce en el propio texto normativo un medio para poder actuar ante esta “sutileza” de la Administración. Este es el “Recurso de Alzada”.

Pero ¿se conoce esta garantía legal por parte de los/as profesionales y responsables de Atención Social Primaria?, ¿se promueve su uso?, ¿ha de hacerlo un jurista?, ¿es realmente efectivo?

¿Y otras figuras existentes para proteger y defender los derechos fundamentales y supervisar la actividad de la Administración como el Defensor del Pueblo, se conocen? ¿Qué papel tienen los/as trabajadores/as sociales en esto?

Si tenemos en cuenta que la tardanza en la resolución de las solicitudes de RMI no sólo elimina la posibilidad de tener unos ingresos económicos para la atención de las necesidades básicas de las familias sino que también imposibilita el acceso a las medidas de inserción que la ley recoge y a otras medidas sociales que en la Comunidad de Madrid están vinculadas a la RMI, el uso de todos los medios disponibles para su consecución debería ser una obligación profesional no debatible, siempre y cuando sea -lógicamente- efectivo.

El proyecto cuyos resultados exponemos a continuación nace desde la creencia de las autoras de que los/as trabajadores/as sociales de Atención Social Primaria, además de realizar nuestra competencia en la información e instrucción de los expedientes de RMI, tenemos la responsabilidad de ser un apoyo que posibilite el ejercicio efectivo de los derechos ciudadanos, así como de promover la capacidad de reclamarlos.

Fundamentación

El artículo 20 de Ley 15/2001 de Renta Mínima de Inserción establece que, en el plazo máximo de tres meses desde la entrada del expediente en la Consejería competente en materia de Servicios Sociales, debe dictarse resolución de concesión o denegación de la RMI. Dicho artículo determina también que, si transcurrido este plazo no se hubiera producido resolución expresa, se entenderá denegada la solicitud.

Con objeto de proteger al/a la ciudadano/a interesado de posibles prácticas perniciosas de la Administración y de la inoperatividad de ésta que, conllevarían, como se ha dicho, a la denegación de la petición, el artículo 43 de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común regula los medios para solventarla.

Así el artículo se refiere al silencio administrativo en procedimientos iniciados a solicitud del interesado y en su punto 1 expresa textualmente:

“... cuando el recurso de alzada se haya interpuesto contra la desestimación por silencio administrativo de una solicitud por el transcurso del plazo, se entenderá



estimado el mismo, si llegado el plazo de resolución (3 meses), el órgano administrativo competente no dictase resolución expresa sobre el mismo”.

Del anterior precepto se deduce claramente que para que opere el doble silencio administrativo se requiere, exclusivamente y sea cual fuere el objeto instado, un doble requisito:

- Que el administrado haya formulado una solicitud ante un órgano administrativo y éste no haya emitido resolución en el plazo legalmente establecido al efecto.
- Que contra dicho acto presunto, que no pone fin a la vía administrativa -art. 109 LRJAP-, se interponga un recurso de alzada, y que tampoco haya sido resuelto en tres meses a contar desde que el mismo tiene entrada en el registro del órgano competente para decidir.

En el Recurso de Alzada, como instrumento de actuación, es donde se sustenta la práctica de esta experiencia.

Presentación del Proyecto

El proyecto se inicia con las personas de las que existía constancia en el Centro de Servicios Sociales Puerta de Toledo (Distrito Centro-Madrid) que habían solicitado RMI entre el 1 de enero de 2014 y el 23 de junio de 2014 y que seguían teniendo al Centro como referencia. Eran 77.

La población diana que se elige como sujetos de la acción del proyecto serán los que reciben información, en uno de los cuatro grupos desarrollados o individualmente, sobre la posibilidad de presentar Recurso de Alzada. Estas son 57 personas.

El resto de personas (20) no se incluyen en el ámbito de acción del mismo convirtiéndose, de este modo, en un grupo control que sirve para hacer una comparación intergrupos.

En los grupos y en la intervención individual se informaba sobre la naturaleza y el cómo presentar un recurso de alzada. También sobre como presentar una queja a la Defensora del Pueblo y una queja ante la Consejería de Asuntos Sociales.

De este modo se transmitía al ciudadano todos los instrumentos con los que cuenta para hacer valer sus derechos.

En el proyecto sólo se ha recogido datos directos en relación a los Recursos de Alzada. Esto se debe a que se contaba con un instrumento fiable para la recogida de datos, como es el programa informático de rminweb y a que el Recurso de Alzada, por Ley, tiene efectos directos sobre la resolución de los expedientes, hecho que no ocurre con el resto de la información facilitada.

Paralelamente a la acción directa con los/as ciudadanos/as participantes, las autoras facilitaron a otras trabajadoras socia-

les de la Comunidad de Madrid, los instrumentos y plantillas usados con objeto de generalizar la práctica. Y, a través de distintos mecanismos se ha dado a conocer a la profesión, los resultados obtenidos

Resultados

De las 57 personas previstas como población diana, son informadas 47, de las cuales 27 presentan Recurso de Alzada. Esto supone un 57,45 % de eficacia en la información facilitada:

	Concedidas	Denegadas	Archivadas	Tiempo medio a resolución
Informados presentan recurso	67 %	15%	18 %	219,15 días
Informados no presentan recurso	50 %	25 %	25 %	322,15 días
No participan en proyecto	15 %	35 %	50 %	355,5 días
Comunidad de Madrid 2013	35,55%	33,6 %	30,9 %	No publican
Comunidad de Madrid 2014	34,4 %	35 %	30,6 %	No publican

Observando esta tabla resumen, cuando se presenta Recurso de Alzada con acompañamiento profesional, se pueden concluir dos cosas:

1. Se reduce ostensiblemente el tiempo de espera para resolver una solicitud.
2. Aumenta sustancialmente el número de expedientes concedidos.

Con todo, podemos observar que en aquellos expedientes en los que se hace uso del instrumento legal de Recurso de Alzada el tiempo medio de días transcurridos desde la solicitud hasta su resolución es de 219,15 días que en aquellas personas pertenecientes al grupo sin conocimiento de esta vía (355,5 días) ¡¡casi 4 meses y medio menos!!

Observamos, por tanto, que la existencia de esta medida, protectora para el administrado, conlleva de forma directa que la Administración agilice la función que tiene asignada, siendo en este caso resolver el derecho a las prestaciones reconocidas en la RMI a pesar de continuar incumpliendo el plazo legalmente establecido para su determinación.

Como no puede ser de otra forma, los resultados obtenidos informan de algo que la ley exige. La presentación del Recurso de Alzada influye, en el tiempo transcurrido entre la presentación de la solicitud y su resolución.

Pero los mismos datos nos informan de otra realidad que se ha producido con la presentación de los Recursos y que, por la propia naturaleza de esta figura jurídica, no debería afectar. El Recurso de Alzada únicamente debería correlacionar con el tiempo de resolución y no



con el tipo de resolución. Sin embargo los datos también muestran diferencias muy significativas.

De este modo vemos que el porcentaje de solicitudes aprobadas positivamente para el interesado varían. El 69 % de las personas que presentaron Recurso de Alzada, tras recibir la información, vieron aprobada su pretensión, mientras que sólo se aprobaron el 15 % de las solicitudes de las personas que no participaron en el proyecto.

Este dato también muestra una diferencia significativa respecto a los datos plasmados en el “Balance 2014 de la RMI de la Comunidad de Madrid” que afirman que fueron concedidas sólo el 34,4 %. Mientras que en el grupo objeto de estudio los archivados son únicamente el 18 %, en los datos de 2014 de la Comunidad de Madrid (CM) se archivan el 30,6 %. Igualmente, los expedientes denegados a los que se les resuelve tras presentar Recurso de Alzada sólo son el 15 %, estando la media de denegados en la CM en el año 2014 en 35 %.

En el caso de archivo de expedientes la disminución es considerable. De los ciudadanos que presentaron los recursos sólo se les archivó el expediente a un 18 %, mientras que la Comunidad de Madrid ha referenciado en 2014 haber archivado un 30,6 % (¡¡casi el doble!!).

El archivo de un expediente puede entenderse como un cierre en falso –ni se concede ni se deniega– por imposibilidad de la Administración para comprobar los requisitos, por causas achacables a las personas solicitantes.

Estos resultados no esperados en el proyecto constatan que el tipo de resolución que dicta la Administración tiene algún tipo de relación con el tiempo que tarda en resolverlo y, tal vez, con la existencia de recursos de Alzada, que no olvidemos, únicamente debería incidir con el tiempo de resolución.

El proyecto desarrollado no permite establecer relaciones causales, pero las autoras que lo suscriben sí aventuran ciertas causas, que bien podrían convertirse en hipótesis a refutar en futuras investigaciones:

- Seguimiento mucho más continuado de los expedientes tramitados por parte de las trabajadoras sociales de zona ya que requería al estar pendiente de los tiempos legalmente establecidos para la resolución y de este modo poder interponer en fecha Recurso de Alzada. De este modo se dio un paso adelante, haciendo un acompañamiento que, tal vez antes no se hacía tanto, entre la instrucción del expediente y su aprobación y elaboración del Plan Individual de Inserción.

- Este seguimiento hace que se intervenga sobre los requerimientos de documentación de CM en los que se solicita documentación reiterada o no establecida legalmente como necesaria para valorar un expediente.

En numerosas ocasiones, cuando la Administración Autonómica solicitaba documentación, se dio respuesta por escrito, fundamentada en la normativa de RMI, exponiendo que lo solicitado no constaba en el texto legal como requisito o en el Reglamento Regulador de la Comunidad (por ejemplo acreditar número de cuenta bancaria abierta en la Comunidad de Madrid).

- Mayor implicación de las auxiliares de servicios sociales en el seguimiento de los requerimientos para que el ciudadano pudiera presentar la documentación en los 10 días de plazo que se daban.

Estos datos fueron difundidos en nuestro centro de trabajo, en el resto de centros de Servicios Sociales del municipio de Madrid y finalmente se tomó la decisión de remitirlo a las técnicas y políticas del Ayuntamiento y de Comunidad de Madrid con responsabilidad en la gestión de esta prestación, queriendo visibilizar de forma objetiva las malas praxis de la Administración y desde la convicción de la incidencia política de nuestra praxis social.

Tras estas actuaciones hemos vistos ciertas variaciones en relación a la gestión, resolución y visión política de la RMI. De este modo:

- Numerosas compañeras del Ayuntamiento de Madrid y de otros centros de Servicios Sociales de la Comunidad nos han informado que han incorporado la presentación de Recurso de Alzada tras tres meses sin respuesta de la Comunidad Autónoma.

- En el “acuerdo de investidura entre Partido Popular y Ciudadanos en la Comunidad de Madrid del 19/6/2015” se refleja textualmente en el punto 71 “Agilizar los plazos de tramitación de la Renta Mínima de Inserción en la Comunidad de Madrid, para que en ningún caso supere los tres meses, garantizando el derecho a la prestación con la dotación presupuestaria necesaria”.

- Se ha reducido considerablemente el tiempo de tramitación y resolución de los expedientes de RMI, etc.

- La Defensora del Pueblo, Dña. Soledad Becerril, ha realizado una “Recomendación” al respecto a la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid (ver anexo), además de haber formulado varios expedientes.

Lógicamente, en esta evaluación del impacto, no podemos achacar esto al proyecto realizado ni a las actuaciones posteriores, aunque sería erróneo también pensar que no hayan aportado su “granito de arena”.



Propuestas

Valoramos de forma favorable la realización de esta experiencia ya que ha supuesto el acceso a un derecho subjetivo de la ciudadanía en un periodo más reducido de tiempo y se ha incrementado el número de resoluciones favorables.

La planificación, el desarrollo y los resultados del proyecto nos llevan a proponer:

1) A Comunidad de Madrid: Recordarle su obligación de dictar resolución sobre las solicitudes en el plazo máximo de tres meses según establece el artículo 38 del la Ley de Renta Mínima de Inserción.

En tiempos de crisis sostenida, donde otros derechos como el desempleo o los subsidio, están llegando a su fin en muchas familias -y así se preveía-, es necesario reforzar la capacidad para dictar resoluciones en el plazo que establece la Ley.

Si se resuelven los expedientes cuando se presenta Recurso de Alzada -cuya no resolución supondría la concesión sí o sí-, puede hacerse igualmente transcurridos los tres meses de su solicitud.

2) A los Servicios Sociales municipales. Estos tienen un importante protagonismo, tanto por ser quienes realizan su instrucción como por tener la competencia de informar y orientar a la ciudadanía sobre los derechos sociales y dar respuesta a las situaciones de emergencia. Vemos importante incorporar esta visión a todos los niveles de las estructuras de los Servicios Sociales de Atención Social Primaria.

Desde los responsables políticos es necesario conocer la situación de las personas solicitantes de RMI en el ámbito de sus competencias para coordinarse con la Administración Autonómica para mejorar la eficiencia y/o exigir el cumplimiento.

Las jefaturas técnicas, han de incorporar en los centros de Servicios Sociales la obligatoriedad de que ninguna persona que solicite RMI debe quedarse sin conocer y, en todo caso si procede, de poder presentar Recurso de Alzada.

Así mismo han de articular las medidas necesarias para que la atención al ciudadano sea rápida. Cuando se le requiere documentación a un ciudadano se le da un plazo de diez días para presentar la documentación en su Centro de Servicios Sociales y, en caso de no hacerlo, la norma considera que decae en su solicitud. Las listas de espera, bajas médicas, formación, vacaciones de los profesionales de referencia, etc., dificultan en gran medida que el ciudadano pueda responder en el plazo marcado. El papel del auxiliar de servicios sociales puede ser de gran ayuda en esto.

Y, por último, insistimos en la necesidad de que las/os trabajadoras/es sociales municipales, tomemos conciencia de nuestra responsabilidad en:

- Estar informadas de los mecanismos administrativos y legales que tiene la ciudadanía para acceder a sus derechos sociales.
- El seguimiento de la interposición de los mismos.
- Cumplimiento de los plazos en los trámites que corresponde a la Administración municipal, lo que conlleva modificaciones organizativas, ya que si exigimos a Comunidad de Madrid el cumplimiento de los plazos legales, debemos dar a la ciudadanía la misma respuesta en nuestro ámbito de competencia.
- Entendiendo que nuestro papel en relación a RMI no ha de quedarse sólo en la instrucción del expediente hasta que llegue la resolución en positivo y retomemos la relación con esta prestación cuando diseñemos el Programa Individual de Inserción (PII).

Como señala Fantova en su artículo sobre la gestión de los Servicios Sociales (2006: 14) “El primer y principal reto al que tiene que responder, hoy y aquí, la gestión de Servicios Sociales es el reto del respeto a la dignidad y la promoción de la autonomía y el ejercicio de los derechos de sus destinatarias y destinatarios”.

El título de la ponencia ha de interpelarnos sobre lo que hacemos ¿gestiona o intervenir? Las autoras estamos en el convencimiento de que lo público, sus profesionales y la legislación, es garante de derechos e igualdad social y que, como profesionales, hemos de tener muy en cuenta las palabras del premio Nobel de la Paz Elie Wiessel “Ante las atrocidades tenemos que tomar partido... El silencio estimula al verdugo”.



PROYECTO JUVENIL EUROPEO “TODOS FORMAMOS PARTE DE EUROPA”. INTERVENCIÓN CON PROYECCIÓN EUROPEA.

Concepción Castro Clemente y
Esther Rodríguez López⁰

Resumen

El artículo aborda la situación laboral de la juventud en España. Con la realización de un proyecto de ámbito europeo en el que participaron 30 jóvenes de edades entre los 18 y 29. Se llevaron a cabo debates y grupos de discusión. Los grupos de discusión lo formaron: i) los jóvenes participantes; y ii) jóvenes con políticos, profesores y profesionales. En la metodología se usaron técnicas cualitativas y cuantitativas que permitieron profundizar en el conocimiento de la situación juvenil, expectativas y proyectos. Los resultados arrojados destacan la efectividad de la educación no formal en la cualificación de los jóvenes. Señalan no sentirse escuchados ni representados, rechazan la corrupción y demandan una mayor inversión en políticas de empleo para jóvenes.

Palabras clave: Empleo, Jóvenes, Inserción Laboral, Formación, Emancipación.

Keywords: Employment, Youth, Job Placement, Training, Emancipation.

El encuentro europeo ha sido financiado mediante el proyecto ES-51-E65-2013-R3, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad correspondiente al Programa Europeo Juventud en Acción 2013.

La población joven, identificada como un grupo social diverso cuyas creencias, expectativas y comportamientos difieren considerablemente unos de otros. Manifiestan su propio conocimiento y experiencia individual condicionado por un infinito abanico de influencias sociales lo que les convierte en un segmento de población heterogénea. Sus valores, en continuo cambio y transformación, están vinculados a los acontecimientos

de orden político, económico y cultural que viven en cada momento. El valor de la independencia, pieza clave para asegurar una nueva etapa cargada de expectativas, proyectos y anhelos, con fuerzas para gestionar y desarrollar sus capacidades y competencias, puede verse mermada por circunstancias de índole socioeconómicas o políticas que nada tienen que ver con sus deseos individuales y que tienen consecuencias directas sobre su integración y, sobre todo, sobre el futuro de nuestra sociedad.

Conductas como el pasotismo, el acoso escolar como forma de violencia, la indisciplina, la falta de consideración a la autoridad, el hostigamiento por parte de algunos a profesores y compañeros, agresiones de todo tipo desde insultos a burlas pasando por situaciones hostiles y vejatorias, con divulgación de todo ello a través de las redes sociales produciendo así situaciones de estigmatización graves, merecen una reflexión acerca del grado de desarrollo de madurez emocional y social de nuestros jóvenes. En este punto, y haciendo referencia a la falta de capital social (Fernández y Ponce de León, 2011) entendida como incapacidad y falta de resiliencia, de vínculos sociales, normas y obligaciones recíprocas desencadenan en la falta de protección y vulnerabilidad de la persona. En la actualidad, existe una juventud sin rostro preciso, muy golpeada por la crisis mundial que no siempre tiene la posibilidad de expresarse como tampoco es considerada por la sociedad como un actor importante en los cambios sociales.

La incorporación de los jóvenes al mercado laboral se ha convertido en uno de los principales problemas sociales, políticos y económicos. La elevadísima tasa de paro juvenil en los países de la Unión Europea tiene consecuencias directas sobre la sostenibilidad y cohesión social (Eurostat, 2013). Los *millennials*¹ o generación Y, grupo de jóvenes entre 18 a 34 años, nacidos en los 80 o principios de los 90, todos ellos nativos digitales, se han encontrado al llegar a su etapa adulta con una de las mayores crisis económicas. Generaciones de jóvenes desencantados, desconfiados y mutiladas existencialmente, les resulta imposible emprender un proyecto vital digno, dando paso a otra nueva generación denominada generación Z nacida a partir de 1995 y con unos valores algo diferenciados de sus antecesores. La nueva y emergente generación continúa teniendo una gran dependencia de los medios digitales donde expresan sus propias opiniones y en las que se sienten amenazados por la lacra del terrorismo global y preocupados por el medioambiente. Sufren constantemente un cambio en sus valores y en la forma de afrontar su propia juventud teniendo dificultades de adaptación a dichos cambios por los que se llegan a producir, en muchos casos, situaciones de abandono prematuro en la educación y formación. Respecto a esta situación, nuestro país es líder en la Unión Europea encabezando

⁰ Asociación A3TSU, España

¹ Término utilizado por los sociólogos Howe y Strauss, autores de *Millennials rising, the next generation* (2000).



la lista con una tasa del 21,9 % de jóvenes entre 18 y 24 años que han abandonado prematuramente el sistema educativo, valores que duplican la tasa media europea (Eurostat, 2015).

El análisis de sus necesidades, así como sus expectativas y recursos disponibles sobre cuestiones tan relevantes como la educación, el empleo, la vivienda, salud, etc., todo ello bajo el contexto global europeo, con un objetivo inicial de investigación e intervención en el campo de la juventud, la Asociación de Antiguos Alumnos de Trabajo Social de la UNED, en adelante, A3TSU, desarrolló un proyecto de ámbito local en la Comunidad de Madrid. El punto de partida fue analizar la problemática y necesidades de los jóvenes sobre el empleo juvenil, empoderar habilidades socioprofesionales que pudieran favorecer el acceso al mercado de trabajo y ofrecer un lugar de encuentro con referentes políticos y sociales con el objeto de manifestar sus inquietudes así como, obtener una respuesta a alguna de sus preguntas.

Análisis de las necesidades

Necesidades cognitivo-intelectuales

En el análisis de las necesidades cognitivo-intelectuales vinculadas al ámbito de la educación formal y no formal, existe cierta limitación a la hora de introducir dentro de las habilidades académicas el conocimiento de lo que se ha denominado inteligencia emocional. Habilidades entre las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo (Goleman, 1999), estimular y modelar hábitos emocionales así como la motivación para afrontar los sentimientos más profundos y relaciones con nuestros semejantes, elaborar un mapa de competencias a partir del trabajo en habilidades de tipo emocional y académicas.

Necesidades económicas y laborales

Dentro del análisis de las necesidades de tipo económico o laboral para que los jóvenes puedan llevar a cabo su proyecto vital, necesitan disfrutar de una vida independiente y autónoma que pasa por las necesidades de la vivienda. La probabilidad de emancipación en los jóvenes sigue siendo baja, casi siempre ligada a la obtención de un empleo estable, el permanecer en el domicilio de los padres es un fenómeno, sobre todo, de las sociedades del sur de Europa (Alaminos, 2008). La práctica desaparición de ayudas sociales y económicas hacen que la emancipación se sitúe aproximadamente en los 29 años. Según Eurostat² (2014), el porcentaje de jóvenes que viven con sus padres es de 76,1 %, frente al 66,1 % para el resto de la Unión Europea.

Uno de los problemas más graves de la economía y sociedad española que es, sin lugar a dudas, es la alta tasa de desempleo juvenil que para el caso de los menores de 25 años, duplica la media de la UE-27.

El proyecto

El proyecto, con la denominación "Todos formamos parte de Europa", fue financiado por el Fondo Europeo dentro del Programa Juventud en Acción (ES-51-E65-2013-R3) en colaboración con INJUVE, Agencia Nacional Española y Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad de Madrid.

El desarrollo del proyecto se llevó a cabo mediante una serie de encuentros celebrados en Madrid en el mes de marzo de 2014, durante tres días: 10, 11 y 12. Las actividades realizadas tuvieron como finalidad ampliar las competencias personales, perfil profesional y articulación de las herramientas necesarias para incorporarse al mundo laboral, todo ello desde la formación no formal, la capacitación y el conocimiento de nuevas metodologías para hacer frente a los retos propuestos.

El encuentro se estructuró, principalmente, entorno a talleres y debates cuya misión principal fue potenciar la integración de los jóvenes en el mercado de trabajo desde la promoción, la participación y el aprendizaje. Las dinámicas utilizadas crearon un espacio de información, encuentro y comunicación entre jóvenes, desarrollando procesos creativos a partir de la estimulación y la adquisición de conocimientos. Actividades que contemplaron desde cómo elaborar un curriculum vitae, a partir del programa europeo, hasta cómo afrontar una entrevista de trabajo, sin estrés, mediante el aprendizaje de técnicas de relajación, investigación y búsqueda de posibles yacimientos de empleo, enseñanza de redes y recursos europeos disponibles en formación, becas de estudios, voluntariado, etc.

Diseño de la intervención

La programación y diseño de las actividades tuvieron como objetivos generales, favorecer la inserción o reinserción laboral (en su caso), adquisición de habilidades y conocimientos necesarios para afrontar un proceso de búsqueda de empleo.

Actividades

Durante los dos primeros días se impartieron distintos talleres con los jóvenes: elaboración de carta de presentación y curriculum, entrevista de trabajo, cómo hablar en público, coaching, técnicas de afrontamiento y relajación e incorporación laboral en Europa.

La utilización de la técnica DAFO en uno de los talleres permitió crear un grupo de discusión con los jóvenes asistentes en el que fueron analizadas las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del empleo juvenil.

Durante el tercer día, se llevó a cabo el segundo grupo de discusión, integrado por un representante político (Diputado Congreso), un profesor universitario (Universidad Pontificia de Comillas), tres profesionales (Fundación

2 Eurofound (2014), "Social situation of young people in Europe", Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.



La Merced Migraciones y A3TSU) y una treintena de jóvenes. El acto tuvo lugar en el salón de actos del Centro de Servicios Sociales La Guindalera en Madrid.

Método

El estudio se realizó aplicando técnicas cualitativas y cuantitativas. La integración de estos dos enfoques permitió profundizar en el conocimiento de la situación de los jóvenes, sus expectativas y sus proyecciones. Es importante no sólo conocer qué relatan los participantes, sino también cómo estas situaciones son percibidas e incorporadas a la búsqueda de empleo.

La investigación cualitativa, nos aportó una vía para acercarnos a una realidad transformadora, toma de conciencia por parte de los jóvenes de la realidad actual vivida (Pérez, 2007), por otra parte, la investigación cuantitativa, como medida complementaria, proporcionó información precisa, objetiva y cuantificable (Morales, Urosa y Blanco, 2003).

El estudio, de carácter exploratorio, se concreta en los siguientes objetivos específicos: a) identificación de problemas, preocupaciones, amenazas y fortalezas relacionadas con el empleo juvenil; b) empoderamiento para favorecer el acceso al mercado de trabajo a partir del conocimiento; y c) conclusiones principales extraídas de los participantes en el proyecto juvenil.

Participantes

Los jóvenes participantes en el proyecto procedían de la Comunidad de Madrid. La convocatoria de selección fue de carácter público. Los estratos se establecieron en función de la variable edad, jóvenes de entre 18 a 29 años.

La muestra estuvo compuesta por un total de 30 participantes, 11 varones y 19 mujeres. Se obtuvo un mayor porcentaje de participación en jóvenes de 19 años, un 44 % del total frente al 3 % de jóvenes mayores de 25 años. El segmento ocupacional de los participantes, un 83 % eran estudiantes, en su mayoría universitarios.

Instrumentos

El método de recogida de información cualitativo empleado con los 30 jóvenes partícipes se realizó a través de grupos de discusión. La técnica de grupo focal es una fuente generadora de abundante información, permite estudiar cómo afectan diferentes situaciones a las personas (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2012).

Los grupos focales tuvieron un rango de entre 8 y 12 participantes con la finalidad de incluir un número de participantes como para que la información resulte suficientemente diversa y evitar que sea un número tan amplio que genere un ambiente en el que los participantes se sientan incómodos compartiendo sus pensamientos, opiniones, creencias y experiencias. Para su análisis, se procedió a la grabación y registro de los contenidos, éstas fueron tratadas en el programa Nvivo10 permi-

tiendo un acercamiento de tipo inductivo sobre los datos recogidos.

Procedimiento

La asociación divulgó la actividad a través de la páginas web del INJUVE y de A3TSU; por correo electrónico enviando información sobre el curso a asociaciones juveniles, organismos sin ánimo de lucro que trabajan con personas migrantes y personas con discapacidad con el objeto de obtener una participación mayor de ambos colectivos y a todos los Centros Culturales dependientes de las Juntas Municipales de distrito de Madrid incluyendo zonas favorecidas y desfavorecidas. A través de los Servicios Sociales de atención Primaria, se envió el plan de actividades a tres Centros de Servicios Sociales: Ciudad Lineal, San Blas y Arganzuela.

La inscripción de los jóvenes se realizó vía on line a través de la página web de la Asociación A3TSU (www.a3tsu.org). Tras la selección de los jóvenes partícipes, se procedió al desarrollo del proyecto y realización de las actividades programadas. Finalizado y concluido el programa del mismo, se distribuyó a todos los jóvenes un cuestionario de satisfacción cuyos datos fueron registrados en la base de datos SPSS.

Resultados

La presentación de los resultados obtenidos tendrá lugar a partir de la técnica utilizada y en base a las categorías analizadas: a) identificación de problemas, preocupaciones, amenazas y fortalezas relacionadas con el empleo juvenil; b) empoderamiento para favorecer el acceso al mercado de trabajo a partir del conocimiento; y c) conclusiones principales extraídas de los participantes en el proyecto juvenil.

Los resultados del *análisis cualitativo* se obtuvieron a través de la creación de dos grupos de discusión. La composición del primer grupo constituido por los jóvenes participantes, mientras que el segundo estuvo formado por el grupo juvenil y representantes políticos, sociales y profesionales.

1. Resultados grupo discusión jóvenes

Mediante la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) los jóvenes analizaron las variables internas y externas que influyen en sus oportunidades de acceso al mercado laboral.

Atendiendo a las variables internas, el grupo de discusión alegó la importancia de la organización personal como fortaleza y a la pereza y desgana como debilidad para la obtención de empleo.

Respecto a las variables externas los jóvenes establecieron como oportunidades los siguientes ítems:

- Habilidad para entender y comprender otras culturas, manejo de las nuevas tecnologías.
- Disponer de capital social.



- El acceso a la información, la facilidad de movilidad de unos países a otros (especialmente en Europa).
- El conocimiento de idiomas.
- La experiencia laboral.
- El voluntariado.

En relación a las amenazas que perciben los jóvenes para su futuro profesional destacaron:

- Las trabas que te ponen si no tienes experiencia.
- La exigencia de papeles para la acreditación curricular.
- Los contratos precarios y su temporalidad.
- La reducción de las becas del programa Erasmus.
- Mecanismos escasos de apoyo para encontrar vivienda.
- Recorte de presupuestos para ayudas a los jóvenes.
- La edad para encontrar el primer empleo aumenta y la edad de jubilación se retrasa lo que supone alteraciones del ciclo vital (o la necesidad de trabajar más allá de los 68 años para poder cotizar).
- Retraso de la emancipación ante la ausencia de oportunidades.
- La crisis económica que puede devaluar los salarios al haber más personas desempleadas dispuestas a trabajar por menos cuantía.
- Mayores tasas de desempleo.
- Ofertas de trabajo no cualificado donde la formación recibida puede ser un problema en vez de la solución. "Te pasas años de formación para luego tener que quitarlo del currículum para optar a un puesto de trabajo".

2. Resultados grupo discusión jóvenes con estamentos políticos, sociales y profesionales

Representante Político:

La esfera política reconoce ser consciente del alto nivel de desempleo juvenil en España, así como del hecho de la "fuga de cerebros" juveniles en busca de una oportunidad laboral en otros países, desalentadora falta de ofertas laborales a los jóvenes. Dicha "fuga", sin duda, tendrá repercusiones sociales y económicas a largo plazo en el país. "Formamos profesionales para que luego trabajen fuera de España". "Los jóvenes son el futuro de la nación".

Alternativas propuestas para afrontar el desempleo juvenil:

- Más recursos para formación: Becas.
- Más ofertas de trabajo.
- Proyectos I+ D + i e inversión en tecnología.
- Facilitar la movilidad.
- Incentivar la creación de autoempleo juvenil.
- Reforma educativa viable.
- Igualdad de oportunidades para todos.

Profesor universitario:

Tampoco es ajena la comunidad universitaria a la problemática sobre el empleo juvenil, reconocen que la situación laboral para ellos es complicada.

La visión pesimista de los jóvenes sobre su futuro laboral e inserción en el mercado de trabajo les hace plantearse emigrar a otro país en busca de trabajo. Consideran que hay mejores oportunidades laborales en el extranjero en consonancia con su capacitación.

Se destacó la importante relación y trascendencia que guarda la formación con el ingreso en el mundo laboral así como las ventajas que ofrece el sistema educativo del Espacio Europeo de Educación Superior.

Una propuesta alternativa podría ser celebrar un "Pacto de Estado en Educación" inspirado o cercano al modelo de enseñanza finlandés, considerado uno de los mejores del mundo. El plan de estudios de enseñanza superior en Finlandia, junto con las 20 universidades que dispone, pertenecen al Estado y éste aporta su mayor financiación. No se cobran matrículas, el acceso universitario está al alcance de todos y se reconoce este derecho por encima de cualquier ideología política.

Profesionales:

En el diálogo con los profesionales, técnicos en trabajar con jóvenes, subrayaron la relevancia de los datos actuales sobre el desempleo, dificultades de acceso al empleo y la falta de planes de incentivación laboral juvenil. Situación que se acentúa más en el caso de jóvenes inmigrantes, han llegado a la edad laboral en plena crisis económica, o porque la pérdida de empleo ha sido mayor en la comunidad inmigrante.

Durante el transcurso del debate, los jóvenes conocieron de primera mano cuál es el camino de los jóvenes migrantes que llegan a nuestro país, en qué condiciones salen de sus lugares de origen y cómo al llegar a nuestro país encuentran que sus estudios y su preparación no tiene validez.

Como conclusiones en el diálogo profesionales-jóvenes, y ante las expectativas no muy positivas sobre su futuro laboral, se plantearon una serie de alternativas para paliar la precariedad laboral que vive la juventud:

- Creación de asociaciones y entidades que ofrezcan apoyo y asesoramiento a los jóvenes.
- Necesidad de abordar estas problemáticas desde equipos multiprofesionales.
- Facilitar la coordinación institucional.

Jóvenes:

El grupo juvenil participante expuso su opinión y visión general sobre la situación que viven actualmente:



- Rechazan la corrupción política.
- "No nos gusta ver el hemiciclo vacío".
- No se sienten escuchados, ni representados.
- Detectan crisis institucionales.
- Quieren estabilidad política y coherencias en las decisiones.
- Destacan la importancia de asistir a las manifestaciones de ámbito político-económico-social.
- Manifiestan la necesidad de movilización juvenil.
- Fomentar el asociacionismo en la juventud.
- Proponen utilizar las redes sociales para reivindicar sus derechos.
- "La sociedad está cansada y quiere un cambio".
- No se sienten orgullosos de ningún partido político.
- Rechazan rotundamente la corrupción económica.
- Piden compromiso político.
- Demandan inversión en políticas de empleo para jóvenes.
- En la sociedad se ha producido la deshumanización.
- "Estamos paralizados".
- La población inmigrante lo tiene aún más difícil por las trabas administrativas para conseguir los permisos de trabajo y residencia.

En cuanto al análisis cuantitativo, se aplicó una encuesta de satisfacción a todos los jóvenes asistentes. Los resultados obtenidos, a modo de resumen, fueron los siguientes:

- *Razón principal de participación en las jornadas*, el 49 % de los jóvenes encuestados determinan que el motivo principal de su participación fue adquirir nuevas habilidades y capacidades que puedan aplicar posteriormente a su situación personal.

- *Grado de asistencia a jornadas similares*. Con el objeto de conocer cuál era su grado de participación en jornadas similares y establecer si éstos habían ya percibido educación no formal acerca en los temas teórico-prácticos desarrollados, se les formuló la siguiente pregunta: "¿Has asistido con anterioridad a alguna actividad relacionada con estas jornadas?" En caso afirmativo, descríballo brevemente. El 67 % de los jóvenes no habían asistido a unas jornadas formativas con los contenidos desarrollados en las mismas.

Acerca del *beneficio y utilidad de las jornadas* a su formación personal, los resultados, en previsión a su formación un 56 % de los jóvenes lo valoraron como bueno y el 34 % las consideraron excelentes. Se formularon hasta un total de diez preguntas con resultados satisfactorios por parte de los jóvenes. Asimismo, el grupo juvenil participó sugirieron la creación y desarrollo de jornadas formativas de esta categoría: talleres prácticos, exposiciones y debates.

Conclusiones

La población joven en un grupo muy heterogéneo cuyas ideologías, aspiraciones, opiniones y personalidad difieren considerablemente unos de otros. Sin embargo, y considerando esta diversidad en la juventud, el papel de "trabajar" es el eje nuclear común a todos ellos en esta etapa de crisis y globalización que viven y sienten. La educación y la inserción laboral de los jóvenes constituyen desafíos importantes para el conjunto de la sociedad. Su integración profesional requiere de una inversión en educación que permita su integración social y les pueda dar acceso a participar en el cambio social y crecimiento económico. La formación educativa dual, formal-no formal, representa una alternativa a la inactividad laboral de algunos jóvenes.

Atendiendo a las actividades, talleres del proyecto y analizando los resultados de los cuestionarios de satisfacción podemos decir que los jóvenes alegaron la importancia de estos cursos para facilitar información y herramientas necesarias para la búsqueda de empleo. Algunos jóvenes aludían a la necesidad de articular estas actividades en los centros de formación. Demandan más encuentros formativos gratuitos ejecutados por profesionales que faciliten y favorezcan su inclusión laboral.

El debate con los representantes políticos y sociales sirvió para conocer de primera mano cuáles fueron las exigencias de los jóvenes, sobre todo exponían su cansancio a la hora de no escuchar nuevas propuestas y de los reproches continuos entre los partidos políticos. Desean un claro compromiso político para luchar contra el desempleo, activación de políticas sociales y acceso a los estudios universitarios para las personas con menos recursos.

Los resultados del encuentro resaltan, una vez más, la importancia del desarrollo de proyectos por organizaciones sin ánimo de lucro donde el estudio de las necesidades y la puesta en marcha de estrategias contribuyen a la mejora de la población, fortalece el importante papel de los jóvenes dentro del presente y del futuro de la sociedad y refuerza el sentimiento de ciudadanía europea. Nuestro país sigue necesitando planes y programas de desarrollo específicos para jóvenes, una cooperación fluida valiéndose de nuevas formas y transparentes creación de redes, recursos financieros suficientes para que los Fondos Estructurales Europeos potencien los sistemas de educación y formación. El compromiso de la clase política para poner en marcha los mismos, trabajar en los ámbitos de la movilidad, la empleabilidad y el aprendizaje de idiomas, tan necesario para alcanzar un puesto de trabajo así como para una formación completa.



Financiación

El proyecto, "Todos formamos parte de Europa", ha sido financiado por el Fondo Europeo dentro del Programa Juventud en Acción (ES-51-E65-2013-R3) en colaboración con INJUVE, Agencia Nacional Española y Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Agradecimientos

El desarrollo de las actividades del proyecto ha sido también posible gracias a la colaboración de Dña. Paloma González López, D. F. Javier Mazuecos Gómez, Dña. Laura Ponce de León Romero, Dña. Eugenia Reyes Cordones y D. Pau Taura Serra.

Bibliografía

Alaminos, A. (2008). Juventud y sus límites operativos. *Obets: Revista de Ciencias Sociales*, 2, pp.5-23.

Eurofound. (2014). *Social situation of young people in Europe*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Unión Europea.

Eurostat. (2015) (26 de noviembre de 2015) *Jeneusse*. Obtenido de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/youth/statistics-illustrated>

Fernández, T. y Ponce de León, L. (2011). *Trabajo Social con familias*. Madrid: Ediciones Académicas.

Goleman, D. (1999). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.

Hamui-Sutton, A. y Varela-Ruiz, M. (2012). La técnica de grupos focales. *Elsevier México*, 2, pp. 55-60.

Howe, N. y Strauss, W. (2000). *Millennials rising, the next generation*. United States.

Morales, P., Urosa, B. y Blanco, A. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert*. Madrid: La Muralla, S.A.

Pérez, G. (2007). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural*. Madrid: Narcea, S.A. Ediciones.



TRABAJO SOCIAL E INMIGRACIÓN AFRICANA EN TIEMPOS DE CRISIS. DIÁLOGO ENTRE TEORÍA Y PRÁCTICA PROFESIONAL

Ramón Juliá, Toni Moya y Sebas Notario

Resumen

Vivimos en una sociedad compleja, impregnada por una gran incertidumbre y al mismo tiempo muy marcada por el uso de las nuevas tecnologías. Ante esta realidad las personas que nos dedicamos al Trabajo Social tenemos la necesidad y la obligación de experimentar nuevas formas de colaboración profesional y de aportar nuevas ideas y cauces profesionales al Trabajo Social. La colaboración e intercambio entre profesionales así como la conexión entre el mundo académico-teórico con la praxis profesional puede ser un camino de largo recorrido por el cual tenemos que apostar. El objetivo de esta comunicación es recoger una experiencia concreta que surgió de la confluencia de todos estos factores antes mencionados y que nos llevaron a experimentar una nueva forma de reflexionar, transmitir y divulgar una serie de conocimientos sobre una temática tan interesante e ineludible como es la inmigración y el Trabajo Social.

Palabras clave: Intercambio profesional, Nuevas formas de colaboración, Inmigración y Trabajo Social.

Key words: Professional exchanges, New partnerships, Immigration and Social Work.

Esta comunicación plantea dos cuestiones complementarias y pretende aportar ideas concretas en diferentes aspectos que consideramos fundamentales para el Trabajo Social actual. Por un lado creemos en la importancia cada vez mayor de trabajar con diferentes metodologías y en la necesidad de proponer nuevas iniciativas profesionales que ayuden a posicionar nuestra profesión con el uso de todas las herramientas que estén a nuestro alcance.

Por otra parte creemos también en la necesidad de mejorar nuestra intervención profesional en el día a día y ser capaces de afrontar los retos que nos plantea y nos propone este siglo XXI en tantos frentes diversos e intensos. Uno de estos retos, que no es nuevo pero que permanece en nuestra sociedad desde sus inicios, es el del trabajo con personas inmigradas. Nos resistimos a

eludir esta cuestión y girar la vista hacia otro lado como hacen nuestros políticos y tampoco nos parece razonable aceptar el aumento del racismo, la xenofobia y la islamofobia sin plantear ninguna propuesta alternativa.

Por estos motivos queremos plantear, por un lado, esta comunicación basada en una experiencia concreta, desde una perspectiva experimental y con el ánimo de proponer nuevas formas de comunicación entre el mundo teórico y académico y el mundo profesional. Para poder llegar a esta propuesta fue necesaria la existencia previa de un grupo de trabajo que posibilitara y favoreciera esta dinámica. En nuestro caso somos un grupo de profesionales del Trabajo Social de diferentes ámbitos que bajo el nombre de ÁGORA de Trabajo Social de Lleida¹ queremos reflexionar sobre nuestra profesión desde perspectivas diversas pero con el objetivo común que nos ayude a mejorar nuestra intervención y visibilizar al mismo tiempo nuestra profesión.

Todas las personas que subscribimos esta comunicación pertenecemos a este grupo y por este motivo surgió la oportunidad de realizar una experiencia aparentemente simple, pero al mismo tiempo poco común, relativa a la presentación de un libro elaborado por uno de los miembros del grupo². Atendiendo a la pertinencia y actualidad del tema y teniendo en cuenta la falta de diálogo entre el mundo de las ideas y la práctica profesional, nos planteamos la posibilidad de realizar una presentación del libro³, dialogada, comentada y analizada desde la vertiente profesional con el objetivo de plantear un acercamiento real entre el contenido que propone el autor y las ideas que realmente inspiran y al mismo tiempo provocan una reflexión en los profesionales.

La personas que participaron de la presentación fueron las siguientes: la trabajadora social responsable del área de inclusión de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Lleida, el/la trabajador/a social que realiza funciones como asesor en el Centro de Atención a Trabajadores Extranjeros (CITE) y al mismo tiempo Secretario de Políticas de Igualdad y de Movimientos Sociales de CCOO de las tierras de Lleida, el/la trabajador/a social y jefe de servicios de la oficina de atención de la “Fundación Pagessos solidaris” que trabaja mayoritariamente con personas inmigrantes desde una visión integral y finalmente el autor del libro que ejerce como profesor en el grado de trabajo social de la Universidad de Lleida aportando la vertiente más teórica y académica del tema.

Por otro lado, como ya hemos avanzado anteriormente, también queremos reflexionar sobre aspectos concretos como lo es el tema de la inmigración. Desde hace un tiempo nos preguntamos con demasiada frecuencia una

1 Ver <http://agorats.com/>

2 Se trata del libro “Africans a la cruïlla. La inserció sociolaboral de les persones immigrades en temps de crisi”. Libro escrito por Ramon Juliá Traveria miembro del Àgora de trabajo social de Lleida.

3 La presentación planteaba una dinámica dialogada y participativa en la que en primer lugar el autor planteó las líneas generales de la obra y seguidamente las personas colaboradoras realizaron una reflexión y valoración desde su ámbito de trabajo, resaltando aquellos elementos que más habían reconocido como propios en sus respectivos proyectos. Las personas asistentes estaban invitadas a participar de las reflexiones en el momento que consideraran oportuno y así lo hicieron.



cuestión que se concretaría de la siguiente forma: ¿Los trabajadores y trabajadoras sociales utilizan todas las herramientas a su alcance para abordar los casos con personas y familias inmigrantes?

Podríamos decir que si nos centramos en las personas que trabajan con inmigrantes en servicios especializados como por ejemplo CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado) la respuesta sería afirmativa, debido a la exigencia intrínseca que conlleva trabajar en temas tan especializados, pero si la pregunta se extiende a los profesionales que trabajan en servicios más generalistas, como servicios sociales básicos, o en el ámbito de la salud, educación, ocupación o vivienda, nos encontramos con una más que dudosa respuesta. Con esto queremos decir que del mismo modo que trabajar en temas de salud mental requiere una formación complementaria a nivel metodológico pero también en cuanto a conocimientos especializados y específicos, trabajar con personas inmigrantes parece ser que no requiere la misma atención ni formación para los profesionales de lo social.

Creemos que todavía no existe la conciencia que las personas inmigrantes plantean una serie de particularidades que no podemos negar ni evitar afrontar bajo la frase tan conocida como “nosotros no hacemos distinción alguna con nadie y no discriminamos por ser inmigrantes”, pero que al mismo tiempo esconde la falta de conocimientos y de interés por las particularidades de estas personas y que por no conocerlas ni tenerlas en cuenta se está discriminando sin ser consciente de ello.

Este debate no es nuevo y de hecho existen diferentes aportaciones como las de Vázquez (2002) o Aguilar (2004) en las que ponen de manifiesto la importancia de la adquisición por parte de los profesionales del Trabajo Social, de competencias en materia de interculturalidad y sobre las condiciones específicas que conlleva trabajar en contextos multiculturales y multiétnicos.

Tampoco es nueva la reflexión que realizan algunos estudios como el de Aguilar (2011) sobre los prejuicios y estereotipos que los profesionales del Trabajo Social ponen de manifiesto en su práctica cotidiana o incluso lo que denominamos el racismo institucional.

En esta comunicación queremos hablar de los elementos que creemos que son básicos para la integración social de las personas inmigradas africanas⁴ haciendo hincapié en su inserción socio laboral porque como dice Martín et al. (2007), el estudio de la inserción socio laboral es clave y merece una lectura prioritaria cuando hablamos de inmigración. Esto es así porque se conju-

gan diversas variables psicosociales con otras variables que tienen que ver con la integración a la comunidad.

De las primeras hay que destacar en primer lugar, el significado que se le da al trabajo, los valores y las metas laborales. En segundo lugar, las expectativas y las atribuciones que se realizan por el hecho de encontrar o no encontrar trabajo. En este sentido es interesante la frase que relaciona tener faena o no tenerla, ligada a la suerte o incluso a la voluntad divina. En tercer lugar, el estrés que supone afrontar el trabajo. En este sentido, es muy importante el apoyo social de la persona. Por lo que se refiere a las variables comunitarias se tiene que destacar la existencia de redes sociales, la participación social, el asociacionismo y el conocimiento de los recursos.

Reflexionar sobre la inmigración desde una perspectiva general nos ayuda a los y las trabajadores/as sociales, a abrir interrogantes sociales y también profesionales, ya que pone encima de la mesa malestares, expectativas no resueltas, cuestionamientos sobre el sistema. Ayuda a entender desde una mirada global la inmigración, saliendo de la individualización de los casos y pudiendo hacer una lectura de las dinámicas sociales donde los actores no son sólo las personas inmigrantes.

Africanos en la encrucijada. Diálogo entre teoría y práctica

En este cuadro recogemos de forma sinóptica las diferentes cuestiones que queremos destacar y que surgieron del debate sobre el contenido del libro y que desde la práctica se consideraron fundamentales para una mejor intervención. También se recogen las dificultades específicas que se han detectado así como se plantean un conjunto de propuestas dirigidas a las personas inmigradas y otras dirigidas a la profesión con el ánimo de mejorar nuestra intervención.

4 Existen estudios como los de Santamaría (2002), Pérez, Álvarez i González (2001), Martín (2001), Lucas i Torres (2002) que ponen énfasis en la necesidad de tener muy en cuenta las migraciones extracomunitarias en España y sobre todo las procedentes del Magreb y el África subsahariana, atendiendo a las dificultades que se detectan en relación a su integración por motivos culturales y/o religiosos.

Juliá (2015), habla precisamente de Africanos en la encrucijada, atendiendo a que son las personas más vulnerables ante la crisis económica que se está sufriendo en el Estado Español, por motivos no sólo de tipo económico sino también de rechazo por cuestiones de tipo social y cultural.



Elementos para la integración	Dificultades añadidas	Propuestas para las personas inmigradas	Propuestas para los profesionales
La documentación El capital cultural	La espada de Damocles de las renovaciones. Dificultades de organización de la documentación.	Talleres de procedimientos administrativos. Elaboración de un archivo personal. Documentación imprescindible para el viaje.	Formación específica para profesionales sobre procedimientos administrativos relacionados con la inmigración. Sensibilización hacia el fenómeno migratorio. Incorporación en el catálogo de servicios del trabajador social el asesoramiento y orientación básica sobre los procedimientos administrativos. Se trataría de un Libro Blanco de Intervención.
El capital cultural	La baja cualificación. La homologación imposible.	Formación ocupacional que permita la reorientación, el reciclaje, profesional y la recualificación. Formación adaptada a la realidad nómada de las personas inmigrantes que trabajan en trabajos de temporada.	Poner en valor en currículum oculto de las personas inmigrantes. Dar apoyo y motivar en los procesos de inserción sociolaboral. Concienciación de los profesionales de adaptar el diseño de la formación a las particularidades de las personas inmigrantes.
Las redes sociales	El transnacionalismo interrumpido. Las redes sociales sobrecargadas.	Promover proyectos comunitarios que ayuden a mantener y crear nuevas redes de apoyo. Fomentar y poner en valor las relaciones familiares mediante el uso de medios 2.0 como medio de comunicación y de proximidad a la red.	Comprender el significado del transnacionalismo y de las consecuencias de no poder reagrupar a la familia o realizar las remesas esperadas. Dar apoyo a proyectos de mantenimiento de redes sociales existentes.
El uso de dispositivos de inserción laboral	Redefiniendo. estrategias en tiempos de crisis El desamparo en la búsqueda de trabajo la inmigración inesperada se convierte en mano de obra no deseada.	Talleres sobre acceso y uso de los dispositivos de inserción sociolaboral. Creación de redes supramunicipales de entidades de inserción y de patronales empresariales para facilitar la demanda con la oferta laboral.	Trabajar en favor de la Responsabilidad social empresarial. Dar apoyo y trabajar coordinadamente con los dispositivos de formación e inserción socio laboral. Dar valor a la gestión eficiente, eficaz y sostenible económicamente de los proyectos de inserción. Priorizar la contratación de proximidad.



Elementos para la integración	Dificultades añadidas	Propuestas para las personas inmigradas	Propuestas para los profesionales
El uso de las instituciones	El peligro de la discriminación institucionalizada. El peligro de ser etiquetados como usuarios, pobres y excluidos.	Normalización en el uso de las instituciones fomentando el conocimiento de las instituciones, su funcionamiento y sus derechos y deberes.	Promover intervenciones más allá de la satisfacción de necesidades básicas. Integralidad en el abordaje.
El racismo	El racismo institucional. El racismo social. La Islamofobia.	Denunciar el racismo en cualquiera de sus formas. Empoderar a las personas inmigradas. Trabajar con la población autóctona. Sensibilización del hecho migratorio en el ámbito educativo.	Formación específica en el ámbito de las migraciones.

Elaboración propia a partir de Julià (2015) y las aportaciones de la dinámica de presentación del libro.

La documentación: Diálogo teoría-práctica

Todos los profesionales están de acuerdo en la existencia de esta espada de Damocles (Mata, Domingo, Julià (2007) y en esta obsesión documental que viven muchos de ellos y que queda reflejada en diferentes momentos. Los procesos de regularización se convierten a menudo en procesos imposibles, que generan frustración, muchos años de sufrimiento por el propio valor simbólico de los “papeles”. A esta situación hay que añadir que a veces llega el momento en el que se cumple el sueño de los ansiados papeles pero el contexto dificulta e incluso expulsa a las personas de las posibilidades de renovación de los mismos.

Se plantea un debate muy interesante alrededor de la cuestión de si los profesionales del Trabajo Social pueden permanecer ajenos a esta realidad que viven las personas inmigrantes en cuanto a su situación jurídica y legal y sus consecuencias sobre su vida cotidiana, si queremos realizar un abordaje adecuado e integral de la situación.

El Capital cultural: Diálogo teórico práctico

El capital cultural es uno de los aspectos más determinantes para la inserción sociolaboral en una situación de crisis como la actual. En el caso de las personas de origen Africano esta cuestión se ve agravada por diferentes motivos. Por un lado encontramos a personas que aun teniendo una cualificación profesional destacada, no pueden acceder a puestos de trabajo cualifi-

cados debido a la crisis en el sector de la construcción. Por otra parte encontramos a personas con muy baja cualificación, personas analfabetas y personas con una gran experiencia en sectores como la agricultura que conllevan una estacionalidad y movilidad inherente a su desarrollo, con las consecuencias que esto conlleva.

Las personas que trabajan en los Servicios Sociales deben conocer esta realidad y dar apoyo a estas personas en su formación, reorientación laboral así como pueden potenciar los currículums ocultos que estas personas atesoran en sus trayectorias vitales y que en muchas ocasiones se ignoran o no se ponen en valor.

Las redes sociales: Diálogo teórico práctico

Una de las consecuencias más graves fruto de este transnacionalismo interrumpido y de la sobrecarga en las redes sociales puede ser la resignación como actitud. En este sentido podemos destacar la Teoría de la hibernación que plantea Julià (2015), que podemos relacionar, sobretodo en personas que están llegando a los Servicios Sociales Básicos que trabajan con los más desfavorecidos, con el síndrome de la indefensión aprendida de Seligman. Estas personas llegan con la sensación subjetiva de no poder hacer nada para mejorar su situación y no responden ni aceptan ayuda. Cuando se pierde la esperanza de poder controlar la vida debido a la cadena de sucesos vitales negativos, se sienten incapaces de retomar el control de su vida y se abstienen de volver a intentarlo.



Los trabajadores sociales se encuentran ante un reto mayúsculo que no pueden obviar como es el de mantener aquellas redes que todavía sirvan a la comunidad así como crear otras redes de apoyo que den respuesta a estas necesidades. Por este motivo es imprescindible tener un conocimiento aproximado de la existencia de estas redes y su funcionamiento.

El uso de dispositivos de inserción socio laboral: Diálogo teórico práctico

Las personas inmigradas utilizan los dispositivos de inserción de forma intensa y muchas veces de forma irracional, esperando que llegue la oportunidad o la suerte que no han tenido anteriormente, pero sin conocer realmente el funcionamiento específico de estos dispositivos.

Otra cuestión a tener en cuenta es la falta de adecuación entre la mano de obra disponible y la demanda que realizan las empresas. Muchas de las personas africanas no son el perfil que busca el empresario. Solamente en el caso de la agricultura parece que encaja el perfil.

En este sentido es necesario e imprescindible que desde el Trabajo Social se realicen acciones que fomenten la responsabilidad social empresarial para modificar algunos estereotipos y prejuicios que a veces encubren esta inadecuación de perfiles.

Por otra parte se plantea la necesidad de un mayor conocimiento por parte de los Servicios Sociales, de los dispositivos de inserción sociolaboral para trabajar de una forma más coordinada e integral.

El uso de las instituciones: Diálogo teórico práctico

Algunas de las ideas que se aportan nos llevan a la necesidad de realizar un cambio de mirada en relación a lo que está sucediendo en la atención a colectivos desfavorecidos. Creemos que crece en el tercer sector la dinámica que plantea Merin (2011), en “blanco Bueno busca negro pobre” o “líbrame de los Buenos”, donde el paternalismo, el inmovilismo, la ayudadicción, el buenísimo, se instalan en la atención asistencial de las personas inmigrantes, teniendo resultados contraproducentes en las propias personas, negando su potencialidad y la capacidad de promoción personal.

Los profesionales también deberíamos ser más conscientes y empáticos en la crudeza de la inmigración y sus consecuencias, por más que justificada, la inmigración siempre es cuestionada y deberíamos ser capaces de hacer intervenciones con el objetivo de poner en valor el currículum oculto de las personas, sus capacidades y habilidades, conociendo la trayectoria migratoria.

Frases que se pueden encontrar en el libro expresadas por sus protagonistas son más que reveladoras en cuan-

to a lo que supone para ellas esta experiencia. “Emigrar es como morir” o “Yo no tengo historia” hablan por sí mismas.

El racismo. Diálogo teórico práctico

Cuando hablamos de racismo nos encontramos con varias de sus caras y algunas de ellas en el seno mismo de las instituciones. Este racismo institucional o profesional conlleva prácticas profesionales inadecuadas y muchas veces inaceptables sobre las que debemos recapacitar y reaccionar.

El racismo social y en especial la islamofobia también son elementos que dificultan la inserción socio laboral de muchas personas inmigrantes y que desde una perspectiva profesional no podemos obviar ni tampoco fomentar.

Por este motivo es necesaria la formación específica en temas relacionados con la inmigración, la diversidad cultural y la interculturalidad por parte de los profesionales que en el día a día deben atender a estas personas en contextos complejos y bajo presiones de todo tipo.

También es imprescindible trabajar con la población autóctona todo este tipo de situaciones ya que también se ven afectados por todos estos elementos y como comentó uno de los colaboradores “existe el duelo del inmigrante pero también el del autónomo” o aquello de que “Queremos vivir en la ciudad de nuestra infancia”.

Para reflexionar

- ¿Estamos los profesionales preparados para intervenir de forma adecuada?
- ¿Somos conscientes de nuestras limitaciones culturales y tenemos la voluntad de explorar en las diferentes culturas. Tenemos actitud de conocer? ¿Conocer es sinónimo de saber?
- ¿Podemos realizar diagnósticos solo desde patrones de la Sociedad de acogida, aceptamos la realidad del otro, aceptamos la diversidad? ¿Estamos dispuestos a tener en cuenta sus valores, sus creencias para interpretar de otra forma la realidad social?
- ¿Queremos y creemos realmente en el trabajo en favor de la convivencia y en tejer la diversidad?
- ¿Estamos dispuestos a trabajar con toda la población a partir de proyectos comunitarios que incluyan a personas inmigrantes y autóctonas bajo un mismo objetivo?



Bibliografía

AGUILAR, María José. (2004). *Trabajo Social intercultural: Una aproximación al perfil del trabajador social como educador y mediador en contextos culturales y multiétnicos*. Portularia, N.º 4, pp. 153-160.

AGUILAR, María José. (2011). *El racismo institucional en las políticas e intervenciones sociales dirigidas a inmigrantes y algunas propuestas para evitarlo*. Documentación Social. N.º 162. Pp. 139-162.

DE LUCAS, Javier i TORRES, Francisco. (2002). *Inmigrantes: ¿Cómo los tenemos? Algunos desafíos y (malas) respuestas*. TALASA Ediciones S.L. Madrid.

JULIÀ, Ramón. (2015). *Africans a la cruïlla. La inserció sociolaboral de les persones immigrades en temps de crisi*. Col·lecció Sud-Nord. Edicions de la Universitat de Lleida.

MARTÍN, Gema. (2003). *Marroquíes en España. Estudio sobre su integración*. Fundación Repsol Madrid.

MARTÍN, Pilar, OCHOA, Elena, IZQUIERDO, Alicia, Gil, Marta. (2007). *Capital social e inmigración: conceptualización operativa de la inserción sociolaboral de los inmigrantes*. Studium: Revista de Humanidades. N.º 13, pp. 257-281.

MATA, Anna, DOMINGO, Jordi, i JULIÀ, Ramón. (2007). *Lògiques, paradoxes i oportunitats. La inserció sociolaboral de la població immigrada a les terres de Lleida*. Edicions de la Universitat de Lleida.

NERÍN, Gustau. (2011). *Blanco bueno busca negro pobre: Una crítica a los organismos de cooperación y las ONG*. Roca editorial de libros.

SANTAMARÍA, Enrique. (2002). *La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la inmigración no comunitaria*. Editorial ANTHROPOS. Barcelona.

VÁZQUEZ, Octavio. (2002). *Trabajo Social y competencia intercultural*. Portularia. N.º 2, pp.125-138.



RADICALIZACIÓN ISLAMISTA Y TRABAJO SOCIAL

Sheila Moreno Griñón y Sergio Hernández Martín

Resumen

Actualmente el terrorismo internacional de corte islamista es para Occidente una de sus principales amenazas. Jóvenes musulmanes educados en Occidente son atraídos por ideas neosalafistas. Quedan atrás las aportaciones teóricas cuya hipótesis se circunscribían a factores económicos. El problema de la radicalización islamista de musulmanes de segunda o tercera generación responde más a factores sociales, ligado a crisis identitarias. A este terrorismo se le debe dar una respuesta multidimensional, multidepartamental y multidisciplinar. Y es ahí donde el Trabajo Social puede jugar un papel importante minimizando y detectando síntomas de radicalización y dando una respuesta efectiva integradora.

Palabras clave: Radicalización, Terrorismo, Neosalafismo, Identidad, Trabajo Social.

Key words: Radicalization, Terrorism, Neo-Salafism, Identity, Social Work.

Introducción

El terrorismo internacional de corte islamista se configura como una amenaza asimétrica y cuyas características esenciales residen en su volatilidad, flexibilidad y capacidad de adaptación a un medio que le es cada vez más hostil. Su morfología nos obliga a hacerla frente desde enfoques multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinarios. Y máxime cuando estamos observando como cientos de jóvenes musulmanes europeos de segunda y tercera generación se unen a las filas de organizaciones terroristas y/o insurgentes como el autodenominado Estado Islámico (DAESH). Lo que nos debe preocupar como sociedad, es el porqué de que cientos de jóvenes musulmanes educados en Occidente, e impregnados de valores democráticos y del respeto a los Derechos Humanos deciden convertirse en terroristas o apoyar tales acciones violentas.

La radicalización de este sector de la población constituye un verdadero desafío y un riesgo al que debemos hacerle frente. Para poder prevenir y evitar tal situación, debemos estudiar y comprender el fenómeno de la radicalización y así poder establecer fórmulas de desradicalización (Alonso, 2007) y desvinculación (Rodríguez y Ceballos, 2014).

Marco Teórico

El siguiente marco teórico del presente artículo se encuadra en seis grandes bloques que intentarán dar respuestas aproximadas a seis preguntas basadas en los modelos de investigación denominados Five Ws, Five Ws and one H, o el Six Ws. Esta seis fórmulas corresponde a Who...? (¿Quién?), Where...? (¿Dónde...?), Why? (¿Por qué...?), What...? (¿Qué...?), When...? (¿Cuándo...?), y How...? (¿Cómo...?) adaptadas al fenómeno de la radicalización islamista.

¿QUÉ?: En primer lugar, debemos abordar la conceptualización de nuestro objeto de estudio para conocer qué se entiende por radicalización. Es interesante la aportación del profesor Joan Anton Mellón, según el cual este fenómeno más que un estado, es un proceso en donde confluyen diferentes fases (Mellón citado en Rodríguez y Ceballos, 2014). Realizando una somera revisión a las aproximaciones conceptuales de diversos autores, podemos definir el proceso de radicalización como *aquel fenómeno mediante el cual el individuo asume un sistema de creencias extremistas que deriva en el apoyo y justificación e incluso en la participación de acción violentas cuyo fin es alcanzar unos determinados objetivos políticos y/o religiosos* (Alonso, 2007, Jordan, 2009), podemos deducir de este marco conceptual, que hay dos estadios, dos dimensiones de radicalización que deben ser delimitadas, uno que sería aquel individuo que asume ese conjunto de ideas radicales pero que no lleva a cabo acciones terroristas, incluso aunque las justifique, y otro estadio en donde si está dispuesto a realizar tales actos, (Alonso, 2007) (Bjelopera citado en Rodríguez y Ceballos, 2014).

¿QUIÉNES?: Esta reflexión nos invita a discutir una de las grandes cuestiones en los estudios sobre Terrorismo, y es la de quién se convierte en terrorista. Circunscribiéndolo dentro del contexto del terrorismo islámico, se puede afirmar que no hay un perfil fijo (Caño, 2009), dentro del Islam radical y de las actividades relacionadas con la perpetración de actos terroristas, se distinguen a individuos de variado perfil, personas con estudios superiores, sin estudios, con una posición socio económica alta, individuos convertidos al Islam..., la conclusión que obtienen la mayoría de estudios y que constituye un elemento de dificultad para los servicios de seguridad, es que no hay un perfil fijo.

En el caso español, destaca el estudio de Fernando Reinares y Carola García-Calvo sobre el perfil sociodemográfico de los condenados por actividades terroristas o muertos en actos de terrorismo (Reinares y García-Calvo 2013a) en que se concluye que los yihadistas en España son varones entre 25 y 39 años, aunque cada vez más jóvenes. Son casados y con hijos y también extranjeros -si bien en un estudio posterior de los mismos autores se afirmará que ya hay un yihadismo autóctono o homegrown- con estudios superiores o primarios, y cuya ocupación en su mayoría no es conocida o son obreros sin cualificación.



¿DÓNDE?: Según un estudio del Real Instituto Elcano sobre la movilización yihadista en España, se destaca que cerca del 45 % de los detenidos en España por actividades terroristas tienen la nacionalidad española, lo que denota la aparición de un *yihadismo autóctono* o *homegrown* en España (Reinares y García-Calvo, 2015). Los lugares que más facilitarían o que resultarían más idóneos para la radicalización serían las prisiones, las mezquitas, los barrios periféricos localizados en Ceuta y en Melilla, y sobre todo las redes sociales y la Web 2.0. (Tarrero, 2010). Estos entornos constituirán marcos que favorecerían la construcción de vínculos.

¿CUÁNDO?: Contestaremos a esta pregunta asumiendo que se refiere a la etapa de la vida en dónde más efecto tiene la propaganda de la narrativa neosalafista. El dispar perfil sociodemográfico nos invita a ser prudentes a la hora de abordar esta cuestión. Según estudios, se focaliza más en personas jóvenes (Reinares y García-Calvo, 2013b). Destaca un trabajo del Real Instituto Elcano, que el entorno a un 41,2 % de mujeres radicalizadas y detenidas por las Fuerzas de seguridad (FFSS) del Estado, se encontraban en edades comprendidas entre los 15 y 19 años. En el caso masculino, la franja de edad de los detenidos en España por actividades terroristas, se focaliza entre los 25 y 29 años, un 31,8 % según el estudio citado.

¿CÓMO Y POR QUÉ?: Dentro de la literatura académica, son numerosos los modelos formulados para explicar este proceso, pero en esta investigación destacamos el modelo a tres niveles de Javier Jordán que aglutina aquellos factores que ayudan a explicar el cómo y no tanto el porqué de la radicalización.

El primer nivel, sería el *nivel macro*, basado en los modelos causales de investigación, aquellos que se centran en estructuras como la coyuntura internacional o la situación específica del país (Jordan, 2009). El proceso de globalización puede ser tomado como un factor importante, pues el desarrollo de las tecnologías de la información nos permite estar informados de los distintos conflictos armados que se producen a lo largo del globo. Tales conflictos focalizados en países o regiones árabe-musulmanes, como el Palestino, se configuran como elementos que contribuyen a la narrativa, elemento fundamental en los procesos de radicalización (Fernández-Montesinos, 2015).

El segundo nivel, constituiría el *nivel micro* que sería aquel donde confluyen elementos racionales, emocionales, cognitivos e identitarios. Los elementos racionales, haría referencia a las tácticas para conseguir esos objetivos político-religiosos por medios no convencionales. No obstante, en esta investigación nos centramos en los tres estadios posteriores. El segundo elemento, haría referencia a los factores emocionales, como la frustración, el deseo de venganza..., pero no tienen por qué estar dentro del plano negativo, si no que pueden ser positivos, como el deseo de aventura, el dar sentido a su vida,

fascinación por lo clandestino, el sentirse respetado y temido... Todos estos factores están insertos dentro de la preradicalización (Rodríguez y Ceballos, 2014), y pueden ser los detonantes del proceso de radicalización. Por lo tanto, deben ser definidos y detectados para establecer sistemas de alerta temprana que nos permitan evitar y prevenir la radicalización antes de que tales vulnerabilidades o deseo emocionales sean detectados por los radicalizadores.

El tercer estrato dentro del *nivel micro* haría alusión a los elementos cognitivos-normativos, como la percepción e interpretación de la realidad. Según Jordán, desempeñan un papel de primer orden en los procesos de radicalización ya que los elementos emocionales y racionales dependen de cómo se interprete el entorno (Jordan, 2009), aquí residiría el importante papel de la narrativa ideológica. La ideología neosalafista wahabista constituye un vínculo homogeneizador que contribuye a cohesionar a individuos de dispares perfiles sociodemográficos (Alonso, 2007). La difusión de esta narrativa resulta fundamental para conseguir el apoyo social a las acciones terroristas, pero sobre todo para la deshumanización de los objetivos. Como señala Townshend lo que puede llevar a matar es una generalización simbólica, entendida como la sustitución de las cualidades humanas individuales de las víctimas por su identidad colectiva (Townshend, 2008).

Finalmente, el último elemento, serían los factores identitarios. Los últimos estudios destacan el importante papel que juegan las crisis de identidad en el individuo. Sobre todo en aquellos musulmanes de segunda y tercera generación. El motivo es la sensación de inadaptableidad real al país donde están conviviendo, eso no quiere decir que no estén integrados pues integración y extremismo no son conceptos excluyentes en este caso (Reinares, 2012), simplemente no son capaces de sentirse adaptados de manera que se aíslan y son más fáciles de captar en lugares donde estén cómodos con gente que sobrelleva su misma experiencia y utilizando la religión como herramienta. El radicalismo islámico, instrumentalizará el islam para construir una identidad compartida.

El tercer y último nivel, es el denominado *nivel meso* y es aquel que comprende la estructura relacional que rodea a un individuo potencialmente radicalizable. En los medios de comunicación, se ha difundido la noción de lobo solitario, no obstante debemos señalar que dentro del terrorismo islámico -y de otras formas extremistas- la radicalización es un proceso colectivo que responde a una dinámica de grupos (Fernández-Montesinos, 2013).

Desde la teoría de redes y desde los estudios sobre radicalización, podemos averiguar cómo se forman tales estructuras. En primer lugar, se requiere de la figura de un *guía*, una especie de *rétor* en el islam radical que detecte vulnerabilidades emocionales -frustración,



crisis identitarias- y que conecte al individuo con la narrativa neosalafista wahabista. Este individuo es el denominado “*dirigente o guía a distancia*” o “*Agente carismático*” cuya habilidad se basa en revestir de rasgos diabólicos el entorno socio-político en donde se mueve tal individuo (Ministerio de Defensa, 2009). Damos con él mediante un *hub*, esto es, un individuo al que conocemos a través de la familia o los amigos, y nos permite vincularnos más allá de nuestros lazos sociales fuertes, este *hub* el que nos puede hacer interactuar con aquel *agente radicalizador* antes mencionado. Es importante resaltar el papel de las redes sociales de internet (twitter, facebook) que sirven como potenciador e incluso como origen de esas relaciones (Berger y Morgan, 2015).

Prevención del terrorismo y Trabajo Social

Una de las mayores dificultades con las que nos encontramos en la prevención es que esta no tiene resultados inmediatos, siendo los más cercanos a largo plazo. Ese es el motivo de que aunque surgen buenos proyectos, estos no se trabajan por no considerarse una necesidad inmediata, y cuando se convierte en una ya es demasiado tarde para trabajar.

A finales del año 2006 el Observatorio Europeo del Racismo y la Homofobia (EUMC) expuso algunas percepciones sobre discriminación e islamofobia de ciudadanos de varios países europeos, un estudio cualitativo en el que distintos ciudadanos europeos que formaban parte de la Unión Europea expresaban su opinión acerca de cómo se sentían formando parte de la UE. Siendo interesante hablar del caso de Francia donde ya se nos advertía que aunque parecía existir una integración de los miembros musulmanes en el país, el racismo y la no preocupación por la prevención del terrorismo empezaba a crear odio entre sus ciudadanos (EUMC, 2007).

La figura del trabajador social es la adecuada para estos planes de prevención debido a: su multidisciplinariedad, pudiendo trabajar con varios profesionales de ámbitos muy diferentes; trabajando en distintos niveles -individual, grupal, comunitario-; consiguiendo abarcar varios problemas a la vez; y a la cercanía de la profesión al usuario.

Para esta prevención, uno de los puntos fundamentales que hay que tener en cuenta es el de “crisis identitaria”. Esta crisis se da cuando la persona se encuentra en un momento de inestabilidad del origen cultural y la actual vida. Son jóvenes que viven una “Identidad Cruzada” (Medina, 2006). Su cultura, su vida e incluso el color de su piel no encajan con el de donde están viviendo,

Esta crisis se da en los hijos de los inmigrantes y en los jóvenes de segunda generación pues sus raíces y el lugar donde se supone que deben plantarse no tiene nada que ver, siguen sin encajar. El por qué no ocurre esto a sus padres y abuelos que son los que viven el cambio drástico teniendo que comenzar su vida en un sitio completamente distinto al del origen, se debe

por un lado a que ellos han sido los que han tomado la decisión de cambiar de vida. Además los jóvenes tienen un segundo problema y es el del esfuerzo de sus padres en que ellos se adapten lo máximo posible a la cultura en la que viven (Medina, 2006), ejerciendo una excesiva presión en la toma de decisiones de los jóvenes.

Por otro lado creemos que la crisis de identidad tiene su punto álgido en la adolescencia, donde se sufren toda clase de cambios físicos, hormonales y sociales. Esta crisis sale a flote en los jóvenes radicalizándoles en comportamientos y reuniéndose en grupos. Aunque todos los adolescentes sufren esta crisis de saber quiénes son y qué es lo que quieren lograr con su vida, lo cierto es que para los jóvenes con identidad cultural cruzada la misma es un grave inconveniente para poder establecer las bases de su personalidad.

Por ello sería importante desde Trabajo Social con grupos, trabajar en solventar la crisis de identidad de los jóvenes adolescentes o al menos paliarla, a través de grupos de estas edades en los institutos, colaborando con ellos para que conozcan quiénes son, cómo se sienten y en qué les gustaría convertirse. No nos estamos refiriendo únicamente a los jóvenes inmigrantes, pensar así es buscar la integración sólo desde un lado, e incluso es una idea casi racista pues no podemos buscar que los jóvenes sean iguales sin tener en cuenta su origen y después dividirlos por ello mismo.

Existen toda clase de grupos radicales en que los jóvenes pueden formar parte ante una crisis de identidad o un problema social y no por ello tiene que derivar del origen de los mismos o sus progenitores. Al igual que se preparan clases al margen del curso escolar como las de Educación Sexual por considerarse básicas para el desarrollo, sería interesante preparar sesiones de Educación para la Identidad. Y es que los adolescentes que no se conocen a sí mismos hoy, son los adultos tristes de mañana.

Desde Trabajo Social con comunidades se debe trabajar contra el miedo, que es uno de los ejes fundamentales del terrorismo. Los acontecimientos de los últimos años han creado una alerta entre las personas haciendo que no sólo que los desconocedores de esta cultura tengan cierto miedo a la hora de hablar con personas de origen musulmán sino que esta reticencia genera guetos que consiguen el efecto contrario de lo que buscábamos, teniendo que trabajar el doble. Y ese miedo crece en forma de racismo, xenofobia, y en este caso de islamofobia. Ahí entramos en el tema de la integración, nuestro pensamiento se ha quedado estancado, cuando conseguimos “integrar” a una persona en un entorno entendiendo esto como tener un trabajo, ciertas relaciones sociales, y unos estudios... Creemos que ya no hay más que hacer. Pero comprobando los datos deberíamos replantearnos el término “integrar”.

Y es que uno de los problemas fundamentales es que la integración siempre se intenta realizar desde un



único sentido en dirección inmigrante-comunidad y no también al revés. Sólo hay que comprobar que el propio término “yihadismo” para referirse al terrorismo islámico radical utilizado por occidente resulta prejuicioso cuando el significado real de “Yihad” es diametralmente opuesto. Pero no es el único.

Hay que tener cuidado con esta integración, pues si bien parece básico hacer un acercamiento a la cultura para que sea completa, esta no puede ser sólo del inmigrante a la comunidad, también debe de serlo de manera viceversa, de tal forma que los esfuerzos de la persona inmigrante por adaptarse a su nueva forma de vida también se compensen con la comprensión de su cultura. En caso contrario nos estamos confundiendo con la asimilación, que es realmente lo que está ocurriendo.

Desde el Trabajo Social con individuos cortamos el problema de la marginalización. Aunque como ya hemos comprobado el perfil del terrorista es muy heterogéneo y ello hace que no podamos tener en cuenta todos los indicadores que pueden generar el pensamiento radical, no debemos olvidar que la exclusión social en alguno de sus ámbitos: la pobreza económica extrema, grandes dificultades de acceso al empleo, acceso muy limitado a la educación, dificultades para hacer efectivo el acceso a la salud falta de acceso a una vivienda digna, o las grandes dificultades en el ámbito de las relaciones familiares y sociales (Roldán García, 2008), siguen siendo en ocasiones el detonante para que las personas decidan aislarse socialmente en grupos con los que se sienten más cómodos más parecidos a ellos, los guetos. Y es ahí cuando más fácil se hace la involucración en grupos radicales. Por ello hay que seguir trabajando por hacer presión en la importancia de la labor del trabajador social como última red de protección social ante la exclusión social.

Bibliografía

Alonso, R. (2007). *Procesos de radicalización de los terroristas yihadistas en España*, Madrid: Real Instituto Elcano.

Berger, J. M., Morgan J. (2015). *The ISIS Twitter Census. Defining and describing the population of ISIS supporters on Twitter. Analysis Paper*, Washington D. C: Brookings Institute.

Caño, M. A. (2009). Perfiles de autor del terrorismo islamista en Europa, *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 11 (7) pp.1-38.

EUMC-Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia (2007). *Musulmanes en la Unión Europea: discriminación e islamofobia. Percepciones sobre discriminación e islamofobia: voces de miembros de las comunidades musulmanas en la UE*. Madrid: Casa árabe.

Fernández-Montesinos, F. A. (2013). *El terrorismo global y los lobos solitarios*, Madrid: Ministerio de Defensa.

Fernández-Montesinos, F. A. (2015). *Aproximación al fenómeno del terrorismo*. Madrid: Instituto Español de Estudios Estratégicos.

Jordan, J. (2009). Procesos de radicalización yihadista en España. Análisis sociopolítico en tres niveles. *Revista de Psicología Social*, 24 (2) pp.197-216.

Medina, P. (2006). Crecer en el cruce de las culturas, adolescencia, identidad e inmigración, *Revista Internacional de Comunicación Audiovisual, Publicidad y Estudios Culturales*, 1 (4), pp.129-139.

Ministerio de Defensa (2009). *Nihilismo y Terrorismo. Cuadernos de Estrategia N.º 124*. Madrid: Instituto Español de Estudios Estratégicos.

Reinares F. (2012). *¿Es que integración social y radicalización yihadista son compatibles?: una reflexión sobre el caso de Mohamed Jarmoune en Brescia*. Madrid: Real Instituto Elcano.

Reinares, F., García-Calvo, C. (2013a). *Los yihadistas en España: perfil sociodemográfico de condenados por actividades terroristas o muertos en acto de terrorismo suicida entre 1996 y 2012*. Madrid: Real Instituto Elcano.

Reinares, F., García-Calvo, C. (2013b). *Procesos de radicalización violenta y terrorismo yihadista en España: ¿cuándo? ¿dónde? ¿cómo?*. Madrid: Real Instituto Elcano.

Reinares, F., García-Calvo, C. (2015). *Terroristas, redes y organizaciones: facetas de la actual movilización yihadista en España*. Madrid: Real Instituto Elcano.

Rodríguez, J. M., Ceballos, M. P. (2014). *Aproximación Psicológica al proceso de radicalización*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Roldán E., García T. (2008). *Políticas de Servicios Sociales*. Madrid: Síntesis.

Tarrero, O. (2010). *Islamismo radical en España*. Madrid: CESEDEN. Escuela Superior de las Fuerzas Armadas.

Townshend, C. (2008). *Terrorismo una breve introducción*. Madrid: Alianza Editorial.



LA SITUACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES EN EL PERÚ Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

Jenny María Linares Vera; Haydee Dolores Barrera Llaja; Angela Giovanna Taquira Palacios; Giovanna Ruth Yalan Cabello¹

Resumen

El presente trabajo se inició debido a que las políticas sociales estructuradas para la atención de las zonas de vulnerabilidad y quintiles de alta pobreza en el país no se estaba ejecutando con la intervención de los profesionales del área social, y se consideró la importancia de realizar varios reportajes que tienen por finalidad presentar la realidad social que se vive en nuestro país, y que refleja la distante brecha existente para lograr una inclusión social, donde en los equipos de gestión y asesoría técnica para la elaboración de políticas públicas de estado, no hay participación de los colegios profesionales, que aporten con sus capacidades y competencias de roles un análisis y diagnóstico de la situación que viven las familias en vulnerabilidad de pobreza.

Palabras clave: Familia, Pobreza, Trabajo Social inclusivo.

Sistematización de la experiencia profesional del trabajador social en el sector público y privado

El presente trabajo se inició debido a que las políticas sociales estructuradas para la atención de las zonas de vulnerabilidad y quintiles de alta pobreza en el país no se estaba ejecutando con la intervención de los profesionales del área social, y se considero la importancia de realizar varios reportajes que tienen por finalidad presentar la realidad social que se vive en nuestro país, y que refleja la distante brecha existente para lograr una inclusión social, donde en los equipos de gestión y asesoría técnica para la elaboración de políticas públicas de estado, no hay participación de los Colegios Profesionales, que aporten con sus capacidades y competencias de sus roles un análisis y diagnóstico de la situación que viven las familias en vulnerabilidad de pobreza y pobreza extrema.

Los programas sociales tendientes a brindar el soporte a la tan hablada INCLUSIÓN SOCIAL deben tener como objetivo atender a la población con menos recursos, puesto que este grupo poblacional son la parte

fundamental para la elaboración de políticas sociales, sin embargo el manejo y la captación de las familias vulnerables se viene ejecutando por equipos de trabajo con nivel técnico, que no son inherentes al área y sin la experiencia ni las capacidades profesionales que amerita este programa de gran envergadura socioeconómico en la población.

Las políticas sociales en nuestro país, migran hacia a un enfoque de productividad que asegure sostenibilidad en la superación de la pobreza, sin embargo este punto no es visible a la realidad observada.

En este nuevo enfoque, los programas sociales deben mejorar la focalización de su gasto, que se determina a través de la subcobertura (los programas no llegan a los supuestos beneficiarios) y la filtración (los programas llegan a los que no los necesitan).

Se debe enfatizar que los niveles de subcoberturas son bastante mayores que los de filtración en la mayoría de los programas sociales.

Es prioritario mejorar el deficiente sistema de identificación de beneficiarios para los programas sociales, como:

- Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh) para las zonas urbanas.
- El Padrón de Beneficiarios y Mapa de Impactos del Programa Juntos.
- La estrategia Crecer para los ámbitos rurales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente plantea que se debe:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr una enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros.
Sin embargo, en las áreas rurales persisten las desigualdades de género dentro del país, hay bajas coberturas en la educación secundaria (76 %) y superior (23 %), y existen problemas de deserción y baja calidad, que incluso hace repetir el año académico.
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/Sida, y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

¹ Trabajadoras Sociales



Comisión interministerial de asuntos sociales (CIAS)

En el Perú existe la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), sin embargo no hay participación del Colegio de Trabajadores Sociales, este no integra la Comisión, sin embargo el objetivo que tiene es lograr la plena inclusión social y que el estado esté presente en las zonas vulnerables del país.

¿Quiénes participan? Participan 14 ministros y tres viceministros de Estado de los portafolios de Agricultura; Ambiente; Cultura; Educación; Justicia y Derechos Humanos; Economía y Finanzas; Inclusión Social; Defensa; Energía y Minas; Transportes y Comunicaciones; Mujer y Poblaciones Vulnerables; Salud, Trabajo y Promoción del Empleo, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Relaciones Exteriores.

La CIAS se encarga de dirigir, articular, coordinar y establecer los lineamientos de la política de gasto social, así como supervisar su cumplimiento.

¿Por qué no se integra al Colegio de Trabajadores Sociales?

Profesionales con competencias y roles para investigación, elaboración y ejecución de programas y proyectos así como supervisión, seguimiento, monitoreo, evaluación de los mismos.

¿Qué sucede entonces?

Ese es el desafío por el cual estamos los/as trabajadores/as sociales del Perú, realizando investigaciones serias que nos permitan demostrar la importancia de la participación de nuestro gremio en la construcción de las políticas sociales en el país.

Andina. Agencia peruana de noticias.18-09-2014

Población en el Perú

Al 30 de junio del 2014, en el Perú somos 30 millones 814 175 personas, crecemos anualmente en 339 000 personas y residimos en 24 departamentos, una Provincia Constitucional, 195 provincias y 1 845 distritos. La población mundial alcanzó los 7 244 millones de habitantes, aumentando anualmente en 82 millones de personas.

A mitad del año 2014, la población del país alcanza los 30 millones 814 175 habitantes, de los cuales 15 438 887 son hombres y 15 375 288 son mujeres. Se estima que durante este año nacerán 581 450 personas y fallecerán 172 731, lo cual equivale a un crecimiento natural o vegetativo de 13 personas por mil habitantes. El saldo neto migratorio internacional (inmigrantes menos emigrantes) arroja una pérdida de 70 046 000 personas, por lo que finalmente el crecimiento anual al año 2014 asciende a 338 673 personas.

La población en los departamentos a nivel departamental, en once de ellos, la población supera el millón de habitantes, de los cuales seis pertenecen a la Sierra (Cajamarca, Puno, Junín, Cusco, Arequipa y Áncash), cuatro a la Costa (Lima, La Libertad, Piura y Lambayeque) y uno a la Selva (Loreto). En cambio, Madre de Dios, Moquegua, Tumbes, Pasco y Tacna son los departamentos con población menor a 400 000 habitantes

Grupo	Departamento	Departamento Intervalos de confianza al 95 %	
		Inferior	Superior
Grupo 1	Cajamarca	15,1	23,3
Grupo 2	Amazonas, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, Pasco	10,2	14,1
Grupo 3	Áncash, Apurímac, La Libertad, Loreto, Piura, Puno, San Martín	4,4	8,7
Grupo 4	Arequipa, Cusco, Junín, Lambayeque, Madre de Dios, Moquegua, Ucayali	1,1	3,0
Grupo 5	Ica, Lima 1, Tacna, Tumbes	0,1	0,8

(https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1292/libro.pdf).

Urbana: 5 131 349 (75 %) - Rural: 1 622 725 (25 %).

El 42 % de hogares se encuentran (quintiles I y II).

- 20,6 % de hogares se encuentran en quintiles III.
- 19,6 % en Quintil IV.
- 19 % Quintil V.
- En zona rural: 90 % de hogares se encuentran distribuidas en los quintiles I (57.6 %) y quintil II (32,1 %).
- Zona urbana: 15,2 % familias en quintil I y 3,2 % de familias en quintil II.

Problemáticas de la familia

Las **uniones tempranas** han aumentado en los últimos años. Predominan en zonas rurales de la selva, seguidas por la sierra y la costa:

Uniones antes de los 18 años: 38,3 %.

- **Familias con hijos adolescentes:** Alrededor del 60 % de hogares con menores de 17 años, vive en condición de pobreza.
- **Hogares con personas con discapacidad:** El mayor el 10,9 % de hogares del país existe al menos una persona con discapacidad física o mental. Es proporción de hogares urbanos que rurales que tienen miembros con alguna discapacidad.



Importancia del Trabajo Social

- Trabajo de investigación cualitativo y cuantitativo.
- **Contribuir a la educación y orientación para disminuir la mortalidad infantil, a través de la promoción y prevención de la salud, y el trabajo en equipos interdisciplinarios.**
- Facilitar conocimientos a la población para el acceso y cobertura a la **salud**.
- Contribuir a los **cambios e integración en la práctica de los Equipos de Salud**.
- Brindar atención oportuna y buen trato para **mejorar la satisfacción del usuario**.

¿Por qué trabajar con familias?

Como tal, la familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros, y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que responde.

Una de las características sustanciales en el quehacer del Trabajo Social, disciplina del Área de las Ciencias Sociales, es considerar que la familia siempre ha sido objeto de análisis e intervención, desde los albores del asistencialismo, constituyendo un punto de partida y de llegada para cualquier tipo de abordaje, orientando así todas las acciones hacia el desarrollo de los recursos internos individuales y de la familia. El abordaje familiar atañe a un proceso metodológico que incluye la valoración social, la planeación de las acciones, la intervención para el cambio y la evaluación de la misma. Es un proceso de ayuda dirigido a la persona en su dimensión individual, familiar y social, tendiente a activar cambios frente a los problemas familiares que los afecten y a lograr un mejor funcionamiento relacional y social. Varios son los autores que han realizado aportes escritos al Trabajo Social Familiar.

¿Qué es un programa social?

Es la acción que una organización dirige hacia un tipo de población para mejorar algún aspecto de su cotidianidad, estos deben funcionar como herramientas temporales que ayuden a los peruanos más vulnerables a salir de la pobreza y les permitan insertarse en las cadenas productivas que impulsan el desarrollo del país.

Programas sociales propuestos por el estado.
¿Será el dinero realmente utilizado para mejorar la calidad de vida de los indigentes o simplemente es una pantalla para llenarse los bolsillos?

Problemas identificados

Focalización

- Filtraciones.
- Subcobertura.

Enfoque territorial

- Débil coordinación intersectorial e intergubernamental.
- No existe unidad de análisis, planificación y gestión.

Gestión por resultados

- Insuficiente capacidad de los gestores en los niveles local, regional y nacional.

Objetivo y presentación de los programas sociales

- Los Programas Sociales se han distanciado de sus objetivos.
- Diseños inadecuados e imposibilidad de operación eficiente y de seguimiento que facilite las decisiones oportunas.

Programas sociales actuales

- CUNA MAS
Objetivo: Mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 36 meses.
- JUNTOS
Objetivo: Aliviar las restricciones extremas de consumo, romper con la transmisión intergeneracional de la pobreza y potenciar el capital humano de los hogares más pobres del Perú.
- PENSION 65
Objetivo: Atenuar la vulnerabilidad de los ingresos de los adultos mayores (> de 65 años), y apoyarlos para que tengan una vida más digna.
- QALIWARMA
Objetivo: Prevenir la malnutrición de la población vulnerable.
- FONCODES
Objetivo: Generación de empleo temporal y superación de la pobreza.

Propuestas desde el Colegio de Trabajadores Sociales del Perú Región III — Lima

1.- Elaborar un modelo de atención integral único basado en protocolos sociales que permitan atender a la población.

2.- Diseñar Proyectos y Políticas Sociales, que optimicen la intervención de las familias en situación de riesgo social y vulnerabilidad, para ser alcanzados al Gobierno Central:

- Investigación Social.
- El Enfoque de Derechos.
- El Enfoque de Género.
- El Enfoque de Interculturalidad.
- El Enfoque de Territorialidad.



Aplicando:

- La Atención social.
- La Investigación Social.
- La Educación Social.
- La Consejería Social.
- La Consultoría Social.

3. -Visibilizar el incumplimiento de las políticas sociales.

4. - Impulsar la actualización continua de los/as trabajadores/as sociales a fin de fortalecer las competencias profesionales para el ejercicio en la promoción y defensa de derechos de los ciudadanos.

5. - Promover la investigación y sistematización de experiencias del campo de intervención social.

6. - Gestionar con las autoridades locales, sectoriales regionales, organizaciones de base, instituciones públicas y privadas, con la finalidad de atender la problemática social.

El Colegio de Trabajadores Sociales del Perú en su Ley de Creación número 27918 tiene como disposición legal:

- Propender a que la profesión impulse en el país la función social que le compete, contribuyendo a la promoción de su desarrollo.
- Promover la investigación dando especial preferencia al estudio de la realidad y problemas nacionales contribuyendo a la difusión de los conocimientos de su campo profesional.

Conclusiones

1. Para focalizar un programa social es indispensable disponer de información fidedigna que no sólo clasifique al pobre o no pobre, sino que observe los objetivos del programa, la modalidad y los mecanismos de intervención.

2. No existe mecanismo de focalización mejor que otro. Uso combinado de estos dependiendo de los objetivos que persigan, la forma en cómo se procesan las demandas sociales, las características de la pobreza, la prevalencia de los derechos de los ciudadanos, la disponibilidad de la información, entre otros.

3. Los reportajes realizados permitirán visibilizar que los programas sociales que se están ejecutando en nuestro país a pesar de las directivas y normas dadas no se cumplen y existe una alta brecha de exclusión social en las zonas de vulnerabilidad y son las áreas de Servicio Social de las instituciones públicas quienes tienen que buscar soluciones y optimizar los recursos a fin de brindar a la población excluida, un cambio en su calidad de vida y que recuperen los derechos vulnerados ante la falta de equidad.

4. Los/as trabajadores/as sociales vienen realizando el desarrollo de atenciones en la familia, debido al rol protector que esta juega en la prevención de riesgos y la adopción de conductas saludables en beneficio la población.

Bibliografía

Nota de Prensa, Andina, Agencia peruana de noticias, 18-09-2014.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1292/libro.pdf
<http://es.slideshare.net/AlessalandaM/programas-sociales-del-per>

<http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/ProgramassocialesenelPeru.Elementosparaunaapropuestadesdeelcontrolgubernamental-ContraloriaGeneralde la Republica.pdf>

http://www.sopenut.net/site1/files/congreso2012/5_domingo/A.M.%20Quijano.%20MIDIS.%20Programas%20Sociales.pdf



EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN LA INTERVENCIÓN SOCIO-SANITARIA: INVISIBILIZADO VERSUS MEDICALIZADO

Ana María González Ortiz y Araceli Capa Sanz

Resumen

Presentamos un trabajo de investigación cualitativa que todavía se está desarrollando, sobre la invisibilidad del malestar de las mujeres para el Sistema Sanitario, el Sistema de Servicios Sociales y la sociedad en su conjunto. Para estos sistemas, el malestar de las mujeres es considerado como enfermedad y por ello, las respuestas que, de forma generalizada, da el Sistema de Salud, al mismo se centran, en su mayoría, en la medicalización de las mujeres, consideradas como pacientes y enfermas. Basándonos en la teoría de género feminista y en el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud junto a los hallazgos que están aportando el trabajo de campo, nos atrevemos a proponer una propuesta de Acción para el cambio en el abordaje y tratamiento del malestar de las mujeres desde los Sistemas de Atención Primaria de la Salud y de Servicios Sociales de Base.

Presentación

Presentamos el diseño y la primera fase realizada de un trabajo de investigación cualitativa que todavía se está desarrollando, sobre la invisibilidad del malestar de las mujeres para el Sistema Sanitario, el Sistema de Servicios Sociales y la sociedad en su conjunto. Para estos sistemas, el malestar de las mujeres es considerado como enfermedad y por ello, las respuestas que, de forma generalizada, da el Sistema de Salud, al mismo se centran, en su mayoría, en la medicalización de las mujeres, consideradas como pacientes y enfermas. Las discriminaciones por razón de género afectan profundamente a la salud de las mujeres siendo la violencia contra las mujeres uno de los grandes determinantes de la salud y del malestar de las Mujeres y la más grave y cruel expresión de aquella discriminación. Desde este punto de partida, nos hemos detenido especialmente, en estudiar la invisibilidad del sistema socio-sanitario, hacia el malestar de las mujeres, hacia sus cuerpos y hacia su salud.

Las reflexiones en torno a esta invisibilización, nos llevó a plantear la hipótesis de trabajo de que la medicalización de las mujeres ha sido la respuesta más utilizada por el sistema socio-sanitario en España.

El objetivo del trabajo desarrollado, ha sido definir un diseño de investigación que nos permita posteriormente, sobre el terreno, a través de un estudio etnográfico,

contrastar nuestra hipótesis de partida y nuestro marco teórico. Tras el diseño y el estudio de la documentación existente, próximamente estaremos comenzando ese estudio etnográfico, aunque ya hemos realizado entrevistas en profundidad a mujeres sujetas del estudio.

El fin último de esta investigación, cuyo diseño presentamos para este 6º Congreso de Trabajo Social, es contar con evidencias y generar conocimiento que sirvan de FUNDAMENTACIÓN para elaborar un programa de Acción Social, que contribuya a mejorar la respuesta socio-sanitaria a la salud y la enfermedad de las mujeres en el ámbito rural y urbano, que parta desde la propia voz de las mujeres y recoja sus discursos sobre la propia salud, la enfermedad, las violencias y las manifestaciones de estos factores sobre sus cuerpos. Los hallazgos de esta investigación deberían orientar las acciones a incluir en el programa. La investigación se convierte así, en el paso imprescindible antes de comenzar a diseñar una propuesta de acción, de ahí su importancia.

Origen de la idea y diseño del estudio de investigación

Partimos de estudios que definen el malestar de las mujeres y la respuesta que en nuestros días y en nuestra sociedad, se da desde los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales. El análisis de evidencias halladas en las investigaciones y estudios revisados, es contrastado con un primer trabajo de campo realizado con un grupo de mujeres del ámbito rural y urbano a las que hemos realizado entrevistas en profundidad y que han presentado en un momento de sus vidas cierto malestares emocionales, psicológicos, físicos y a las que se las ha medicalizado como única respuesta por parte del Sistema de Salud. Se trata de mujeres que son sujetas de derecho atendidas por el Sistema de Servicios Sociales de Base de sus localidades y hemos comprobado, cómo en las respuestas de estos servicios, en el diagnóstico y en los informes sociales, en las entrevistas y en general, en la atención que se les presta, no suele aparecer el análisis del malestar de las mujeres, que queda invisible para los profesionales, ni los efectos de la medicalización sobre sus vidas. Esto ocasiona el abordaje de los casos desde análisis a veces incompletos, a veces del todo ineficaces, como aquellos que han derivado en la cronificación de disfunciones vitales que se convierten, finalmente, en enfermedades y adoptando actitudes, por parte de las mujeres, coherentes con las expectativas que se tiene de ellas: seres dependientes y con falta de autonomía para afrontar sus vidas.

En este trabajo, cuando hablamos de salud de las mujeres nos referimos a la salud emocional, psicológica, física y las manifestaciones de todas ellas sobre el cuerpo y la vida de las mujeres.

El trabajo de investigación, en esta primera fase, se planteó por parte de las autoras, como un estudio con metodología cualitativa para conocer cómo afecta a la salud de



las mujeres los diferentes tipos de malestares, provocados por diferentes causas, entre ellas las violencias de género.

El **ámbito de la investigación** serían Centros de Salud de Atención Primaria fundamentalmente y Centros de Servicios Sociales de Base. El universo de mujeres que nos planteábamos investigar se situaba entre las edades de 35 a 75 años.

Nos interesaba conocer qué historias de vida había detrás de las mujeres medicadas con ansiolíticos, calmantes, tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos que han sido orientadas clínicamente desde los centros de salud hacia estos tratamientos. Nos planteamos algunos objetivos tales como intentar conocer, en primer lugar, las diferentes manifestaciones del malestar de las mujeres recogidas a través del Sistema de Atención Primaria en Salud y en los Servicios Sociales de Base, que constituyen la primera puerta de acceso a la solicitud de ayuda. En segundo lugar, nos interesaba conocer cuál es el discurso de estas mujeres en las diferentes etapas: Qué contaban ellas al personal de salud, cómo manifestaban su malestar y qué tipo de ayuda solicitaban en su caso, y, una vez tratadas, cuál es el discurso sobre su propio malestar “enfermedad” y el concepto de salud y enfermedad que tienen. Además, queríamos conocer el discurso de los y las profesionales de la Salud y Servicios Sociales en relación con las manifestaciones de malestar expresadas por las mujeres atendidas y conocer las respuestas que este personal da al malestar de las mujeres. Finalmente planteábamos explorar alternativas posibles y viables que las propias mujeres sujetas de estudio pudieran haber sentido como necesarias o pertinentes como respuesta a su malestar.

Las hipótesis: las diferentes manifestaciones del malestar de las mujeres se conciben como “enfermedad”. Las mujeres que manifiestan este malestar suelen obtener una respuesta del Sistema de Salud centrada en la medicalización. Creemos que esta respuesta es limitada y a veces inadecuada porque no se abordan las causas que provocan el malestar y tampoco se les da respuesta centrada en las mujeres y en sus recursos propios provocando una “cronificación” y agravamiento de la salud de las mujeres y, en su caso, un gasto sanitario inútil. La respuesta del Sistema Sanitario al malestar de las mujeres, basado en la medicalización es, la mayoría de las veces, perjudicial y contraria a la salud de las mujeres que vulnera su autonomía y el derecho a la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y sus vidas. Las diferentes formas de violencias (i) sobre las mujeres (ii) son las mayores causas de falta de salud sobre las mujeres. Estas se reflejan siempre en sus cuerpos y en su voz.

Propuesta metodológica para la investigación. Hemos seleccionado, en su mayoría, estudios realizados por reconocidas investigadoras y catedráticas feministas expertas en salud y en derechos de las mujeres. El análisis de contenido bibliográfico y documental ha servido de soporte para extraer las preguntas y objetivos de la investigación. Dados los marcos teóricos en los que se basa nuestro estudio, desde la **teoría de Género y Feminista** y el **marco conceptual de los Determinantes de las Desigualdades sociales en salud**, planteamos una metodología que pueda entender los fenómenos sociales que nos hemos propuesto analizar, es decir la dimensión, características y alcance del Malestar de las Mujeres y las respuestas del Sistema de Salud al mismo. Por ello se plantea una metodología propia de la investigación cualitativa. La metodología cualitativa se plantea para descubrir o plantear preguntas que ayuden a reconstruir la realidad tal como la observan los sujetos de un sistema social definido (Sampieri y Cols, 2003).

El objetivo fundamental es describir lo que ocurre en nuestro alrededor, entender los fenómenos sociales, por eso es común que las hipótesis surjan en el mismo transcurso de la investigación. Pero no queremos quedarnos sólo en el análisis y la interpretación de los datos que se deriven del trabajo de campo y su contraste a la luz de la revisión documental y el marco teórico. Las autoras proponemos lo que hemos dado en llamar la comúnmente utilizada investigación para la Acción. Por lo que el fin último de este planteamiento metodológico y de la investigación que se está realizando es elaborar una propuesta de Programa de Acción Social como se explica más abajo.

La muestra selección y tamaño. La Muestra que se ha definido es estructural, en función de variables de la estructura social más relevantes y pertinentes para el estudio. A partir de la combinación de estas variables resultaran los perfiles de las mujeres que protagonizaran el estudio. Se trata de un universo de 15 mujeres de edades comprendidas entre los 35 y los 65 años de edad, que han estado y/o están recibiendo medicalización de parte del Sistema de Salud como respuesta a un malestar expresado como enfermedad por el Sistema de Salud o por ellas mismas.

Variables consideradas: Mujeres medicalizadas como respuesta a un malestar y/o enfermedad psicósomática o emocional, edad, nivel educativo, ocupación, ámbito rural/urbano, país de procedencia, convivencia en pareja/no convivencia en pareja, tipo de malestar generado antes de la medicalización.

i Violencias, con este término en plural se hace referencia a las distintas formas y manifestaciones de violencias contra las mujeres desde la económica, la psicológica, la física, la sexual, la laboral y una muy inespecífica “la social” que la ejercemos todos y todas desde la concepción cultural y simbólica de que las mujeres han podido siempre con todo y deben poder seguir afrontando todas las múltiples responsabilidades y tareas (ser buena madre, buena esposa, buena compañera, buena trabajadora, buena....).

ii Maltrato, las autoras entendemos por maltrato, como un amplio espectro de manifestaciones del mismo: desde las faltas de atención a las demandas y a necesidades de las mujeres, como la escucha y/o el reconocimiento en sus hogares o fuera de ellos, es decir en su ámbito laboral, en el entorno, en las instituciones hasta las manifestaciones de maltrato ligados a violencia física, sexual, vejaciones, etc.



Ubicación y Emplazamiento: Son mujeres de las comunidades autónomas de Extremadura y Madrid. Nos interesan especialmente conocer las diferencias y similitudes existentes, entre las zonas rurales y urbanas de estas CC.AA. a través del análisis de la respuesta a las mujeres con las mismas manifestaciones de malestar. Además, también son sujetos participantes en el estudio diferentes profesionales del ámbito socio-sanitario de las estructuras de Atención Primaria, y Hospitalaria. La muestra en este caso reunirá a hombres y a mujeres con distintos niveles de toma de decisiones en el ámbito de la salud.

La participación e incorporación de la opinión de las y los participantes como parte de la propuesta metodológica será crucial para la investigación, de esta forma integraremos en el estudio los puntos de vista de las mujeres. Es por esto que planteamos un proceso flexible, basado en modelos de recolección de datos tales como descripciones, las observaciones y diálogos sobre cuestiones abiertas.

Las técnicas de recogida de datos que nos hemos propuesto utilizar, serán características de las investigaciones y estudios cualitativos:

- Entrevista en profundidad dirigida a las mujeres objeto y sujetas del estudio.
- Entrevistas semiestructuradas al personal de salud definido.
- Dos grupos de discusión de entre 5 y 7 mujeres participantes que nos ayuden a triangular y apoyar la información vertida en las entrevistas en profundidad.
- Observación participante con grupos de Mujeres.
- Historia de Vida de algunas de las mujeres sujetas del estudio.

En la aproximación al tema tratado realizado a través de trabajo de campo, la entrevista en profundidad, nos ha permitido, un acercamiento directo a la realidad de las mujeres entrevistadas, ser capaces de captar sus opiniones, sensaciones y estados de ánimo, enriqueciendo la información y facilitando la consecución de los objetivos propuestos. Ahora bien, sabemos que es recomendable complementarla con otras técnicas tales como la **observación participante** y **los grupos de discusión para darle auténtica validez**.

- Mediciones: Información transcrita y tratada a través de técnica de análisis e interpretación de discurso.
- Utilización de ATLAS.
- Captación: A través de trabajadoras/es sociales, personal sanitario (personal de enfermería de Atención Primaria).
- Análisis, observación participante y Grupos de Discusión: por dos personas.

Consideraciones éticas. Todas las mujeres participantes del estudio lo harán de forma voluntaria, solicitando

su consentimiento informado de forma oral. Antes de su consentimiento, recibirá por escrito y de forma oral el objeto de la investigación y se le informará de la garantía de la confidencialidad de los datos de las participantes en el estudio, no revelando nombres, ni ningún otro dato que pueda favorecer su identificación.

Marco teórico: La Teoría de Género y Feminista y el Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud

La Teoría de Género y Feminista. El concepto de género y su conceptualización como constructo social surge de los movimientos feministas de los años 60 y 70. Es el feminismo como movimiento intelectual quien se encarga de plasmar la evolución filosófica y política entorno al concepto de género. Esta marca aquellas diferencias entre los sexos, que resultan de la construcción social de lo que significa ser un hombre o una mujer en una sociedad y en un momento dado, designa tanto a los seres humanos en su conjunto, como su división en dos categorías sexuadas. El concepto género va a marcar una dimensión política que hace posible cambiar la historia de las discriminaciones hacia las mujeres. Se convierte en el soporte de una filosofía y una liberación ya posible (Molina Brizuela, octubre 2010). El Feminismo a través de la teoría de género, plantea las causas de la discriminación de las mujeres y explican cómo las relaciones entre hombres y mujeres, son relaciones de poder desiguales que están al servicio de uno de los sexos, los hombres, y al sistema que las sustenta, el sistema patriarcal. Los roles sociales, las actitudes y valores que se transmiten culturalmente vienen definidos para cada sociedad y cada época de forma diferenciada para hombres y para mujeres y son responsables del estatus social y psicológico femenino, de las prohibiciones y los mandatos de género para hombres y para mujeres en cada sociedad dada. Hablamos de sexo y hablamos de condiciones físicas como los cromosomas, las hormonas, los genitales y las características sexuales secundarias, aunque además de este componente físico, el sexo, aún hoy es entendido como aquellas experiencias que el individuo tiene tras nacer en función de su contexto sociocultural. Aparecen ligados a estos dos conceptos términos como rol de género, rol sexual, identidad sexual, etc., términos que se explican en la tabla 1:

Tabla 1. Terminología al uso del concepto de género y sexo

ROL DE GÉNERO	CONDUCTAS, RASGOS, APARIENCIA
Identidad de género	Autodefinición de ser hombre o mujer
Rol sexual	Actividades, rasgos y conductas de cada sexo
Expectativas actitudes y estereotipos de rol sexual	Lo apropiado del hombre y de la mujer
Masculinidad/Feminidad	Diferencias estereotipadas de hombres y mujeres
Identidad sexual	El género traduce el sexo
Identidad sexuada	El género simboliza el sexo y a la inversa
Identidad de sexo o clase/sexo	Se diferencia el sexo del género

Fuente: Isabel Caro, 2001.



En todas las sociedades hay diferencias entre mujeres y hombres respecto a las actividades que realizan, en el acceso y control de los recursos, así como en las oportunidades para tomar decisiones sobre sus vidas y las de los otros y las otras. Estas diferencias, en nuestras sociedades, se convierten en discriminaciones de las mujeres en el ejercicio y disfrute de sus derechos, respecto a los hombres. El aporte crucial de la teoría feminista es que las relaciones de género son relaciones de poder, que sitúan a la mujer en una posición de subordinación con respecto a los hombres, esto se expresa tanto en el ámbito privado, como en instituciones políticas, **incluidas las de salud. Todo ello influye de manera determinante en el proceso de salud y enfermedad** (Iñaki Markez 1, Mónica Póo 2, Nuria Romo 3, Carmen Meneses 4, Eugenia Gil 5, Amando Vega 6, septiembre 2004). Desde mediados del siglo XX se ha ido avanzando en la forma de estudiar y evaluar los fenómenos de salud y enfermedad, porque las evidencias parecían contradecir las teorías dominantes de que la distribución de la enfermedad obedecía básicamente a la carga genética de las personas y consideraban que se pueden elegir los hábitos de vida. Sin embargo, en base a sus diferencias psicosociales (género) y biológicas (sexo), las mujeres y los hombres resisten diferentes riesgos sanitarios y adoptan también diferentes comportamientos saludables o no, accediendo a los servicios sanitarios de forma distinta. Además, reciben respuestas diferentes de los Sistemas de Salud y de la sociedad en general y también son diferentes los resultados de salud en hombres y mujeres (Valls LLobet, C. 2006).

El Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. La enfermedad y la muerte, siempre han formado parte de la cosmovisión que ordena y da sentido a la vida de los grupos y su relación con el medio (Carmen Meneses 4, septiembre 2004). Si queremos avanzar en resultados eficientes contra el malestar de las mujeres, la salud debe ser entendida desde una visión más amplia que la ausencia de enfermedad y no sólo en función de parámetros biológicos. Debe ser entendida desde una visión positiva y dinámica por la cual las personas desarrollen al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud personal y social, variando la salud en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que la formula y acepta, siendo un derecho de las personas que debe ser promovido por las instituciones sociales de manera interdisciplinar y con la necesaria participación activa de la comunidad (Eugenia Gil 5, septiembre 2004). Los conceptos de salud y enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. El discurso médico de todos los tiempos ha sido el encargado de ejercer el acto de curar y establecer normas y sanciones acerca de cómo debe ser la mujer y cómo debe comportarse. Se ha creado una representación de la mujer como un ser frágil debido a su naturaleza que le hace poseedora

de un inestable equilibrio psíquico con la posibilidad de padecer alguna forma de alteración nerviosa (Amando Vega 6, septiembre 2004). El papel de las mujeres como usuarias de servicios médicos se ha ido incrementando, lo que ha coincidido con la medicalización de su vida diaria, y han convertido los procesos naturales de la vida de las mujeres como el embarazo, puerperio y menopausia en situaciones susceptibles de tratamiento con riesgo de medicalizar otros momentos y actividades de su vida.

El malestar de las mujeres frente a la enfermedad mental. Uniéndonos a la diferenciación que Burin y cols, recogen en un trabajo, se debe hacer un intento de desligar la enfermedad mental y el malestar de las mujeres. Se entiende por sufrimiento de las mujeres al malestar, ligado a una situación específica de opresión y como una pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras y por enfermedad, se entiende el malestar siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas (Iñaki Markez 1, Mónica Póo 2, Nuria Romo 3, Carmen Meneses 4, Eugenia Gil 5, Amando Vega 6, septiembre 2004). Creemos que se ha estado patologizando el malestar femenino, presentándolo como desviación de la norma cuando es la adhesión a esas normas (los mandatos y prohibiciones de género), lo que genera malestar en estas mujeres. La salud mental en las mujeres puede ser entendida desde diversos modelos explicativos coexistentes: un modelo psicopatológico apoyado por el modelo médico tradicional en donde se parte de la base de enfermedad versus salud en donde esta última es lo normal y la enfermedad la desviación, siendo su modo de intervenir el farmacológico. El modelo emotivo-sensible, sitúa la salud en el equilibrio y armonía, y a la mujer saludable como la que es capaz de detectar las necesidades emocionales que le rodean y dar respuestas, intentando integrar los conflictos y armonizarlos. La intervención de este modelo ante el conflicto es el equipamiento a las mujeres de técnicas para manejar desequilibrios. El tercer modelo coexistente con los anteriores, identifica condiciones opresivas de las mujeres en su cotidianeidad en los ámbitos tanto privado (incluyendo lo doméstico) como público y la interacción entre ellos. Propone este modelo una construcción de la subjetividad femenina a través del análisis de las relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres y entre mujeres para explicar los modos de enfermar, operando desde el grupo y lo individual (fortalecimiento a través de procesos de empoderamiento).

Modelo de intervención clínica biopsicosocial con enfoque de género

Manual para atender trastornos mentales comunes y dolores y somatizaciones en Atención Primaria. Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres (2006). Método desarrollado por Velasco, Sara.



Aplicabilidad a la práctica: propuesta de un programa de atención y acompañamiento biosicosocial dirigido y protagonizado por las mujeres con malestar

Nuestra propuesta partirá del marco conceptual y los hallazgos que estamos obteniendo en la investigación. Planteamos incorporar una concepción integral de la salud de la mujer, lo que significa que se ha de incluir los aspectos somáticos, la función social, la identidad sexual, las vivencias internas y emociones que experimentan y las condiciones materiales en las que se desenvuelve, debiendo considerarse no solo los problemas específicos que la aquejan, sino las variables que inciden en su determinación. Consideramos que existe en nuestra sociedad y contextos (Extremadura y Madrid), una concepción antropológica en la que la mujer es considerada un ser carente y que no está dotada de recursos personales propios para superar las dificultades de la vida por sí misma. Creemos que la medicina está actuando de forma paternalista, queriendo evitar todo malestar psicológico ante problemas. ¿De verdad somos conscientes de que la salud de las mujeres va más allá de la salud reproductiva? El personal sanitario y los medios de comunicación, son moduladores de creencias, crean expectativas en la sociedad y la industria farmacéutica busca obtener los máximos beneficios esto puede llevar a buscar estrategias que no sean beneficiosas para la salud de las personas porque contribuyen a la medicalización, para obtener esos beneficios. El Estudio que estamos realizando, tiene un marcado objetivo de **Acción para el Cambio**. De esta forma, a lo largo del proceso de Estudio, será muy relevante preguntar a las informantes clave, mujeres protagonistas de la investigación y al personal de Salud y de Servicios Sociales, cuáles son sus propuestas para la prevención, abordaje y tratamiento desde el individuo y los diferentes Sistemas de Atención Primaria (Salud y Servicios Sociales de Base) para abordar el Malestar de las Mujeres. Aquel que puede conducir a depresión y/o ansiedad y otras manifestaciones de enfermedad como ya hemos abordado. El contexto cultural es determinante desde el enfoque de género y para la teoría feminista, por ello estamos investigando en los lugares donde las mujeres realizan sus actividades cotidianas, allá donde incorporaron, a través del proceso de socialización, su concepto de salud y enfermedad para ellas y para los hombres y lo analizaremos desde un enfoque de género. Este Programa, promoverá la mejora de la situación y atención al Malestar de las Mujeres a lo largo de su ciclo vital y tendrá como eje fundamental la FORMACIÓN de los profesionales para que realicen una atención de mayor calidad y calidez y tomen conciencia de los determinantes biopsicosociales desde un enfoque de género. Así mismo se propondrá un diseño, definido en función de los resultados que se obtengan, para promover el EMPODERAMIENTO y la RESILIENCIA de las Mujeres. En definitiva, se planteará un programa que escuche las Voces de las Mujeres, desde la comprensión de la complejidad de la salud y la enferme-

dad de las mujeres y su manera de expresarlas. Finalmente, el programa ha de plantear una línea de trabajo terapéutico que trabajara desde el abordaje del cuerpo de las mujeres, los cambios de patrones de género, que conducen a la baja autoestima y al cuestionamiento de las capacidades propias para mejorar y tener SALUD.

Conclusiones

De los estudios consultados para este trabajo y de los resultados preliminares, de las Entrevistas realizadas, sabemos que las mujeres que sufren algún tipo de MALESTAR o ANGUSTIA en algún momento de sus vida, suelen acudir a Atención Primaria y/o a los centros de Servicios Sociales, para manifestar su malestar y dolencias que suelen ser muy inespecíficos y múltiples: Dolor constante en alguna zona de la espalda, dolores en la base del cráneo y cuello, dolores musculares, olvidos, caídas, falta de descanso, y estos síntomas se acrecientan cuando se trata de mujeres aisladas, sin una red de apoyo fuerte que las sostenga y las ayude. Estas dolencias suelen catalogarse como producto del estrés o de la depresión o de algún otro tipo de enfermedad “de los nervios”, -suelen muchas de ellas decirse a sí mismas- al hablar de los problemas de salud. Hemos descubierto que de forma generalizada (70 %) y este adjetivo habremos de acotarlo mejor en la continuidad del estudio -investigación- se les recetan ansiolíticos y tranquilizantes y otras veces se les deriva a psiquiatría desde donde se les pone un tratamiento (63 %). Muchas veces, se les dice que su diagnóstico es depresión y/o ansiedad. Otras veces se les receta algún medicamento, como analgésicos (90 %) o no se les receta nada y se “vuelven a casa” y, en cualquier caso sin ninguna respuesta que les dé información acerca de qué puede estar pasando o que les ayude a comprender y a interpretar “aquello que sienten que les está pasando” (87 %). A las mujeres protagonistas de nuestro estudio se las ha considerado mujeres con un trastorno mental leve o grave, incluso a aquellas cuyo malestar se había generado a causa de uno de las diferentes manifestaciones de violencias: Violencia obstétrica (1 caso), violencia de género por exparejas (7 casos), violencia doméstica (1 caso), violencia económica (1 caso), siendo medicalizadas como respuesta del sistema.

- Se ha invisibilizado socialmente el malestar de las Mujeres y se ha convertido en enfermedad. No hay un cuestionamiento social de por qué el 80 % de las mujeres en nuestro país reciben medicalización como respuesta a su malestar.

- La atención sanitaria que han recibido Las mujeres que muestran algún tipo de MALESTAR o SUFRIMIENTO, ha sido estudiada, pero desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, teniendo una visión biológica y siendo poco abordada desde la percepción de las propias mujeres, sus capacidades, su autonomía y la conciencia del devenir de los acontecimientos vitales vividos desde su condición de mujeres.



Bibliografía

ARTACCOZ L. (2004). "Las desigualdades de género en salud en la agenda de Salud Pública. Barcelona. Gaceta Sanitaria, 18 (vol2): 1-2.

ESTEBAN, M.^a Luz. (2001). "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud" En Miqueo et al. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Minerva Ediciones: Madrid.

KOTTAK, CONRAD P. (2007). "Introducción a la Antropología Cultural. Espejo para la humanidad". Madrid: McGraw-Hill.

LAGARDE Y DE LOS RIOS, Marcela. (2005). "Para mis socias de la Vida. Claves Feministas Para... En Cuadernos inacabados". HORAS y Horas Ediciones. Madrid.
PICHARDO GALAN, José Ignacio. (2001). "Reflexiones en torno a la Cultura. Una apuesta por el Interculturalismo", Madrid: Dykinson.

LOBO, A. ORTIZ. (2008). "Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar" Ediciones, Elsevier.

MIQUEO, Consuelo. (2007). "La construcción de los saberes y androcentrismo en la "ciencia sin mujeres". En: Blasco M. (ed.) "Cuidadoras en la historia: protagonistas de ayer y de hoy". Zaragoza: Institución Fernando el Católico, pp. 5-37.

MIQUEO C, Germán Bes, C, Fernández-Turrado, T, Barral M. J. (2011). "Ellas también cuentan. Científicas en los comités de revistas biomédicas". Zaragoza: Prensas Universitarias.

MIQUEO, C. Reseña-ensayo. (2011). Medicina en femenino universal. Comentarios a "El sentido de la enfermedad. Un viaje del alma" de Jean Shinoda Bolen. Feminismo/s, vol. 18 (2): 309-321.

MORE HERRERO, Miguel A., (2013). "Medicalización de la vida. Abordaje de su demanda en salud mental". Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Clínica contemporánea.

Molina Brizuela, Y.: Teoría de Género, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, octubre 2010, www.eumed.net/rev/cccscs/10/

ONU-MUJERES: Campaña Beijing+20 <http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women#sthash.lsHUU8Yf.dpuf>

ORTIZ GOMEZ, Teresa. (2002). "El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer". En: La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud: Ed. Instituto de la Mujer. ROHLFS, Izabella; MAZARRASA, Lucia. (2003). Género y salud. En: MAZARRASA, Germán.

SEN, AMARTYA, K. (2010). "La idea de la Justicia" Editorial Taurus Colombia.

SEGURA DEL POZO, Javier. (2010). "Desigualdades Sociales en Salud". Ed. Universidad Nacional de Colombia.

VALLS-LLOBER, CARME (2006). "Mujeres invisibles" CAPS Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Barcelona.

VELASCO, Sara; RUIZ, M^a Teresa; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. (2006). Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres: Rev. Esp. Salud Pública; 4 (80): 317-333. www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol80/vol80_4/RS804C_317.pdf

VELASCO, Sara. (2006). "Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención": Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

VELASCO, Sara. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. OSM: Ministerio de Sanidad y Política Social. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>

VELASCO, Sara. (2009). "Sexos, género y salud. Teoría y método para la práctica clínica y programas de salud". Madrid: Minerva.

VELASCO, Sara. (2009). "Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género". OSM, Ministerio de Sanidad y Política Social. <http://www.msssi.gob.es/fr/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

Iñaki Markez 1, Mónica Póo 2, Nuria Romo 3, Carmen Meneses 4, Eugenia Gil 5, Amando Vega 6 (2004). "Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.º 91 Madrid jul.-sep. 2004.



ENTRE TODOS: CUANDO LA POBREZA SE EXHIBE PORQUE VENDE

Begoña Consuegra Cano

Resumen

Esconder, reprimir y castigar han sido las soluciones históricamente aplicadas para enfrentarse a la pobreza; la obra de Wacquant pone de manifiesto que no solo no se han superado sino que actualmente están siendo aplicadas de forma aún más contundente. A estas prácticas clásicas se está sumando, desde la iniciativa privada, y a veces amparada por los poderes públicos, una nueva forma de tratar la pobreza: exhibirla -y rentabilizar la exposición de sus protagonistas al escrutinio público- en diversos formatos que van desde programas en la televisión pública a rutas turísticas por zonas degradadas y/o peligrosas. No obstante, centrarse unilateralmente en el análisis de las políticas neoliberales conlleva el riesgo de subrayarlas, al ignorar la existencia de estrategias y resistencias por parte de los reprimidos y castigados.

Palabras clave: Comercialización de la pobreza, Entre todos (programa televisivo), Wacquant, Ciudadanía.

Esconder y castigar la pobreza

Wacquant es un sociólogo de formación francesa, discípulo de Bourdieu, que trabaja en Estados Unidos, cuya obra se caracteriza por dos ideas: no compartir la visión moralizante con que se trata la cuestión de la pobreza entre los sociólogos estadounidenses -lo que refleja claramente en *Merodeando en las calles*- y subrayar que el actual incremento de las políticas penitenciarias no se orientan al control de la criminalidad, sino al control social, idea que expresa en sus obras *Castigar a los pobres: el gobierno neoliberal de la inseguridad ciudadana* (2010) y *Las cárceles de la miseria* (2004).

En todas ellas plantea que la desregularización de la economía, dejando actuar a la famosa mano invisible, se complementa con una exhaustiva reglamentación del sistema punitivo controlado por el Estado, que lo hace aplicando el no menos mentado *puño de hierro*, siendo especialmente activo en el papel de elaboración de las normas punitivas (2004: 141) que es el único que las teorías neoliberales aún le otorgan, pues su aplicación práctica es igualmente objeto de mercantilización y dejada en manos privadas para su explotación.

Ante el miedo y la sensación de inseguridad que experimentan las clases medias y las clase bajas (imagina-

rio en el primer caso y fundada en el segundo según Wacquant (2010: 33), el Estado se centra en su actividad de policía, entendiendo como tal las intervenciones administrativas que tienen una incidencia negativa en los derechos y libertades de los particulares y de las cuales forma parte la policía de seguridad (País, 2011: 215).

En la introducción a *Merodeando en las calles*, y refiriéndose a tres obras cuya crítica estructura el libro, Wacquant indica que están cargadas de una “gruesa capa de moralismo que recubre sus análisis en conjunto”: las personas presentes en ellas son caracterizadas como dechados de virtudes y perfecciones; el trabajo mal pagado es presentado como una fuente de santificación y de bendiciones para una humanidad doliente; las abuelas que tienen que cuidar de los retoños de sus hijos drogadictos son unas supermujeres, madres coraje -cuando en realidad, apostilla el autor, sus nietos son el mejor ejemplo de su fracaso como madres-. Se hermocean las acciones cotidianas de los vendedores callejeros, se cataloga a los pobres en buenos y malos, se glamuriza el trabajo mal pagado, en un intento de convencer y justificar que las pésimas condiciones a que tienen que someterse son el paradigma de la “ética del trabajo”. Para los autores analizados por Wacquant, los pobres, las personas en peligro de exclusión social, pese a los negativos factores estructurales por los que están condicionados y a sus carencias relacionales, familiares e individuales, son, quieren ser y luchan para conseguir ser, perfectos ciudadanos. No queda nada de lo que apuntaron Lewis (1967: 52-66), Harrington o Myrdal (Tezanos, 2008: 204) sobre la cultura de la pobreza, tanto como forma de adaptación como de resistencia ante su posición marginal.

Y si quedara, si alguno de ellos no se plegara a seguir las reglas, para eso están las normativas, especialmente las municipales: para encerrarlos y expulsarlos de las calles. Wacquant ve en los tres trabajos una alineación con las tesis neoliberales; las razones y motivaciones de que esté ocurriendo esto entre los sociólogos estadounidenses la desgrana en *Algunos desaciertos permanentes* (pp. 105-118).

Los tres libros, dice, ofrecen una versión positiva, pero deformada, del pobre; los tres libros categorizan en buenos y malos a los sujetos estudiados, los tres libros recomiendan que la reducción de la brecha social se deje en manos de la autoayuda, el altruismo y la solidaridad, no otorgando al Estado el mínimo resquicio para ejercer la acción social. Y los tres se caracterizan por la imposibilidad de construir obras independientes tanto de las percepciones de los sujetos estudiados, como del academicismo imperante en los estudios sobre la pobreza o de las formulaciones.

Continúa Wacquant apuntando que existen diversos factores que explican las limitaciones comunes a las obras analizadas, entre los que apunta:



1.- La ignorancia de las investigaciones de campo realizadas en otros países sobre los temas que ellos abordan, lo que da lugar a una falsa universalidad de los patrones y preocupaciones exclusivamente estadounidenses, en particular la tendencia a tratar cuestiones de moral sin considerar las referidas a las clases, el poder y el Estado.

2.- La poca pertinencia del modelo isla-gueto para abordar los estudios urbanos: cada microcosmos, dice, presupone un macrocosmos que implica una serie de relaciones sociales que van más allá del lugar o el grupo específico que se está estudiando.

3.- La problemática relación que existe entre la teoría y la observación, lo que considera uno de los eternos desaciertos de la Etnografía, cuando trabaja bajo la bandera del empirismo puro que dan lugar a historias basadas en el “interés humano” en las que la narración predomina sobre el análisis y los testimonios desplazan a la teoría.

4.- Los cambios que afectan a las editoriales universitarias, convertidas en clones de las comerciales y sumidas en la lucha por mantener sus márgenes de ganancias. Esto crea sobre autores que estudian estos temas la presión de adaptar su trabajo a las expectativas del “mercado generalizado” y no a las normas científicas del “mercado restringido”.

Y finaliza ofreciendo las cinco reglas que todo autor que aborde temas de pobreza, exclusión y marginalidad debe seguir si quiere ver publicado su libro en Estados Unidos:

- Estudiar la moral de los sujetos y separar los valiosos de los no valiosos.
- Resaltar los actos meritorios, exaltar su lucha, fuerza y creatividad, enfatizar las historias exitosas, aunque sean marginales y no generalizables.
- Dejar de lado cuestiones relacionadas con el poder y la dominación y, por lo tanto, reprimir las raíces y dimensiones políticas del fenómeno.
- Subrayar empíricamente y eufemizar analíticamente los temas raciales.
- Dar buenas noticias y dejar al lector con la sensación tranquilizadora de que hay medios individuales y locales disponibles para aliviar, si no para resolver, una situación social compleja.

Todo lo anterior es resultado de la interiorización del mantra neoliberal *–hay que dismantelar el Estado de Bienestar, hay que eliminar los Servicios Sociales–* con que finaliza todo discurso, lo mismo da que se hable sobre cloacas que sobre acueductos, y ese discurso cala tanto en los políticos y teóricos norteamericanos como en los españoles.

Intelectuales, especialistas y docentes achacan al fenómeno de la crisis económica el origen de los actuales recortes sociales, cuando no hay más que leer los propios manuales utilizados en las aulas para darse cuenta de que la crisis económica es un (buen) pretexto; que la creación de Servicios Sociales y el incremento de empleo público no solo no depende de las situaciones de crisis económica, sino que en muchos casos son su origen; que se trata, en fin, de una cuestión de voluntad política. Véase el caso español: con una crisis mundial pavorosa, con el terrorismo acosando a las recientes instituciones democráticas, con un proceso político –la Transición Democrática– cuestionado y endeble, en la década de 1980 se crearon la mayor parte de los Servicios Sociales y se generó una cantidad de empleo público que nunca más se ha vuelto a producir.

Esto, que solamente sucede cuando los políticos tienen la necesidad de legitimarse ante sus electores, se puede documentar y es válido para cualquier tipo de Estado de Bienestar y, así, tanto en Finlandia, durante la crisis de Carelia en 1945, como en Chipre, a consecuencia del terremoto de 1957 y de la invasión de la isla por los turcos en 1974, o en Israel, a consecuencia de la llegada masiva de inmigrantes rusos durante los años noventa, se ampliaron en época de crisis los Servicios Sociales (Hidalgo Lavié, 2011). Pero cuando los políticos solo tienen que justificarse ante las grandes corporaciones multinacionales o las instituciones supranacionales, en cuyos consejos de administración tienen reservado un sillón al final de su gestión, no podemos esperar que lleven a cabo políticas que pongan en entredicho los intereses de sus mentores, por más que el discurso elaborado por los intelectuales en nómina diga justamente lo contrario. Ejemplo paradigmático es la tercera vía de Tony Blair, ampliamente publicitada por Giddens, cuando de hecho no supuso sino importantes restricciones y condicionamientos para el acceso a los servicios de bienestar (Fresno García y Segado Sánchez, 2013: 55).

No solo resultan familiares las actitudes de los intelectuales que justifican las políticas neoliberales; al leer la obra de Wacquant se comprueba con asombro, cómo en Estados Unidos, y es una tendencia general a decir del autor, se implementan de forma brutal las viejas soluciones con que se intentó erradicar de las calles a los pobres europeos a partir del siglo XVI (Aleman Bracho, 2010: 37-62). La lectura de *Merodeando en la calle*, como la de *Castigar a los pobres* constatan que no son sino una puesta a punto y actualización de las viejas políticas que arrancan de las soluciones que los intelectuales españoles del siglo XVI dieron a la cuestión de “los otros”: la polémica sobre la pobreza, con Luis Vives (1871) a la cabeza y quienes se opusieron o matizaron sus propuestas, extensamente analizadas por Alonso Seco en su obra sobre Juan Robles (2013); la que se desarrolló entre Bartolomé de las Casas y Ginés de Sepúlveda en torno al tema de si los indios tenían o no alma, conocida como *De los justos títulos*, que cuestionaba el derecho exclusivo de la monarquía española a



conquistar las tierras recién descubiertas; sin olvidar los debates que se produjeron sobre las minorías étnicas (gitanos) o religiosas (moriscos) y las soluciones que se aplicaron en cada caso, dependiendo de si se consideraba un problema de orden público, en cuyo caso se aplicaba la represión y trabajos forzados (Morán Martín, 2004: 223-273) o religioso, en el que se tenía que optar por conversión o expulsión (Dadson, 2007).

De esconder y castigar la pobreza, a exhibirla y comercializarla

No obstante lo dicho en el apartado anterior, y como signo de los tiempos, en la actualidad a las viejas soluciones se suma un nuevo fenómeno: el de exhibir y comercializar la pobreza, que convive con toda comodidad junto a las viejas pretensiones de invisibilizarla –reflejadas en la normativa municipal contra pedigüeños, músicos y manteros– y penalizarla (a la pobreza, no a la delincuencia, como subraya en su respuesta a los sociólogos españoles el propio Wacquant [2011a: 115-123]).

En nuestro entorno un ejemplo de esta tendencia hacia la exhibición y comercialización de la pobreza fue el desaparecido programa *Entre todos* que supuso, durante la temporada que estuvo en antena, la negación de todo lo que significan los Servicios Sociales y el cuestionamiento del resto de los pilares de nuestro frágil y tardío Estado de Bienestar.

Si la identidad del Trabajo Social, tanto como disciplina científica como desde la vertiente profesional, ha estado tradicionalmente cuestionada, el programa negaba, de facto, cualquier validez al papel de los trabajadores sociales y la televisión pública era utilizada para renegar de los principios de la disciplina a la vez, y en paralelo, que se consolidaba el grado de Trabajo Social. El asombro que producía la convivencia simultánea de dos decisiones tan dispares y contradictorias se debe a su propia esencia pues, siendo como eran ambas políticas, no tenían que guardar una lógica; es más, la existencia al mismo tiempo del título de grado y el programa televisivo, eran el resultado de los intereses contrapuestos de los diferentes grupos de poder que forman el Estado, que intentan imponerse los unos a los otros e influir en la redistribución de los recursos públicos para tener el control del capital público y su poder asociado (González Sánchez, 2011a: 100).

El programa se basaba en dos premisas: dar espectáculo, convirtiendo en protagonistas a las personas pobres o en peligro de exclusión social y en motivar al donante, obviando el derecho que asiste a quien, necesitando ayuda, debería ser amparado por la legislación social que, de respetarse, le alejaría de la arbitrariedad de programadores y donantes.

En la escenificación del guion, el programa parecía seguir rigurosamente las cuatro pautas que ofrece

Wacquant: estudiar la moral de los sujetos y separar los valiosos de los no valiosos; subrayar las historias de éxito de casos que anteriormente habían pasado por el programa aunque fueran marginales y no generalizables y que, a la larga, acabaron derivando en fracasos económicos; no reflejar nunca las raíces y dimensiones políticas del fenómeno; dar buenas noticias y dejar al espectador con la sensación tranquilizadora de que había medios, aunque fueran individuales y locales, disponibles para aliviar, si no para resolver, una situación social compleja.

Así, era posible poner el programa en antena gracias a que los solicitantes de ayuda estimaban que el calado de sus carencias era tal, que el estigma derivado de ser catalogado como pobre resulta un mal menor. Respecto a la caracterización de los “protagonistas” se seguían una serie de pautas, la primera de ellas era que los presentaba como padres y madres-coraje; emprendedores, sacrificados, trabajadores, defensores a ultranza de los valores familiares; con padres, hijos y hermanos aquejados de distintos tipos de males y discapacidades, por los que están dispuestos a hacer lo que sea e ir donde haga falta; adornados de las más altas dotes morales.

En la descripción que hacía la presentadora de cada uno de ellos añadía siempre que se enfrentan a sus problemas vitales con altas dosis de creatividad, que era la otra forma de traducir la máxima “hacer de tripas corazón” cuando no queda otra solución. Parafraseando a Wacquant (2011b: 13-40) podemos decir que cada tarde se asistía a un desfile de santos. Eran los santos de *Entre todos*.

El colectivo de los emigrantes era invisible para los programadores por lo que la uniformidad social, que permitía identificar a los protagonistas como “de los nuestros” era otra de sus características. Todos los solicitantes provenían de una clase media baja (cuyo único recurso era el trabajo) o de ambientes con carencias sociales, a los que el programa les reconoce el estatus de pobres verdaderos. Nunca aparecen ambientes marginales ni degradados, entre otras cosas porque la naturaleza asistencial del programa se centraba en acciones destinadas a intervenir ante aquellas situaciones que podían ser de pobreza extrema, pero que en ningún caso tenían la apariencia de desorden ni miseria ni se desarrollaban en escenarios de conflicto social.

Todas las intervenciones que se llevaron a cabo fueron individuales, parciales, paliativas y nunca se cuestionó qué papel juegan las injusticias sociales y, menos aún, se reclamó al Estado responsabilidad sobre el uso que da a los impuestos que pagan los ciudadanos y que deberían servir para financiar el gasto público social. Todos parecieron olvidar que, en democracia, cuando los Gobiernos dependen del voto de los ciudadanos para legitimarse en el poder y no están bajo el mandato exclusivo de los mercados, la regulación y gestión de la redistribución de las rentas es una de las funciones



que tiene atribuida, y que lo hace para proporcionar seguridad económica a los ciudadanos y reducir las desigualdades sociales, incluyendo la integración social de los grupos excluidos.

Pero con todo y ser un programa que destilaba tanta autocomplacencia, a mi juicio su principal característica es que nadie formulaba las preguntas pertinentes y nadie –ni la presentadora, ni los especialistas ni el público, tanto el que estaba presente como el que lo veía desde su casa– se extrañaba de que pudieran existir tales casos y mucho menos se indignara porque, de hecho, existían y eran conocidos a través de un medio como la televisión pública. Nadie se planteaba, y menos los especialistas que estaban en el plató, entre los que se encontraban trabajadores sociales, que cumplían una función puramente decorativa, que se estaba dejando en manos de no especialistas la decisión de en qué casos y en qué medida se intervenía sobre problemas muy complejos. ¿En qué premisa tenemos que basarnos para aceptar como válido cualquier tipo de ayuda o intervención cuando los sujetos sobre los que recae la acción son los pobres? ¿Dejaría alguien en manos de *amateurs*, por muy solidarios que fueran, la educación de sus hijos, la gestión de sus pensiones o sus revisiones médicas? Nunca se plantearon estas preguntas, nunca se analizó que las acciones iniciadas por el programa podrían desencadenar efectos no deseados y de consecuencias graves.

No voy a extenderme en las críticas al programa, porque sería una redundancia citar lo ya dicho públicamente por el CERMI (22/11/2013), por el Consejo General del Trabajo Social (18/9/2013) o en artículos periodísticos como los firmados por Mariola Cubells, en el Huffington Post¹, el de Concepción Fernández Villanueva², el de Paco Roda³, o el posicionamiento de alguien tan poco sospechoso como Cáritas Canarias frente al uso de la pobreza por algunos medios sociales⁴.

En general las críticas se centraron en la falta de profesionalidad de las actuaciones y no abundaron en el análisis de la nueva dimensión que introduce esta gestión de la pobreza, la de exhibirla porque es rentable, que se une a las clásica recomendación neoliberal de que la reducción de la brecha social se deje en manos de la autoayuda, endosando a la sociedad civil las medidas para paliar los efectos de la dejación de sus responsabilidades por parte del Estado, interpretación que Ariño Vilanova (2004: 87) atribuye a la perspectiva crítica de quienes ven una relación sospechosa entre el auge del asociacionismo, redes sociales y Tercer Sector con la crisis del Estado de Bienestar.

Y no es que usar la pobreza, enseñar muñones y llagas, mostrar las miserias físicas o morales para arrancar unas monedas, sea algo nuevo; lo nuevo es el fenómeno de hacer negocio con la pobreza sin que los pobres se beneficien necesariamente de ello. Un programa como Entre todos, que exhibe y comercializa la pobreza, no es algo que nazca como una seta con las primeras lluvias del otoño; el programa, además de ceñirse a los postulados neoliberales de acoso y derribo del Estado de Bienestar, bebía de tendencias como el turismo de la pobreza⁵ o el turismo en las fabelas⁶ y, de hecho, las pautas con las que se diseñaban los guiones de *Entre todos* son las que guían rutas turísticas programados a los barrios degradados y se reflejan en películas como *Ciudad de Dios* o *Slumdog Millionaire*.

Los argumentos de sus defensores –los argumentos de quienes sacan un rendimiento económico– y sus detractores pueden encontrarse abundantemente reseñados tecleando “turismo y pobreza” en el buscador de Google; sin embargo, el punto de vista de los pobladores de las bolsas de pobreza, tanto si están en la India como si se localizan en Rio de Janeiro, es, cuando se expresa, además de ambivalente, poco conocido, porque si algo caracteriza a la exclusión social es la falta de escenarios donde exponer razonadamente sus motivos.

Estrategias y resistencias

Sobre *Merodeando las calles* podrían alegarse alguno de los aspectos problemáticos que han encontrado quienes han estudiado la obra de Wacquant. Alambra Delgado indica que, salvo las menciones al tráfico de drogas, no dedica atención a otras posibles estrategias que utilicen los protagonistas ni a estudiar su punto de vista (2012: 135-150); por su parte, González Sánchez apunta que, al contrario de lo que ocurre en el caso de Bourdieu, que estudia la transmisión de capital entre los dominantes (especialmente a través del sistema escolar y los distintos campos de producción cultural), Wacquant se centra exclusivamente en analizar el capital negativo de los agentes que actúan en el campo de la pobreza y la marginación urbana (a través del gueto y de la cárcel) sin tener en cuenta ni las alternativas propuestas por arriba ni las resistencias ofrecidas desde abajo (González Sánchez 2012: 238-305). Y con ello no hace sino dar publicidad al discurso que critica.

Para España, las resistencias y soluciones puestas en marcha por los propios implicados pueden documentarse históricamente en relación con distintas minorías excluidas (véase, por ejemplo, el trabajo de D. Dadson [2007] sobre el retorno clandestino de los moriscos de Villarrubia de los Ojos tras su expulsión; o el fracaso

1 http://www.huffingtonpost.es/mariola-cubells/entre-todos-de-verdad_b_3824640.html (20/12/2015).
2 http://www.eldiario.es/zonacritica/Telebasura-caritativa-Buena-barata_6_184491559.html (20/12/2015).
3 <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=6544> (20/12/15).
4 <http://www.caritas-canarias.org/es/>
5 http://sp.ria.ru/opinion_analysis/20101025/147793880.html (20/12/2015)
6 <http://www.laondadigital.com/laonda/LaOnda/301-400/358/recuadro2.htm> (20/12/2015)



de la Pragmática de 1748 que promulgó el genocidio de los gitanos de España; o la constitución de un grupo de presión por parte de los ciegos que repartían el Correo de Madrid, el cual conocemos gracias al pleito promovido en nombre de la Congregación y Hermandad de la Visitación, de ciegos rezantes y papelistas de la Corte [Botrell, 1993: 19-94]). Como en el pasado, en la actualidad, las estrategias que se desarrollan en los resquicios que deja el sistema, ya sean legales (como acudir a programas televisivos del tipo Entre todos), ilegales (la ocupación, por el método de la patada en la puerta, de pisos deshabitados por familias sin vivienda) o alegales, aunque no lo cuestionan necesariamente, son acciones de contestación al sistema, una constatación de la manifiesta capacidad de resiliencia de los actores, en especial de las mujeres, para enfrentarse a la realidad con la que tienen que lidiar y ejemplo de las diversas maneras en que lo hacen, empleando recursos que incluyen desde mentir sistemáticamente a las instituciones públicas o privadas que actúan en el campo de los Servicios Sociales, a poner en marcha iniciativas relacionadas con la economía sumergida que, según Saskia Sassen (2007: 20) para el colectivo de personas inmigrantes en las grandes megalópolis, está teniendo el efecto de reconfigurar las relaciones económicas entre hombres y mujeres, pues si en una economía desregularizada los hombres pierden terreno, las mujeres a través de los ingresos informales, lo ganan, dentro y fuera del espacio doméstico. En todo caso, sean mujeres inmigrantes o autóctonas, demuestran un amplio conocimiento de los recursos disponibles y una soltura acreditada para moverse entre las instituciones y alcanzar sus objetivos.

En resumen, aunque de la lectura de la obra de Wacquant pueda deducirse un auge descontrolado del Estado penal al que es difícil escapar, un declive del Estado social y la imposición a un amplio sector de trabajadores de unas condiciones laborales precarias y mal pagadas, lo cierto es que los individuos, las familias y los grupos por mucha que sea su vulnerabilidad social y económica participan en los procesos que les afectan, tanto ejerciendo poder, como negociando o generando conflicto en/o contra las instituciones que forman parte del sistema. Y lo hacen con sus propios intereses, a partir de sus recursos y experiencia.

Bibliografía

- Alemán Bracho, C. (2010). "Pobreza y sociedad en los pensadores españoles del siglo XVI". En *Fundamentos de Servicios Sociales* (pp. 37-62). Madrid: Tirant lo Blanch.
- Alhambra Delgado, M. (2012). "La marginalidad avanzada como uno de los semblantes del capitalismo simbólico negativo". En *Teoría social, marginalidad urbana y Estado penal. Aproximación al trabajo de Loïc Wacquant* (pp. 135-150). Madrid: Dickinson.
- Alonso Seco, J. M. (2012). Juan de Robles. *Un reformador social en época de crisis*. Valencia: Tirant Humanidades.
- Ariño Villarroya, A., 2004. "Asociacionismo, ciudadanía y bienestar social". *Papers: revista de sociología*, 74, 85-110.
- Botrel, J. F. (1993). *Libros, prensa y lectura en la España del siglo XIX*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.
- Dadson, T. J. (2007). *Los moriscos de Villarrubia de los Ojos (siglos XV-XVIII). Historia de una minoría asimilada, expulsada y reintegrada*. Madrid: Iberoamericana.
- Fresno García, M. del y Segado Sánchez, S. (2012). "Estado de Bienestar y Trabajo Social comunitario: repensando la comunidad, globalización y neoliberalismo". En *Trabajo Social con comunidades* (pp. 47-74). Madrid: UNED: Universitat.
- González Sánchez, I. (2011). "Redefiniendo la pobreza y la penalidad: la formación del Estado neoliberal". *Revista Española de Sociología*, 15, pp. 97-102. (2012). La reconfiguración del Estado y del castigo. En *Teoría social, marginalidad urbana y Estado penal. Aproximación al trabajo de Loïc Wacquant* (pp. 238-305). Madrid: Dickinson.
- Hidalgo Lavié, A. (2011). *Trabajo Social en perspectiva comparada*. Madrid: Ediasa.
- Lewis, O. (1967). La cultura de la pobreza. En *Pensamiento crítico*, 7, 52-66.
- Morán Martín, R. (2004). "Los grupos gitanos en la Historia de España". En J. M. Pérez Prendes, (coord.). *La violencia y los enfrentamientos de las culturas* (pp. 223-273). Madrid: Iustel.
- Pais Rodríguez, R., (2011). "La actividad de policía". En *Lecciones de Derecho Administrativo*. Madrid: Dykinson.



Sassen, S. (2007). Una sociología de la globalización. *Análisis político*, 61, 3-27.

Tezanos, J. F. (2008). Las infraclases en la estructura social. En *La sociedad dividida. Estructura de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Vives, J. L. (1871). *Tratado del socorro de los pobres compuesto en latín por el doctor Juan Luis Vives, traducido en castellano por el Dr. Juan de Gonzalo*. Valencia: Vicent García.

Wacquant, L. (2012). Merodeando las calles. *La pobreza, la moral y las trampas de la etnología urbana*. Barcelona: Gedisa. (2011). Neoliberal penalty at work: a response to my Spanish critic. *Revista Española de Sociología*, 15, 115-123. (2010). Castigar a los pobres. *El gobierno neoliberal de la inseguridad social*. Barcelona: Gedisa. (2005). "Castigar a los parias urbanos". En *Comunicación y violencia. La inseguridad como relato de la desintegración* (pp. 10-14). Buenos Aires: Universidad de La Plata, Facultad de Periodismo y Comunicación Social. (2004). *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires: Manantial.



DE LA QUEJA A LA MOVILIZACIÓN SOCIAL, FORO SERVSOCIAL MADRID. UNA APUESTA POR LA CIUDADANÍA

Foro ServSocial Madrid, Asociación

Resumen

El auge de las políticas neoliberales dominantes en toda Europa durante los años de bonanza económica genera el caldo de cultivo para la despolitización de una Sociedad cada vez más individualista y despegada del concepto y del sentimiento democrático de ciudadanía.

Con la llegada de la crisis económica, éstas políticas, causantes en gran medida de dicha crisis, no solamente no se debilitan, sino que se refuerzan y se presentan como única alternativa posible para salir de la misma.

En este contexto, nace en el año 2012 el ForoServSocial, con el objetivo de denunciar la invisibilización creciente de uno de los pilares del Estado de Bienestar, El Sistema Público de Servicios Sociales.

El intento desde los distintos órdenes políticos y sociales de invisibilizar dicho sistema, delegando las competencias que son propias del ámbito público en entidades privadas o en la propia solidaridad de la ciudadanía es lo que mueve a un grupo de profesionales en el Trabajo Social, profesión que promueve el cambio y el desarrollo social, a aunar esfuerzos por denunciar estas estrategias y sensibilizar a la ciudadanía y al resto de profesionales en la defensa de un Sistema Público de Protección.

Palabras clave: Ciudadanía, Compromiso Sociopolítico, Derechos Sociales.

Keywords: Citizenship, Sociopolitical Commitment, Social Rights.

Contexto y fines de partida

En el momento actual de aguda crisis económica y utilizando esta como pretexto, estamos asistiendo -no sin cierto asombro- al desmantelamiento de nuestro maltrecho Estado de Bienestar y, en concreto, al cuestionamiento de los Servicios Sociales como Sistema de Protección Social. Bajo el lema “tanto mercado como sea posible, tanto Estado como sea inevitable”, nuestra comunidad política ha colocado al mercado por encima de las personas y -tras descubrir que la cobertura de necesidades sociales podía ser un nicho económico- mediante la asunción de recortes presupuestarios (me-

didias de austeridad las llaman) y el desarrollo de una ideología basada en la reconceptualización conservadora de la intervención social donde se ensalza el papel de las Organizaciones No Gubernamentales en respuesta a las necesidades sociales y se invisibilizan las respuestas públicas -los Servicios Sociales-, todo hace pensar que podemos estar asistiendo al re-nacimiento de formas pretéritas de atención basadas en la beneficencia y la asistencia social.

Actualmente casi nadie tiene dudas sobre lo que es la Sanidad, la Educación o el Sistema de Pensiones. Cualquier persona tiene una idea de cuál es el contenido de los Sistemas de Protección Social anteriores, incluso, es probable que sepa que todos ellos son parte de lo que llamamos Estado del Bienestar. Sin embargo, eso no ocurre con los Servicios Sociales. Un sistema de corto recorrido histórico en nuestro país y al que le faltaron determinadas condiciones para identificarlo, visibilizarlo y consolidarlo. Esta situación ha provocado que, a día de hoy, no sólo la ciudadanía no identifique qué son los Servicios Sociales, sino que, ni siquiera la comunidad política, sin distinción de sus colores, conozcan realmente cuales son las competencias y necesidad de defensa del Sistema Público de Servicios Sociales, lo que en esta época de crisis económica, pone en riesgo de mayor vulnerabilidad a este sistema.

El sentir de la ciudadanía respecto a los Servicios Sociales se mueve dentro del binomio carestía de ingresos-gestión de recursos. Al pensar en el papel de los Servicios Sociales instintivamente se piensa en personas sin recursos económicos, perpetuándose el estigma de la beneficencia y el asistencialismo. No se entiende la atención y el proceso de acompañamiento ante las necesidades sociales que cualquier persona puede presentar a lo largo de su vida y para cuya satisfacción puede requerir de apoyo profesionalizado.

Por otro lado desde la comunidad política nos encontramos con la misma incompreensión.

Quienes desde la perspectiva neoliberal de mercantilizar en la mayor medida los sistemas públicos y quienes desde la atención a las necesidades de la ciudadanía defienden el asistencialismo y no, como garantes de derechos en equidad e igualdad. Esto sólo puede darse desde la comprensión de los Servicios Sociales como un Sistema Público.

A esta preocupación sobre la invisibilidad y desconocimiento de los Servicios Sociales como Sistema de Protección sumamos el desmantelamiento continuado de lo público -garante de la igualdad social- lo que supone, sin duda, la estrategia más eficaz de romper, o mejor dicho reventar de raíz, estos avances. Y lo público se daña desde muchos frentes; desde los eufemismos de externalización o flexibilización, o la no inversión en su capital humano; desde la distorsión de la imagen de personal público con apatía e incompetencia; de ser



profesionales privilegiados y, por supuesto, desde la culpabilización de la ciudadanía, objeto y sujeto de estos servicios públicos, como abusadores de los mismos y grandes estafadores que sólo quieren aprovecharse de lo pagado por otros.

El FORO SERVSOCIAL MADRID es la respuesta que ha surgido de un pequeño grupo de profesionales en Trabajo Social de Servicios Sociales de Atención Social Primaria de diferentes municipios de la Comunidad de Madrid preocupados tanto por la invisibilidad y desconocimiento existente sobre los Servicios Sociales como Sistema de Protección, como por políticas neoliberales con las que los poderes políticos y económicos están reconstruyendo la realidad y produciendo, cada vez a más velocidad y con menos pudor, una mayor desigualdad social.

No queríamos -ni podíamos- permanecer como espectadores perplejos y asépticos ante lo que pasa/nos pasa y hemos creído que, si nos unimos y unimos nuestras voces y nuestros esfuerzos, podremos contribuir a visibilizar y denunciar el grave deterioro personal y social que supone para las personas y comunidades que atendemos en los Servicios Sociales Públicos este ataque a sus derechos sociales.

Bajo el lema: “Dirigir la mirada, desnaturalizar la realidad, imaginar futuros nuevos”; comenzamos nuestra andadura en junio de 2012, constituyéndonos como Asociación en marzo de 2014. Hemos realizado un Plan Estratégico desde donde contextualizar nuestro hacer. Elaborando un decálogo donde se reflejan los puntos más importantes de la defensa del sistema. Hemos elaborado escritos críticos denunciando situaciones y vulneraciones de derechos.

Tenemos una página web que mantenemos actualizada en donde colgamos todos los artículos que escribimos, las convocatorias de las reuniones, noticias importantes y, donde aparecen expuestas las herramientas que vamos elaborando y que creemos son útiles en el hacer profesional diario y en la denuncia de la vulneración de derechos.

Hemos mantenido reuniones con diferentes partidos políticos (todos los que han querido reunirse con nosotros) para dar a conocer y defender el Sistema Público de Servicios Sociales.

Hemos mantenido reuniones y participado en foros con diferentes plataformas de ciudadanía y de defensa de derechos.

Realizamos un video explicativo sobre los Servicios Sociales, que junto con algún acto de calle, teníamos y tenemos el objetivo de visibilizar los Servicios Sociales, ya que lo que no se conoce no se puede defender.

Organizamos unas jornadas de reflexión profesional que nos sirva de punto de partida desde un mismo lenguaje para seguir defendiendo un Sistema Público que garantice derechos para todas las personas y no dependa de la solidaridad o el “bien hacer” de quien en ese momento tenga la responsabilidad de legislar.

Principios

Abogamos por la DEFENSA DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER PÚBLICO desarrollado en el ámbito local.

- Como derecho subjetivo de ciudadanía, contribuyendo a la universalización del derecho a las Prestaciones Básicas del Sistema Público de Servicios Sociales y de su consolidación como instrumento para conseguir la sostenibilidad social.
- Como estructura privilegiada, por proximidad y accesibilidad, para la detección y atención de las necesidades sociales mediante la provisión de prestaciones y Servicios Sociales así como la gestión de acceso a otras instancias, garantizando a la ciudadanía el acompañamiento de un/a profesional de referencia que canalice las propuestas, competencias y fortalezas de cada persona para mejorar su entorno vital.

También abogamos por el FORTALECIMIENTO de las estructuras de atención social frente a la fragmentación sectorial defendiendo unos Servicios Sociales como un Sistema Público, universal y redistributivo que garantice el acceso en condiciones de igualdad a toda la ciudadanía.

Pretendemos ser un movimiento CRÍTICO Y REIVINDICATIVO, asumiendo la defensa constante del derecho de la ciudadanía a unos Servicios Sociales Públicos y Universales, de gestión directa y transparente. El Foro se define ASAMBLEARIO, PARTICIPATIVO y plenamente DEMOCRÁTICO, siendo la asamblea el modo fundamental de debate, elaboración de propuestas y toma de decisiones.

Tiene un carácter UNITARIO, desde el pluralismo y la convivencia democrática interna, con especial interés en lograr la unidad de acción con otras organizaciones y movimientos por la defensa de los fines que nos mueven.

Con un enfoque SOCIOPOLÍTICO Y ALTERNATIVO, porque los problemas sociales no se pueden reducir ni subordinar a lo económico y porque las insatisfacciones, las discriminaciones, las opresiones, las explotaciones, son plurales, diversas y transversales, que requieren enfoques integrales e integradores de las diversas reivindicaciones.

Nuestro enfoque también es FEMINISTA, visibilizando y denunciando las desigualdades de poder, derechos y privilegios entre hombres y mujeres.



INDEPENDIENTE, respecto de grupos religiosos, políticos, sindicales o empresariales y respecto al Estado y sus diversas administraciones.

AUTÓNOMO, de tal manera que, aún cuando pudiera participarse en coordinaciones con otras organizaciones, la vinculación a los acuerdos, será voluntaria por decisión democrática.

Fines

1. La defensa de una Ley Marco de ámbito estatal que garantice un Sistema Público de los Servicios Sociales como un derecho de ciudadanía subjetivo.
2. Defender el Sistema de los Servicios Sociales en el ámbito local, de carácter público, universal, redistributivo y que garantice el acceso de la ciudadanía a las prestaciones en condiciones de igualdad.
3. Abogar por el respeto efectivo de los derechos sociales de la ciudadanía y, en especial, el derecho al acceso a unos Servicios Sociales en el ámbito local de calidad y creación de estructuras participativas de funcionamiento democrático.
4. La denuncia pública de aquellas políticas sociales que menoscaban o restrinjan los derechos sociales de la ciudadanía y en especial a los colectivos más vulnerables.
5. Actuar como interlocutor válido representando a sus asociadas y asociados ante organismos y particulares que defiendan unos Servicios Sociales de ámbito local.
6. Organizar actividades para la mejora, promoción y defensa de unos Servicios Sociales Públicos de ámbito local.
7. Fomentar la acción crítica dentro de los colectivos de trabajadores y personas usuarias de los Servicios Sociales, contrarrestando el discurso liberal imperante.
8. Colaborar activamente con todas aquellas organizaciones sociales, políticas y sindicales que comparten nuestros fines, sean de ámbito local, regional, nacional o global.
9. En general, cualesquiera otros fines que estén orientados a la defensa de unos Servicios Sociales Públicos en el ámbito local.

Peticiones “al oyente”

El Foro SERVSOCIAL Madrid tiene todo ese ambicioso horizonte, pero no puede hacerlo sólo. Necesitamos de las fuerzas de muchas otras personas e instituciones que compartan la motivación para construir un mundo más justo e igualitario. Por eso:

- EXIGIMOS QUE LA COMUNIDAD POLÍTICA deje de mostrarse insensible ante el sufrimiento y el dolor humano y corrija sus erróneas e interesadas políticas, fortaleciendo el Sistema Público de Servicios Sociales.
- ALENTAMOS A TÉCNICOS/AS Y TÉCNICO/AS-POLÍTICOS/AS QUE DESEMPEÑAN SU LABOR EN LOS PUESTOS DE RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES para que asuman y sientan que son parte de dicho Sistema Público y para que no se alejen del campo de la Atención Social y de las necesidades sociales de la ciudadanía.
- PEDIMOS AL COLECTIVO DE TRABAJADORES/AS SOCIALES y OTROS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SOCIAL que no se dejen invadir por el miedo o la desafección política y colaboren en la defensa de los derechos sociales y en la denuncia de la desprotección de la ciudadanía.
- DEMANDAMOS A LAS EMPRESAS Y ENTIDADES SOCIALES DE CARÁCTER NO LUCRATIVO que se sientan también parte del sistema si trabajan para él y contribuyan a fortalecerlo.
- ANIMAMOS AL COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES Y AL CONSEJO DEL TRABAJO SOCIAL para que sigan defendiendo el Sistema Público de Servicios Sociales y podamos poner en común ideas e iniciativas.
- ESPERAMOS DE LAS UNIVERSIDADES que favorezcan el pensamiento crítico del alumnado y creemos conjuntamente espacios de debate y reflexión, en torno a la construcción de un nuevo modelo de Sistema Público de Servicios Sociales.
- RECLAMAMOS A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN que no contribuyan a hacer espectáculo con la pobreza, y que ayuden a identificar bien el Sistema Público de Servicios Sociales y a denunciar los abusos sobre la ciudadanía, con rigor y honestidad.
- PROPONEMOS A OTRAS ORGANIZACIONES CON OBJETIVOS AFINES que podamos crear alianzas y compartir espacios complementarios para la defensa del Sistema Público de Servicios Sociales.
- Y EXHORTAMOS A TODA LA CIUDADANÍA para que participe en la definición y construcción de un nuevo modelo de Sistema Público de Servicios Sociales que dé respuesta a sus necesidades e intereses.



Conclusiones

La defensa del Sistema Público de Servicios Sociales no es un fin en sí mismo, sino el medio que entendemos como legítimo para poder defender la atención de aquellas necesidades sociales que las personas no pueden resolver por sí mismas.

Es decir, partimos de la ciudadanía, de sus derechos, de sus necesidades sociales que surgen de su condición de personas pero también y fundamentalmente de su condición de integrantes de pleno derecho de una Sociedad que cada día establece con mayor rigor quien puede y quien no participar en ella.

En un momento como el actual, en el que el valor del ser se mide en términos económicos, consideramos imprescindible una vuelta al humanismo que nos recuerde que las personas vivimos en una Sociedad que no puede desentenderse de aquellos miembros que no pueden participar en la misma en igualdad de condiciones que el resto por muy diferentes causas y razones, todo esto en detrimento de un asistencialismo basado sobre todo en la beneficencia que provoca una relación vertical que trae consigo lo aleatorio y lo injusto.

Defendemos la acción social y el acompañamiento social con unos derechos claros que no puedan cambiar según quien gobierne en cada momento y que lo que trae consigo es una relación horizontal y, por ello de respeto entre todas las personas.

Solo desde el concepto de ciudadanía y de legitimidad de la defensa de unos derechos sociales que se han alcanzado con el esfuerzo de años de lucha, se entiende nuestro planteamiento en el que la única defensa posible de los mismos es desde un Sistema Público de Servicios Sociales.



LA APARENTALIDAD, COMO PARTE DE LA CIUDADANÍA, EN EL ACCESO A LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES

Rebeca García Hinojal

Resumen

La conjunción de dos fenómenos sociales en aumento, el envejecimiento y la aparentalidad, suponen la revisión de las estructuras sociales para garantizar de manera igualitaria el acceso de todas las personas a los servicios públicos, sin que envejecer y hacerlo sin hijos y/o hijas sitúen a las personas en una situación de desventaja frente a otras y por tanto las coloquen en una situación de mayor riesgo de exclusión social. En este Trabajo de Investigación se constata la importancia de tener hijos e hijas en el acceso a un Centro de Servicios Sociales de la Ciudad de Madrid y se recogen, además, las impresiones que sobre estos dos fenómenos tienen personas de 65 años o más, con y sin hijos y/o hijas.

Palabras Clave: Envejecimientos, Aparentalidad, Familia, Servicios Sociales, barrio de Madrid.

Key Words: Aging processes, Childlessness, Family, Social Services, Madrid neighborhood.

1. Introducción

De todos los debates que genera el envejecimiento y de todas sus vertientes, la aparentalidad, es decir, el envejecimiento sin hijos y/o hijas, es el menos estudiado.

El envejecimiento sin hijos y/o hijas, plantea muchas cuestiones, entre ellas, y la más referenciada, se centra en las consecuencias que la transformación del modelo tradicional mediterráneo que se vive en España pueda tener para el cuidado de los familiares dependientes. Pero este trabajo de investigación pretende plantear dos cuestiones diferentes. Una cuestión es que las familias no puedan asumir la atención completa a los miembros dependientes de sus familias pero sin embargo sí son clave para buscar ayuda, apoyos, orientar a servicios, realizar gestiones y hacer trámites que permitan el acceso a servicios de atención. Es decir, la familia está y sirve de apoyo. Pero el gran interrogante es quién ayuda, apoya, orienta a servicios, realiza gestiones y hace trámites cuando no hay hijos y/o hijas. Es decir, quién hará ese paso previo de acercar los servicios, recursos y prestaciones a las personas sin hijos y/o hijas que por sí solas no puedan hacerlo y lo necesitan. Porque uno de

los datos básicos de los que se parte en esta investigación es que la aparentalidad está en aumento.

2. Objetivos de la Investigación

Los Objetivos Generales y Específicos que se proponen en esta Investigación son:

1. Investigar cómo las personas de 65 años o más tienen conocimiento y acceso al Centro de Servicios Sociales de un barrio del municipio de Madrid:
 1. Enumerar los servicios o personas que informan del Centro de Servicios Sociales.
 2. Conocer qué información es la que reciben las personas de 65 años o más del Centro de Servicios Sociales previo a acudir a la primera cita.
 3. Averiguar si las personas de 65 años o más que acuden al Centro de Servicios Sociales lo hacen solos o acompañados de familia o red de apoyo social.
2. Analizar las impresiones, sentimientos y cómo se enfrentan al acceso del Centro de Servicios Sociales las personas de 65 años o más:
 1. Profundizar en la percepción que tienen las personas de 65 años o más acerca de los Servicios Sociales y del acceso a los mismos.
 2. Comparar las percepciones recogidas entre las personas de 65 años o más que tienen hijos y/o hijas y aquellas personas de 65 años o más que no tienen hijos y/o hijas.

3. Metodología

3.1. Trabajo de campo

La investigación se lleva a cabo durante los meses de Abril y Mayo de 2014 y se desarrolla en un Centro de Servicios Sociales de la Ciudad de Madrid.

Se cumplieron 100 cuestionarios sobre la atención de personas de 65 años o más, y se realizaron 8 entrevistas en profundidad de 40 minutos, 4 a personas de 65 años o más sin hijos y/o hijas y 4 a personas de 65 años o más con hijos y/o hijas.

3.2. Técnicas de análisis de datos

Para el análisis de los cuestionarios se utilizó la técnica de Estadística Descriptiva Básica mediante el uso de una hoja de cálculo Excel.

Las **entrevistas de profundidad** se realizaron a ocho personas de 65 años o más, todas ellas con autonomía suficiente para la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria y sin deterioro cognitivo. Los perfiles seleccionados fueron los siguientes: dos mujeres de entre 65-72 años, casadas, con estudios y con experiencia laboral fuera de casa. Una de ellas con hijos y/o hijas y otra sin hijos y/o hijas. Dos hombres de entre 65-72 años, casados, con estudios y con experiencia laboral fuera de casa. Uno de ellos con hijos y/o hijas



y otro sin hijos y/o hijas. Dos mujeres de entre 73-80 años, viudas, sin estudios y amas de casa. Una de ellas con hijos y/o hijas y otra de ellas sin hijos y/o hijas. Dos hombres de entre 73-80 años, viudos, sin estudios y con experiencia laboral fuera de casa. Uno de ellos con hijos y/o hijas y otro sin hijos y/o hijas. Con estos perfiles se trató de conjugar la homogeneidad en las variables de edad, estado civil, etc., y la heterogeneidad en cuanto al estado de tener o no hijos y/o hijas.

4. Resultados de la Investigación

Los resultados de la Investigación han servido para obtener una información más amplia sobre las repercusiones que la aparentalidad, como nuevo fenómeno social, pueda tener para las personas y los retos que presenta para los Servicios Sociales.

4.1. Conocimiento y acceso de las personas de 65 años o más al Centro de Servicios Sociales

4.1.1. Personas o servicios que informan del Centro de Servicios Sociales

Tras el análisis de los datos recogidos en el cuestionario se pueden enumerar los servicios o personas que informan del Centro de Servicios Sociales:

- 47 de las personas encuestadas refieren haber acudido al Centro de Servicios Sociales orientados e informados por sus **hijos y/o hijas**.
- 22 han sido informadas del Centro de Servicios Sociales por el Sistema **Sanitario**. Es decir, han sido orientados al Centro de Servicios Sociales a través del médico de cabeza, el hospital y/o los Departamentos de Trabajo Social de dichos servicios.
- 15 acuden informados o tienen conocimiento por los **vecinos o por personas del barrio**.
- 12 acuden informados por **familiares distintos a hijos**. De estas personas, el 100 % declara no tener hijos.
- 3 llegan por **iniciativa propia**.
- 1 persona acude informado por **Otros** (en este caso, el hijo de un conocido).

Los hijos y/o hijas son las personas que más han informado a los encuestados de 65 años o más sobre los Servicios Sociales. Aunque se podría apuntar a que los hijos e hijas son determinantes para este acceso, se desconoce si a estas personas les hubiera informado otro de los servicios o directamente no hubieran accedido a la Red de Servicios Sociales. En cualquier caso, el hecho de tener hijos e hijas ha supuesto para estas personas un acceso a la información del Centro.

4.1.2. Los hijos y/o hijas como factor de acompañamiento y apoyo en la relación con el Centro de Servicios Sociales

El análisis del cuestionario permitió conocer cómo se estaba produciendo el acceso al Centro de Servicios Sociales de las personas de 65 años o más.

Se averiguó que de las 100 personas encuestadas:

- **82 acudieron, al menos la primera vez, acompañados:**
 - 67 de las personas, por hijos y/o hijas.
 - 6 personas acudieron acompañadas por sobrinos siendo en todos los casos personas de 65 años o más sin hijos.
 - 4 acudieron con sus parejas.
 - 3 acudieron acompañadas por vecinos.
 - 2 de las personas acudieron acompañados de otros (voluntarios).

- Al Centro de Servicios Sociales acudieron **18 personas solas**. La media de edad de estas personas era de 73,33 años, dato significativo si tenemos en cuenta que la media de edad de las 100 personas encuestadas era de 83,04 años. Por lo que podemos afirmar que a **mayor edad, mayor posibilidad de acudir acompañado al Centro de Servicios Sociales**.

4.2. Lo subjetivo frente al acceso al Centro de Servicios Sociales.

4.2.1. Percepción de las personas de 65 años o más acerca de los Servicios Sociales y del acceso a los mismos

Las entrevistas en profundidad permitieron un acercamiento a lo subjetivo y, más allá de lo que decían los números, a conocer las impresiones y sentimientos desde lo emocional.

Las personas entrevistadas eran conocedoras del Centro de Servicios Sociales porque ya se encontraban dentro de la red de atención del mismo, es decir, habían acudido en una o varias ocasiones y ya no contaban con la incertidumbre sobre qué es el Centro, para qué acudir y en qué me pueden ayudar. Algunas de estas personas habían acudido por primera vez hace muchos años y otras recordaban su acceso hace unos meses.

Interesaba saber cómo de visible percibían el Centro de Servicios Sociales y si habían tenido una información clara de cómo pedir una cita y acceder a él. La información de las entrevistas me permite resaltar que reconocían que no es un servicio tan visible como puede ser su Centro de Salud. Todos ellos sabían perfectamente donde se encontraba aquél pero se tuvieron que informar de dónde estaba ubicado el Centro de Servicios Sociales.



La percepción que tienen sobre a quién se dirigen los Servicios Sociales es que está organizados para las personas que se encuentran muy mal de salud y/o que no tienen una capacidad económica suficiente como para costearse servicios privados. Ninguna de las personas entrevistadas se encontraba en esa situación, mala salud y recursos económicos insuficientes, por lo que se les preguntó el por qué se habían decidido a acudir a Servicios Sociales, previo a pensar que es un servicio que se dirige a otras personas. Refieren que la idea les cambió cuando otros servicios (hospitales, centro de salud,..), u otras personas (hijos y/o hijas, vecinos, etc.), les informaron que prestan información a toda la población, indistintamente de su situación de salud o económica. Reconocen que esta información les llegó por vías ajenas a los Servicios Sociales y en ningún caso por publicidad del propio Centro de Servicios Sociales.

Uno de los mayores recelos a la hora de pedir cita había sido la idea de burocracia que sobre los servicios públicos se tiene llegando, incluso, a retrasar la primera cita en el Centro de Servicios Sociales por este motivo. Los que accedieron a Servicios Sociales hace más de 5 años, comentaron que cuando acudieron a informarse de prestaciones y recursos municipales, les pedían certificado de pensión y declaración de la renta (o certificado negativo). Actualmente, la Administración Local, previa autorización del interesado, puede solicitar esta documentación a nombre de los ciudadanos y ciudadanas sin tener que ser ellos personalmente quienes realicen la gestión. En opinión de las personas de 65 años o más, esta nueva comunicación entre administraciones facilita los trámites y las gestiones para personas que ya no cuentan con tanta movilidad o cuentan con menor capacidad cognitiva que en otras etapas anteriores de la vida. Entendían que este hecho puede motivar a las personas que todavía no se encuentran dentro de la Red de Atención de Servicios Sociales a que se decidan a acudir más fácilmente.

La petición de la primera cita se produjo por distintas vías: directamente en el Centro de Servicios Sociales, telefónicamente, personalmente o a través de familiares o del Centro de Salud. Los que acudieron al Centro de Servicios Sociales a pedir la cita directamente les pareció que era una buena opción para conocer dónde se ubicaba el Centro de cara a tener que acudir a la cita. Para otros, fueron los/as propios/as hijos y/o hijas quienes se informaron del teléfono de petición de cita y la pidieron. Otra de las formas de petición de cita fue a través de la gestión que el propio Centro de Salud hizo en el Centro de Servicios Sociales.

Una vez en la entrevista, aquellos que acudieron solos se sintieron arropados por el o la profesional que les atendió refiriendo una especial atención a aquellos entrevistados y entrevistadas que no tienen hijos y/o hijas.

Las personas que acudieron a las citas acompañadas ferían sentirse con capacidad suficiente para volver a la

segunda citas solos por el hecho de ya conocer dónde se ubica el centro, conocer al profesional y haber realizado la primera incursión en la red. Aún así, señalaban que en cualquier caso, preferían acudir acompañados, especialmente a las citas en las que se definían los servicios y el coste de los mismos. Les hacía sentirse más seguros y tranquilos.

4.2.2. Diferencias entre las percepciones de las personas de 65 años o más con hijos y/o hijas de las personas de 65 años o más que no tienen hijos y/o hijas.

Durante el análisis de las entrevistas en profundidad observé que no sólo es el hecho de tener o no hijos y/o hijas lo que define el acceso al Centro de Servicios Sociales. La formación a lo largo de la vida, la profesión que se ha ejercido, la situación de salud y los contextos en los que se ha desarrollado el curso vital de las personas define en gran medida este acceso.

Sin embargo, según se van cumpliendo años el proceso de envejecimiento, irreversiblemente y como proceso natural que es, lleva asociado, por lo general, una disminución de las capacidades físicas, psicológicas, cognitivas y emocionales, que es lo que hace necesario, en gran medida, el apoyo de terceras personas para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria pero también para el uso de servicios públicos.

La familia, y los hijos e hijas, fundamentalmente, complementan, apoyan o sustituyen en las tareas que las personas de más edad ya no pueden realizar. Este hecho supone una garantía en la atención a las personas que lo necesitan mejorando su calidad de vida frente a aquellas personas que no cuentan con la capacidad suficiente para acceder a los servicios públicos por ellos mismos ni con el apoyo familiar necesario para que les acompañen o sustituyan en la tarea.

4.2.2.1. Percepciones de las personas más jóvenes entrevistadas.

Las mujeres y los hombres más jóvenes entrevistados (69 y 72 años las mujeres, y 66 y 72 años los hombres) no se sentían “mayores”. En relación a los hijos y/o hijas, la percepción de su buen estado de salud y del funcionamiento pleno de sus facultades les llevaba a pensar que los hijos e hijas son un apoyo en el acceso a los Servicios Sociales pero no imprescindibles para hacerlo. Reconocen que hay una parte de información que los/as hijos y/o hijas encuentran mejor a través de Internet y por una mayor agilidad a la hora de realizar los trámites pero en estas etapas de su vida creen que todavía no son una pieza clave como factor de inclusión en la red de Servicios Sociales. Apuntan que quienes más necesitan el apoyo de los hijos son las personas que viven solas y que tienen más años y por lo general, más problemas de salud.



Los que no tienen hijos y/o hijas refieren echarlos en falta según van cumpliendo años por la sensación de falta de cuidadores y de personas que les protejan ante el deterioro que supone la vejez. Además, estas parejas sin hijos y/o hijas habían previsto su futuro procurando un ahorro económico para poder pagar servicios privados de atención llegado el momento. Mostraban mayor confianza por los servicios privados que ellos contratasen que los públicos que les pudieran ofertar los Servicios Sociales.

4.2.2.2. Percepciones de las personas entrevistadas de más edad

Estas entrevistas comienzan a diferenciarse de las anteriores por la percepción que tienen sobre su salud y la relación con la vejez. Reconocen que a medida que se cumplen años se va produciendo un envejecimiento físico que lleva aparejado enfermedades relacionadas con la vejez, como son la pérdida de agudeza visual, auditiva, pérdida de memoria así como otras enfermedades orgánicas y psiquiátricas que afectan al desarrollo adecuado de las capacidades y habilidades personales y sociales que la persona ha venido disfrutando a lo largo de su vida.

En opinión de estas personas, las nuevas limitaciones a la hora de realizar actividades de la vida diaria o en el desarrollo de las funciones y roles que se venían ejerciendo de manera plena, generan inseguridades sobre el entendimiento y procesamiento de información transmitida por terceros, equivocaciones en el desarrollo de tareas básicas así como pérdidas de memoria. Hechos que les hacen desear estar acompañados cuando se les va a informar de trámites y gestiones.

Las mujeres acusaban más el peso de la soledad que los hombres por la pérdida de sus parejas y se mostraban más preocupadas por la burocracia de la administración. Ninguna de ellas tenía estudios ni habían trabajado fuera de casa. Este hecho, decían, que les hacía sentirse indefensas porque siempre habían contado con el apoyo de sus parejas para las gestiones.

En el caso de los hombres, ellos tampoco contaban con estudios pero sí con experiencia laboral fuera de casa, lo que les había permitido establecer relaciones y resolver conflictos con terceros en su ámbito profesional y por tanto contaban con experiencia en el mantenimiento de relaciones laborales. Pero también referían cierta seguridad a la hora de acudir y recibir información en el Centro de Servicios Sociales si venían acompañados porque podría servir para evitar confusiones en la información recibida y servir de apoyo para valorar si lo que se ofrece en el Centro es lo más adecuado para la personas.

En todas las entrevistas queda reflejada la importancia que tiene para ellos la existencia o no de los/as hijos y/o hijas para el acceso y mantenimiento de los Servicios

Sociales y la preocupación por la burocracia de la administración cuando sientes limitadas tus capacidades físicas o cognitivas.

Las personas con hijos y/o hijas procuraban, además, que las citas en el Centro de Servicios Sociales se produjeran en el horario en el que sus hijos y/o hijas pudieran acompañarlos. Incluso en alguna ocasión habían retrasado el día de la cita con el fin de que sus hijos y/o hijas acudieran con ellos o ellas.

Las personas que no tienen hijos y/o hijas sienten que no tener hijos y/o hijas es una desventaja en la vida frente a los que sí los tienen y piensan que tener hijos y/o hijas les proporcionaría más compañía y atención. Además, sienten que los hijos e hijas buscan el mayor bienestar para sus padres y los mejores servicios y favorecen que se eviten mayores situaciones de riesgo, estafas y engaños en los que se puedan ver envueltos así como que protegen del mal trato que se pueda producir desde las instituciones. Estas personas se plantean la residencia como el único recurso adecuado cuando ya no puedan estar en casa. Esta percepción no la tienen las personas entrevistadas con hijos y/o hijas. Es estos casos, la residencia no se valora como una opción y no ha habido una preparación previa, como el ahorro económico que sí se produce en las personas sin hijos y/o hijas porque están seguros que será la familia quién les cuide (modelo familiar mediterráneo). También opinan que hubieran acudido antes al Centro de Servicios Sociales por la preocupación que sienten los hijos e hijas hacia sus padres. El hecho de no tener hijos y/o hijas, y además no contar con estudios, creen que ha sido un hecho importante para retrasar el acceso a Servicios Sociales.

Tanto en las entrevistas a las personas más jóvenes como a las de más edad, se observa que el género también influye en el acompañamiento de las personas al Centro de Servicios Sociales. Las mujeres piden ser acompañadas tanto a sus familiares como a amigas y vecinas. Sin embargo, los hombres sólo solicitan ser acompañados por algún familiar pero no a amigos y/o amigas o vecinos y/o vecinas prefiriendo acudir solos en lugar de pedir ayuda a personas diferentes de familiares.

A diferencia de las personas más jóvenes entrevistadas, señalan que el estado de salud, o las limitaciones por la edad, son determinantes para valorar necesario ser acompañados al Centro de Servicios Sociales. Tanto la búsqueda de información del Centro como el acceso al mismo les supone mayores dificultades que a las personas de menos edad. En ellos también se acucia un sentimiento mayor por la falta de hijos y/o hijas para sentirse protegidos, seguros y en iguales ventajas que aquellos que sí tienen hijos y/o hijas.



5. Conclusiones

De los datos obtenidos en las encuestas podemos señalar, por un lado, que de las personas de 65 años o más que acuden al CSS existe un mayor número de las que acuden acompañadas por hijos y/o hijas, al menos la primera vez, que de personas de 65 años o más que acuden solas. Y por otro lado, que a mayor edad, mayores posibilidades de que las personas soliciten o precisen ser acompañadas o sustituidas por hijos y/o hijas (u otros familiares o personas de su confianza), en el acceso a Servicios Sociales. El hecho de acudir acompañados de los/as hijos y/o hijas les hace sentirse más seguros y con mayor motivación para acudir por primera vez a conocer el servicio y a hacer uso del mismo.

Las encuestas también señalan que de las 100 personas entrevistadas, 47 de las personas de 65 años o más que acuden a Servicios Sociales lo hacen orientados o informados por sus hijos y/o hijas. Éstos son los que motivan y se informan sobre los servicios, recursos y modos de acceso. Sólo el paso de los años, y con el avance del fenómeno de la aparentalidad, podremos conocer quién o qué servicio sustituirá la información que dan los/as hijos y/o hijas sobre Servicios Sociales. Pero preocupa el riesgo de que esas personas sin hijos y/o sin hijas se queden fuera de la Red de Atención de Servicios Sociales porque no reciban la información de ninguna parte, bien sea por falta de una red de apoyo familiar sólida que informe o por no ser usuarios/as de los servicios sanitarios, por no contar con red de apoyo informal, etc.

El modelo familiar mediterráneo, en donde la familia se sitúa como institución básica de la sociedad, coloca al Estado de Bienestar y a uno de sus pilares básicos, el Sistema Público de Servicios Sociales, como residual en la provisión del bienestar de la población. Sin embargo, España ha sufrido importantes cambios demográficos y sociales que están haciendo tambalear este sustento familiar basado, especialmente, en la mujer como máximo exponente de la atención y cuidado a las personas dependientes. La inserción de la mujer al mercado de trabajo, entre otras, ha sido y es, una de las mayores causas de las transformaciones en el modelo tradicional de atención. Pero además, se están produciendo otros cambios sociales que sientan las bases de esta investigación, como es el aumento de la aparentalidad en España (al igual que en el resto del mundo), es decir, modelos familiares sin hijos y/o hijas. Si la familia, especialmente los/as hijos y/o hijas adultos, son los máximos responsables en procurar el cuidado de las personas de más edad de las familias... ¿Qué sucederá cuando la aparentalidad sea un fenómeno más extendido o sea el modelo familiar más numeroso? ¿Qué responsabilidad deben comenzar a asumir los poderes públicos? ¿Qué cambios son necesarios para adaptarse a este progresivo fenómeno social? Y en el caso de los Servicios Sociales ¿qué repercusiones puede tener para el acceso y mantenimiento en la red?

Hasta ahora, las corrientes sociológicas en el estudio de la aparentalidad intentaban explicar la creciente tendencia a no tener hijos y/o hijas, a analizar las consecuencias de este fenómeno en el bienestar físico y psicológico de las personas adultas y a estudiar los efectos de la aparentalidad en relación al riesgo de exclusión social y la falta de apoyo en la vejez, concluyendo que las personas mayores sin hijos y/o hijas presentan un mayor aumento de fragilidad y vulnerabilidad y por tanto mayor riesgo a la exclusión social. Teniendo en cuenta esta última corriente sociológica, mayor riesgo de exclusión social en las personas sin hijos y/o hijas, la presente investigación trató de averiguar si esta exclusión se podría producir también en el acceso a los Servicios Sociales y si el Centro de Servicios Sociales servía como base de estudio por ser centro de referencia de una población de personas de 65 años o más suficientemente amplia que permitiera analizar el proceso de envejecimiento que se estaba produciendo en el barrio. Confirmar que el proceso de envejecimiento se está produciendo y que los/as hijos y/o hijas son factores de apoyo para el acceso a los Servicios Sociales supone comenzar a pensar en las repercusiones que la aparentalidad tendrá en el futuro de los Servicios Sociales.

Por último, apuntar que las entrevistas en profundidad dejaron patente la necesidad de una mayor visibilización y conocimiento de los Servicios Sociales. La falta de información directamente difundida por parte de los Servicios Sociales a los ciudadanos y ciudadanas hace que la información que les llega sea incompleta, inadecuada o sesgada generando, en algunos casos, retrasos en la primera cita de atención, incertidumbre y/o falsas expectativas o simplemente desechar la opción de acudir a recibir información y/o orientación, dejándoles fuera de la red de atención. Igualmente, existe una idea de los Servicios Sociales que se asocia a situaciones de exclusión social grave y de estar dirigidos a la población con ciertas características históricas de marginación que aumenta el riesgo de ver a los Servicios Sociales como servicios dirigidos sólo a una parte de la población y no como unos servicios universales por y para todas las personas. En el caso de personas sin hijos y/o hijas, además, puede suponer quedar excluido de la red de atención por la falta de información correcta o por la inseguridad generada, en base a la información que les llega de otros, a no poder hacer uso adecuado de los servicios públicos por la burocracia, por el desconocimiento de cómo acceder o simplemente por contar con limitaciones físicas, psíquicas o estructurales (brecha digital) que les impidan acercarse a los servicios o solicitar a otras personas que informen de su situación a Servicios Sociales. En muchas ocasiones, estos casos son derivados de los Centros de Salud u Hospitales cuando ya se ha producido una situación grave para la salud o existe una situación social grave, no habiéndose producido una intervención preventiva previa que evite el mayor deterioro de la persona.



Por tanto, el fenómeno de la aparentalidad puede ser causa para que las personas que se encuentran en este estado tarden más en acceder al Centro de Servicios Sociales y hacerlo cuando la situación se valora ya de riesgo y no sólo preventiva teniendo consecuencias más negativas para la salud y la situación social de la persona que cuando se tienen hijos y/o hijas.

No hay que olvidar que los Servicios Sociales públicos tienen la responsabilidad de adaptarse a las nuevas necesidades y demandas sociales de toda la población y la aparentalidad es un nuevo fenómeno de ciudadanía que requiere de toda nuestra atención.

6. Bibliografía

Albertini, M. y Mercarini, L. (2011). *Childlessness and support networks in later life: a new public welfare demand? Evidence from Italy*. Turín: Collegio Carlo Alberto.

Alfageme, A. (2001). Envejecer: una cuestión de desigualdades. *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales*, 39, 38-42.

Bazo, M. T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Revista Política y Sociedad*, 45, 73-85.

De Miguel, A. (2002). Adaptación positiva en el proceso de envejecimiento. *Tabanque: Revista pedagógica*, 16, 49-82.

Del Campo, S. y Rodríguez-Brioso, M. M. (2002). La gran transformación de la familia española durante la segunda mitad del siglo XX. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 100, 103-165.

Fantova, F. (2007). Repensando la intervención social. *Documentación Social*, 147, 183-198.

Guillemard, A. M. (2009). Un curso vital más flexible. Nuevos riesgos y desafíos para la protección social. *Revista de Pensament i Anàlisi*, 9, 13-39.

Hagestad, G. y Call, V. (2007). Pathways to Childlessness A Life Course Perspective. *Journal of Family Issues*, Enero, 1338-1361.

Huijts, T., Kraaykamp, G., y Subramanian, S. V. (2011). Childlessness and Psychological well-Being in Context: A Multilevel Study on 24 European Countries. *European Sociological Review*, Mayo, 32-47.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2009). *Las dimensiones subjetivas del Envejecimiento*. (Serie Personas Mayores N.º 11007). Madrid: Prieto, Etxeberria, Galdona, Urdaneta y Yaguas.

Martín, A.V. (2000). Diez visiones sobre la vejez: del enfoque de los déficits al enfoque positivo. *Revista de Educación*, 323, 161-182.

Zamora, G. (2013). Prestación de Cuidados y Envejecimiento en Personas sin Hijos. *Actas de Dependencia*, 8, 95-109.

Zamora, G., De la Rosa, R., y Otxotorena, M. (2013, julio). *Intersecciones entre Envejecimiento LGB y Envejecimiento de Personas sin Hijas o Hijos*. Ponencia presentada en el XI Congreso de la Federación Española de Sociología, Madrid, España.



LOS PROCESOS DE ACOGIDA: MOMENTO CLAVE EN LA ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA. PROPUESTA DE BUENAS PRÁCTICAS DESDE LA COORDINADORA DE OBRAS SOCIOEDUCATIVAS LA SALLE

Raquel Liébana Rodríguez

Laura Vega Pérez

Edurne Ordorika Prieto

Miguel Ángel García Sánchez

Alba Aranda Ballesteros

Miguel Reymundo Santos

Resumen

Desde las obras Socioeducativas de La Salle y dada la situación actual en las que se encuentran las personas con desigualdad, consideramos clave la función que a través del Trabajo Social se hace por el reconocimiento de los derechos de todos los ciudadanos de una manera justa y comprometida. Por ello, destacamos el proceso de acogida que desde nuestras obras se lleva a cabo promoviendo valores como solidaridad y fraternidad, muy presentes en el carisma Lasaliano.

Palabras clave: Participación ciudadana, Igualdad de derechos, Proceso de acogida, Vínculo, Escucha activa, Demanda, Respuesta, Transformación, Diagnóstico, Compromiso y empatía.

Fundamentación teórica

El concepto de ciudadanía ha tenido diferentes acepciones a lo largo de la historia, dependiendo de las situaciones históricas y variando según la situación en la que se situaba al individuo como sujeto de derechos.

Existen dos connotaciones diferentes para el concepto: por un lado, el conjunto de la población de un determinado territorio; y por otro lado, el conjunto de características sobre las que se entiende a dicha colectividad, unificándolas con una identidad colectiva basada en su reconocimiento de derechos.

Podemos destacar en torno a tres visiones concretas del concepto de ciudadanía:

- Por un lado, la colectividad de individuos cuya fuente de derechos está originada por el lugar de nacimiento. Esta primera visión, excluye totalmente de derechos a personas extranjeras o inmigrantes, dotando de posibilidades solo a las etnias nacionales.

- Por otro lado, podemos destacar un concepto de ciudadanía mucho más avanzado y más cercano a nuestras realidades. La ciudadanía como conjunto de miembros de un mismo territorio dominado bajo un solo poder, siendo libres e iguales y teniendo los mismos derechos. Esta acepción del concepto de ciudadanía mucho más progresista y avanzada, ya no diferencia a las diferentes étnicas o grupos sociales que componen el territorio, pero sí excluye a todos esos grupos de personas que no están inscritas en dichos estados.

- Como última acepción, la cual quizás pueda llevar a plantearse desde una perspectiva mucho más utópica, es la de entender ciudadanía como un concepto global, donde la persona es individuo del mundo en su conjunto sin distinción de fronteras ni exclusión de derechos.

Conociendo las características del conocido como Estado del Bienestar, y la teoría de personas con pleno derecho por el simple hecho de ser ciudadano/a, cabe destacar que en el estado de derecho en el que nos encontramos existe un porcentaje cada vez mayor de personas con desigualdad, quedando relegadas a un segundo plano y se conciben como un problema difícil de atajar.

Destacamos el artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) el cual engloba y dota de sentido toda intervención social: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”* (pág. 104). Es decir, la persona por el simple hecho de serlo, debe ser objeto de derechos, ser respetada, ser libre, tener la capacidad de tomar las riendas y ser dueña de su futuro. He aquí la piedra angular de toda intervención social, la cual debe poner en el centro siempre a la persona, dotándola de posibilidades de empoderarse en su propia situación ejerciendo sus propios derechos y obligaciones como ciudadana.

Desde la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) se entiende esta idea como una apuesta por la lucha contra la pobreza, poniendo siempre el respeto a los Derechos Humanos como piedra angular de la intervención profesional. Concretamente desde el Consejo General del Trabajo Social, existe una gran cantidad de iniciativas en esta línea. Cabe destacar, el convenio de colaboración con Amnistía Internacional para la defensa de los Derechos Humanos o la participación de diferentes colegios profesionales en la EAPN (Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social). Esta línea de trabajo debe servirnos a los profesionales en Trabajo Social como hoja de ruta



para la práctica de la profesión, siendo la dignidad de la persona y la preocupación integral el pilar básico de la primera acogida.

El objetivo de la Estrategia 2020 de la Unión Europea para la integración social es “luchar contra la pobreza y la exclusión social, reduciendo al menos en 20 millones el número de personas en situación o riesgo de pobreza y exclusión social”. Así mismo, una de las recomendaciones prioritarias que la comisión ha formulado para el conjunto de la zona euro hace alusión a la “mejora de la protección social para capacitar, apoyar y proteger a la población durante toda su vida”. Entendemos por lo tanto, que realizar una primera acogida de calidad en la que hacer un diagnóstico adecuado de la situación de cada persona, es un paso clave para que pueda darse una respuesta adecuada a cada situación y contribuir así en la reducción del número de personas en situación de exclusión.

Desde las diferentes obras socioeducativas de La Salle, entendemos que el proceso de empoderamiento de la ciudadanía es el momento clave para iniciar el ejercicio de los derechos y obligaciones de cada persona. Por eso, la responsabilidad de todas las profesionales del Trabajo Social que trabajan en nuestros centros tienen la responsabilidad de realizar un proceso de acogida de calidad, entendiendo que cuanto mejor sean las buenas prácticas en esta fase, mayor viabilidad tendrá el proyecto de empoderamiento de la persona.

Teniendo en cuenta la importancia del empoderamiento que desde las Obras Socioeducativas se le da a todo proceso de intervención y entendiendo el proceso de acogida como un punto clave en dicho camino, debemos añadir el concepto de dignidad. Para dicho concepto hacemos referencia al Artículo 10.1 de la Constitución Española (1976), que dice así: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social” (p. 5). El Trabajo Social debe andar sobre piedras estables, otorgando a las personas la posibilidad de empoderarse de manera digna, sin quedar excluido ni sentirse como un problema para el sistema y, en definitiva, deben sentirse ciudadanas.

El proceso de acogida

Como Coordinadora de Obras Socioeducativas de La Salle dentro de nuestra identidad y misión destacamos que (2014):

El proyecto Educativo Lasaliano que desarrollamos está al servicio de la sociedad. Por ello, nos comprometemos en la construcción de una sociedad más justa y solidaria y desarrollamos una conciencia social crítica y compro-

metida reivindicando el derecho de la ciudadanía que toda persona debe ejercer. Queremos dar respuesta a las realidades sociales y ser elemento transformador de las mismas mediante la solidaridad y la promoción del voluntariado, en colaboración con otros organismos.

Toda Obra Lasaliana ejerce su acción educativa enraizada en la realidad, cultura, costumbres y tradiciones del lugar donde se ubica. Se ofrece como propuesta educativa, respetuosa con las convicciones personales; expresa su compromiso por la integración social de las personas de diferentes culturas y religiones que acuden a ella. Entiende la diversidad como elemento que enriquece a la Comunidad.

Las Obras Lasalianas quieren ser escuela para la vida. Por eso cuidan con especial esmero las relaciones con su entorno social, cultural, económico, eclesial y natural (p.7).

Al hilo del derecho de ciudadanía, el doctor Benedetto Saraceno, en una conferencia impartida en el año 2002, dijo lo siguiente:

Las personas que se hallan en una situación de desigualdad: ancianos, enfermos mentales, inmigrantes, personas sin techo..., sufren en la sociedad actual lo que podríamos llamar un exceso de identidad al ser tenidos en cuenta, visualizados o contabilizados, principalmente como un problema para la sociedad, más que por sus características como persona. El “problema” que presentan se convierte en su única identidad, quedando para la mayoría de ellos/as reducidas las posibilidades de un reconocimiento de ciudadano, lo cual es un derecho injusto y negativo ya que la ciudadanía es un derecho en sí (p.1).

Este derecho que comenta Saraceno y que resulta ser tan básico, está muy presente en el quehacer del día a día de las obras socioeducativas de La Salle y que además está muy a la par de otro valor indispensable: el trabajo para y con las personas en situación de vulnerabilidad.

Las personas que atendemos desde las Obras, acuden bien derivadas de otros recursos o por iniciativa propia a la organización en busca de apoyo. En este momento se inicia el proceso de acogida en la organización.

En el Código Deontológico de Trabajo Social (2012)¹, diferentes artículos hacen referencia a la relación con la persona usuaria. Por ello remarcamos los siguientes que cuentan con algunas palabras clave que nos parecen imprescindibles para el proceso de acogida:

El artículo 12 del Código (2012) dice que “los/las profesionales del Trabajo Social tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de **identificar** y desarrollar

1 Consejo General del Trabajo Social: Código Deontológico de Trabajo Social. Herramientas e instrumentos de Trabajo Social. (2012). Ed. C&M Artes Gráficas



las potencialidades **fortalezas** de personas, grupos y comunidades para promover su **empoderamiento**" (p.15).

Posteriormente el artículo 14 remarca que *"los/las profesionales del Trabajo Social trabajan en estrecha colaboración con la persona usuaria, motivan su participación y prestan el debido respeto a sus intereses y a los de las demás personas involucradas"* (p.15).

Finalmente en el artículo 15 se recoge que "los/las profesionales del Trabajo Social, promoviendo el **compromiso y la implicación** de las personas usuarias, favorecen que éstas se responsabilicen en la toma de decisiones y acciones que puedan afectar a su vida siempre que no vulneren los derechos e intereses legítimos de terceros.

Como Coordinadora, destacamos la siguiente definición de acogida como "el efecto o acción de acoger y acogerse además del sitio donde se juntan, concurren o retiran personas o cosas, recibimiento u hospitalidad que dispensa una persona o entidad, aceptación o aprobación"²(p.7).

Esta visión de la acogida hacia las personas recoge diferentes características a trabajar y a tener presentes durante todo el proceso: supone admitir a la persona, implica hospitalidad y supone un proceso activo de escucha y comunicación en la que se establece una relación entre personas. Estas características están muy visibles en valores como son la solidaridad y fraternidad, muy presentes en el carisma Lasaliano.

En las Obras trabajamos con personas jóvenes y personas adultas a través del establecimiento de relaciones humanas basadas en el encuentro, donde se generan dinámicas en las que se construyen situaciones educativas en una relación de horizontalidad. Nos tenemos que acercar a la realidad que nos muestran y presentan desde la humildad y desde una actitud de apertura, que muchas veces bloquean la relación empática.

En todo momento, la acogida se realiza a través de una entrevista inicial, donde se tratará de establecer un vínculo con la persona a la que estamos atendiendo. Es un espacio de escucha activa y de intimidad, donde surgirán emociones al expresar las dificultades que sufre la persona en situación de vulnerabilidad.

Según Bleger (1971)³ hay que "dejar que sea el super-visorado (la persona) quien explique el motivo de la demanda o de la consulta para poder establecer una relación que permita una comprensión y un intercambio mutuo, sin que sea necesario realizar preguntas cerradas"(p.16).

El respeto mutuo y la escucha crearán un clima de confianza, facilitando la creación del vínculo con la figura profesional del Trabajo Social, que será de vital importancia para que el proceso de acogida vaya más allá. Sandra Sassaroli⁴(1997), define el vínculo:

"[...] como una relación horizontal, pero no simétrica, donde dos personas involucradas encarnan diferentes roles y en la que una de las partes tiene una función de ayuda hacia la otra. La creación del vínculo requiere que la persona necesitada de ayuda tenga confianza en quien quiere ayudarle, que la haya reconocido como un referente válido o la posibilidad de servir como modelo de actuación o guía en el proceso [...]" (p.61).

Esta construcción del vínculo, ayuda a que la persona usuaria se sienta acogida y apoyada por el/la profesional de referencia, pueda afrontar su situación y se involucre en la misma y consiga una autonomía que le permita avanzar en su proceso de incorporación social.

En ocasiones resulta necesario reconducir, de forma empática, las expectativas que tiene la persona sobre lo que podemos ofrecerle en relación a su situación de necesidad.

Davis (1996), dice que "la empatía es un conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas tanto afectivas como no afectivas que resultan de esos procesos" (p.12).

Tras la fase inicial de toma de contacto y presentación de la organización, se recogen datos que abarcan diferentes áreas como la situación económica, la personal-familiar, la administrativa, la formativo-laboral, la sanitaria, la judicial y participación social entre otras. De esta forma podemos tener una visión global de la situación de la persona que estamos entrevistando. Esta visión nos va a permitir poder detectar las necesidades explícitas e implícitas de la persona y realizar un diagnóstico adecuado.

M. Colomer (1979) define el diagnóstico como: el procedimiento utilizado por los trabajadores sociales, por el cual se hace un juicio interpretativo de una situación personal o de grupo, y se establece una jerarquización de las necesidades según su naturaleza y magnitud, para entonces encontrar una conveniente hipótesis de trabajo e intervención profesional, como base de una acción programada que responda eficazmente a las necesidades. [...] (p.433).

Una vez detectadas las áreas de mejora o núcleos de intervención, el/la profesional tiene que trasladar a la persona usuaria una respuesta a la demanda que ha planteado.

2 M. E ALFARO; B. CARVALLO. "LA ACCIÓN SOCIAL. Cuadernos de formación" Cáritas Española. 1991.

3 C. PUIG CRUELLES. Trabajo Social y supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. P. 16. (2011). Documentos de Trabajo Social, n.º49. ISSN 1133-6552/ISSN Electrónico 2173-8246.

4 C. PUIG CRUELLES. Trabajo Social y supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. P. 15. (2011). Documentos de Trabajo Social. n.º49. ISSN 1133-6552/ISSN Electrónico 2173-8246.



Cuando la Obra puede ofrecer un servicio, centro o programa que pueda apoyarla en la cobertura de esas necesidades, se le informa sobre el acceso y requisitos, teniendo presente que es la persona usuaria quien debe decidir sobre su futuro y que nuestro trabajo será acompañarla en el proceso de inclusión. Si decide iniciar un proceso con la organización, se emplazará a la persona usuaria a una segunda entrevista donde se tratarán cuestiones como: conocer al profesional de referencia para el caso, establecimiento del compromiso a cumplir, explicación de las normas de funcionamiento del centro/programa/servicio así como otras cuestiones específicas del servicio.

Tras esta segunda cita, se da por cerrado el proceso de acogida, dando inicio al proceso de intervención que gestiona cada Obra: una intervención de tipo socioeducativa, un acompañamiento educativo durante su estancia en el hogar, un seguimiento a lo formativo y laboral de cada persona... Es a partir de este momento en el que se pondrán en práctica aquellas acciones necesarias para paliar las situaciones de necesidad detectadas en el diagnóstico correspondiente.

Conclusiones

Actualmente la población mundial se encuentra inmersa en una profunda crisis económica y social, donde el concepto de ciudadanía se ve desvirtuado por intereses políticos.

Parece que se está asumiendo, que no todas las personas somos iguales, que solo son consideradas ciudadanas las personas que tienen unas características parecidas a las de la mayoría de la población de un determinado territorio.

Ahí es donde estamos trabajando desde las obras socioeducativas de La Salle y el resto del Tercer Sector; hay que trabajar codo con codo, con las personas que han perdido ese derecho a ser consideradas ciudadanas. Ellas son el objetivo directo de intervención, sin olvidar el trabajo de sensibilización que hay que realizar con el resto de la población.

Todas las personas, tal y como recoge la legislación que hemos mencionado, tenemos derecho a ser atendidas con respeto y desde la horizontalidad en los Servicios Sociales de Atención Primaria y Secundaria. Para ello, el equipo de trabajo multidisciplinar que nos atiende tiene que tener interiorizada en su práctica profesional conceptos mencionados como la empatía, escucha activa y respeto entre otros.

Resulta por lo tanto imprescindible cuando hablamos de derechos de la ciudadanía, poder acoger a todas las personas desde unos valores determinados y de una manera integral. Ofrecerles la posibilidad de realizar un diagnóstico a su situación global y de trabajar conjuntamente por mejorar su bienestar.

Por ello el Trabajo Social debe ser entendido desde la construcción de valores y visión de futuro, enfocado dentro del ámbito emocional, afectivo, donde tienen cabida aspectos como la esperanza e ilusión. El espacio de nuestra profesión tiene un lugar claro, el lugar de los sueños.

Bibliografía

Carácter propio de las Obras Socioeducativas de La Salle. (2014).

Constitución Española. (1978).

Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948).

Europa.eu

I Jornadas de Trabajo Social y Ciudadanía: Panorámica desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Octubre 2004.

Consejo General del Trabajo Social: *Código Deontológico de Trabajo Social. Herramientas e instrumentos de Trabajo Social.* (2012) Ed. C&M Artes Gráficas M. E., ALFARO y B. CARVALLO. "LA ACCIÓN SOCIAL. Cuadernos de formación" Cáritas Española. 1991.

LÓPEZ MARTÍNEZ, M.. "Enciclopedia de Paz y Conflictos". Editorial Universidad de Granada. 2004.

PUIG CRUELLES, C. Trabajo Social y Supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. (P. 16). *Documentos de Trabajo Social, n.º 49.* • ISSN 1133-6552/ISSN Electrónico 2173-8246 (2011).

PUIG CRUELLES, C. Trabajo Social y Supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. (Página 15). *Documentos de Trabajo Social, n.º 49.* ISSN 1133-6552/ISSN Electrónico 2173-8246 (2011).

FERNÁNDEZ I., LÓPEZ-PÉREZ, B., MÁRQUEZ M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología* 2008, vol. 24, n.º 2 (diciembre), 284-298 Pp. 4. ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (www.um.es/analesps): 1695-2294.

DÍAZ HERRÁIZ E., FERNÁNDEZ DE CASTRO, P. Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Social work diagnosis conceptualization: Basics social needs.* Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 26-2 (2013) 431-443. ISSN: 0214-0314.



ACCESIBILIDAD DE LA CIUDADANÍA AL TRABAJO SOCIAL EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. REFLEXIONES

Eva M^a Toledano Sacristán¹

Anabel Castellanos, M^a José Yagüe, M^a José González, Maribel Merlos y Sandra Ursa²

Resumen

Este comunicado intenta hacer un recorrido desde los años 80 a la actualidad y ofrecer una panorámica del análisis de la situación actual del Trabajo Social en los Centros de Salud de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. La recogida de datos sobre la situación actual se hizo a petición de la Comisión de Trabajo Social Sanitario desde el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid el pasado año 2015. La intención de este trabajo, es aprovechar este análisis actualizado y realizar un estudio que congregue el pasado profesional, permita reflexionar sobre el futuro y favorezca poder argumentar y progresar en el futuro de la profesión en este ámbito.

Palabras clave: Zona básica salud, Equipo de salud de atención primaria, Ratio poblacional, Cartera de servicios, Sobrecarga cobertura trabajo social EAPs.

Key Words: Basic health area, team of primary health care, population ratio, service portfolio, health coverage social work overload.

Contexto

El trabajo social es una profesión con múltiples ámbitos. A la que vamos a hacer referencia en esta comunicación es a la incorporación de la figura de Trabajo Social en los Equipos de Atención Primaria (EAPs) de los centros de salud.

Los/as trabajadores/as sociales (TS) se incorporan a los EAPs como parte integrante de los mismos dentro del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en el año 1984, según el Real Decreto (RD) 137/1984 de 11 de

enero, sobre Estructuras Básicas de Salud (1). Siguiendo este RD “el centro de salud es la estructura física y funcional que posibilita (...) el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo” (Art. 2º). “Componen el Equipo de Atención primaria (...) los trabajadores sociales o Asistentes sociales” (Art. 3º. 3 e).

La Atención Primaria se ejerce en los Centros de Salud y Consultorios, siendo el primer nivel de atención sanitaria prestada a la ciudadanía.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 (2), bajo la óptica del nuevo programa “Salud para todos en el Año 2000”, celebró la conferencia de Alma Ata, en la que se definió la salud como bienestar físico, mental y social, estableciendo que la salud es un objetivo social que se debe abordar esencialmente desde la Atención Primaria de Salud.

En España la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad (3), supuso en los años 80 una conquista social en el marco de la defensa de los servicios públicos como garantes del derecho a la salud. En la citada ley, se establecieron las áreas de salud como demarcaciones territoriales básicas dividiéndose estas áreas territoriales en “zonas básicas de salud” como marco territorial de Atención Primaria (AP).

La AP está dirigida al individuo, a la familia y a la comunidad, mediante programas de prevención curación y rehabilitación a través de los medios básicos y los equipos de atención primaria. El/la (TS) en esta época intervenía como personal técnico perteneciente al equipo (no como unidad de apoyo) y establecía que tenía que atender una población de 25 000 habitantes. Cabe destacar, que el TS nació como parte integrante del equipo e intervino con su formación en la atención a la salud de las personas en relación con el medio social en la comunidad. La importancia de este trabajo innovó que cada equipo contase con un/a trabajador/a social.

En octubre de 1984 se crearon, dentro de los equipos de Atención Primaria, los llamados “programas especiales”, cuyo objetivo era atender demandas específicas que reivindicaba la sociedad dentro de la Atención Primaria. Se crearon gracias a subvenciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, surgiendo por entonces las Unidades de Salud Mental, los Centros de Orientación Familiar, las Unidades Básicas de Orientación Familiar y las Unidades de Profilaxis Obstétrica. Los Centros de Orientación Familiar contaban en su plantilla con profesionales de Ginecología, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Auxiliares Administrativos. Este dispositivo desaparece en el año 1989.

¹ Trabajadora Social C.S. Las Cortes.

² Trabajadoras Sociales representantes de las Direcciones Asistenciales Centros Salud Atención Primaria SERMAS.



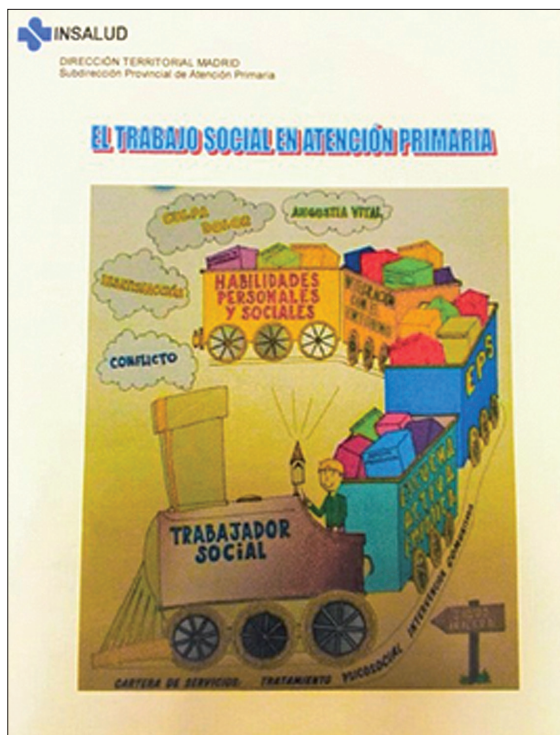
En los años 1989 y 1990 se reorientó la estrategia de los Equipos de Orientación Familiar hacia el desarrollo de un programa de atención a la mujer con un subprograma de planificación familiar que situó a Psicólogos/as y TS en puestos de atención conjunta en población y grupos de riesgo.

En los años 90 el INSALUD elaboró un documento con un mapa de recursos. En este documento no aparecieron datos cuantitativos respecto al número de TS de apoyo a los EAPs. Sólo hacía referencia a que habían permanecido estables en número y lo atribuyeron a que no existía una norma que ordenara sus actividades. Sí recogía, en cambio, el aumento sustancial en otras categorías donde los incrementos alcanzaban hasta el 200 %.

En 1991 se intentó dar un nuevo impulso institucional mediante la definición oficial de las Estructuras Asistenciales de Área, conocidas en la actualidad como Unidades de Apoyo, compuestas por Matronas, Fisioterapeutas, Odontólogos y TS. El Trabajo Social del Centro de Salud como Unidad de Apoyo socio-sanitaria, definió entre sus objetivos: identificar los condicionantes sociales que inciden en la salud individual y colectiva de la población a cargo del EAPs, promover la modificación de condicionantes sociales que afectan negativamente al estado de salud, favorecer la participación ciudadana en el cuidado de la salud, informar y orientar sobre la utilización de recursos sociales existentes cuyas prestaciones favoreciesen la resolución de problemas de salud. Para la consecución de estos objetivos, era necesario conocer la situación de la comunidad en sus aspectos socio-económicos, de servicios, instituciones, entidades y asociaciones, así como tener establecidos canales de relación y protocolos normalizados para derivación de pacientes a los Servicios Sociales de la Comunidad. La intervención debería iniciarse a demanda de los profesionales del EAPs, de otras unidades de apoyo o de los propios usuarios, además de realizar las actividades que les correspondiese dentro de los programas y subprogramas de salud de los EAPs. Para calcular los recursos de TS necesarios para cada Área Sanitaria se estableció una ratio orientativo de 1/25 000 habitantes.

En mayo de 1999, a instancia de la Subdirección Provincial de Atención Primaria de Madrid del INSALUD se creó una Comisión de Trabajo formada por trabajadores sociales representantes de las entonces 11 áreas sanitarias y por técnicos de apoyo de la Subdirección Provincial de Madrid con los objetivos de: unificar la metodología de los/las trabajadores/as sociales en los Equipos de Atención Primaria de Salud (EAPs), adecuar la práctica profesional a la Cartera de Servicios y visibilizar la actuación del trabajador social de EAPs.

Como resultado del trabajo de esta Comisión, se elaboró el documento “Actividades del Trabajador Social en Atención Primaria”, conocido como “El Trenecito” (en alusión a un póster que se presentó en un concurso del INSALUD, y que ganó el primer premio del público).



(Imagen de “El Trenecito” que aparece en el programa de la Presentación de un Modelo de Evaluación del Trabajo Social en Atención primaria del 22 mayo de 2001)

El documento ha servido de base para la elaboración de documentos y protocolos posteriores del Trabajo Social en Atención Primaria. En él, se definían los grupos de población susceptibles de intervención, objetivos, funciones (asistencial, educativa, preventiva y promocional, investigadora, de coordinación y formativa) y el contenido psico-social en la intervención individual, grupal y comunitaria. También establecía la forma de evaluar así como una propuesta de registro de actividad mensual (11).

En 2001 se crea el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid mediante la Ley 12/2001 de 21 de diciembre (4), quedando transferida la gestión de los servicios sanitarios. Se definió una cartera de servicios a través de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (5).

En el documento que elaboró el INSALUD en 2002 llamado “La Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia” (6), se recoge una tabla donde aparece la evolución de las unidades de apoyo por comunidades autónomas.

En Madrid la evolución cuantitativa de los Trabajadores/as Sociales de los EAPs ha sido la siguiente:

	T. SOCIALES			
	1987	1992	2001	2015
MADRID	0	98	93	92



Se observan dos datos relevantes: que no hay datos recogidos en 1987, (esto es, probablemente, debido a que en los años 80 el TS no era una unidad de apoyo y estaba integrado en el equipo). Es evidente, que el número no se ha mantenido estable como aparece en el documento, sino que ha decrecido significativamente, sobre todo si tenemos en cuenta que en nueve años que transcurren desde 1992 hasta 2001 se produjo un aumento en la dotación de Centros de Salud en la Comunidad de Madrid y un aumento en la atención prestada a la población desde la Atención Primaria en Salud.

En 1991 se consideró necesario explicitar los diferentes servicios que debía prestar la Atención Primaria. La Cartera de Servicios es un Catálogo de prestación de servicios relacionados con problemas susceptibles de resolución desde el primer nivel de atención. Cada Servicio está compuesto por actividades de promoción, prevención, curación y seguimiento del problema y/o rehabilitación. La Cartera de Servicios ha ido variando y mejorando en los sucesivos años hasta el 2014, año en el que ha sido incluido un nuevo servicio llamado “Intervenciones Comunitarias”, quedando en la actualidad la Cartera con 43 servicios y 241 indicadores (51 indicadores de cobertura IC con criterios de inclusión que son los requisitos que tienen que cumplir los usuarios, los procesos y las intervenciones para que puedan ser incluidos en un servicio y 190 criterios de buena atención (CBA) que son los criterios de calidad de buena atención definidos en cada servicio.

En 2009 se aprueba la *Ley de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid (7)*, que tiene como objetivo regular el ejercicio de la libertad de elección de Médico de Familia, Pediatra y profesional de Enfermería en Atención Primaria y de Médico y Hospital en Atención Especializada, con excepción de la Atención Domiciliaria y las Urgencias. La atención respecto a la intervención del TS se presta desde el centro del usuario que puede residir o no en esa zona básica de salud lo cual complejiza las coordinaciones socio-sanitarias con Servicios Sociales y los dispositivos socio-sanitarios.

En 2010 hay un cambio significativo respecto al modelo organizativo en el Sistema de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, con la aprobación del *Decreto del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid (8)*. Con este Decreto, se adoptó un nuevo enfoque que permitió pasar de un modelo organizativo estrictamente territorial, a otro funcional y se derogó el *Decreto 98/1988*, de 8 de septiembre, por el que se aprobó el Reglamento sobre normas básicas de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, así como, el *Decreto 187/1998*, de 5 de noviembre, por el que se aprobó la actualización de la zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid. El Decreto estableció las Estructuras Básicas Sanitarias y Directivas de Atención Primaria del Área

Única de Salud de la Comunidad de Madrid. Esto hizo, que se modificara la estructura de 11 Áreas Sanitarias a una ÁREA ÚNICA con 7 Direcciones Asistenciales: Norte, Sur, Oeste, Sureste, Suroeste, Centro y Noroeste. Esto permite la libre elección sanitaria a la ciudadanía (excepto la Atención Domiciliaria y la atención de Urgencias).

En la Memoria anual de actividad de la Gerencia de Atención Primaria del año 2014 en la Comunidad de Madrid hay 265 centros de salud, 163 consultorios y 92 trabajadores/as sociales (9).

Dificultades actuales en la atención de los trabajadores sociales en los centros de atención primaria en Madrid

Una de las mayores dificultades que encuentra la ciudadanía que acude a los TS del Centro de Salud es no conocer cuáles son las funciones concretas del mismo. Esto sucede, quizás, porque no se ha establecido un Servicio de Atención Social específico en la actual Cartera de Servicios (a pesar de que se realizó una propuesta en este sentido en el año 2012). En este momento desarrollamos nuestro ejercicio profesional de forma transversal en Cartera de Servicios.

Tras un análisis realizado de la situación actual de atención y situación del Trabajo Social en los EAPs en Atención Primaria durante el año 2015 en la Comunidad de Madrid, se observa que se está incumpliendo la obligatoriedad de prestar el Servicio de Trabajo Social en todos los centros de Atención Primaria o equipos de referencia, ya que, hay centros de salud donde el/la ciudadano/a no tiene acceso a esta prestación ni el equipo de salud de esa zona básica a este apoyo especializado. Hemos detectado, que desde el Portal de Salud de la Comunidad de Madrid a través de “elección sanitaria de la Comunidad de Madrid” que hay centros de salud y consultorios que, al no poder dar ese servicio remite a la ciudadanía a otro organismo (Servicios Sociales Municipales). Es un error igualar el ejercicio profesional de dos ámbitos de intervención tan distintos como son la Salud y los Servicios Sociales. Nuestro ejercicio profesional es diferente al que realiza un Trabajador/a Social de Servicios Sociales de base, tenemos funciones y competencias distintas según la normativa de cada organismo y así lo recogen dos sentencias de 2014 respecto a este mismo problema en Navarra (10).

En las agendas de la consulta de Trabajo Social Sanitario se prioriza la labor asistencial, (actualmente la agenda de un trabajador/a social contempla que puede atender a 16 usuarios cada 20 minutos) frente a las actividades de promoción de la salud, intervención comunitaria, coordinación socio-sanitaria e investigación (tiene un gran peso específico para cumplimiento de objetivos en contrato programa las nuevas valoraciones sociales realizadas durante el año).



Uno de los indicadores que nos evalúan actualmente es la cobertura de Atención Social de los TS en EAPs y que se mide según la siguiente fórmula:

$$\text{Cobertura de Atención Social: } \frac{\text{Nº usuarios/as nuevos con valoración social}}{\text{Población total X 1000}}$$

Las Intervenciones Comunitarias y los Grupos de Educación para la Salud se evalúan como trabajo del Centro de Salud donde se realiza.

La sobrecarga asistencial en el ámbito social se produce, por la atención socio-sanitaria individual y comunitaria simultánea de varios centros de salud de varias zonas básicas de salud. Los ratios profesionales en el Trabajo Social son claramente insuficientes. Si en 1984 estaba estipulado en un trabajador social por cada 25 000 habitantes, en el momento actual en algunas zonas sobrepasa los 150 000 habitantes.

En la Comunidad de Madrid, se observa un incremento en la actividad asistencial de las unidades de trabajo social de EAPs (aumentando en 10 091 consultas en 2014 respecto al año anterior (9).

Los TS que tienen asignado más de un Centro de Salud, presentan dificultades en la realización de una intervención de calidad, no sólo en la atención individualizada de casos, sino también en la colaboración con los equipos, en la consecución de objetivos de Cartera de Servicios y contrato programa (estrategia de atención al paciente crónico, proyectos de educación para la salud, coordinación socio-sanitaria, proyectos de intervención comunitaria, etc.).

Se detectan en este análisis desigualdades en el acceso de la población a las unidades de Trabajo Social de los EAPs, porque no existe y/o por la dispersión demográfica. Desde el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, a través de la Comisión de Salud, se han creado espacios de trabajo conjuntos que generan consenso y apoyo respecto a las deficiencias detectadas. También desde el grupo de trabajo de Direcciones Asistenciales de Atención Primaria se ha trabajado en este sentido, lo que ha permitido elaborar el análisis actualizado de la situación en los Centros de Salud de Atención Primaria.

En los últimos años, se ha producido un avance significativo al homogeneizar y unificar los criterios para todas las consultas. En este trabajo ha sido muy positivo la petición de colaboración en el diseño de algunas representantes profesionales del Trabajo Social en los EAPs con una larga experiencia profesional.

Se ha analizado y evidenciado una necesidad de aumento de plantilla de TS de los Centros de Salud de Atención Primaria acorde con el crecimiento de

algunas poblaciones, la creación de nuevos Centros de Salud y el aumento en la demanda de este servicio que permita prestar una atención de calidad.

Se hace evidente la necesidad de un servicio específico de Trabajo Social reconocido como “Cartera de Servicios propia del Trabajador/a Social del Centro de Salud”, que conlleve el reconocimiento de la profesión en igualdad de condiciones que otras profesiones, que trabajan como Unidades de Apoyo dentro de Atención Primaria.

Otra dificultad añadida, es la dependencia orgánica y funcional actual. El/la TS de los Centros de Salud, como unidad de apoyo, depende funcionalmente del director del Centro de Salud y orgánicamente de los responsables de las Unidades de Apoyo de cada Dirección Asistencial que gestiona habitualmente enfermería. Los TS representantes de las diferentes Direcciones Asistenciales de Atención Primaria del Servicio Madrileño de salud (SERMAS) han realizado un análisis de la situación actual, encontrando un escenario profesional desde los años 80 que ha favorecido el desaliento. Este trabajo está dedicado a todos aquellos profesionales que comenzaron muy ilusionados en aquellos equipos de salud y que han hecho esfuerzos por imbricar y consolidar una actividad profesional complicada con la coyuntura establecida de estos últimos años. Está dedicado también, en base al principio de justicia social de nuestro Código Deontológico, a la ciudadanía y EAPs que están en desigualdad en el acceso a este servicio profesional.

Tenemos la oportunidad de poner de relieve esta situación en éste Congreso, para lo cual es necesario que reflexionemos sobre todas estas dificultades y desigualdades de la ciudadanía de la Comunidad de Madrid en la Atención Social en los Centros de Salud de Atención Primaria y que trabajemos juntos para que el ejercicio profesional y la atención a la ciudadanía mejoren y sea un servicio de calidad.

A pesar de encontrarnos tras el análisis con un ratio de TS EAPs insuficientes y que nos falte por alcanzar logros respecto a una cartera de servicios propia y un apoyo efectivo del sistema educativo que permita la especialización en el Trabajo Social Sanitario que nos posibilite estar incluidos en la *Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias*, si hemos logrado metas tan importantes como sistematizar las intervenciones, elaborar un documento sobre el Trabajo Social en Atención Primaria, unificar nuestro sistema de registro y analizar la situación actual en este ámbito.

Una adecuada atención en el primer nivel de asistencia sanitaria al que accede la ciudadanía conseguirá mejores niveles de salud para su zona básica de salud, mayor satisfacción de la población con su sistema sanitario, y menores costes del conjunto de los servicios.



Bibliografía

(1) Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27, de 1 de febrero de 1984.

(2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra (1981). *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*.

(3) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, 29 de abril de 1986.

(4) Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 306 de 26 de Diciembre de 2001 y BOE núm. 55 de 05 de Marzo de 2002.

(5) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de Mayo de 2003.

(6) Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid (2002). *Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia*. Extraído el 20 de diciembre, de 2015. <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadestudios/documPublica/pdf/completo.pdf>

(7) Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de libertad de elección en la sanidad de la Comunidad de Madrid Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid (2002). *Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia*. Extraído el 20 de diciembre, de 2015. <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadestudios/documPublica/pdf/completo.pdf>

(8) Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las Estructuras Básicas Sanitarias y Directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. Agosto de 2010.

(9) Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Gerencia Atención Primaria. (2014). *Memoria anual de actividad de la Gerencia de Atención Primaria año 2014*.

(10) Colegio Oficial de Navarra. *Sentencias favorables del Tribunal Superior de Justicia de Navarra*. Extraído el 19 de diciembre, de <http://www.trabajosocialnavarra.org>

(11) Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Dirección Territorial Madrid. Subdirección Provincial Atención Primaria. 2001. *Actividades del Trabajador social en Atención Primaria*.



COMO PÁJAROS EN LA CUERDA. RELATO DE PRÁCTICA EN EL TRABAJO SOCIAL CON MAYORES. OTRA FORMA DE CONTAR PORQUÉ NOS CENTRAMOS EN LAS PERSONAS.

Carmen Fernández Vargas, Concha García Parcet,
Ana González Chamorro

Y con el ánimo del resto del Equipo de
Permanencia en el Medio, de los Servicios
Sociales del Ayuntamiento de Getafe: Manuela,
Virtudes y M. Jesús

Resumen

Utilizamos la simbología de “pájaros en una cuerda”, como idea de fragilidad en los mayores. Idea que, en la práctica, no se puede constatar a priori, como pretende demostrar el texto.

Es un paseo de realidad, desde el ámbito de los Servicios Sociales Municipales, donde la práctica está impregnada de teoría. Cercano, con la única pretensión de poner en valor lo básico y central del Trabajo Social, esta vez con mayores. Donde lo nuclear es la persona y sus especificidades y el trabajador social acompaña en el camino. A la vez, late con su profesión, que en la actualidad (“El Trabajo Social Hoy”) atraviesa un momento, también, de búsqueda permanente del equilibrio en el alambre.

Palabras clave: Mayores, Familia, Red, Decisión, Respeto, Intervención conjunta, Autonomía, Bienestar, Personas, Saturación, Latir, Compromiso, Avances.

Los datos que ofrece el informe de la OMS (Organización Mundial de la Salud), en cuanto a envejecimiento, dice: “La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11 % al 22 %. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo” (OMS, 2015: 45).

El título que presenta este documento está inspirado en la entrevista mantenida con la hija de Rosa, me contó que estaba preocupada por su madre.

- Es como un pajarillo en una cuerda- me dijo.

Cuando conocí a su madre, a mí me pareció una mujer fuerte, toda su vida había trabajado como cocinera en un colegio, contaba que cuando paseaba por la calle muchos niños, ya adultos, para los que ella había cocinado durante muchos años, la seguían saludando.

- Me encuentro muy bien.

Como no me van a saludar, sé lo que les gusta comer a cada uno y las veces que han sido castigados en el comedor porque algunos tienen todavía la cara de pillos. La experiencia y la oportunidad de trabajar con la población más mayor nos enseñan y nos muestra su realidad día a día. Una realidad que no es igual sino que, se caracteriza por su diversidad.

Ni siquiera los años sumados es un campo del todo común. La edad es una circunstancia que engloba a la población pero ante ella, cada persona se sitúa de una manera diferente. Cada una, lleva en la mochila de su vida diferentes vivencias, que le hacen ser y enfrentar su realidad con herramientas diferentes. En ella también influye, además de su percepción, su estado de salud, su situación económica, su nivel cultural, su entorno familiar y social y los apoyos institucionales.

Aún nos encontramos con generaciones que vivieron la guerra civil, la postguerra, que pasaron hambre, que vieron morir a sus familiares, que aprendieron a escribir solos y se unen a otros que manejan smartfone, escriben wasap y hacen taichí.

No es lo mismo vivir sola que acompañada por la pareja, no es igual tener hijos que no tenerlos, no se parece no haber salido nunca de casa con haber tenido una vida activa, es muy diferente estar enfermo y necesitar apoyos para las actividades de la vida diaria, que ser autónomo. No es igual vivir con una pensión no contributiva que tener una situación económica acomodada. No es lo mismo, finalmente, mantenerse en la cuerda que estar en la cuerda floja.

Lo que esto nos introduce, es el abanico tan amplio que mueve el aire que respiramos, cualquiera de ellos puede contactar con los Servicios Sociales y cada uno de ellos requiere una intervención adaptada y personalizada, en el que el protagonista de su proceso será él mismo, tendrá que decidir, aceptar y consensuar cada paso que demos juntos.

No vale organizar tan solo un paquete de recursos, requiere pasar por su consideración y aceptación para que realmente cumpla el objetivo de apoyo y mantenimiento de bienestar.

Decidí fijarme en los pájaros y descubrí que se posan en el alambre con total naturalidad, es parte de su medio. Hay muchos lugares donde ellos pueden estar, al borde del



quicio de un ventanal, en lo alto de una rama endeble, en una farola del parque, caminando por el suelo a saltitos, sobre una valla ... vuelan, lo han hecho durante toda su vida y saben volar.

Pensar en las personas mayores, a priori, como un todo nos llevará a error. Intentar organizarles la vida, nos llevará a error. Volveremos a situarnos en el lugar del que escucha porque, como sabemos, es el camino. De la población que se acerca a los Servicios Sociales para buscar ayuda, un porcentaje muy importante, está en situación de vulnerabilidad.

Con ellos analizamos y construimos el universo que vamos a compartir. Sus necesidades más íntimas que, en ocasiones, les cuesta tanto reconocer.

Florentina no lleva sus gafas, le gusta ser coqueta como siempre ha sido. Lleva su pelo engolado hasta bien arriba, camina solo del brazo de otro porque dice que le gusta ir acompañada, en realidad necesitaría un bastón pero ella no lo considera. Cuando firma la solicitud de ayuda a domicilio para atención personal, su letra es perfecta.

- *Qué bonita tu firma Florentina.*

Su sonrisa se alarga hasta romperse.

- *Me gusta practicar - me responde.*

Reconocer significa dejar de ser, representa aceptar que ya no somos, un poco. Reconocer significa que otro hará algunas cosas por mí. Esas que siempre hizo y que hizo a su gusto, a su manera.

Hay distintos profesionales que van a ayudar a Florentina para que su entorno continúe siendo suyo. Por ejemplo, las auxiliares de hogar, ellas y ellos amplían nuestra mirada, porque los recursos son necesarios y cumplen su cometido, el que la persona ha decidido.

Muchas personas permanecen aún sujetas a la cuerda, gracias también a la paciencia, cuidado, escucha, de estos auxiliares, a la vinculación que establecieron con las personas que cuidan. Nos da un “plus” de calidad en nuestra intervención porque les da un “plus” a ellos de autonomía.

“María, la auxiliar, es mis manos, es mis pies, mi cabeza. Si no fuera por ella no vería a nadie, no charlaría con nadie, estaría completamente sola. Aislada en este piso, en el que podría morir y tardarías días en encontrarme...”

Siempre hay pájaros que caen de la cuerda, o son absorbidos por el cielo azul o gris.

Cuando ellos se acercan a nosotros, nosotros también nos acercamos con el respeto que necesita la relación, con la información que ellos nos van dando, con lo específico que relatan en cuanto a sus relaciones familiares, en cuanto a sus soledades, a sus capacidades, a sus sufrimientos, a sus logros, a sus sobrecargas.

La crisis actual, ha desarrollado un fenómeno, entre otros, por el que a los mayores, con frecuencia se les deposita y desliza, el peso de la familia extensa. Son los “mayores sustentadores”, y nos encontramos por ejemplo, con mujeres mayores de 65 años, frágiles, que a pesar de ello son cuidadoras de nietos, de marido, de padres, en ocasiones a la vez. Mayores que acogen en su casa a hijos que se divorcian o que han sido desahuciados o que no pueden pagar el alquiler... y así, su trabajo y sus gastos se multiplican sin poder hacerles frente. Otras veces son matrimonios que apoyan a sus hijos económicamente con su pensión o que después de muchos años han pedido préstamos para ayudarles. En ocasiones, nos cuentan que sus hijos no van a verles o que ellos no quieren darles más trabajo porque ya trabajan bastante. O nos cuentan que sufren porque sus hijos no se hablan entre ellos. Se produce el efecto de la “aireación” (Ranquet 1996: 240) que sólo es posible en la relación de confianza y respeto. El vínculo está hecho.

- *Dime como me puedes ayudar.*

Ellos continúan con su vida e intentan llevar a cabo sus tareas hasta que se ven obligados a buscar ayuda. Su fragilidad nos puede hacer pensar en ellos, desde la protección. Aunque en algunos casos, será necesario tomar medidas, de la misma manera que se hace con un menor, con el objetivo de protegerle, no es lo adecuado por sistema. Esto supone un avance en la intervención, haciéndola compartida, satisfactoria y exitosa.

Los mayores continúan siendo frecuentemente, fuente de apoyos de distintos tipos, al resto de la familia y participativos en y con su entorno más inmediato.

No hay necesariamente una correlación directa entre apoyos y dependencia. Los apoyos institucionales pueden ayudar a mantener la actividad y la autonomía, que generalmente van acompañadas, de mayor bienestar sentido y vivido.

Lo servicios de permanencia en el medio sujetan, tensan la cuerda, hace que sea más segura y exista un riesgo menor en el equilibrio.

Cuando Luis me cuenta que desde que murió su mujer él se ha ido encargando de todo sin necesitar a nadie, le brillan sus ojos.

- *Pero verás, es que ya tengo miedo de subirme a la escalera. No quiero molestar a mi chica, ella me ayuda en todo lo que puede pero es que tiene dos niños pequeños y la veo siempre tan cansada.*

Luis camina cada día cuatro kilómetros. Se levanta, se prepara su desayuno y se va a caminar, dice que le despeja y le hace sentir fuerte para todo el día.

- *Yo no soy un viejo de cartas, sí, voy a verles, pero a mí me aburren. Estoy con ellos porque charlamos un rato y eso me gusta.*



En la entrevista con Luis, él planteó que quería información sobre la teleasistencia.

- Por la noche, a veces, lo pienso. ¿Y si, solicitara yo "la medalla" esa? Un amigo la tiene, que es viudo como yo, y dice que es un botón por si nos caemos en casa. Ah, pues muy bien, le dije, voy a ver si la pongo en casa y por eso estoy aquí.

Creo que los trabajadores sociales somos muy afortunados porque todos los días aprendemos realidad. A diario, recibimos lecciones de vida. Formamos parte de ella y ella de nosotros.

Siempre recuerdo a mi abuela Lucana con una sonrisa. Por más que intentaba decir la palabra semáforo, nunca le salía, no sé por qué extraña razón era incapaz de pronunciarlo, yo lo sabía. Y me encantaba escucharla cada vez que tenía que decirme que cuando cruzara la calle, mirara... el disco.

Las personas tenemos un poder de adaptación infinito y las estructuras sobre las que nos organizamos también. La más próxima es la familia.

Hay teorías que afirman que la palabra familia proviene del latín *fames* ("hambre") y otros del término *famulus* ("sirviente"). Por eso, se cree que, en sus orígenes, se utilizaba el concepto de familia para hacer referencia al grupo conformado por criados y esclavos que un mismo hombre tenía como propiedad.

Aún hoy implica, ser una organización, un conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco, con vínculos y lazos más allá de la consanguinidad.

La Real Academia de la Lengua Española, define la locución adverbial "en familia" como: sin gente extraña, en la intimidad. También consta la acepción como un enjambre de abejas.

Cuando algún miembro de la familia tiene dificultades, ejerce una presión en la cuerda y la hace oscilar, obliga a un movimiento, una respuesta. Nace una reorganización.

Según Mathilde du Ranquet (Ranquet, 1996: 206) la ayuda aportada por la familia es ofrecida con frecuencia entre sus miembros, no hay necesidad de pedirla, es una especie de derecho que permite el respeto y la autonomía. Se le recuerdan a uno sus fuerzas, los servicios prestados, los éxitos obtenidos en el pasado y las capacidades de las que se puede dudar temporalmente o tener completamente olvidadas.

Las dificultades en las personas más mayores de una familia generan una situación de crisis, un cambio brusco que en un primer momento supone cierta desorientación para todos. Es un equilibrio dinámico, significa una sucesión de rupturas y reanudaciones del equilibrio. Es una readaptación de los mecanismos personales

e interpersonales que permiten mantenerse a través de los cambios.

Cuando el repertorio de respuestas no encuentra la que necesita para resolver la dificultad o cuando ésta desborda, se acude a otros mecanismos de ayuda externos con el objetivo de disminuir el malestar y estimular la esperanza.

Me he trasladado a vivir a su casa porque mi madre no quiere salir de la suya. No te puedes imaginar el follón de vida que llevamos todos. Porque yo también tengo mis hijos y tengo que dejarles en marcha, cuidar a mi madre por las mañanas, organizar a la señora que la cuida las tardes, porque yo tengo que trabajar también. Mis hermanos dicen que sí a todo pero la que está allí soy yo, tendremos que ir viendo cómo organizarnos porque no creo que lo podamos aguantar mucho tiempo, tengo ganas de llorar todo el rato, - me contaba Mercedes.

En los casos en los que no existe red familiar o en los que hay ausencia de relación, la intervención es diferente. Y en todas ellas, queremos destacar la importancia de la visita domiciliaria.

- Quiero seguir viviendo en mi casa.

Es sin duda una de las manifestaciones más frecuentes cuando la persona se ve abocada a solicitar ayuda. En las entrevistas con el trabajador social planea en muchas ocasiones el miedo de la persona a tener que marcharse a una residencia, porque poco a poco el medio, en el que han vivido siempre, comienza a percibirse como algo hostil: el tercer piso sin ascensor se presenta como un muro insalvable que se alza entre él o ella y el resto de la vida de la ciudad, los vecinos de toda la vida han ido cambiando y en su lugar aparecen otras personas que viven con mucha prisa y que en un afán de preservar su anonimato y privacidad, se convierten en unos desconocidos a los que no se atreven a pedir ayuda.

La visita a domicilio es un elemento fundamental para conocer, entender, valorar y dar respuesta, a la situación de la persona.

Los domicilios son el "museo" de vida. Sus enseres, su ausencia o amontonamiento, su limpieza o no, habla de nuestros hábitos, de nuestro orden interior, habla de cómo me encuentro y qué es importante para mí.

Cuando Julia abre la puerta de su casa todo lo que hay dentro nos habla de ella, observamos el tiempo que necesita para llegar a la puerta, su falta de estabilidad cuando nos acompaña a una salita y nos invita a sentarnos en la mesa camilla, bajo la cual tiene encendido el brasero eléctrico. "aquí paso la mayor parte del día, en invierno es donde estoy calentita", "no necesito nada más que una pequeña ayuda, siempre me he apañado sola pero ahora...", "no quiero ser una carga para nadie, pero tampoco me quiero ir a ninguna residencia...". Ese pequeño espacio



en el que nos recibe está repleto de su historia familiar, nos enseña las fotos de la boda de sus hijos, habla de sus profesiones, muestra orgullosa a todos y cada uno de sus nietos. En un momento casi sin darse cuenta ha hecho con nosotros el genograma de su familia.

La entrevista domiciliaria es una técnica fundamental para el profesional de la intervención social, aporta información cuantitativa y cualitativa de una gran calidad, centra el protagonismo en la persona y su contexto y muestra tanto las dificultades como las potencialidades en las que se basará la relación de ayuda.

Pero si esto es así, ¿por qué no se utiliza con mayor frecuencia? Las respuestas pueden ser muy variadas: ¿porque requiere mayor dedicación de tiempo?, ¿porque implica un desplazamiento del profesional?, ¿porque nos crea inseguridad? (no sabemos con lo que nos vamos a encontrar), ¿por la presión de la demanda...?

Cuando hemos hablado de la familia, hemos hecho alusión a grupo, vínculos, lazos, movimientos que hacen oscilar la cuerda en los momentos de crisis o que la sujetan y la dan estabilidad, al igual que la red social. Si esta red no existe, al aparecer la dependencia o situaciones de vulnerabilidad, se evidencian la ausencia de todos aquellos aspectos aparentemente imperceptibles que sustentan la relación de apoyo, como es el acompañamiento en la toma de decisiones en momentos vitales que suponen cambios para la vida de la persona.

Con frecuencia el trabajador social se encuentra ante la ausencia de interlocutores para tejer las más elementales bases de apoyo y la persona deposita en el profesional toda su realidad, su vida presente y futura con la confianza ciega que dicho profesional hará lo mejor con todo ello.

Sin duda, también se evidencia la importancia de la red social, principalmente vecinal, esa especie en extinción pero existe.

“Yo no entiendo de esto, usted dígame que debo hacer”, “me da igual a nadie le va importar lo que haga”, “ya no valgo para nada”, “no me importa lo que sea de mí”.

Juan vive solo y no tiene hijos, una vecina del bloque acude a los Servicios Sociales demandando ayuda y preocupada por su nivel de deterioro físico, ya hace tiempo que observa la dificultad con la que sube las escaleras hasta su vivienda, su ropa presenta un aspecto descuidado y hace poco tuvieron que intervenir los bomberos porque se cayó dentro de casa y no se podía levantar. Acaban de darle el alta en el Hospital y el trabajador social municipal acude a su domicilio para conocer la situación y valorar posibles apoyos. La vivienda está totalmente descuidada, Juan es una persona de pocas palabras, con muchas limitaciones físicas y poca capacidad de iniciativa, reconoce que su situación no es buena, pero “no quiere molestar”. Lleva tiempo sin acudir al médico.

No es capaz de realizar ningún trámite por sí mismo y no cuenta con ninguna persona que le ayude. Se observa su claudicación y falta de motivación por la vida.

Situaciones como esta requieren de una importante energía y dedicación del profesional. La ausencia de apoyos familiares, unida a la falta de motivación de la persona hace que la intervención social sea especialmente difícil y requiera por parte del profesional un esfuerzo añadido para no asumir roles que no le corresponden en la toma de decisiones sobre la vida de la persona.

Es muy difícil en determinadas circunstancias buscar ese punto de equilibrio, ese que da la figura del profesional personalizado, con el arte de la distancia, los límites y el control, que describe Teresa Zamanillo. Según ella, la clave para el ejercicio del control es, implicar al otro en el proceso de decisión porque él también es un sujeto de poder (Zamanillo, 2012: 55).

Según vamos cumpliendo años somos capaces de empatizar de manera más profunda, tocándonos más partes del cuerpo, no sólo el corazón, con las implicaciones de la dependencia, de la falta de autonomía. Es un aprendizaje el tener que “pedir ayuda”, pasar de cuidar a ser cuidado, no es fácil y nos encontramos con personas que no quieren, no pueden o no saben hacerlo. O quieren y no encontramos cómo.

No es lo mismo ser un pajarillo libre, con dificultades para ir de rama en rama, o de cuerda en cuerda, pero libre, que, de repente casi, los demás dejen de verte como un pájaro, como una persona sujeta a derechos, a decidir sobre cómo querer vivir y, por supuesto, cómo querer pasar los últimos días de tu existencia. Por más que nos pongamos en la piel del otro, la juventud lleva asociada la omnipresencia y a la omnipotencia. Pero vivir con el sentimiento de estar experimentando realidades que no volveré a repetir.

A Pilar se le humedecen los ojos cuando habla de su marido, José. Dice que no puede seguir más tiempo “tirando” de él. El sábado pasado reunió a sus cuatro hijos en su casa y les comunicó sus decisiones. Se marcharan juntos a la residencia, ya han solicitado plaza de matrimonio. A él sólo le preocupa estar cerca de ella, no existe más mundo conocido que sus manos y de vez en cuando, son confundidas con las de su madre. A sus hijos no puede nombrarles, no recuerda cómo se llaman. Por esto, Pilar decide dejar de aferrarse a lo conocido, a sus vecinos, a su barrio de toda la vida, a su doctora.

Pilar tiene otro plumaje, es de los pájaros que emigran, que deciden.

Es la propia decisión y nuestra función es el acompañamiento social. Desde nosotros o desde otros profesionales, individuales o grupales (psicóloga o talleres de cuidadores,...).



Es raro encontrar un solo pajarillo en una cuerda. La experiencia desde los Servicios Sociales de Getafe, ha sido crear cuerdas, reforzarlas (redes). Que los espacios de encuentro estén asegurados. Que los espacios para seguir “recordando” no desaparezcan, como por ejemplo, los talleres grupales de memoria.

- Y en tu portal, ¿vive alguna persona mayor?

- Sí, la Damiana, le subo el pan todos los días, vive en el cuarto y es imposible que baje y suba las escaleras. Su hija viene todas las noches a verla.

Hace más de veinte años, realizábamos encuestas entre los vecinos y vecinas que participaban en actividades del Centro Cívico para detectar casos de mayores que vivían solos, sin familia. Esta realidad ha ido modificándose, los vecinos dejan de ser “los de toda la vida”, y las redes de apoyo se van debilitando, aunque todavía existen vecinas que suben la barra de pan a alguna persona aislada en su domicilio y acuden muchas veces a nosotros.

- Podíais hacer algo con la Sra. Milagros, que “se le ha ido la cabeza” y no para de gritar por las noches. No tiene a nadie y ella no puede venir.

En su imaginario “las asistentes sociales” tenemos poder para cambiar esas realidades, tenemos capacidad para llevar a la Sra. Milagros a una residencia para personas mayores, suponen que disponemos de plaza en cualquier momento y suponen que convenceremos a la Sra. Milagros o que nuestra función es convencerla.

En nuestro municipio los partes de la Policía Municipal, pasan a nuestras manos cuando intervienen en casos, que se advierte una presunta fragilidad personal o desprotección con o sin cubrir por familiares. Es otro punto de conexión de la red. Si además, no acuden al médico de atención primaria, será un binomio de riesgo a analizar porque en los mayores también se da el riesgo de exclusión social.

La importancia de trabajar en red, “construyendo cuerda”. Es en estos casos, donde se visibiliza más la necesidad de implicar agencias y trabajar conjuntamente. También con el Juzgado, supone facilitar medidas urgentes de protección adecuadas que la persona necesita para salvaguardar su bienestar. Un caso claro igualmente es el maltrato, la intervención es inmediata y alerta a todos los sistemas de ayuda.

“Me llevaron presa al calabozo, yo no quería pero es que ya no puedo más, fui a levantarla del suelo y la zarandé, en el hospital dijeron que las señales en su cuerpo eran de maltrato”.

La Ley de la Dependencia ha organizado los recursos existentes de manera que necesita una valoración previa para poder acceder a los recursos. Los caminos son muy largos, los itinerarios para llegar a ellos, en ocasiones,

arduos. Miles de explicaciones diarias para decir que “el recurso llegará” pero mientras tanto el trabajador social se convierte en el recurso más próximo. Piel que escucha a piel. El Trabajo Social está centrado en las personas y es lo que nos hace levantar cada día, trabajando en unas condiciones de saturación y sobrecarga que extralimitan los niveles de lo saludable.

Buscamos, como este, momentos de reflexión, nos enamoramos de la teoría que nos alienta y nos forma para continuar, demandamos la necesidad de la supervisión externa y defendemos la praxis, la que desarrollamos hora tras hora, día tras día, en todos los contactos directos formales e informales con todas las personas a las que llegamos.

Nos ubicamos más allá de la burocratización, levantando el vuelo que requiere ver la copa de los árboles. Nos movemos entre la “sabiduría práctica” y la “sabiduría teórica”, en un puente permanente que nos salva y en ocasiones nos ahoga, porque siempre ambas estarán sujetas a un contexto de trabajo.

Ese latir que fluye no es deleznable, es el latido de lo real, donde los profesionales se mueven en un ir y venir de políticos diferentes, donde se les vapulea con distintas organizaciones y organigramas diferentes, persiguiendo lo imposible, que es conseguir más con menos, es decir, más atención con menos profesionales.

La cuerda de los profesionales también se tambalea. Una profesión en el alambre, ejercitando el esfuerzo de equilibrarse permanentemente.

Y a pesar de las listas de espera, de la falta de alternativas, de la escasez de compromiso político y social, de lo enfermo del sistema que enferma a los profesionales y sus relaciones y viceversa.

A pesar de todo ello, hay un latido, hay un sentir, hay una continuidad, que no explica ningún texto teórico, que sólo se entiende practicándolo y no es otra cosa que el propio amor a la profesión.

La confianza en que cada molécula de polvo construye una gran polvareda, formar parte de cada avance, de cada resurrección, de cada despertar del otro y propio. Porque esta creencia es ya una respuesta, es un posicionamiento, que implica y contagia a todo el sistema, provocando una circularidad dinámica que se alimenta a sí misma y la mantiene viva.

El reto de oxigenar los Servicios Sociales en el momento actual es apasionante y sin duda cuenta con la mejor carta que es el compromiso y la supervivencia en tiempos hostiles.

Porque somos un pájaro más en la cuerda de los sistemas y también sabemos volar. Y porque tod@s somos protagonistas de nuestro destino. ¡Andémosle!



Bibliografía

Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*. Madrid. Siglo Veintiuno.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Cap. 3, pag. 45 (OMS).

Pelegrí, X. (2014). Trabajo Social y Servicios Sociales: una complementariedad diferenciada. Notas para el cambio de una época. Lleida. Acciones e investigaciones sociales. Núm. 34 p.7-24. 2014.

Zamanillo, T. (2012). *Ética, teoría y técnica*. Madrid. Talasa.



EL TRABAJO SOCIAL EN COMUNIDADES DE ALTO RIESGO EN MÉXICO

Andrés Rodríguez Ríos¹

Resumen

El Trabajo Social que se realiza en las comunidades en México cumple una función fundamental en el mejoramiento de las condiciones e indicadores del bienestar social de la población. Actualmente en el marco de los acelerados cambios provocados por los procesos de privatización, la presencia de la delincuencia organizada y las limitaciones de la política social, surge el riesgo social que dificulta la labor profesional y el proceso formativo del Trabajo Social. De este modo se analiza la idea de un Trabajo Social Comunitario, audaz, redimensionado e innovador, con reconocimiento, identidad y sustentado en el diálogo con las comunidades.

Palabras clave: Trabajo Social, Comunidades, Alto riesgo, México.

Key words: Social work, Communités, High risk, México.

Introducción

El Después de la Revolución Mexicana de 1910 se trazó como línea general incorporar a las comunidades rurales al proceso de modernización, en esta etapa se enfrentaron diferentes proyectos e interpretaciones acerca de cuál sería el mejor camino, sobre todo porque México estaba integrado por una gran diversidad de regiones, culturas y pueblos indígenas que eran portadores de diversas cosmovisiones (Silva Herzog, 1986). Se dejaron sentir interpretaciones de antropólogos (Aguirre Beltrán, 1970), (Lewis, 1971), (M. Foster, 1972), sociólogos (Warman, 1988), (Appendini & Pepin-Lehalleur, 1985), economistas indicando las rutas de incorporación que deberían seguir las comunidades rurales e indígenas. Los trabajadores sociales no estaban presentes aún, en ese momento. Su presencia se haría sentir con mayor fuerza después de la primera mitad del siglo XX.

Los modelos en sus diferentes variantes podían agruparse en dos grandes tendencias (Hewitt de Alcántara, 1988):

1) La vía campesina (Chayanov, 1974) que le apostaba a impulsar un papel protagónico de los sujetos que había

realizado la revolución, esto bajo un modelo de reparto de la tierra, nacionalización de los recursos estratégicos, desaparición de los latifundios, un gobierno nacionalista, y rector de la economía y de la política y como base fundamental la propiedad social. El interés público por encima de los intereses de particulares. Este proyecto tenía su origen precisamente en las comunidades campesinas, en los pueblos rurales, en las regiones indígenas (García, 1973).

2) La vía privatizadora, desde siempre buscaba como base del desarrollo la propiedad privada, no poner límites a la explotaciones agrícolas, ganaderas, mineras, dejar que los particulares con capital pudieran despacharse con la cuchara grande el reparto de los recursos, esta visión era la heredera directa de la oligarquía que había sostenido el régimen porfirista.

Es decir, estos dos modelos, partían de una realidad muy clara, quien tuviera el control de los recursos estratégicos podría generar la riqueza necesaria para vivir de mejor manera. Pero mientras la gran mayoría buscaba el beneficio social, el beneficio de la nación, una minoría busca sólo satisfacer sus intereses particulares (Walsh Sanderson, 1984).

Al principio fue la fuerza organizada y la lucha armada la que posibilitó el reparto de la tierra que fue la demanda central del movimiento de 1910. Los principios centrales fueron plasmados en la Constitución Política de 1917 (Calva, 2007). Los grupos minoritarios que habían sido afectados, no cesaron en su intento de realizar su interés y a lo largo del siglo XX, se dedicaron a impulsar “reformas” orientadas a volver al poder económico, político y social. La cúspide del modelo campesinista se alcanzó en la década de los 40’s en la época del General Lázaro Cárdenas con el máximo reparto de tierras y aguas, y los procesos de organización social de obreros y campesinos (Hewitt de Alcántara, 1988).

Después de los años 40’s se impulsarían los procesos privatizadores, que cobrarían fuerza en el período de Miguel Alemán y lograrían en su parte más alta con el actual régimen. Este modelo tenía como base la industrialización y detonó el desarrollo urbano, con el cual surgieron las grandes ciudades (Hewitt de Alcántara, 1988).

El proceso de modernización (1940-1970), provocó una gran cantidad de problemas sociales: migración del campo a la ciudad, migración internacional, bajos salarios, crecimiento desordenado de las zonas urbanas, incremento de las zonas marginadas, carentes de los servicios más elementales, pobreza, desigualdad social. Desde los años cuarentas hasta los ochentas del siglo XX, el modelo emanado de la revolución intentó impul-

¹ Doctor en Ciencias con Especialidad en Economía Agrícola. Profesor-Investigador desde hace 30 años de la Facultad de Trabajo Social, Sociología y Psicología de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (México). Responsable del Cuerpo Académico Políticas de Bienestar Social UATLX-CA-177. Imparte las cátedras de Economía, Sociología Rural, Asesoría de Prácticas de Trabajo Social. Dirige el proyecto de investigación permanente Familias, Calidad de Vida y Trabajo Social. Promotor del Trabajo Social Comunitario. E mail doctor10_cies@yahoo.com.mx; Tel. 0124646 22932(oficina).



sar un estado benefactor, no obstante el poder político pasó a manos de una nueva oligarquía apropiándose del discurso revolucionario, vaciándolo de contenido y acciones concretas que no mejoraron la suerte de la población en general (Hewitt de Alcántara, 1988).

En el año de 1994 entramos a rajatabla al modelo neoliberal con la firma del tratado de libre comercio, y se puso en evidencia que la tal modernización no se había alcanzado, que existía tremendas desigualdades sociales, abandono de pueblos enteros, sobre todo de las zonas indígenas. No obstante, el modelo se entronizó, con una estrategia diseñada desde el país vecino, se impulsó el llamado consenso de Washington que dio como resultado: mayor privatización, desarticulación de planta productiva de miles de pequeños productores (agrícolas, pecuarios, artesanales) que sucumbieron frente a los precios de los productos internacionales. Creció la informalidad, los sectores no estructurados, la población vulnerable, los excluidos (Calva, 2007).

La falta de empleo, bajos ingresos, pobreza se convirtieron en caldo de cultivo de problemas mayores: trata de personas, prostitución, narcotráfico, delincuencia organizada. El debilitamiento del Estado como garante de la soberanía nacional, dio pie al fortalecimiento de otros poderes fácticos, carteles, que se reparten territorios, donde la ley que impera es la que ellos establecen (Valdés Castellanos, 2015). Esto llevó a la configuración de zonas y regiones en el país de alto riesgo social, para la operación y ejecución de programas o proyectos de la política social y consecuentemente para el ejercicio de profesiones como el Trabajo Social (Osorno Enrique, 2015). Son diversos los casos de desapariciones, ejecuciones, linchamientos, “confusiones” que han cobrado vidas (Mastrogiovanni, 2015).

Este es el marco donde le toca desenvolverse al trabajador social y frente a lo cual requiere, además de conocer más a fondo su profesión (Aylwin de Barros & Jiménez de Barros Mónica, 1999), realizar un ejercicio para redimensionar su actividad, ser más audaz, actuar con mayor astucia, e innovar frente a las adversidades reales y de peligro, donde el alto riesgo social como denominamos en este breve ensayo, es cosa de todos los días (Melano, 2001).

1) El escenario mexicano

México con un territorio de 1 964 375 de kilómetros cuadrados ocupa el lugar trece en la jerarquización territorial por principales países, cuenta con una frontera norte de 3 152 Km², que representa el 20.4 % del perímetro y es con los Estados Unidos de Norteamérica. México tan lejos de dios y tan cerca de los Estados Unidos (Galeano, 2010). El 50.8 % perímetro limita con el Océano Pacífico, 21.4 % con el Golfo de México y Mar Caribe. Hacia el sur la frontera con Centroamérica, particularmente Guatemala tiene una extensión de 956 Km², con un perímetro que representa el 6.2% y con Belice una frontera de 193 Km², con un perímetro de

1.2 %. La frontera sur incluye todos sus problemas: el más agudo la migración centroamericana que recorre todo el país a través de la bestia (tren), con toda la secuela que esto implica (INEGI, 2014).

La población ha alcanzado en México un total de 112 336 538 millones de habitantes, con 57 481 307 mujeres, y 54 855 231 hombres. Las proyecciones para el año 2014 señalan una población de 119 713 203. La población de acuerdo al tamaño de las localidades indica que en localidades de 2,500 y más habitantes se ubica una población de 86 287 410, mientras que las localidades menores de 2,500 habitantes se localizan 26 049 128. Estas últimas consideradas comunidades rurales, con bajos niveles de bienestar social donde el Trabajo Social es urgente. No menos despreciables son los problemas sociales que viven las comunidades urbanas, pobreza, hacinamiento, inseguridad, violencia, etc. (INEGI, 2014).

1.1) Comunidades en alto riesgo. México vive la agresión a sus migrantes que van hacia los Estados Unidos de Norteamérica pero también se infringe presión, violencia a los migrantes que vienen allende la frontera sur, y que viajan en un tren privado (la bestia), resultado de la venta de ferrocarriles nacionales de México, a empresas norteamericanas durante el gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León, este tren está vigilado por guardias particulares que persiguen y asedian a los migrantes. Y a esto se suman las acciones de bandas delincuenciales, los roban, extorsionan, violan, desaparecen, asesinan. Algunas veces con la complicidad de la policía local. Aunque hay respuesta de la sociedad civil en apoyo a los migrantes. Se registraron en el año 2013 alrededor de 256,699 extranjeros residentes temporales. El promedio del periodo 2008-2013 supera siempre los 200 mil migrantes anuales. Se acrecienta los riesgos en las comunidades que atraviesan a su paso (INEGI, 2014).

Son zonas de riesgo, las regiones fronterizas, en el norte y el sur caracterizadas por: feminicidios, desapariciones, coyotes, narcotráfico, incluyen do la región del Golfo de México. Son evidentes los climas de violencia que se viven en estados como Veracruz, Tamaulipas (Osorno Enrique, 2015). En el pacífico, la violencia está en Guerrero, Michoacán, Sinaloa (Valdés Castellanos, 2015). Hacia el centro de la República Mexicana, se tienen problemas de trata de personas, en estados como Tlaxcala, negocio rentable. Que creció enormemente e involucra a mujeres jóvenes, la mayoría de ellas de, bajos recursos económicos, desempleadas, con bajos niveles de escolaridad y con muy pocas oportunidades para superar sus condiciones de vida. También forma parte de este escenario violento y de alto riesgo la presión que sufren campesinos por parte de compañías privadas que ahora extraen el petróleo, gaseras, mineras que atentan contra un estilo de vida fincado en la agricultura campesina de



auto-subsistencia (Chayanov, 1974). En suma la presión que las comunidades rurales y urbanas sufren afecta a una diversidad de sus pobladores: hombres, mujeres, niños, etc.

Representantes de instituciones del gobierno y programas oficiales que visitan comunidades para recabar información para sus proyectos, también generan desconfianza en la ciudadanía. A las comunidades se les dificulta diferenciar las personas buenas de las malas, al grado de llegar a linchamientos de encuestadores, operadores de programas. Este es el escenario en el que se desarrolla el trabajo social comunitario. Aquí es donde se requiere plantear nuevas estrategias de inserción e inmersión en el proceso de la intervención en las comunidades urbanas y rurales (Melano, 2001).

2) El Trabajo Social Comunitario

2.1) *El concepto de comunidad.* Originalmente la comunidad se veía como la entidad donde los intereses eran comunes, donde privaba lo colectivo por encima de los intereses privados o particulares. Se procuraba el trabajo común, las faenas comunitarias, la labores en bien de la comunidad, en el arreglo de los caminos, en la mejora de los servicios, en el cuidado del patrimonio (Aguirre Beltrán, 1970).

2.2) *El individualismo.* Bajo el influjo del modelo neoliberal y privatizador, las conductas individualistas fueron ganando terreno, y ahora las generaciones más jóvenes detestan el trabajo común, la acción colectiva. Muestran una apatía enorme y poco interés por los problemas que viven las comunidades, y son presa fácil de las ofertas de una vida regalada que les plantean las organizaciones delincuenciales y entre ellos ha crecido el alcoholismo, consumo de drogas y el involucramiento en actividades ilícitas. A ello están expuestos hombres y mujeres. Esto se acentúa bajo la influencia de programas sociales que forman parte de una política social fragmentada, focalizada que va dirigida a ciertos sectores vulnerables pero afincada en el asistencialismo, paternalismo, que no promueve procesos de toma de conciencia, de organización independiente. Promueven la dependencia, la apatía, y restringe la participación comunitaria, sobre problemas sociales de gran importancia (Calva, 2007).

2.3) *Comunidad y Trabajo Social.* Cuando los trabajadores sociales llegan a dichas comunidades encuentran una resistencia enorme a la participación social, la gente se repliega sobre sus hogares, sus propias necesidades y olvidan el carácter social de las mismas. Sumidos en una mayor miseria se agrega la desesperanza, y la desconfianza a todos. El discurso del Trabajo Social, rebota en una membrana dura, en una roca. Las herramientas tradicionales no son suficientes, el trabajador social, sufre impotencia, se contagia de la apatía y pretende resistir. Por ello se requiere fortalecer la reflexión teórica explicar pacientemente el origen de la nueva problemática social, y el impacto a nivel comunitario. Y mediante la reflexión, la crítica y autocrítica encontrar alternati-

vas en el mejoramiento de su actividad profesional. Se necesita la explicación teórica de los problemas sociales contextualizados en el marco de la globalización neoliberal, conocer la génesis y desarrollo de las comunidades, e identificar los saberes populares, y la cultura de la biodiversidad. Existe la necesidad de un Trabajo Social totalizante, incluyente, que comprenda al individuo, el estudio de la familia y de los procesos de diferenciación social, y arribe a una interpretación dinámica de la comunidad (génesis, desarrollo, situación actual), a la comprensión de lo macro-social, para superar el riesgo social e identificar las posibilidades concretas de intervención. Se requiere un/ trabajador/a social sensibilizado mediante el acercamiento a los sujetos sociales y su problemática, que reflexione sobre ella, planee su actuar práctico e intervenga, mediante el diálogo.

2.4) *Trabajo Social Innovador.* El Trabajo Social en las comunidades rurales y urbanas de alto riesgo deberá tener las siguientes características: 1) *Persuasivo*; 2) *Vencer el miedo de los sujetos*; 3) *Esperanzador*; 4) *Organizador*; 5) *Generador de alternativas*; 6) *Solidario*; 7) *Inclusivo*; 8) *Plural*; 9) *Respetuoso de la diversidad cultural y de la biodiversidad*; 10) *Restaurador del tejido social*; 11) *Innovador (promover cambios incrementales o radicales)*.

El profesional del Trabajo Social deberá formarse tomando en cuenta: 1) La urgente necesidad de *atención a las comunidades que se mueven en zonas de alto riesgo social*, sobre todo de población que resiente de forma más aguda esta situación: víctimas, niños, mujeres, adolescentes, población altamente vulnerable en este escenario; 2) La explicación científica, social de estos hechos, que *combatan las falsas explicaciones*, que atribuyen las causas a “mala suerte”, castigo divino, conductas sólo individuales, y que llevan a las personas a mirar este fenómeno como algo natural; 3) Proveer al profesional del Trabajo Social de los elementos teóricos, metodológicos e instrumentales, necesarios para *sortear los peligros que implica el trabajo comunitario en zonas de alto riesgo*; 4) Aprender a establecer los *vínculos adecuados con los organismos nacionales e internacionales que vigilan los derechos humanos*, su aplicación, que brindan la protección, seguridad, es decir, se debe pensar en un *Trabajo Social internacionalista, mundializado*, en virtud de que los problemas micro-sociales tienen una carga excesiva de elementos macro-sociales internacionales.

3) Conclusiones

El conjunto de problemas sociales que acontecen en diversas comunidades rurales y urbanas de la República Mexicana obliga necesariamente a re-pensar el Trabajo Social en los siguientes términos: a) Un Trabajo Social que desde los elementos micro-social redimensione su qué hacer; b) Considerar la impronta de los elementos de la sociedad mayor, es decir, pensar un Trabajo Social que tome en cuenta los cambios en el plano internacional; c) Revalorar el concepto de comunidad en un sentido incluyente, plural, diverso y estratégico como meca-



nismo de restauración del tejido social; d) Reformular el proceso formativo, teórico y práctico del profesional del Trabajo Social en el contexto del siglo XXI; e) Impulsar un Trabajo Social esperanzador, innovador, nacido del diálogo permanente con los sujetos que viven en carne propia la vorágine de los cambios sociales; f) Insistir en la fortaleza teórica del Trabajo Social con la apertura hacia nuevas explicaciones, objetivas, válidas aplicables a la realidad que hoy se vive; g) Insistir en el carácter sensibilizador de la práctica comunitaria, a través de la inserción en comunidades urbanas y rurales por periodos considerables para el conocimiento profundo de las mismas. Y darle un carácter continuo a lo largo del proceso formativo del profesional en Trabajo Social.

Bibliografía

Aguirre Beltrán, G. (1970). *El proceso de aculturación y el cambio sociocultural en México*. México, D. F.: UIA.

Appendini, K. D., & Pepin-Lehalleur, M. E. (1985). *El campesinado en México. Dos perspectivas de análisis*. México, D.F.: Colegio de México.

Aylwin de Barros, N., y Jiménez de Barros Mónica, et al. (1999). *Un enfoque operativo de la metodología del trabajo social*. Argentina: Lumen/Humanitas.

Calva, J. L. (2007). *Derechos y políticas sociales*. México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa.

Chayanov, A. V. (1974). *La organización de la unidad económica campesina*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Galeano, E. (2010). *Las venas abiertas de América Latina*. México, D.F.: Siglo XXI.

García, A. (1973). *Sociología de la Reforma Agraria en América Latina*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hewitt de Alcántara, C. (1988). *La modernización de la agricultura mexicana 1940-1970*. México, D.F.: Siglo XXI.

INEGI. (2014). *Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2014*. Aguascalientes: INEGI.

Lewis, O. (1971). *Tepoztlán. Un pueblo mágico*. México: Joaquín Mortiz.

M. Foster, G. (1972). *Tzintzunzan. Los campesinos en un mundo en cambio*. México, D. F.: FCE.

Mastrogiovanni, F. (2015). *Ni vivos ni muertos. La desaparición forzada en México como estrategia de terror*. México, D.F.: Penguin Random House.

Melano, M. C. (2001). *Un trabajo social para nuestros tiempos*. Buenos Aires: Argentina.

Osorno Enrique, D. (2015). *La guerra de los zetas*. México, D.F.: Penguin Random House.

Silva Herzog, J. (1986). *Breve historia de la revolución mexicana*. México, D.F.: FCE.

Valdés Castellanos, G. (2015). *Historia del narcotráfico en México*. México, D.F.: Penguin Random House.

Walsh Sanderson, S. R. (1984). *Land Reform in México: 1910-1980*. Estados Unidos de América: Academic Press INC.

Warman, A. (1988). *...Y venimos a contradecir. Los campesinos de morelos y el Estado nacional*. México, D.F.: SEP.



EFFECTO SOCIAL DE LA CRISIS ECONÓMICA EN UNA POBLACIÓN INDUSTRIAL CASTELLANO MANCHEGA

María Isabel Sánchez Moñino

Resumen

La crisis económica que se viene desarrollando en España, ha generado situaciones sociales que permiten diferenciar grupos de similares características. En el presente estudio, se analiza uno de estos grupos con origen en La Mancha.

Villacañas, pueblo de Toledo, de origen agrícola, se convirtió en estandarte del rápido desarrollo industrial debido a la fabricación de puertas de madera. El grupo de trabajadores de estas industrias disfrutó del gran auge de la construcción, pero sufrió el estallido de la burbuja inmobiliaria, quedando en desempleo, modificando su calidad de vida y en determinados casos cayendo en la exclusión social.

Palabras clave: Trabajo Social con grupos, Grupo, Construcción, Burbuja inmobiliaria, Fábrica de puertas, Desempleo, Demografía, Consumo, Ayuda social, Villacañas, La Mancha.

Key words: Social Work with Groups, Group, Construction, Real estate bubble, Factory doors, Unemployment, Demographics, Consumption, Social aid, Villacañas, La Mancha.

1 Introducción

Los grandes acontecimientos históricos siempre han llevado consigo grandes consecuencias y, particularmente, los cambios económicos se han traducido en cambios en la sociedad, para bien y/o para mal.

La “Revolución Industrial”, que supuso una vuelta de tuerca a la tecnología del siglo XVIII, dio un gran impulso a la economía, pero también un cambio en la sociedad. El crecimiento de la producción aumentó la renta por habitante, la población y la esperanza de vida. Sin embargo, no mejoró apreciablemente la calidad de vida, al mantenerse las duras condiciones laborales.

Desde el siglo pasado, las nuevas tecnologías (electrónica e informática), que desempeñan un papel crucial, tanto en la producción de bienes y servicios, como en la información y comunicación, hacen disminuir la mano de obra en todos los sectores industriales, aumentando el desempleo. La era de la información y la comunicación ha permitido la globalización de los mercados y las economías interdependientes, fomentando las economías supranacionales frente a las locales; la crisis de las hipotecas “subprime” es un buen ejemplo de ello. Esta crisis financiera (2007), se extendió por todos los mercados, incluyendo el español, muy dependiente de la economía del ladrillo.

La sociedad que ha sufrido o disfrutado de todos estos devenires de la Historia, la componen grupos de personas que comparten formas de vida. Conviene resaltar dos consideraciones, por una parte que los grupos se definen por la psicología social, como: *“Un conjunto de personas que, unidas por un objetivo común, pueden interactuar entre sí, aceptando ciertas normas y compartiendo emociones, pero sobre todo, participando de un sentimiento común: el nosotros grupal, espíritu de equipo que los mantiene unidos al menos durante el tiempo que permanece la locomoción al objetivo propuesto”* (Messina, 2013).

Por otra parte, que el Trabajo Social con Grupos tiene como principal objeto a los seres humanos, posibilitando atender lo individual desde lo colectivo. Para ello, se basa en tres principios: la búsqueda del conocimiento científico; la concepción de que la vida humana es histórica, relacional y aspiracional y finalmente, que las dinámicas de grupo se deben caracterizar por la gradualidad, reversibilidad y progresividad (López, 2012).

Con esas premisas, se ha llevado a cabo un estudio que analiza el antes y el después de la crisis económica del 2007, para un grupo de trabajadores desempleados con unas características determinadas.

El grupo nos sitúa en un pueblo castellano manchego que había conseguido ser uno de los más prósperos del país, aprovechando el desarrollo industrial que vino unido al “Boom inmobiliario”. El grupo ha sido analizado a través de su evolución económica y social, desde la bonanza hasta la consolidación de esta grave crisis. La transformación que, desde la agricultura le hizo pasar al sector industrial, reflejado en las fábricas de puertas y posteriormente, tras el cierre de las mismas, a limitarse a vivir de las prestaciones de desempleo y en la actualidad, en muchos casos de los subsidios o la beneficencia.

2 Metodología

El estudio analiza la evolución económica y sus consecuencias sociales, desde la bonanza hasta la consolidación de una grave crisis, en la localidad castellano manchega de Villacañas (Toledo).



Villacañas, con aproximadamente 10.000 habitantes censados en 2013, durante siglos sustentó su economía en la agricultura. Solo pequeñas industrias agroalimentarias evitaban que no todos sus habitantes tuvieran que salir a faenar en el campo. A partir de los años cincuenta, la industrialización del campo y el deterioro industrial produjo la escasez de mano de obra, causando una importante emigración hacia las grandes ciudades.

En la década de los setenta, la economía del pueblo da un profundo revés, como consecuencia del desarrollo industrial por la creación de grandes fábricas dedicadas a la producción de puertas de madera y afines. “En marzo de 1999, la actividad económica de la nueva industria maderera ocupaba a más de 3.000 trabajadores, de los que más de la mitad eran villacañeros. Teniendo las fábricas que completar sus plantillas con personal procedente de otros pueblos de la comarca, e incluso de otras provincias” (García Montes, 1999: 21). El máximo esplendor se alcanzó con el “boom inmobiliario”, permitiendo, no sólo a los villacañeros, sino a toda la comarca gozar de una calidad de vida muy por encima de la media nacional.

Para llevar a cabo este trabajo, se han establecido las siguientes hipótesis:

- En Villacañas, los años de bonanza económica (finales del siglo XX y principios del XXI) trajeron mejoras sociales a la población, que la crisis económica actual (2010/2015) no ha sabido mantener, provocando ajustes graves en la población más débil.

- Como consecuencia de todo lo anterior, existen modificaciones de comportamiento que desembocan en alteraciones personales y sociales negativas.

El procedimiento de trabajo se ha realizado en base al análisis de los siguientes parámetros, indicadores de la calidad de vida: economía, demografía, desempleo, consumo y ayuda social.

3 Resultados

3.1 Estudio económico y social del pueblo

Con el “boom inmobiliario”, se llegaron a contar en Villacañas más de una veintena de fábricas, que llegaron a producir hasta 6.500.000 puertas anuales, (72 % del total en España). Las fábricas daban trabajo a más de cinco mil personas. Los trabajadores empleados en estas grandes plantas trabajaban a veces incluso sábados, domingos y festivos, lo que les permitía obtener salarios muy por encima de la media nacional.

Uno de los parámetros elegidos para resaltar el desarrollo económico de Villacañas desde las últimas décadas del siglo XX y la primera del XXI, son los presupuestos municipales (Figura 1), (Ayuntamiento Villacañas, 2014).

En este periodo de tiempo, ingresos y gastos ascendieron hasta multiplicarse por casi diez en tan solo veinte años, alcanzando en el año 2009 hasta 13 millones de euros, cuando ya la crisis económica había empezado a notarse, cayendo de forma rápida hasta niveles de varios años atrás. Incluso hasta el año 1993 la curva de los presupuestos municipales parecía que iba a crecer de forma más pronunciada debido a la alta inversión pública. En cambio, después de ese año, la tendencia disminuyó, por la crisis que experimentó España ocasionada por los gastos con motivo de los grandes eventos como la Exposición Universal de 1992 y el nacimiento de la línea AVE (Madrid-Sevilla).

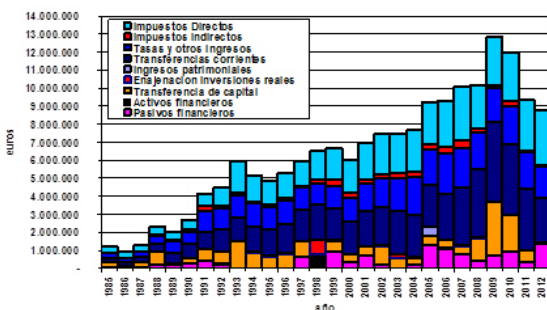
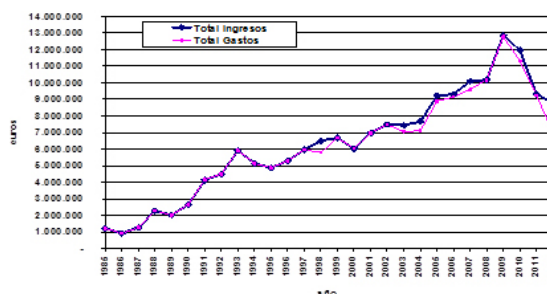


Figura 1. Presupuestos del Ayuntamiento de Villacañas. (1985-2012). a) Ingresos y gastos totales. b) Ingreso por capítulo.

3.2 Análisis demográfico de la localidad

Los valores demográficos permiten relacionar las pirámides de población con los cambios económicos. La demografía villacañera, desde el siglo XX, ha experimentado dos importantes periodos de crecimiento, separados por otros de decrecimiento, con mínimos en el 1900 y 1980 (Figura 2).

Villacañas alcanza su máximo histórico de población en 1954, con 11.384 habitantes, supuestamente por la influencia del desarrollo de la agricultura, que logra su mayor esplendor, y que lugareños de otros sitios se establecieron en el pueblo. Posteriormente y como consecuencia de la mecanización del campo, los jornaleros junto con sus familias tuvieron que emigrar a las grandes ciudades, descendiendo el número de habitantes hasta los 8 251, en 1981, y perdiendo más del 25 % en su población.

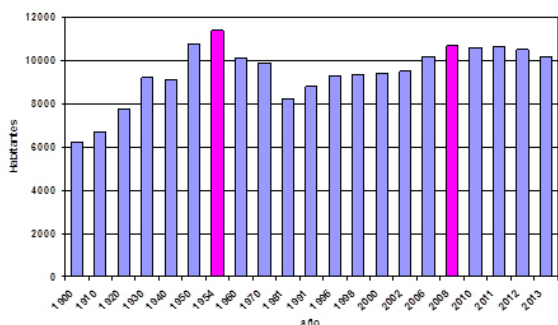


Figura 2. Evolución demográfica de Villacañas desde 1900.

A partir de la década de los años ochenta, la floreciente industria del municipio consigue no sólo retener a la población, sino también atraer población del exterior. La recuperación se acentuó en la década de los noventa y a principios de este siglo la cifra se incrementó de nuevo, debido a la inmigración, hasta valores superiores a los diez mil habitantes.

En la siguiente figura, se presentan las pirámides de población de los años 2011 y 2013. La población disminuyó casi un 5 % en tan sólo dos años, posiblemente como consecuencia de la crisis (INE, 2014).

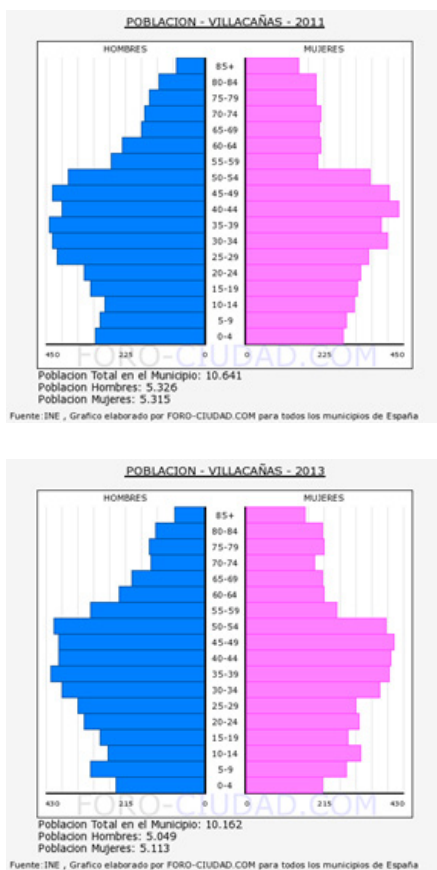


Figura 3. Pirámides de población de Villacañas (2011 y 2013)

Se observa que ha habido una ligera disminución en el índice de natalidad, un mayor envejecimiento de la población, y que la franja de edad comprendida entre

los 30 y los 50 años; más identificable con la población activa, también ha disminuido, acentuándose más en el sexo femenino.

3.3 Evolución del desempleo

El índice de desempleo constituye el parámetro más importante y revelador de la economía de una comunidad. Su incremento suele ser un indicador de una mala situación o crisis económica.

La evolución de las tasas de paro, de un pueblo en el que se llegó a hablar de pleno empleo, no sólo en Villacañas sino en toda la comarca, que durante los años 2004, 2005 y 2006 devolvía todos los planes de empleo, puesto que no los necesitaban, permaneció prácticamente constante hasta 2007, por debajo de la media nacional (Figura 4). (SEPE, 2014).

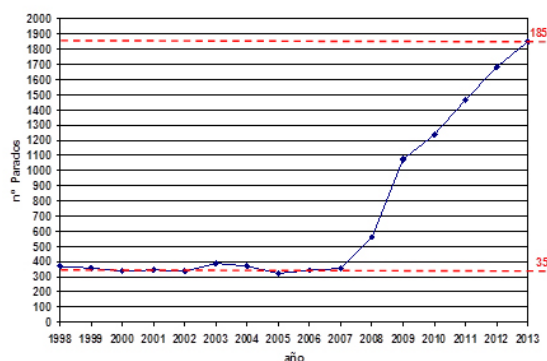


Figura 4. Evolución del número de parados en Villacañas (1998 a 2013).

Los datos en ese periodo se mantuvieron en torno a los 350 desempleados, cifras que se relacionan con el llamado desempleo friccional (tiempo que los trabajadores tardan en encontrar empleo). A partir de entonces, coincidiendo con la crisis económica, se produce un continuo aumento hasta alcanzar en el año 2013 una media de paro de 1851 personas, lo que supuso un aumento en un factor mayor de cinco, y una tasa de desempleo cercana al 40 %. Hay que considerar que el pueblo objeto del estudio tenía ese año 10.162 habitantes y una población activa, como siempre, próxima al 45 %.

Evidentemente, la evolución de parados por meses presenta también sus peculiaridades (SEPE, 2014). En el análisis de los años 2011, 2012 y 2013 (Figura 5), los peores de la crisis y los de mayor paro, llama la atención la fuerte caída que se produce en el mes de septiembre, probablemente por las contrataciones que se hacen en la campaña de vendimia.

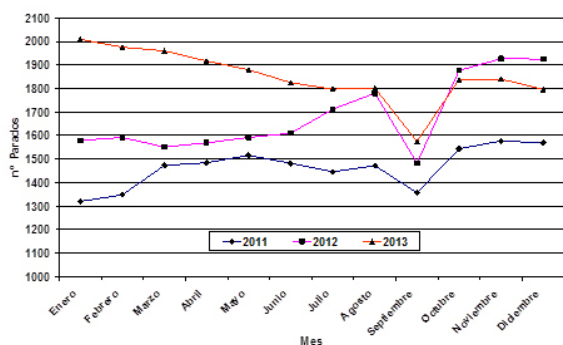


Figura 5. Evolución del número de parados por meses (2011- 2013).

3.4 Consumo y calidad de vida

Hasta ahora se han analizado tres variables de progreso y deterioro: presupuestos, demografía y desempleo. Muchas otras variables serían representativas del auge o debacle económico, como el consumo interno de la población o la calidad de vida, al igual que el desempleo, pero de forma contraria. Sin embargo, son datos difíciles de evaluar cuantitativamente al formar parte de la privacidad de las personas.

No obstante, los signos exteriores del éxito económico fueron múltiples y su apreciación cualitativa podía ser estimada. En palabras de un residente del pueblo: *“las casas eran de dos o tres pisos, los coches y viviendas semi-lujosas se veían por todas las calles, siete sucursales de entidades financieras (La Caixa, Banesto, CCM, Caja Rural, Caja Madrid y BBVA y Santander) y dos joyerías se acumulaban en los cien metros peatonales de la Calle Mayor del Pueblo. “Dinero fácil, es un buen incentivo para preferir trabajar a estudiar: a los dieciséis años, sólo estudiaba aquel que no quería trabajar, es decir la sociedad también presionaba a los jóvenes en este sentido. De esta manera, el paro llegó a ser algo desconocido a la vez que el fracaso escolar de este pueblo era de los más altos del país”* (Garicano, 2009).

Y una más, muy significativa; *“En este pueblo, hubo inflación salarial sobre todo de los socios-trabajadores de estas empresas que en su día se crearon como sociedades cooperativas, y que pasaron a ser sociedades anónimas con los años, con unos súper salarios para la cualificación profesional que poseían. La mayoría, salarios de entre 3.000 y 7.000 € por catorce pagas, más beneficios anuales que eran cuantiosos, regalos, viajes, fiestas, y más derroches sin mirar lo que nos depararía el futuro. El resto de los trabajadores de las plantillas de las empresas de puertas de Villacañas eran y son como en el resto de los trabajadores de nuestro país, es decir mileuristas, y si ganaban algo más era por un exceso de jornada laboral; horarios de 9, 10, 11, e incluso 12, 13 y 14 horas al día”* (Garicano, 2009).

Después de estas reflexiones de los vecinos del pueblo, se añaden datos reveladores, como indicadores del cambio de nivel de vida y consumo de la población al pasar de los años de bonanza a los años de crisis, refle-

jadas como ejemplo en las licencias de obras de cierta importancia, o en la forma de vida de los más pequeños (plazas en guarderías) y los más mayores (plazas residenciales), o las relaciones de pareja, así como la atención familiar.

La crisis también ha afectado a la calidad de vida de los ancianos. Al verse privados sus familiares de suficientes ingresos, muchos de ellos han tenido que abandonar las residencias para ser el apoyo de sus familias, con sus pensiones. Una de las dos residencias que existían en el pueblo, con carácter privado-concertado y capacidad para ciento veinte personas, ha cerrado; las cuarenta plazas concertadas de las que disponía han causado baja.

Las relaciones entre parejas también se modificaron. Desde el Centro de la Mujer, informan que debido a esta crisis el número de consultas relativas a separaciones y divorcios ha disminuido en un 12 %, con respecto al último año, el motivo dicen que es la falta de recursos económicos que impiden la autonomía económica de ambos cónyuges. Aunque las consultas psicológicas, tanto a nivel individual como grupal han aumentado en un 17 %, especialmente en las relaciones de pareja.

En cuanto a la atención familiar, el Centro de Atención Familiar confirma la variación desde el año 2007, facilitando los datos de casos atendidos:

- En 2007: número de familias: 61 y menores: 169.
- En 2013: número de familias: 135 y menores: 472 .

Todos estos menores presentan un perfil muy variado, desde la normalización a pasar a ser de riesgo; pero sobre todo como consecuencia de la crisis que se vive en las familias.

El consumo y calidad de vida reflejaron el cambio experimentado en el pueblo; impresiones subjetivas y algunos indicadores muestran este hecho: la disminución de las licencias de obra mayor en un 93 % desde 2006 a 2008; el menor número de plazas en guarderías, de ciento treinta niños en 2006 a ochenta en la actualidad; el cierre de una de las dos residencias de ancianos; las separaciones y divorcios que disminuyeron en un 12 %, en el último año o el incremento de la atención familiar en más del doble a las familias y casi tres veces a los menores, en los últimos siete años.

3.5 Incidencia de la crisis en los Servicios Sociales

La ayuda social es la que nos confirma la situación real del pueblo.

Desde el Centro Social Polivalente del Ayuntamiento de Villacañas, se prestan a los vecinos los Servicios Sociales Básicos, con la pretensión de dar respuesta a las necesidades sociales de su población, para que estén informados de todos los recursos, prestaciones y actividades existentes. Se tramitan cada día las ayudas de emergencia, así



como el Ingreso Mínimo de Solidaridad (IMS). Desde el año 2007 se han ido incrementando las solicitudes de Ayudas Sociales, sobre todo las Ayudas por Emergencia Social y el IMS. Otro cambio importante es el aumento de solicitudes de pensiones por invalidez, así como solicitud de valoración del grado de dependencia.

Además de las ayudas de emergencia que se tramitan desde Servicios Sociales, existe un programa creado por Cáritas, Cruz Roja y el Ayuntamiento, denominado “Villacañas Solidaria”. Programa que consiste en el pago en metálico de los recibos de la luz, agua y los gastos de farmacia, actualmente cincuenta familias son atendidas con la colaboración de todas las Entidades.

El otro pilar de las ayudas sociales es el Comedor Social “Hogar de San José”, Centro de Día y albergue, gestionado por los treinta voluntarios de Cáritas parroquial de Villacañas. Adicionalmente Cáritas, junto con Cruz Roja gestionan el reparto de alimentos para familias necesitadas. El número de familias normalizadas, vecinos de Villacañas acogidas a este reparto asciende en la actualidad a más de 200, considerando cuatro miembros de unidad familiar. Por tanto, casi el 10 % de la población subsiste gracias a estos recursos.

En la siguiente figura, se presenta el número de familias apoyadas desde el banco de alimentos (años 2007, 2011 y 2014). Se puede observar su incremento en los últimos años (Servicios Sociales del Ayuntamiento, 2014).

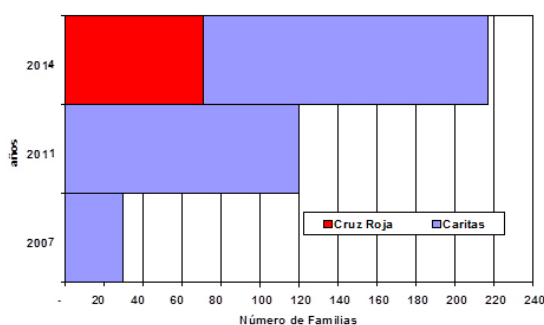


Figura 6. Familias acogidas al banco de alimentos.

La ayuda social que se está prestando en la actualidad desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento y otras entidades, como Cáritas y Cruz Roja, a través del banco de alimentos, se ha multiplicado por siete desde el 2007.

4 Conclusiones

En este trabajo, se ha analizado la evolución económica y sus consecuencias sociales, desde el “boom inmobiliario” hasta la consolidación de una grave crisis, en la localidad castellano manchega de Villacañas (Toledo).

Del estudio se confirma que todos los parámetros reflejados apoyan las dos hipótesis de partida: “el florecimiento económico en Villacañas trajo mayor bienestar social, y la crisis económica acabó con ello, perjudicando significativamente a la población más débil” y “las crisis económicas y sus consecuencias modifican el

comportamiento de los individuos, hacia alteraciones personales y sociales negativas”:

- Tomando como referencia los presupuestos municipales (ingresos y gastos), éstos se multiplicaron por casi diez en tan solo veinte años, coincidiendo con el auge económico del municipio y disminuyendo en un 30 % en los tres últimos años.

- La población siempre estuvo ligada a la tasa de ocupación. En la época de bonanza, se observa una mayor inmigración para establecerse como empleado y vecino, incrementándose la población y adicionalmente la natalidad y ocurriendo el efecto contrario en el periodo de crisis.

- La tasa de desempleo en Villacañas se mantuvo constante, por debajo de la media nacional hasta el año 2007, sufriendo un incremento exponencial hasta alcanzar en seis años tasas cercanas al 40 %.

- El consumo y calidad de vida reflejaron el cambio experimentado en el pueblo; impresiones subjetivas y algunos indicadores mostraban este hecho: menor número de plazas en guarderías, de ciento treinta niños en 2006 a ochenta en la actualidad; el cierre de una de las dos residencias de ancianos; las separaciones y divorcios que disminuyeron en un 12 %, en el último año o el incremento de la atención familiar en más del doble a las familias y casi tres veces a los menores, en los últimos siete años.

- La ayuda social que se está prestando en la actualidad desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento y otras entidades, como Cáritas y Cruz Roja, a través del banco de alimentos, se ha multiplicado por siete desde el 2007.

5 Bibliografía

Ayuntamiento de Villacañas, 2014. de <http://www.foro-ciudad.com/toledo/villacañas/documento-16226.html> <http://www.forociudad.com/toledo/villacanas/mensaje-11900077.html>.

García Montes, L., (1999). *Villacañas y su Historia*. Villacañas: Editorial del Ayuntamiento.

Garicano, L., (2009). *Villacañas: Historia de un Ajuste*. <http://nadaesgratis.es/garicano/villacanas-historia-de-un-ajuste>

López Peláez, A. (2012). *Teoría del Trabajo Social con Grupos*. Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales N.º 3, 105-110, de <http://www.comunitania.com/numeros/numero-3/jose-angel-martinez-lopez-teoria-del-trabajo-social-con-grupos.pdf>

Messina, C. (2013). de http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/cmessina/LECTURAS/grupo_2.pdf

SEPE (2014) de http://www.sepe.es/contenido/estadisticas/datos_estadisticos/municipios/index.html



EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO JUDICIAL

Rosa Méndez Jiménez
Eva Pérez Fernández

Resumen

El punto de partida de la actuación profesional en el ámbito judicial se inicia hace varias décadas en nuestro país (año 1982), y las potencialidades profesionales en el área judicial siguen siendo desconocidas para la mayoría de los titulados universitarios en Trabajo Social.

El contenido de esta comunicación pretende hacer reflexionar sobre la actual perspectiva profesional en este ámbito, la especificidad en la aplicación metodología profesional, y la ausencia de formación acorde a nivel universitario, al amparo del proceso de convergencia al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), iniciado en el año 1999 con la Declaración de Bolonia, que ha obligado a las universidades españolas a adaptar sus titulaciones.

Palabras clave: Ámbito judicial, Trabajo Social Forense, Informe Pericial Social, Dictamen Pericial Social.

Key words: Forensic Social work, judiciary, social expert opinion, Social expert report.

Introducción

El Trabajo Social se mira desde diferentes ámbitos, tal y como se recoge en la convocatoria de este Congreso de Trabajo Social de Madrid: “*el ámbito es un entorno, un espacio, un lugar entre límites determinados*”, “es la mirada la que permite ver todos los espacios desde el Trabajo Social”, esta comunicación tiene la pretensión de facilitar aspectos suficientes sobre la práctica profesional en el ámbito judicial, que facilite nociones sobre las diferentes perspectivas desde las que podemos actuar en este ámbito, aplicando una metodología profesional propia.

Nuestra disciplina ha reaccionado ante las nuevas realidades adaptándose y aportando sus competencias como asesor de la Administración de Justicia, en los diferentes servicios en los que ha sido incluida en este ámbito, desde hace tres décadas.

Es a partir del año 1981, tras la aprobación de la Ley 30/1981 de 7 de julio, denominada “Ley del Divorcio”¹, con la que se introduce la posibilidad de que los Jueces competentes en esta materia puedan recabar el dictamen de especialistas, tal y como se recoge en su articulado “*El Juez de Oficio o a petición de los interesados, podrá recabar el dictamen de especialistas*” (recogido en su Artículo 92), y desde cuya aprobación se crean los Juzgados de Familia en distintas ciudades españolas, a los que en el año 1982, se les dotaba de equipos técnicos interdisciplinares compuestos por profesionales de la Psicología y el Trabajo Social (comúnmente denominados Equipos Psicosociales).

Esta iniciativa pronto pasó a aceptarse como una parte relevante del proceso jurídico, dando paso a su definitiva institucionalización, por la Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio del Poder Judicial, al establecer la posibilidad de que la Administración de Justicia pudiera contratar profesionales y expertos para auxiliarla (según se recoge en su artículo 473).

Como disciplina profesional al Trabajo Social, desde un enfoque socio-jurídico, se le conceptualiza una función específica (al igual que a otras disciplinas), al otorgar a sus profesionales un reconocimiento como peritos (“*perito/ta. Del lat. peritus. 1. adj. Experto o entendido en algo*”)² Estableciendo en este ámbito, según el Derecho, que poseemos determinados conocimientos científicos, técnicos o prácticos, que permiten informar bajo juramento al juzgador, sobre aspectos litigiosos en relación con nuestro saber o experiencia.

De este modo, nuestra intervención profesional confluye con el concepto tradicional de peritaje para convertirse en una estructura de asesoramiento, auxilio y cooperación estable con el juzgador, entendida desde una conceptualización forense, como una modalidad de participación de saber científico-técnico en un foro jurídico, forense (“*Del lat. forensis. 1. adj. Perteneciente o relativo al foro. 2. adj. De sus. Público y manifiesto*”)³.

Con el paso del tiempo la plantilla de trabajadores sociales dependientes de la Administración de Justicia se ha ido ampliando, no solo en número sino también en los órdenes jurisdiccionales a los que se nos adscribía, siendo asignados como profesionales a los Equipos Técnicos de Clínicas Médico-Forenses, y de diferentes Juzgados como los de Menores, de Vigilancia Penitenciaria, de Tutelas e Incapacidades, de Violencia sobre la Mujer, entre otros destinos.

Estas circunstancias históricas chocan con la escasa difusión del desempeño profesional fuera del contexto judicial, y que confirma la necesidad de ponderar la función profesional dentro del ámbito jurídico para su

1 Por la que se modificaba la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determinaba el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio.

2 Según definición de Diccionario de la Real Academia Española (RAE).

3 Según definición de Diccionario de la Real Academia Española (RAE).



conocimiento, como una práctica específica de nuestra disciplina profesional.

Definición profesional

Si se atiende a la definición de Trabajo Social de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), “*el Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de derechos humanos y justicia social son fundamentales para el Trabajo Social*”, como profesionales, formamos parte del ejercicio de un derecho fundamental en sí mismo, el acceso a la justicia de toda persona, un requisito esencial para la protección y promoción de todos los demás derechos humanos.

Contribuimos a la toma de decisiones judiciales, interconectando la realidad de las personas que en algún momento de su vida, precisan de una intervención judicial, que garantice sus derechos o el cumplimiento de sus obligaciones, ejerciendo una práctica profesional específica, como agentes sociales de lo ideal (justicia) a lo real (sociedad), planteada en términos de diagnóstico social.

Como profesión disponemos de una fundamentación teórica y una metodología, que ponemos a disposición del ámbito judicial, como algo más que gestores de recursos, aportando un trabajo científico, que determina un rol profesional específico, asignado a las funciones atribuidas en el ámbito al que estamos vinculados.

Profesionalmente mantenemos una organización, que viene determinada por los diferentes servicios que se prestan desde el Poder Judicial. Servicios cuya creación viene definida por las decisiones políticas que estructuran el Estado de Bienestar, quien provee de servicios, en cumplimiento de Derechos Fundamentales a la totalidad de la población española.

Derechos que son concretados a través de la creación de un orden, plasmado en leyes y normas, cuyas modificaciones se adaptan a la realidad social, y a las diferentes muestras de dinámicas relacionales entre individuos (familia, parejas, matrimonio, separaciones de progenitores e hijos, grupo de iguales, etc.).

Como colectivo profesional en el ámbito judicial, atendemos a las personas independientemente de su clase socioeconómica, aspecto que nos aparta de la idea que históricamente se asocia a nuestra profesión, sobre la preferencia en la atención de personas socio-económicamente carenciales.

El instrumento por excelencia de nuestra disciplina, el Informe Social, es utilizado en este ámbito como dicta-

men pericial social, este medio de soporte documental tiene una función específica, eminentemente legal, que lo hace diferente de otro tipo de informes.

Su finalidad le otorga entre sus distinciones, la existencia de limitaciones temporales, ajustadas a un momento determinado en la vida de aquellas personas que son evaluadas, y en referencia a aspectos muy concretos de estudio, ajustados a la petición realizada, o a la funcionalidad que este dictamen mantenga en su emisión para los servicios judiciales que lo solicitaron.

El proceso de conformación y/o estructuración del mismo es aplicado a la función judicial, incluyendo unas características específicas, referidas a la estructura, proceso de elaboración (variables estudiadas) y emisión.

El diseño estructural de su contenido, se ajustará a la petición formulada por el órgano o servicio judicial, teniendo en cuenta su finalidad pericial, y tras la aplicación de un proceso metodológico concreto para su elaboración.

Este proceso, presenta como característica, la ausencia de ciertas etapas propias del proceso de intervención profesional, vinculadas a la intervención, entendida desde nuestra disciplina, como una intervención integral, en la que se incluye la puesta en práctica de un tratamiento social como acción, y su seguimiento.

Por tanto, otra distinción en el desempeño de nuestra profesión en este ámbito sería la temporalidad limitada de nuestra intervención como profesionales, que finalizaría tras la emisión de nuestro dictamen, salvo petición expresa de la funcionalidad de seguimiento.

La función de seguimiento como intervención, queda por tanto excluida del proceso de peritaje, limitándose al diagnóstico y a la evaluación de las circunstancias sociales de las personas objeto de la pericia, salvo que el Órgano Judicial encomiende una petición explícita de seguimiento.

Esta funcionalidad de seguimiento será otorgada explícitamente por el Magistrado Juez, bien por: 1) Iniciativa propia, contemplándola en un documento legal a través de la emisión de Sentencia o Auto, Diligencia, Providencia, dentro de un procedimiento judicial; 2) En cumplimiento de la legislación o normativa concreta del servicio o sede judicial, para el que se desarrollen las funciones forenses por parte del profesional; 3) A través de la determinación o concreción de la funcionalidad por parte del Órgano Judicial, tras la aceptación de la propuesta técnica formulada por el/la trabajador/a social, contemplada como recomendación en el dictamen emitido. Este seguimiento, cuenta con una delimitación temporal en su aplicación, cuya duración será especificada por el Órgano Judicial en todas las fórmulas de petición que realice.



Proceso metodológico

En el marco de la práctica pericial, la definición del objeto de estudio supone para el profesional la delimitación del contexto social de la población a evaluar (individuo o grupo familiar), que tiene su expresión en el ámbito judicial.

La actuación técnica irá encaminada a conocer, comprender, explicar y evaluar situaciones presentes y pasadas, además de pronosticar situaciones futuras, a partir del estudio social de la petición encomendada.

Para poder ajustarse al cometido reseñado y responder a los extremos o cuestiones demandadas, el profesional utiliza una metodología adaptada a un proceso evaluativo, sirviéndose del conjunto de medios (técnicas, procedimientos, estrategias, etc.), propios de la disciplina profesional, para dar respuesta al objeto pericial (o cuestiones planteadas por parte del Juzgador) con la emisión del Dictamen Pericial.

Los aspectos a evaluar, suponen un análisis del contexto familiar, de las dinámicas relacionales, y la situación personal respecto a las áreas de salud, educación, vivienda, situación laboral y económica, junto a la verificación de la existencia de apoyos informales (red de apoyo social), y apoyos formales (institucionales), prestados a los individuos desde diferentes organismos o servicios.

El procedimiento de nuestra actuación técnica consta de varias etapas o fases metodológicas, en las que se incluye una etapa de presentación del Dictamen ante el órgano solicitante, y una etapa de defensa del dictamen ante el Tribunal, en la Vista o Juicio, aspecto que no siempre se realiza por todos los profesionales en el ámbito judicial, dependiendo de la adscripción judicial en la que desempeñemos nuestras funciones.

Cuadro 1. Etapas metodológicas:

- Etapa 1 → DE ESTUDIO E INVESTIGACIÓN
- Etapa 2 → DE EVALUACIÓN O DIAGNÓSTICO
- Etapa 3 → EMISIÓN DE DICTAMEN PERICIAL
- Etapa 4 → PRESENTACIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL
- Etapa 5 → RATIFICACIÓN

Fuente: Pérez (2015).

El/la trabajador/a social haciendo uso del método científico, contribuye a un modelo de intervención que pueda ser evaluado y contrastado, en el que ejerce un rol profesional basado en:

1) La relevancia del trabajo multidisciplinar.

La actividad pericial en la Administración de Justicia cuenta con profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas, que conforman equipos de trabajo (Equipos Técnicos) para asesorar de forma individual o conjunta al Órgano Judicial según éste lo requiriera. Existen equipos, como en el caso de los Juzgados de Menores, conformados por educador/a social, trabajador/a social y psicólogo/a, y en el caso de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, los profesionales se integran en las denominadas Unidades de Valoración Forense Integral, compuestas por médicos, psicólogos y trabajadores sociales.

Para nutrir el proceso de elaboración y propuesta pericial, los/as trabajadores/as sociales estableceremos coordinaciones con otros profesionales de diferentes ámbitos, que estén interviniendo o hayan intervenido, con las personas objeto de nuestra evaluación.

2) La emisión de dictámenes imparciales, objetivos y fundamentados que sean útiles al Juez.

3) La elaboración de un plan de intervención acordado, especificado y coordinado, que se plasme en el Dictamen Social, con una aplicación metodológica basada en criterios científicos, de estudio e investigación con utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas (observación, entrevista, visita domiciliaria, observación interrelaciones, análisis documental, etc.), y de contraste con otras fuentes.

La presentación del Dictamen Social, es el último paso tras su elaboración, en la que se procede a su entrega a la autoridad judicial en papel oficial, firmado y sellado, quedando a su disposición, para que en el caso de que fuera necesario acudir ante el Tribunal a realizar aclaraciones sobre el dictamen emitido y su contenido, el profesional pueda ser llamado y escuchado como perito. Este acto se denomina ratificación.

Este soporte documental, el Dictamen Social, tiene una función específica, eminentemente legal, que lo hace diferente de otro tipo de informes, imprimiéndole unas limitaciones y unas características específicas. Las conclusiones reflejadas en dicho documento darán respuesta a lo solicitado por el Órgano Judicial. Hay que tener en cuenta, que no todos los profesionales del ámbito judicial realizan esta acción, ya que ésta dependerá de la adscripción judicial que mantengan.

Los dictámenes que emitimos como profesionales en este ámbito, se podrían definir como: la exposición escrita que reúne total o parcialmente el conjunto de datos socio-familiares, referidos a la persona, familia o núcleo relacional, objeto de estudio, que presenta una situación social específica que legitima la petición judicial de valoración por parte del/de la trabajador/a social; que han sido recopilados durante el proceso



metodológico aplicado, y que se refleja en el dictamen técnico, que tiene las siguientes características:

- Ha de responder a la demanda específica que se nos formula.
- Debe ser conciso y limitado, “breve pero suficiente” (Hernández, 2011).
- No debe contener valoraciones jurídicas.
- Recogerá los datos relacionados con el asunto, aplicando las técnicas e instrumentos que nos son propios.
- No se podrá dar información que no hayamos contrastado.
- Tiene carácter confidencial. No se dará a terceros si el Órgano Judicial no lo autoriza.
- Se debe realizar una buena exposición, que sea legible y entendible para el Órgano Judicial demandante.

Los contenidos del Dictamen Social, estarán relacionados con la metodología que hayamos diseñado.

Formación sociojurídica y ciencias forenses

En un entorno especializado como es el forense, el/la trabajador/a social debe disponer de conocimientos especializados ajustados al mismo. Para ello, es necesario que se mantenga al día en el conocimiento teórico, en la revisión de la literatura, la legislación y jurisprudencia vigente.

Como profesional aplica los conocimientos teóricos adquiridos durante su formación universitaria, así como la experiencia profesional lograda durante su trayectoria.

En la actualidad estos conocimientos especializados son adquiridos por iniciativa propia por parte de los profesionales, asistiendo a cursos formativos ofertados por diferentes organismos, bien profesionales (como Colegios Profesionales de Trabajo Social), o educativos (por diferentes Universidades), que no logran proporcionar a nivel académico un reconocimiento específico a los profesionales que trabajamos, o que en un futuro trabajarán, en el ámbito judicial.

Como profesión en el ámbito forense, hemos desarrollado un discurso propio, a través de compañeros que desde su experiencia y conocimientos han difundido su práctica, produciendo una documentación limitada pero significativa, resultado de un desempeño profesional de más de treinta años de duración en España. Gómez y Soto (2015) mencionan a varios de estos

profesionales, “Entre los trabajos destacados se encuentran los de Ruíz (2004); Simón (2010); Alcázar (2014); Gómez y Soto (2015) y solo la aportación foránea de Robles (2004); Adlay, Ramijklac y Nicolini (2001); Davis (2007); Maschi y Killian (2009) entre otros, completan esta carencia”.

La progresiva adaptación del sistema universitario Español, exigida por el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior, se inicia en el año 1999 con la Declaración de Bolonia. Cuya aplicación se proyecta en España a partir del año 2003, por el Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece en nuestro país el sistema Europeo de créditos, instaurando este sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial (BOE, núm. 224, de 18 de septiembre de 2003).

Progresivamente se crea a través de la promulgación de diferente normativa, la ordenación de los estudios universitarios oficiales (año 2012). Se instauran los estudios de Grado como el 1º nivel de la enseñanza superior, los Másteres oficiales como el 2º nivel y los estudios de Doctorado como el 3º y último nivel, sin que hasta la fecha se haya dotado de un reconocimiento como dimensión específica, al Trabajo Social Forense, dentro de los diferentes planes educativos elaborados para la obtención de la titulación universitaria de Grado en Trabajo Social en España.

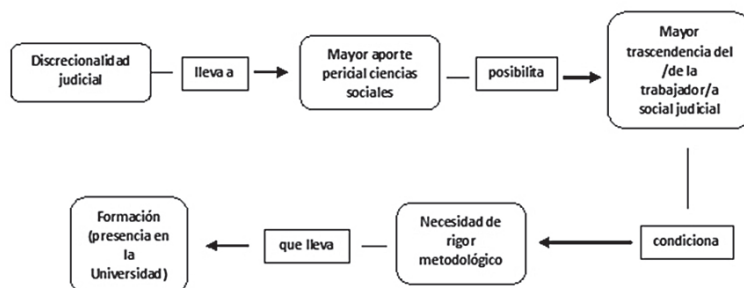
En algunos de los actuales planes de estudios universitarios de Grado en Trabajo Social, se contemplan como asignaturas optativas las referidas a ámbitos específicos (denominadas como Trabajo Social y Discapacidad, Trabajo Social con Mayores, Trabajo Social y Cooperación al Desarrollo, entre otras), sin que el desempeño de la profesión en el ámbito judicial sea contemplado.

Aunque la adaptación de los títulos de Diplomado Universitario a Grado ha suscitado mucho interés entre los profesionales, desde nuestro punto de vista, el verdadero reto en formación para el Trabajo Social, es la creación de las especialidades a través de las titulaciones dentro del sistema universitario (Máster), y el aumento del número de Doctorados en Trabajo Social, que permita crear grupos de investigación potentes y consolidados.

Tal y como Gómez y Soto (2015) exponen, “La justicia necesita de profesionales de lo complejo, como son los trabajadores sociales. Para ello y para su formación, se requiere de la presencia del Trabajo Social Judicial en los programas universitarios y de una investigación y estudio continuo, que den ese rigor al Trabajo Social Judicial”, y que recogen gráficamente en la Figura 1.



Figura 1. Trascendencia del trabajador social en el ámbito de justicia.



Conclusiones

Como especificidades del desempeño profesional en el ámbito judicial, destacan:

- Una aplicación propia de la metodología profesional, que determina un rol profesional específico. Que se caracteriza por la relevancia del trabajo multidisciplinar, la emisión de dictámenes imparciales, objetivos y fundamentados que sean útiles a los Órganos Judiciales, y la elaboración de un plan de intervención acordado, especificado y coordinado, que se plasma en el Dictamen Social, con una aplicación metodológica basada en criterios científicos.
- La actuación profesional, está avalada por una dependencia del órgano o servicio judicial para el que se presta dicha actuación, y que mediante petición expresa, encomienda la elaboración del Dictamen Social. Éste es un soporte documental que tiene una función específica, eminentemente legal, que lo hace diferente de otro tipo de informes sociales.
- Un ejercicio específico de la práctica profesional como intermediadores, actuando como agentes sociales, de lo ideal (justicia) a lo real (sociedad), a través de la emisión de dictámenes, planteada en términos de diagnóstico social.
- La utilización de un procedimiento de actuación que consta de varias etapas metodológicas, en las que no se incluye la función de seguimiento como intervención, quedando excluida, salvo que el Órgano Judicial encomiende esta funcionalidad.
- Los dictámenes que se emiten, disponen de un proceso de conformación y/o estructuración aplicado a la función judicial, incluyendo unas características concretas, referidas a la estructura, proceso de elaboración y emisión.
- Una actuación profesional concreta dentro del procedimiento judicial, mediante la ratificación y defensa del Dictamen Social ante el Tribunal. Hay que tener en cuenta, que no todos los profesionales del ámbito realizan esta acción, que dependerá de la adscripción judicial que mantengan.

La pretensión de esta comunicación es reflexionar y destacar la disponibilidad de elementos de especificidad suficientes, para la inclusión del Trabajo Social del ámbito judicial en los planes formativos universitarios.

Desde nuestro punto de vista, el verdadero reto en formación para el Trabajo Social, es la creación de especialidades, a través de la introducción de titulaciones concretas dentro del sistema universitario, que permita crear profesionales formados en los aspectos concretos de las Ciencias Forenses. Generando de esta manera, técnicos especializados para afrontar el ejercicio profesional en el ámbito judicial, ponderando la presencia de la profesión, evidenciando la utilidad del Trabajo Social al servicio de la Justicia, como disciplina auxiliar de la misma.

Bibliografía

- Gómez, F., y Soto Esteban, R. (2015). El Trabajador Social de la Administración de Justicia española en los procesos de rupturas matrimoniales. *Estudios Sociológicos*, 17 (2), (pp. 197-232).
- Hernández, A. (2011). Material didáctico perteneciente al curso *Dictamen Pericial. Iniciación*. Madrid: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid.
- Pérez, E. (2015). El Trabajador Social ante las Ciencias Forenses. *El Trabajador Social en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer* (pp. 97-123). Madrid: Colex Editorial.



REFLEXIONES SOBRE POR QUÉ EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO DEBE SER UNA ESPECIALIDAD DEL TRABAJO SOCIAL. APROXIMACIONES Y APORTACIONES HISTÓRICAS Y CIENTÍFICAS

Miguela Arévalo García Gasco

Resumen

La OMS define salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social”. El Trabajo Social Sanitario (TSS) desde 1905 se hace cargo de la consideración SOCIAL de la atención a la salud con sus funciones específicas, con una intervención psicosocial con el paciente y su entorno con acciones apoyadas en el diagnóstico social sanitario, implicando a la persona para su recuperación, estableciendo un plan de intervención con sus objetivos terapéuticos y así facilitar su bienestar global y su salud. Es una profesión, con un saber específico y único basado en la eficiencia y forma parte del equipo sanitario fundamental que son los médicos, enfermería y trabajadores sociales. Los dos primeros ya tienen su especialidad sanitaria, el TSS también.

Palabras claves: Trabajo Social Sanitario, Historia, Profesión, Especialización, Determinantes de la salud, Organización y Sistema Sanitario.

Key words: Sanitary social work, History, Job, Specialization, Health factors, Organization and Sanitarium System.

Estas reflexiones están basadas en los trabajos realizados para el MÁSTER DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA (UOC) usando para este trabajo la documentación y lecturas recomendadas, entre otra documentación que consta en la Bibliografía.

Fundamentación

El objetivo de este artículo responde a la reflexión sobre el por qué el Trabajo Social Sanitario es y ha sido desde 1905 una especialidad sanitaria de pleno derecho. Para ello se hará un revisión histórica de nuestra profesión en donde se refleja la evolución desde la filantropía al método científico, al diagnóstico social sanitario basado en un esquema teórico y empírico para lograr unos resultados, evaluables e investigables para así crear teoría que se basa en la práctica específica de nuestro trabajo. Que es específico y tiene relación entre los determinantes psicosociales de la salud que forman parte de nuestro cometido históricamente. Así haremos un breve repaso sobre los principios Hipocráticos

que ya mantenían que “antes de atender a un enfermo, hay que observar en qué entorno vive” (Hipócrates, siglo IV a. C.). Se analizará las funciones de TSS y la definición de salud de la OMS, en 1978 en la Declaración de Alma-Ata: “reitera firmemente que la salud, un estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, la realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos”. Entendiendo salud como concepto ecológico: “Situación relativa, variable y dinámica que se produce en la interacción positiva entre los seres humanos y su contexto ecológico (natural y social). Si la interacción es negativa, se produce la enfermedad” (Basado en: San Martín, H., 1975: 3; 11-18 citada por Amaya Ituarte (2009)). Por lo tanto esta definición se aleja de la atención puramente biológica para darle una visión completa de salud, que pasa por el bienestar de las personas y que conjuga lo físico, lo mental y social, entendido como lo relacional, con las experiencias y creencias de cada individuo y que el conjunto de estas individualidades hace una sociedad con sus peculiaridades. Según Teresa Zamanillo el objeto del Trabajo Social es: “Todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal” por lo tanto los TSS nos hacemos cargo de los condicionantes de la salud, trabajando sobre el malestar psicosocial que afecta al individuo y a su entorno.

Antecedentes históricos. Algunas pinceladas

Dolors Colom Masfret con su artículo “De la ayuda filantrópica al enfermo y su familia a la ayuda del Trabajo Social Sanitario” (2015) y en sus innumerables publicaciones del Blog de Trabajo Social Sanitario nos van a dar algunas claves de la Historia del TSS. Todas las reflexiones siguientes emanan de estas publicaciones.

El “Día Internacional del Trabajo Social Sanitario es el 3 de octubre de cada año” porque el 3 de octubre de 1905 Garnet Isabel Pelton, fue la primera trabajadora social sanitaria que empezó a trabajar en el dispensario del Dr. Richard C. Cabot en el Massachusetts General Hospital de Boston. Garnet. Más tarde Ida M. Cannon, fue quien la sustituyó en el puesto y junto con el Dr. Richard Cabot, dieron forma al departamento de TSS en dicho hospital. Después impulsaron la formación desde la Universidad de Harvard, donde se diseñó un curso formativo para instruir en Trabajo Social Sanitario a los médicos estudiantes del hospital (7).

En 1908, Ida M. Cannon, decía “La política que hemos seguido ha sido conocer a nuestra comunidad y sus agencias, ser un vínculo entre las necesidades del paciente en el hospital y las agencias en la comunidad dispuestas a satisfacer esas necesidades”. En I. M.



Cannon (1908) “Social Work at Massachusetts General Hospital”. En: Minnick, J. Social work of General Hospitals. National Conference on Social Welfare. Official proceedings of the annual meeting (págs. 153-154) (Cannon 1905 citada en Colom 2015 p. 31) (6).

Mary M. Ogilvie en 1908 establece los pilares de TSS al establecer planes de actuación con las personas enfermas, ...”trabajador social [sanitario] que acude discretamente a la casa puede ganar la confianza del paciente, investigar las circunstancias financieras y las condiciones sanitarias, aprender la historia de la familia y estudiar los hábitos personales del paciente. Con este conocimiento, el médico del dispensario y el trabajador social [sanitario] pueden elaborar juntos planes inteligentes para los mejores intereses del paciente”. M. M. Ogilvie (1908), citada por Minnick, J. “Social Work of General Hospitals”. En: National Conference on Social Welfare (págs. 150-153) (citada en Colom 2015: 32) (6). Fue la primera en establecer lo que hoy sería “un plan de continuidad de cuidados” sumando el diagnóstico clínico y el diagnóstico social para trabajar de forma eficaz en todos los aspectos de la vida del paciente hacia su curación.

Garnet Isabel Pelton asoció el TSS al diagnóstico social sanitario. En 1910, pronunciaba su conferencia The History And Status of Hospital Social Work¹², en la que plantea la diferencia que establecía entre el Trabajo Social, en este caso hospitalario, y otros tipos de ayuda: “Parece que hay alguna diferencia de opinión, y tal vez la confusión, en cuanto a lo que es el Trabajo Social Sanitario del hospital. El Trabajo Social, primero, debe distinguirse de el de un agente de una organización de la caridad o del trabajo de seguimiento de una cuidadora clínica. En el tratamiento de los pacientes ambos utilizan la formación técnica y herramientas, pero la aplicación de los principios de la filantropía moderna a los enfermos pobres, el cuidado y la enseñanza en sus casas, más bien son los métodos y los objetivos principales del servicio social hospitalario. El biólogo y el botánico suelen utilizar instrumentos y técnica similares, pero sus objetivos fundamentales son diferentes. El objetivo del Trabajo Social Hospitalario es el diagnóstico social, el pronóstico y el tratamiento de los enfermos pobres en el hospital o el dispensario, allá donde la necesidad lo indique. Al mirar hacia atrás en la historia de los hospitales y de la medicina, es imposible discernir el primer tenue destello de la idea de las relaciones inseparables del ambiente enfermo y el hombre enfermo”. G. I. Pelton (1910). “The history and status of Hospital Social Work”. En: Official proceedings of the annual meeting (págs. 332-341) (citada en Colom 2015 p33) (6).

Mary E. Richmond (1861-1928) estableció las bases para la dignificación de los profesionales del Trabajo Social. Se trata de garantizar la responsabilidad de las acciones, que debe ser rápido y continuado, que implica la profesionalización y la especialización (los principios

del TSS), garantizando los seguimientos (la incorporación al tratamiento médico, el estudio de la calidad de vida en sus domicilios, labor del TSS), valorar los resultados de la intervención para poder generalizar tratamientos en función de los diagnósticos y tener una formación, basada en la investigación y generalizar tratamientos específicos.

Colom propone que otra de las aportaciones fundamentales para el TSS de Richmond fue la conjugación entre enfermedad y pobreza, la intervención y prevención de las recaídas después de las altas de los hospitales o instituciones psiquiátricas con su familia, y en el establecimiento de las coordinaciones necesarias con el resto de las instituciones para garantizar el tratamiento efectivo, tanto con los pacientes, sus familia, en su medio ambiente y en la sociedad donde vive. Estableciendo planes de intervención especializada para cada tipo de apología. Dando por fin con las fusiones básicas del TSS, la educación, la prevención y la investigación. Con todo abandonado las acciones en lo inmediato para tratar lo global con cambios integrales. Es un planteamiento de lo más actual y exacto de lo que venimos ejerciendo en el TSS especializado en la actualidad (6).

En 1917 Mary E. Richmond publicó el primer texto de Técnicas y Métodos de Trabajo Social, denominado El Diagnóstico Social. Fue la primera vez que podemos decir que existe una teoría de funcionamiento del Trabajo Social y también por fin una mirada científica centrada en la investigación para tener un diagnóstico y un tratamiento. También en esta publicación introdujo dos nuevos términos que son el Trabajo Social y los Servicios Sociales (6).

Más tarde **Gordon Hamilton** menciona a Richmond en su conferencia de 1923 “Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work”: “la Sra. Richmond dice: El Trabajo Social de Caso consiste en aquellos procesos que desarrollan la personalidad a través de ajustes deliberadamente efectuados, individuo a individuo, entre personas y su ambiente social (Hamilton 1923 citado en Colom 2015 p. 40). Que se debe desarrollar mediante una estrategia de la intervención y con sus objetivos terapéuticos, siempre conjuntamente con la persona enferma (6). Es el resumen perfecto de la intervención de TSS. Gordon empieza a hablar de factores de riesgo que determinan las patologías y no solo la intervención de un síntoma en concreto. Se aprecia la enfermedad como un conjunto de factores que hay que tener en cuenta.

Colom plantea que en 1931, Gordon Hamilton ya era profesora de la Escuela de Trabajo Social de Nueva York, introdujo la importancia de las “técnicas” y se refirió a lo que ella llamó la “técnica prioritaria”, según se tratase de trabajo social de caso (incluía a la familia) o de trabajo social comunitario. Con el estudio de estos factores se establece mediante la investigación sobre las posibilidades e inhibidores de los pacientes para traba-



jar tanto en lo asistencial como en el factor preventivo. Para saber de los condicionantes las aportaciones de Florence Hollis plantea formarse en los aspectos emocionales que generan las situaciones que se tratan para una buena estrategia de intervención (6). Es imprescindible conocer a la persona de una manera global y desde luego contar con ella para saber de sus metas y deseos mediante la relación del TSS y el paciente.

Factores diferenciales trabajo social sanitario de otras expresiones de ayuda

Colom nos trae a Agnow para reflexionar sobre las diferencias de TSS con otras expresiones de ayuda: “¿Cómo diferenciamos la ayuda profesional de la ayuda espontánea, de la ayuda que se basa en una reacción y no en un diagnóstico o en un pre-diagnóstico? Cuando nos referimos a la ayuda que se presta desde el TSS estamos acotando los parámetros de esta ayuda a la vez que en ella, garantizamos los principios y valores del TSS que reúne los requisitos que lo convierten en profesión”. Elizabeth N. Agnew sitúa el nacimiento del Trabajo Social como profesión en 1898, año en que se crea la New York School of Philanthropy. E. N. Agnew (2004). *From Charity to Social Work*. Mary E. Richmond and the Creation of an American Profession. Champaign: University of Illinois Press (Agnew 2004 citado en Colom 2015 p.7) (6).

TSS igual que el médico se preguntan y se responden sobre la realidad y lo dejan por escrito con el fin de ser investigado, estudiado y evaluado para llegar a una práctica científica a diferencia de cualquier expresión de ayuda sin ningún tipo de criterios de eficiencia y eficacia.

La acción de ayuda se basa en voluntades sin método para llegar a un fin. A diferencia de TSS que es un oficio basado en la evidencia empírica, que relaciona los hechos mediante la observación para explicarlo, que permite trabajar con ética y responsabilidad profesional frente a todos.

La definición de TSS de Amaya Ituarte es muy significativa: “La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas” (Ituarte, 1994, p. 277).

El TSS es una profesión porque se basa en un proceso para llegar al diagnóstico: descripción del problema, intentar atribuirle una causa que permita entenderlo, más tarde se propone el tratamiento que puede hacerse uno mismo o con la ayuda de otros que será la asistencia. TSS tiene sus prácticas, el ejercicio profesional y sus normas, la ciencia convertida en práctica, que pretende proporcionar salud a los pacientes, mediante acciones individuales como grupales de forma eficaz y evidente. Todo con rigor ético y respeto al paciente.

Relación entre los textos hipocráticos y trabajo social sanitario.

Xavier Allué, Dolor Colom y Julio Villalobos con Contexto Historio en TSS nos ofrecen las claves.

Los principios expresados en los tratados hipocráticos marcaron un hito en la historia, no sólo de la medicina, sino en el conocimiento y la ciencia en general y en TSS en particular.

La medicina al igual que el TSS es un compromiso ético. La ciencia convertida en práctica, experiencias empíricas y demostradas. Reivindica la evidencia como base del saber que busca la eficacia con un propósito curativo. Con un esquema teórico. Observa los factores causales principales y recogida metódica de experiencias observadas que puede evaluarse e investigarse y modificarse. Constituye el diagnóstico, proponer su tratamiento. Deben formarse y actuar para realizar su función con eficacia. Con descripción y tratamientos con soluciones prácticas. La consideración del medio en donde se sitúan las personas como un determinante de sus condiciones de Salud y de sus enfermedades. Los pacientes son llamados por sus nombres, incluyendo sus relaciones familiares haciendo así un registro de casos clínicos individualizando su tratamiento. Culpa a los malos médicos, que ejercen sin el conocimiento, del desprestigio de la profesión y a los TSS les ocurre lo mismo.

Flexner y la profesionalización del trabajo social sanitario

A. Flexner en 1915 en el interés en definir “es el Trabajo Social es una profesión” “Is Social Work a Profession?” compara el TSS con el ejercicio de la medicina con Los principios expresados en los tratados hipocráticos. M.^a Pilar Munuera Gómez en “La huella de Mary Richmond en la intervención psicosocial del siglo XXI dice “La conferencia del doctor Flexner estimuló diferentes esfuerzos para consolidar y normalizar los estudios empíricos, donde participó M. Richmond que sin título universitario fue enseñando y presentando ponencias alrededor del país y recogiendo datos sobre las causas de los males de la sociedad con el fin de dar respuesta a la pregunta defendida por el doctor Flexner”. X. Allué en “Orígenes y necesidad del ser humano de cuidar. El juramento Hipocrático” nos dice “Flexner planteó que los principios expresados en los tratados hipocráticos al igual que define a la medicina como una profesión pone las bases para la del TSS ya que pretende colocar en la raíz del conocimiento los principios éticos para elevar a la práctica y el ejercicio de nuestra labor hasta el estatus de profesión. Flexner dice “Por Trabajo Social se entiende cualquier forma de esfuerzo deliberado y persistente para mejorar las condiciones de vida o de trabajo en la comunidad, o para aliviar, disminuir o evitar el sufrimiento y el TSS trabaja penetrando muy especialmente en la asociación entre la pobreza y la enfermedad y en cómo reducirlas” dice “Un aspecto de la medicina pertenece a Trabajo Social” en la asociación entre la pobreza y enfermedad



Funciones del trabajo sociosanitario en el modelo sanitario actual

Xavier Allué en Modelos Sanitarios occidentales y orientales nos orienta. Las funciones del TSS al igual que los médicos y otros profesionales de la Salud están basados en nuestra historia, trabajando con enfermos y su medio ambiente y aspectos sociales desde 1889. Basadas en la ciencia puesto que se basan el método científico: Teoría-hipótesis-experimentación-evidencia-resultados para basar nuestras acciones con técnicas, métodos y protocolos de actuación. Para dar respuestas a diagnósticos terapéuticos propios del TSS, con un tratamiento apropiado. Son profesionales en cuanto que tienen formación específica y organización profesional, con sus Colegios Oficiales que velan por la profesión y establece sus funciones: Investigación, Prevención, Asistencia, Atención directa, Promoción e Inserción Social, Mediación, Supervisión, Coordinación y creación de Proyectos de intervención social, Promoción del cambio social, apoyo en la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar (Código Deontológico TS) y favorecer así su salud bio, psíquico y social, intervención en donde las personas interactúan con su entorno, dentro del ámbito sanitario entre otros. Trabajamos en el perfil socioeconómico de las personas, pacientes o usuarios en relación a sus condiciones de vida y así mejorar las contingencias ambientales de la enfermedad y culturales apoyando la atención a personas con distintas culturas y ayudándoles a adaptarse o modificar conductas perjudiciales, dándoles apoyo, información y asesoramiento. Las funciones del TSS están adscritas al espacio clínico que les ocupa como Atención Primaria, Especializada, Hospitalario o Recursos socio sanitario y en función de las necesidades que traigan los pacientes, ajustándose a sus tiempos en la patología, urgencias, pacientes crónicos, agudos o en situación de enfermar si estamos en Salud Pública en la medicina social creando programas preventivos.

Gestión sanitaria

Villalobos, J. (2015) “La gestión, la organización y la evaluación de los establecimientos sanitarios sistemas de información sanitaria” nos ayuda entre otros autores a analizar este apartado.

El artículo “Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos”. Caballero, En et al., 2012, deja claro que los determinantes de la salud son los rasgos personales, donde intervienen variables como la edad, el sexo, la inmunidad, la herencia genética o los hábitos, entre otros, el ambiente físico: geografía, clima, alimentación, vivienda, carreteras y agua, entre otros y el ambiente social: grado de educación, ocupación, ingresos, relaciones, urbanización o cultura y grado de instrucción, entre otros. En los dos últimos determinantes el ambiente físico y el social son focos de atención en los que los TSS se mueven. En función de estos determinantes se debería organizar las prestacio-

nes sanitarias para dar cobertura a la atención a la salud entendida según la Organización Mundial de la Salud (1948).

Como destaca Dra. Esperanza Caballero González (1), en su artículo, los individuos están dotados de factores de riesgo como entre otros las conductas personales y estilos de vida, condiciones de vivienda, trabajo más peligroso, que ponen en mayor riesgo de enfermar a las personas más desfavorecidas.

En cuanto a la salud mental “Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencias”, Dr. Mollejo et al., 2012, las personas tiene sus condicionantes para su salud mental en la aportación genética, un desarrollo neurológico correcto, la contribución de un aparato psíquico fuerte, con bases cognitivas, emocionales sólidas y sociales.

Conclusiones

El Trabajo Social Sanitario, entre sus funciones está la de intervenir en las variables de riesgo en el medio ambiente de la persona, estilos de vida, condiciones de vida que contribuyen significativamente a disminuir la morbilidad, de acuerdo con el modelo biopsicosocial. La prevención, asistencia, atención y promoción social, es decir trabajar con las familias para modificar estos determinantes sería la forma más adecuada para trabajar en salud y no sobre la asistencia a la enfermedad, que es también imprescindible pero no la única ni la más eficaz por sí sola. Son los TSS los que trabajan en lo concerniente a la salud, entorno social, situación económica, atención al riesgo biospsíquico y social de las familias y los menores, con lo que es preciso que el TSS sea una especialización acorde con la importancia de sus funciones.

Bibliografía

Allué X. (2015). Modelos sanitarios occidentales y orientales. Xavier. Máster TSS sanitario. UOC. Recuperado de UOChhttp://materials.cv.uoc.edu/continguts/PID_00206203/web/main/materias/PID_00206193-3.pdf [2016, 07 de enero].

Allué, X. (2015). Orígenes y necesidad del ser humano de cuidarse. El juramento hipocrático. Material del Máster Trabajo Social Sanitario. UOC. Recuperado en: http://materials.cv.uoc.edu/continguts/PID_00206203/web/main/materias/PID_00206193-2.pdf [2016,7 de enero]

Allué, X. et al. (2015). Contexto histórico en Trabajo Social Sanitario. Material del Máster Trabajo Social Sanitario. UOC. Recuperado en: <http://materials.cv.uoc.edu/continguts/> [2016,7 de enero].



Caballero et al., 2012. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Recuperado de <http://bvs.sld.cu/revistas/infd/n1512/infd06212.htm> [2016, 7 de enero].

Cartera de Servicios comunes de atención especializada del Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. Recuperado en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm> [2016, 7 de enero].

Código Deontológico de la Profesión de Trabajador Social. Extraído de http://trabajosocial.ugr.es/pages/tablon*/noticias-46/codigo-deontologico-trabajo-social-2012 [2015, 7 de enero].

Colom, D. (2015). De la ayuda filantrópica al enfermo y su familia a la ayuda del Trabajo Social Sanitario. Material del Máster Trabajo Social Sanitario de la UOC. PID_00206199. Recuperado http://materials.cv.uoc.edu/continguts/PID_00206203/web/main/materias/PID_00206193-1.pdf [2015, 23 de diciembre].

Colom, D. Blog de Trabajo Social Sanitario. Recuperado de <http://trabajosocialsanitario.blogs.uoc.edu> [Extraído 2015, 23 de diciembre].

DECRETO 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. Recuperado en www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?cdestado=P&nmnorma... [2016, 7 de enero].

El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2010-2014. Recuperado en www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata...blobkey [2016, 7 de enero].

Flexner, A. (1915). "Is Social Work a Profession?" (paper presented at the National Conference on Charities and Correction, 1915), 581, 584-588, 590.

ITUARTE, Amaya. (2009). "Sentido del Trabajo Social en Salud". Recuperado en api.ning.com/files/TTQFN TiLm8Q* LtEyHJtTFdplbI3PbPa2tDkjXH [201, 7 de enero].

ITUARTE, Amaya (1994). "El papel del trabajador social en el campo sanitario". Trabajo Social y Salud nº 20. Marzo 1995 (275- 290).

Mollejo et al., 2012. "Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencias". Asociación Española de Neuropsiquiatría estudios.

Munuera, P. (2011). La huella de Mary Richmond en la intervención psicosocial del siglo XXI. TRABAJO SOCIAL HOY | Tercer Cuatrimestre de 2011 | número 64 (pp. 10-11).

PAIAFOX, J. (2015). La importancia del trabajo social en el campo sanitario. Recuperado de http://materials.cv.uoc.edu/continguts/PID_00206203/web/main/materias/PID_00206193-1.pdf?ajax=true [2015, 23 de diciembre].

Villalobos, J. (2015). "La gestión, la organización y la evaluación de los establecimientos sanitarios Sistemas de información sanitaria". Máster Trabajo social Sanitario UOC. PID_00206230

Villalobos, J., et al (2015). Contexto histórico en el trabajo social sanitario. Material del Máster Trabajo Social Sanitario de la UOC. Recuperado de http://materials.cv.uoc.edu/continguts/PID_00206203/web/main/materias/PID_00206193-2.pdf [2016,7 de enero].

Zamanillo, T. (1999). "Apuntes sobre el objeto en trabajo social". Cuadernos de Trabajo social, 12: 13-3.



LA ESPECIALIZACIÓN EN TRABAJO SOCIAL: LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA VIVIENDA

Técnicos de la Oficina de Intermediación Hipotecaria (OIH) del Ayuntamiento de Madrid: María del Carmen García de Pablos, Xiomara González-Lavín Arrieta, Ana Llorena Conde, Lucía Pérez García, María del Carmen Rodríguez García

Resumen

El Trabajo Social considera a la vivienda en una doble vertiente: por un lado, vinculada al binomio necesidad (alojamiento) y recurso (Vivienda) y por otro lado, desde un derecho fundamental reconocido tanto a nivel nacional como Internacional, el derecho a la vivienda. Para poder garantizar el acceso y el ejercicio de dicho derecho, se hace necesaria la especialización del modelo de intervención en donde se dan mecanismos específicos tanto legales como sociales relacionados con una diversidad de actores implicados: actores estatales, actores económicos y actores comunitario

Palabras claves: Trabajo Social, Especialización, vivienda, intermediación hipotecaria, Desahucio.

Key words: Social Work, Specialization, Housing, Mortgage brokerage, Eviction.

1- Mecanismos de coordinación para garantizar el derecho a la vivienda

Desde los Servicios Sociales y desde la especialización profesional, se pueden consolidar servicios o recursos con el objetivo de abordar tanto el acceso a la INFORMACIÓN básica relacionada con el acceso al derecho a la vivienda, como la ORIENTACIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL necesario para ayudar a resolver los problemas de sobreendeudamiento al que se ven abocadas personas y familias por la falta de empleo y la escasez de recursos económicos cuando atraviesan procesos vitales de crisis (tras rupturas de parejas, viudedad, pérdida de empleo, accidentes con incapacitaciones, desinstitucionalización, otras circunstancias). Los ciudadanos pueden necesitar de una orientación personalizada y especializada, que les permita tomar las decisiones más adecuadas para hacer frente a las contingencias o para prevenir situaciones que se prevean sobrevenidas por la evolución del ciclo de la vida (espacios habitacionales adaptados y con dimensiones adecuadas para personas con cierto grado de discapacidad y dependencia; familias numerosas con hijos, jóvenes desinstitucionalizados con recursos económicos limitados y escasa red de apoyo familiar y social, adultos parados de larga duración con recursos econó-

micos limitados, personas en proceso de recuperación personal y social que han dejado la calle, etc.). La orientación profesional y la coordinación entre los servicios y recursos relacionados con la vivienda, que permita rentabilizar al máximo la utilización de los recursos existentes para esos ciudadanos, puede favorecer la implementación de las políticas públicas de vivienda de cara a resolver esa NECESIDAD REAL que garantice a los ciudadanos ESTABILIDAD, PROTECCIÓN, INTEGRACIÓN, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y ACOMPAÑAMIENTO.

El acceso a los programas y servicios que facilitan recursos de vivienda social, debería ponerse en marcha cuando el ciudadano acude a un servicio público a solicitar información y ayuda para poder hacer frente a esa necesidad. Para el profesional de los Servicios Sociales, comienza la oportunidad de iniciar un proceso de intervención, donde informe, oriente y acompañe a la persona para resolver el problema. Contar con el trabajo especializado de un servicio de intermediación en problemas de sobreendeudamiento, con una intervención multidisciplinar y seguimiento intensivo durante el tiempo que necesite el abordaje de esta situación, favorece el poder conseguir un resultado adecuado y satisfactorio para el ciudadano y para que las políticas de vivienda lleguen a los ciudadanos con una mayor situación de vulnerabilidad o riesgo.

2- Aporte del Trabajo Social especializado ante las situaciones de desahucios y riesgo de pérdida de vivienda

La especialización a través del trabajo en red desde diferentes programas y recursos de vivienda, favorece encontrar una solución integral y adaptada a las circunstancias de las familias en riesgo de pérdida o desahucio.

Estas actuaciones desde la intervención especializada, se enmarcarían como actuaciones de carácter temporal e inmediato que permitieran la búsqueda de alternativas residenciales más estables durante un plazo de permanencia.

Su objetivo sería atender la necesidad inmediata de alojamiento derivado de desalojos forzosos de primera vivienda, incluyendo los judiciales y los debidos a otras situaciones de hecho ajenas a la voluntad de los afectados.

Requieren de un acompañamiento social durante el tiempo de permanencia en estos alojamientos y el rol del trabajador social en coordinación con los servicios de Atención Social Primaria y de los servicios de vivienda pública de cara a garantizar tanto el mantenimiento en el recurso residencial de emergencia, como la búsqueda de alternativas de acceso a vivienda adecuada y estable de esas familias alojadas.



Es importante destacar que la vivienda no sólo es un recurso habitacional, sino que se trata de uno de los Derechos Humanos reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 25.1) así como en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 11).

El derecho a la vivienda, según el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su Observación n.º 4, lo considera no en sentido restrictivo de recurso residencial, sino dentro de un concepto amplio: el derecho a vivir en seguridad, paz y dignidad. Esta perspectiva desde el reconocimiento de la vivienda como derecho humano fundamental y no como recurso de alojamiento, enlaza con los principios del Trabajo Social y con la responsabilidad de los profesionales trabajadoras y trabajadores sociales como garantes y promotores del desarrollo de los derechos de las personas.

Históricamente el derecho a la vivienda ha sido uno de los instrumentos de inclusión social utilizados por el Trabajo Social. La trabajadora social Octavia Hill (1832-1929) defendía a ultranza el valor y la dignidad de los individuos, utilizando como uno de los medios esenciales “el alquiler social”. Señalaba que en Trabajo Social, lo decisivo no era la ayuda material, sino la “relación personal”, aquella que permite al profesional conectar con las personas y respetar así su dignidad y autodeterminación. Consideraba la necesidad de un alojamiento familiar como elemento integrador del individuo en su comunidad, relacionando la vivienda como instrumento fundamental para ello.

El derecho a la vivienda se vincula por tanto, a la dignidad de la persona, llegando más allá que la mera prestación de alojamiento. El derecho a una vivienda digna, se ampara en esta misma conceptualización, tal y como reconoce nuestra Constitución en el Artículo 47, el derecho a disfrutar a una vivienda digna y adecuada trasladando a los poderes públicos, la promoción de las condiciones necesarias y pertinentes para hacer efectivo este derecho. Nos encontramos ante un derecho individual cuyas prestaciones han de ser adecuadamente organizadas y programadas por los poderes públicos competentes.

En el desarrollo del derecho a la vivienda, se deben establecer los objetivos a alcanzar de forma clara, medibles y realizables y garantizar un enfoque que englobe a todos los ámbitos políticos relevantes y a todos los agentes (sociales, empresariales, bancarios, legales) que intervienen en dichas políticas e incluyendo, por supuesto, a las personas afectadas por la vulneración del derecho de acceso a la vivienda y a la sociedad civil. Dicho enfoque debe estar presente tanto en la definición de los objetivos y medidas, como en el desarrollo y evaluación del proceso.

3- Actores sociales que intervienen en la resolución de los problemas habitacionales

Según Herzer y Pirez, la tipología básica de los actores sociales que intervienen en la resolución de los problemas habitacionales, distingue entre actores estatales, económicos y comunitarios:

- **Actores estatales:** que expresan la oferta extendida a través de los programas habitacionales, y participan mediante el suministro de tierra, subsidios y asistencia técnica y social.

- **Actores económicos:** que participan a través del mercado, con la venta de suelo y de materiales y con la construcción de viviendas.

- **Actores comunitarios:** que expresan la demanda insatisfecha de servicios habitacionales y participan aportando su propio trabajo en la construcción de las viviendas, y mediante sus organizaciones, en la negociación con los organismos públicos.

La mayoría de los gobiernos europeos se plantean desde hace tiempo como objetivo primordial el acceso a una vivienda apropiada y abordable económicamente con políticas activas que absorban entre el 1 % y el 4 % del PIB.

Sin embargo, desde los años ochenta en Europa se constata el aumento de problemáticas de vivienda que por su carácter tan específico o local no acaban de encontrar una respuesta adecuada o eficiente por parte de las políticas públicas conocidas o tradicionales.

Así, según Mc Cronen y Stephens (1995), es probable que casi una tercera parte de la población de Europa occidental sea incapaz de pagar el coste económico global de la vivienda que ocupa, y por tanto, resulta poco realista considerar que la vivienda pueda ser dejada completamente en manos de las oscilaciones del mercado libre, sin ningún mecanismo de intervención pública que las regule.

En los últimos años, las políticas europeas han recogido el problema de la vivienda como uno de los derechos fundamentales y de los ejes transversales a abordar para luchar contra la exclusión social (Estrategia de Lisboa, Estrategia Europea 2020).

En España, el Artículo 148.1.3ª de la Constitución Española, asigna a las CC.AA. competencia exclusiva en materia de vivienda, pero reserva al Estado competencia exclusiva para fijar el marco legislativo y financiero general y la política fiscal.

En cuanto a las entidades locales, el Artículo 25.2. a) de la Ley de Bases del Régimen Local 7/1985 (actualmente en revisión) asigna al municipio, como competencia propia, la promoción y gestión de la vivienda de protec-



ción pública con criterios de sostenibilidad financiera; y según el Artículo 26.1 c) de la misma Ley, en los Municipios con población superior a 20 000 habitantes, además: protección civil, evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social (siendo uno de los motivos de exclusión los problemas para mantener la vivienda o la carencia de la misma). Las diferentes administraciones en los ámbitos nacional, autonómico y local, recogen los planes de vivienda, así como planes de inclusión social que recogen la vivienda como elemento y estrategia de inclusión (a nivel nacional, el último Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-2016; y a nivel local sirva como ejemplo el Plan de Inclusión Social de la Ciudad de Madrid 2010-2012 o la Acción Estratégica de Vivienda para la integración social 2007-2011). Desde 2008, con la grave crisis económica en España y el estallido de la burbuja inmobiliaria, se produce un nuevo problema: la dificultad para mantener empleo y vivienda, para hacer frente a los pagos de las cuotas hipotecarias y alquiler de vivienda, produciéndose lanzamientos hipotecarios y desahucios, respectiva y crecientemente.

Esta demanda ha producido una nueva respuesta legislativa (Ley de Segunda Oportunidad 25/2015 de 28 de julio y R.D. 1/2015 de 27 de febrero, de mecanismos de segunda oportunidad, reducción de carga financiera y otras medidas de orden social) así como una respuesta social articulada en un pluralismo de actores sociales, así como nuevos servicios públicos.

- Por un lado, las entidades financieras y de crédito, así como constructores y promotores, como sector privado que forma parte del problema pero también de la solución.
- De otro lado, la ciudadanía organizada en forma de asociaciones de vecinos y plataformas ciudadanas (sirva como ejemplo el auge de las Plataformas de Afectados por la Hipoteca) y Tercer Sector de Acción Social (asociaciones sin ánimo de lucro como Provienda o Prohabitat).
- Y articulando entre estos dos sectores, se encuentra el sector público, con innovadores servicios como las Oficinas de Intermediación Hipotecaria, con mecanismos como la mediación, bien a través de sus propios agentes, o bien mediante convenios con agentes externos (como en el caso del Ayuntamiento de Madrid, donde inicialmente se ha establecido un convenio con la Fundación Notarial Signum, para derivar los casos objeto de mediación con las entidades financieras, tras un minucioso estudio realizado por profesionales del Trabajo Social).

En cuanto a la provisión de vivienda social, hay una tendencia a recuperar la implicación del sector privado y tercer sector, aunque manteniendo paralelamente el

sistema de subvenciones gubernamentales y los programas de financiación de vivienda. Constituyéndose la vivienda social como una combinación del parque de viviendas públicas (gestionado directamente por las administraciones), y de una gama de asociaciones e inversores privados que proporcionan vivienda asequible a colectivos vulnerables.

En definitiva, una realidad compleja en la que participan actores políticos, económicos y sociales.

Bibliografía

Artículo Revista Geografiado 2005: actores sociales en la resolución de problemas habitacionales: el caso del barrio las Malvinas de la Plata, Universidad Nacional de la Plata.

De Robertis, C. (2003). "Fundamentos del Trabajo Social". Valencia. Editores PUVNauLibres.

García Gómez, M.J. Maurandi Guirado, R. (2011). "Texto-Guía Teórico Práctico de Historia del Trabajo Social". Murcia. Editor Diego Marín Librero.

La política de la vivienda en una perspectiva europea comparada, Carmen Trilla, Colección Estudios Sociales n.º 9, Fundación La Caixa.

Moix Martínez, M. (2006). "Teoría del Trabajo Social". Madrid. Editorial Síntesis.

Observatorio de la Vivienda del Consejo General del Notariado; www.notariado.org.

Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-2016; www.msssi.gob.es

Rodríguez García, C. (2013). "El Trabajo Social y La Mediación: Bases para la incorporación de la actuación mediadora en el Código Deontológico de los trabajadores sociales", Madrid. Revista Servicios Sociales y Política Social n.º 101, pp. 83-105. Edita Consejo General del Trabajo Social.

Sistemas de provisión de vivienda social en la UE (OBJOVI, Observatorio Joven de Vivienda en España). Consejo de la Juventud de España.

VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014 (Fundación FOESSA).



EL TRABAJO SOCIAL EN AIE. SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN UNA ENTIDAD DE GESTIÓN

Tatiana María Romero García

Resumen

Con esta presentación se pretende analizar cómo el Trabajo Social a través de sus múltiples herramientas se convierte en elemento de valor dentro de una estructura empresarial. También se trata de plasmar como el contexto condiciona la práctica del Trabajo Social, para concluir constatando que la aplicación sistemática de la metodología propia de nuestra disciplina aporta rigor y calidad a la atención que se presta, independientemente del ámbito desde el que nos situemos.

Key words: Trabajo Social empresarial, Trabajo Social corporativo, Nuevos ámbitos del Trabajo Social.

Análisis de la influencia del contexto empresarial sobre el trabajo social y del trabajo social sobre el contexto empresarial. Claves para el crecimiento y consolidación del trabajo social como “disciplina hard” dentro de una entidad.

Introducción

El Trabajo Social como disciplina que promueve el cambio y la superación de situaciones problemáticas, se abre camino en numerosas áreas. La diversidad social nos regala también diversidad de ámbitos sobre los que intervenir y aportar nuestra esencia transformadora. Desde aquí abrimos un espacio de acercamiento a un ámbito con escaso desarrollo en nuestra profesión, pero lleno de potencialidades: el **Trabajo Social corporativo**.

El Trabajo Social se constituye desde sus orígenes como una profesión vinculada a lo público, a la acción ciudadana, pero la realidad cambiante en la que se integra nos ofrece la posibilidad de ir más allá, indagando nuevos espacios profesionales en los que poner en valor las herramientas y estrategias propias de nuestra disciplina. Los cambios sociológicos y económicos que ha vivido nuestra sociedad en las últimas décadas están abriendo nuevos espacios de participación y expresión ciudadana, surgen nuevas voces que demandan respuestas por parte de todos los agentes implicados en el desarrollo de la sociedad. Se pone sobre la mesa la necesidad de tomar conciencia y actuar de forma real y efectiva sobre los efectos nocivos de la crisis y el crecimiento de las economías. En este escenario, muchas empresas han

empezado a incorporar en sus planificaciones estratégicas acciones con verdadera vocación social y transformadora.

A lo largo de esta presentación analizaremos esta evolución desde la perspectiva de AIE (Sociedad de Gestión de Artistas, Intérpretes y Ejecutantes de España), una sociedad de gestión con estructura empresarial pero ADN solidario. Veremos cómo los valores y objetivos de la entidad van entrelazándose con los del Trabajo Social. Tendremos la oportunidad de acercarnos a aquellos rasgos de la entidad que hacen posible que el Trabajo Social se imbrique en su estructura, pero también analizaremos los elementos que convierten al trabajador social en partícipe del crecimiento de la entidad.

1.- AIE: sociedad de gestión de artistas intérpretes y ejecutantes de España. Origen y fundamentación jurídica

Las siglas responden al nombre de la sociedad de gestión de Artistas Intérpretes o Ejecutantes. Se trata de una sociedad colectiva, solidaria y democrática sin ánimo de lucro que gestiona los derechos de los músicos¹.

Nace en 1989, año en el que es autorizada por el Ministerio de Cultura de España, bajo cuya tutela se encuentra, al amparo de la Ley de Propiedad Intelectual (LPI) de 1987, actualmente no vigente, contenida en el Texto Refundido de la LPI, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1996 del 12 de Abril de 1996.

En sus más de 20 años de historia ha recorrido un importante camino en la defensa de los derechos de los músicos así como en la promoción de este aspecto tan importante de nuestra cultura. Su actividad abarca múltiples frentes, tratando de paliar las carencias que el sector de la música viene arrastrando desde hace tiempo.

1.1.- Compromisos, objetivos y valores²:

COMPROMISOS: La misión principal de AIE es proteger la música, garantizar los derechos de los artistas y desarrollar un amplio abanico de iniciativas orientadas a estimular nuevos contenidos musicales y a fomentar programas de apoyo y formación a los artistas. AIE apoya a los artistas intérpretes o ejecutantes a lo largo de su ciclo vital: Como veremos a lo largo de la presente comunicación, AIE, a través de su Fondo Asistencial y Cultural, impulsa una amplia diversidad de actividades musicales y de formación que permite a los artistas intérpretes y ejecutantes iniciar y consolidar sus carreras musicales en condiciones más favorables. Complementariamente, dispone de un conjunto de programas de apoyo y asistencia a nuestros artistas mayores.

1 Fuente: Estatutos de “Artistas Intérpretes o Ejecutantes, Sociedad de Gestión de España” (AIE), según redacción dada por la Asamblea General Extraordinaria de 15 de junio de 2015.

2 Fuente: web aie.es



OBJETIVOS: Los objetivos que persigue AIE como Sociedad de Gestión de los Artistas Intérpretes o Ejecutantes son los siguientes:

- Gestión de los derechos de todos los Artistas Intérpretes o Ejecutantes musicales y su desarrollo y protección.
- Difusión continuada de la música y los músicos mediante la organización y colaboración en un amplio catálogo de actividades de carácter educativo, formativo y promocional, así como apoyando las asociaciones profesionales de músicos.
- Apoyo integral a sus socios, Artistas Intérpretes o Ejecutantes, en el desarrollo de su actividad musical: Ayuda en la educación, formación y promoción de los profesionales de la música a lo largo de toda su trayectoria de cara a su lanzamiento y consolidación; Despliegue de actividades sociales y asistenciales para apoyar a los socios artistas más desfavorecidos, especialmente nuestros mayores.

VALORES: El modelo estratégico y de gestión de AIE se sustenta en cuatro principios: Honestidad, Transparencia, Eficacia y Compromiso, todos ellos orientados por la Solidaridad.

2.- Población destinataria: perfil sociológico y diagnóstico de necesidades del colectivo²

Desde AIE se tiene conciencia de la importancia de conocer al colectivo de artistas al cual representa, por ello, en 2009 y 2014 se realizaron sendos estudios sociológicos que revelan interesantes datos sobre la realidad de los músicos en nuestro país. Las principales conclusiones son:

- Se trata de un colectivo muy heterogéneo.
- Profesión masculinizada, tan solo un 20 % de mujeres.
- Edad media 45.5 años. El 9 % de los socios de AIE son mayores de 65 años.
- Dispersión geográfica: AIE tiene socios en todo el territorio nacional, aunque se detecta mayor concentración en Madrid, Cataluña y Andalucía.
- El nivel formativo es superior al de la media nacional, con un 56 % de socios en posesión de titulación de grado superior.
- En cuanto a la actividad que desempeñan: el 52 % se dedica en exclusiva a la música, mientras que el 35 % la compatibiliza con otras actividades y el 13 % no trabajan actualmente (este último dato se ha incrementado

notablemente desde el anterior estudio de 2009, que mostraba que únicamente el 4 % estaba desempleado).

- Pérdida de poder adquisitivo del colectivo respecto al estudio de 2009.

Las consecuencias de la crisis económica sobre este sector, vienen a sumarse a las dificultades propias del colectivo para cotizar a la Seguridad Social, poniendo de manifiesto su situación de vulnerabilidad social. Como consecuencias directas a través de nuestra intervención social constatamos que:

- La cotización a la Seguridad Social es intermitente e insuficiente.
- El RETA no se adapta a la situación laboral del músico, por lo que en escasas ocasiones se convierte en el cauce idóneo para cotizar a la Seguridad Social.
- El régimen especial de artistas es de difícil aplicación en la práctica, ya que los propios contratantes lo desconocen y son reacios a utilizarlo.
- Falta de compromiso de las administraciones públicas por apoyar un nuevo modelo de negocio: IVA cultural, devaluación de la formación musical..., etc.

Diagnóstico de necesidades:

Por todo lo anterior, nuestros socios se encuentran ante las siguientes dificultades:

- Difícil acceso a prestaciones contributivas especialmente grave al llegar a la edad de jubilación.
- Sin cobertura en caso de invalidez temporal.
- Sin protección para sus familias: orfandad, viudedad.
- Precisan la contratación de coberturas privadas.

3.- Cartera de servicios asistenciales de aie: área cultural y área asistencial

Desde sus orígenes AIE ha dejado claro su carácter solidario y sensible ante las dificultades que afectan al colectivo de músicos.

La atención que se presta a los socios ha ido evolucionando y tecnificándose con el paso del tiempo, para adaptarse a las necesidades emergentes.

La actual situación socio económica exige elaborar respuestas individualizadas y de carácter integral que atiendan tanto a aspectos económicos y laborales, como personales y familiares, lo que constituye una completa política social.

³ Estudio sociológico CIMEC 2013



La entidad cuenta con el departamento de Fondo Asistencial y Cultural desde el cual se articulan todos estos servicios e iniciativas. Su dotación económica responde a lo previsto en la Ley de Propiedad Intelectual, es decir el 20 % de la recaudación por copia privada. De forma solidaria, la entidad recoge en sus estatutos una aportación del 10 % de la recaudación de comunicación pública de todos sus socios⁴.

Las acciones que se llevan a cabo se focalizan en dos áreas:

Área Cultural: Dirigida a la promoción de la música en directo, formación musical y apoyo de proyectos culturales:

- Ayudas económicas a proyectos culturales.
- Programa de formación: cursos gratuitos para profesionales, becas de formación y alta especialización.
- Circuitos de música en directo: AIE en Ruta Artistas, Instituto Cervantes, etc.
- Intercambios internacionales con Europa y América Latina.

Área asistencial: Dirigida a acompañar a nuestros socios en momentos de dificultad mediante el diseño de servicios y proyectos específicos para el colectivo:

- Unidad de Trabajo Social.
- Pólizas de seguros privadas.

3.1.- Unidad de Trabajo Social:

La atención a los socios en situación de dificultad ha ido tecnificándose y evolucionando para adaptarse a las necesidades emergentes. Desde el año 2007 en el departamento de Fondo Asistencial y Cultural se cuenta con la presencia de un trabajador social como miembro estable del equipo. De este modo se responde a la necesidad de una atención específica a las problemáticas de índole social que los músicos trasladaban a la entidad. La unidad de trabajo social ofrece un servicio de información, orientación y asesoramiento sobre recursos sociales propios y externos de la entidad. A través de este servicio, se realiza un diagnóstico de necesidades individualizado, valorando los recursos idóneos en su entorno y poniendo a la persona en contacto con ellos.

El acceso a estos servicios de información también puede realizarse por correo electrónico, ya que los socios disponen de un “buzón de orientación social” para trasladar aquellos temas que les resulten especialmente sensibles.

El servicio de información y orientación se complementa con una serie de guías a disposición de los socios, que se editan en respuesta a las necesidades emergentes:

- Guía de Recursos Sociales.
- Guía de Orientación Laboral.
- Catálogo de recursos gerontológicos.

La Unidad de Trabajo Social además presta soporte a las sedes de Barcelona y Sevilla, apoyando en la supervisión de casos especialmente complicados o sensibles.

3.2.- Pólizas De Seguros:

La entidad, consciente de las dificultades que afronta el colectivo en el desempeño de su profesión, contrata anualmente a nombre de sus socios pólizas privadas para la cobertura de contingencias:

- Seguro de accidentes.
- Seguro de asistencia en viajes.

También se negocian otra serie de ventajas y descuentos para el colectivo, de modo que puedan acceder a cobertura médica o seguros de instrumentos musicales, equipos de sonido, etc.

4.- Intervención social desde AIE: germen y futuro del trabajo social

4.1.- El germen del Trabajo Social en la entidad

Desde el primer momento de la puesta en marcha de AIE existió un firme compromiso solidario hacia el resto de músicos, compañeros de profesión que se encontrasen en situación de dificultad.

En origen se trató de una respuesta de carácter eminentemente asistencial y paliativo, a modo de ayuda económica. La recepción de las demandas se realizaba desde el departamento de Fondo Asistencial y Cultural, desde donde se empezó a ver la necesidad de prestar una atención mucho más sistematizada.

La atención a estos casos de necesidad, se realizaba por el propio personal administrativo del departamento, que respondían a las demandas desde una perspectiva filantrópica, condicionada por la emotividad y la empatía que se establecía entre los socios y el personal de AIE.

Con el tiempo las personas que atendían este tipo de demandas acusaban la intensidad emocional a la que se veían expuestos, por lo que fue calando la idea de contar con un profesional que aportase una mayor rigurosidad en las intervenciones y estableciese un espacio profesional de intervención. Esta necesidad derivó en la contratación de un trabajador social en 2007, como miembro estable del equipo de AIE.

La evolución observada en la atención a las necesidades de los socios nos acerca a intervenciones mucho más tecnificadas y especializadas. Además ha permitido una mayor diversificación de las ayudas, de modo que en la actualidad, además de prestarse apoyo económico se ofrecen otros servicios.

En estos momentos, el acceso a las ayudas asistenciales sigue un protocolo riguroso y transparente, que garanti-

⁴ Fuente: Estatutos de “Artistas Intérpretes o Ejecutantes, Sociedad de Gestión de España” (AIE), según redacción dada por la Asamblea General Extraordinaria de 15 de junio de 2015.



za la igualdad a todos los socios del territorio nacional. El gran salto cualitativo se ha conseguido al establecer diferentes tipologías dentro de las ayudas asistenciales, lo que permite un estudio y valoración detallados de cada situación.

Estas tipologías agrupan las demandas del siguiente modo:

- A.- Ayudas a Personas mayores y/crónicos.
- B.- Ayudas Socio-sanitarias.
- C.- Ayudas Socio-laboral.
- D.- Ayudas por fallecimiento del socio.
- E.- Ayudas Finalistas.
- F.- Ayudas a Proyectos Asistenciales.

Los baremos se han diseñado teniendo en cuenta los diferentes aspectos bio-psico-sociales que se ponen de manifiesto en cada tipología. Con este nuevo sistema conseguimos una mejor redistribución de las ayudas, optimizando los recursos que la entidad pone a disposición de los socios en situación de dificultad.

Además, la Comisión que aprueba estas ayudas, cuenta con elementos consistentes en base a los que emitir sus decisiones, lo que facilita su tarea.

El estudio de las peticiones se hace siguiendo la metodología de caso de modo que se parte de una evaluación de las necesidades individualizada, para más tarde poner a la persona en contacto con los recursos de apoyo más adecuados a su situación. Con ello se pretende ofrecer respuestas integrales, que van más allá de la mera ayuda económica y promueven cambios en la situación problemática que ha dado origen a su petición de ayuda.

4.2.- Futuro: la senda de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC)

La corresponsabilidad asumida desde el sector empresarial respecto a las problemáticas sociales, económicas y medioambientales nos brinda nuevos espacios de intervención. La mayor presencia en nuestro entorno empresarial de iniciativas vinculadas a la RSC abre un nuevo camino de crecimiento de nuestra profesión dentro de las entidades privadas. En el caso de AIE, desde el año 2013 se vienen incorporando a sus líneas estratégicas elementos muy significativos que refuerzan esta senda de compromiso social, como son el Código de Buenas Prácticas y Carta de Servicios.

Según el estudio elaborado por ERCoVa-Cruz Roja⁵, sobre el perfil profesional del Técnico en Responsabilidad Social de la Empresa, se pone de manifiesto que de las diversas disciplinas vinculadas a la RSC, el ranking de profesiones sitúa en primer lugar Administración de Empresas (48 %), en segundo lugar Derecho (35 %) y Trabajo Social como tercero (32 %) lo que nos brinda

un espacio profesional donde poner en valor nuestras competencias.

5.- Trabajo social corporativo

Una empresa es socialmente responsable cuando además de cumplir con sus obligaciones legales integra voluntariamente en sus estructuras objetivos y estrategias de respeto por los derechos humanos, el medio ambiente y la sociedad que le rodean, mostrándose responsable del impacto que su actividad pueda causar⁶.

El trabajador social desde el contexto empresarial se convierte en un importante agente de cambio, con posibilidad de promover:

- Elaboración y evaluación de proyectos sociales, potenciación del mecenazgo.
- Gestión del voluntariado corporativo.
- Estrategias de gestión de conflictos.
- Medidas de conciliación personal y profesional.
- Atención a la diversidad: accesibilidad del medio físico.
- Detección de riesgos psico-sociales.
- Relación de la empresa con el entorno comunitario: interlocutor con el tercer sector y administraciones públicas.

5.1.- Influencia del contexto empresarial en el Trabajo Social

Se concretan en los siguientes enunciados:

- El trabajador social se integra en el equipo profesional empresarial, interactuando con el resto de técnicos: abogados, financieros, etc. El trabajo social se ha nutrido de múltiples disciplinas para consolidar su cuerpo teórico y práctico. En la actividad diaria del Trabajo Social corporativo sucede lo mismo, se da un proceso de enriquecimiento mutuo con el resto de personal, mediante el cual se van incorporando vocabulario, estrategias, etc.

- Compromiso de excelencia de la entidad: protocolos de calidad y control de procesos que determinan los procedimientos de tramitación de ayudas y los plazos de respuesta. Cumplimiento de IP y superación de auditorías internas y externas. Carta de Servicios y Código de Buenas Prácticas.

- Las respuestas diseñadas son el reflejo de los valores imperantes en la entidad: máximos pilares: rigor, equidad y sostenibilidad.

- Trabajo por objetivos: cuantificación de lo cualitativo. Proceso de mejora continua y motivación por cumplimiento de metas.

5 Fuente: documento "Técnico/a en Responsabilidad Social de la Empresa. Perfil Profesional" Ercova-Cruz Roja.

6 Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo y al Comité Económico y Social Europeo. Poner en práctica la asociación para el crecimiento y el empleo: hacer de Europa un polo de excelencia de la responsabilidad social de las empresas



5.2.- Influencia del Trabajo Social en el contexto empresarial

El Código Deontológico de la Profesión, recoge a lo largo de su articulado diversas referencias a este respecto, el Capítulo III. Derechos y Deberes de los Trabajadores Sociales, apartado C, en relación a las Instituciones, señala algunos aspectos de directa aplicación al contexto empresarial:

Artículo 35.- El profesional del Trabajo Social asumirá los principios de este código y la promoción de derechos y deberes sociales en las organizaciones y entidades en las que ejerza su actividad, apoyando responsablemente y de manera activa, en la medida de sus posibilidades, los procesos orientados a la mejora de la calidad de los Servicios Sociales.

Artículo 36.- El profesional del Trabajo Social ha de conocer la normativa, la organización y el funcionamiento de la entidad en la que trabaja, respetando sus objetivos.

Artículo 37.- El profesional del Trabajo Social, para mayor eficacia y eficiencia de las organizaciones y sus servicios, y en beneficio de las personas usuarias y de la comunidad, debe promover la participación en la mejora de las políticas sociales, en la planificación y organización, en los procedimientos y protocolos, en los estándares de calidad y el Código Deontológico de la institución u organismo donde presta sus servicios.

Artículo. 42.- El profesional del Trabajo Social debe tener una visión global del trabajo a realizar en la institución en la que presta sus servicios, y establecer prioridades con criterios objetivos acordes con la misión de la entidad y en función de las necesidades detectadas en la realidad social.

Conclusiones

Como planteábamos en la introducción de esta presentación, el trabajador social se convierte en partícipe del crecimiento de la entidad a través de diversas aportaciones:

- Normalización de procesos: contribuye a la estandarización de procesos y al acceso a los recursos en condiciones de igualdad.
- Se ha construido un marco de servicios y prestaciones para compensar los desequilibrios y efectos perversos de las medidas del Estado con este colectivo, constituyéndose una política social propia.
- Racionalización de la distribución de las ayudas: trabajador social como gestor de recursos.
- Desarrolla nuevas herramientas: métodos y técnicas de intervención social específicas.
- Identificación de nuevos perfiles de necesidad.
- Desarrollo de respuestas: individualizadas, integrales e integradoras.
- Diagnóstico de necesidades: evaluación de demandas implícitas y explícitas.

Somos agua, nos adaptamos al espacio que nos contiene, recorriendo cada rincón con nuestra mirada analítica. A nuestro paso, como el agua, vamos dejando nuestra huella transformadora.

Bibliografía

VV.AA. (2012). Código Deontológico del Trabajo Social. Texto aprobado por Asamblea Extraordinaria General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes sociales en su sesión extraordinaria de 9 de Junio de 2012.

VV.AA. (2014). Memoria corporativa AIE. Madrid: Edición propia.

VV.AA. (2013). Estudio Sociológico CIMEC 2013. Edición propia.

VV.AA. Documento ERcoVa: Técnico en Responsabilidad Social de la Empresa. Perfil Profesional.

Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

VV.AA. (2015). Estatutos de "Artistas Intérpretes o Ejecutantes, Sociedad de Gestión de España" (AIE), según redacción dada por la Asamblea General Extraordinaria de 15 de junio de 2015.

Fuentes electrónicas: www.aie.es (Diciembre 2015).



ITINERARIOS DE ESPECIALIZACIÓN ORIENTACIÓN ESPECÍFICA DEL GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Genoveva Rosa Gregori.

Carme Fernández Ges.

Gisela Riberas Bargalló.

Jesús Vilar Martín.

Maria Tereza Leal Cavalcante.

Resumen

La comunicación presenta la experiencia de implantación de itinerarios de especialización en el Grado de Trabajo Social de la Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés (Universidad Ramón Llull) como ejemplo de buena praxis. Se describen las asignaturas que constituyen cada itinerario así como los resultados de aprendizaje a conseguir en el desarrollo de las competencias profesionales y finalmente se muestran algunos datos sobre el resultado de la acreditación de Centro de la Unidad de Calidad Universitaria de Catalunya (AQU), así como los niveles de satisfacción manifestados por los estudiantes y tutores/as de los centros de prácticas.

Palabras clave: Grado en Trabajo social, Itinerarios de especialización, competencias profesionales.

Key words: Social work degree, Specialization itineraries, Professional skills.

1. Introducción

La Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés es un centro de la Universidad Ramón Llull y de la Fundación Pere Tarrés, que da continuidad a la primera escuela de Trabajo Social del Estado español la “Escuela de Asistencia Social para la Mujer”, la cual se fundó en Barcelona en 1932 y tras varias vinculaciones institucionales, se integró en 1978 en el Instituto Católico de Estudios Sociales (ICESB) con el nombre de Escuela de Asistentes Sociales.

La Facultad imparte estudios universitarios en el marco de la Universidad Ramón Llull desde la aprobación del Decreto 176/1992. Integra la trayectoria formativa de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social y de Educación Social, dos centros que, con inicios diferenciados, se constituyen el 31 de enero de 2010 como Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés. Los planes de estudios actualmente vigentes con reconocimiento oficial son: Grado en Trabajo Social, Grado

en Educación Social, Máster Universitario en Modelos y Estrategias de acción social y educativa en la infancia y la adolescencia, Máster Universitario en Dirección, gestión e intervención en servicios sociales, Máster Interuniversitario en prevención y gestión de riesgos en la comunidad (en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona) y el Programa de Doctorado en Ciencias de la Educación y del Deporte (en colaboración con dos facultades de la Fundación Blanquerna - URL).

En cuanto al volumen de estudiantes, el curso 14/15 el centro tuvo 930 estudiantes matriculados, el 68,17 % de los que cursaba alguna de las titulaciones oficiales impartidas, mientras que el resto se distribuía entre las titulaciones propias de posgrado.

Actualmente contamos con la acreditación de Centro de la Unidad de Calidad Universitaria de Catalunya (AQU) con un resultado favorable de todos los estándares: calidad de los programas formativos, pertinencia de la información pública, eficacia del sistema de garantía interna de calidad y adecuación del profesorado a los programas formativos, calidad de los resultados con el programa formativo añadiendo como dimensión adicional el desarrollo e inserción profesional.

Desde esta misma evaluación, obtiene el máximo nivel de calidad el estándar de eficacia de los sistemas de apoyo al aprendizaje como punto fuerte de la facultad, destacando el Plan de Acción Tutorial, el servicio de orientación y promoción profesional, la calidad de los indicadores de satisfacción con la orientación académica y laboral, el número de inserciones laborales, la gestión de las prácticas externas y la proximidad y acompañamiento de los docentes con el alumnado.

El Plan de Estudios del Grado de Trabajo Social contempla la posibilidad de terminar los estudios con un itinerario específico para dar una mejor respuesta a las necesidades del contexto profesional al que se vincula. El hecho de incorporar itinerarios formativos partió de las sugerencias que al respecto nos hicieron profesionales que ejercían como tutores de prácticas de nuestros estudiantes. La implantación y el desarrollo de estos itinerarios de especialización ha sido objeto de análisis y de reflexión por parte de los docentes y estudiantes del Grado.

2. Enfoque del programa de estudios

La formación del Grado en Trabajo Social de nuestra Facultad está enfocada a conseguir profesionales reflexivos, críticos y responsables. La orientación del Plan de Estudios se basa en que el Trabajo Social es una profesión aplicada que interviene en procesos de cambio. Cambios a nivel individual potenciando el desarrollo de



las capacidades de las personas. Cambios a nivel social defendiendo los intereses de los que se encuentran en situaciones vulnerables. Cambios en las miradas hacia ciertos colectivos para avanzar en la sensibilización, la igualdad de oportunidades y el buen trato.

Desde el análisis y la reflexión incidimos en la capacitación científica, en el dominio de técnicas y recursos metodológicos, en el desarrollo de competencias relacionales y en la capacitación ética. Entendemos la profesión desde el modelo acción reflexión donde se pasa de un modelo tecnocrático o actor a un modelo reflexivo, donde el profesional cuenta con las competencias emocionales y actitudinales que le llevan al compromiso, la responsabilidad social y a la resolución de los conflictos desde una perspectiva constructiva.

Es por ello que desarrollamos una propuesta vinculada a uno de los ejes de nuestras líneas de investigación donde, desde la asignatura de ética profesional, que se realiza en tercer curso del Grado, el estudiante establece una investigación en su centro de prácticas para identificar los conflictos que tienen los profesionales en su ámbito de actuación así como las estrategias para gestionarlos. Este proceso de análisis culmina en las prácticas de cuarto curso en las que los estudiantes realizan sobre su propia práctica este análisis. En ambos casos es clave el acompañamiento por parte de los supervisores y de los tutores de los centros de prácticas que facilitan el proceso de aprendizaje y de reflexión que realiza el estudiante.

3. Configuración de los Itinerarios de especialización

Los itinerarios de especialización recogidos en la Memoria del Grado en Trabajo Social se han configurado a través del diseño de asignaturas optativas, de la ubicación de los centros de prácticas en el itinerario correspondientes y de la elección de temática del Trabajo Final de Grado acorde al mismo.

El estudiante que desee obtener al final del Grado la acreditación de haber realizado un itinerario de especialización tiene que cursar unas determinadas asignaturas optativas, así como realizar las prácticas de 3er. y 4º curso, y el Trabajo Final de Grado vinculados al itinerario escogido.

Los cuatro Itinerarios de especialización implementados son los siguientes:

Itinerario 1: Vulnerabilidad e inclusión social.

Itinerario 2: Salud y promoción de la autonomía.

Itinerario 3: Infancia y adolescencia.

Itinerario 4: Diversidad, comunidad y cooperación al desarrollo.

Del total de 24 ECTS (sistema de transferencia y acumulación de créditos) de optatividad, los estudiantes que opten a un itinerario han de cursar 12 ECTS de las asignaturas “obligatorias” del itinerario escogido. Los 12 ECTS restantes los escogerá del total de la oferta de optativas; esta oferta incluye las asignaturas optativas transversales, seminarios, participación en actividades extraacadémicas y también las asignaturas optativas de otros itinerarios.

ITINERARIO DE ESPECIALIZACIÓN	ECTS
Cuatro asignaturas obligatorias de itinerario	12
Asignaturas/seminarios/otros	12
Prácticas externas de itinerario	31
Trabajo final de Grado de itinerario	11

Las asignaturas optativas se contemplan con creditaje de 3 ECTS y los seminarios con 1 o 1,5 créditos ECTS, según su duración. Se ofrecen a partir de 2º curso.

4. Distribución de asignaturas optativas por itinerarios de especialización: competencias específicas y resultados de aprendizaje

A continuación se concretan las asignaturas de cada itinerario así como las competencias y las evidencias de los resultados de aprendizaje que los estudiantes han de mostrar al finalizar el proceso de aprendizaje de las mismas.

Itinerario 1: Vulnerabilidad e inclusión social

- 1.1. Pobreza y exclusión social: estrategias de intervención.
- 1.2. Acompañamiento a personas con diversidad funcional.
- 1.3. Intervención en el ámbito de la justicia.
- 1.4. Inserción sociolaboral.

Competencias que adquiere el estudiante:

- C1. Detectar situaciones de riesgo social desarrollando acciones para hacer frente a las mismas y evaluando sus resultados.
- C2. Promover el desarrollo y la autonomía de las personas, facilitando procesos de participación y de vinculación con el entorno.

Resultados del aprendizaje:

- Sabe analizar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones sociales.
- Conoce los factores generadores de vulnerabilidad que dificultan o impiden los procesos de inclusión social.
- Tiene pericia para discriminar las posibles respuestas sociales a necesidades, diferenciándolas de otros tipos de respuestas posibles (sanitarias, educativas, terapéuticas...).



- Es capaz de tratar los factores de vulnerabilidad en colectivos específicos.
- Aplica estrategias y métodos específicos de intervención profesional.
- Sabe implementar planes, programas y proyectos sociales.

Breve descripción de contenidos:

Factores determinantes en los procesos de inclusión social. Riesgo, vulnerabilidad y mecanismos para neutralizar sus efectos. Programas sociales y educativos para potenciar la incorporación social. Territorio, redes y procesos inclusivos. Conocimiento en profundidad de distintos contextos y problemáticas específicas de intervención. Técnicas de atención profesional.

Itinerario 2: Salud y Promoción de la Autonomía

- 2.1. Intervención socioeducativa en drogodependencias.
- 2.2. Intervención en servicios sociosanitarios.
- 2.3. Gente mayor y salud comunitaria.
- 2.4. Intervención socioeducativa en el ámbito de la salud mental.

Competencias que adquiere el estudiante:

- C1. Intervenir de manera eficaz dentro de los sistemas, redes y equipos interdisciplinares, aplicando los principios del trabajo en equipo.
- C2. Promover el desarrollo y la autonomía de las personas, facilitando procesos de participación y de vinculación con el entorno.

Resultados del aprendizaje:

- Conoce y comprende la realidad de las personas con problemas de salud.
- Es capaz de reconocer las características de los problemas de salud que ocasionan una intervención profesional.
- Identifica el rol del/de la trabajador/a social en este espacio profesional.
- Aplica métodos y técnicas de atención sociosanitaria.
- Sabe acompañar en procesos para la promoción de la autonomía personal.
- Utiliza técnicas de soporte en grupos de ayuda mutua.

Breve descripción de los contenidos:

El profesional como agente de salud. La persona con problemas de salud. El ámbito sanitario y el modelo de atención integral. La familia y el enfermo como unidad de tratamiento, el trabajo psicosocial con la familia. El/la trabajador/a social y el equipo interdisciplinario. Intervención para la autonomía de la persona enferma. La toma de decisiones. Técnicas de acompañamiento y de intervención. El soporte emocional. Recursos grupales y comunitarios.

Itinerario 3: Infancia y adolescencia

- 3.1. Infancia y familia.
- 3.2. Intervenciones con adolescentes y jóvenes.
- 3.3. Salud, sexualidad y relaciones interpersonales en la adolescencia.
- 3.4. Optativa a escoger de uno de los lenguajes artísticos transversales: Música y acción socioeducativa, Artes plásticas y acción socioeducativa, Teatro y expresión corporal para la acción socioeducativa.

Competencias que adquiere el estudiante:

- C1. Comprender los referentes teóricos, culturales, políticos, ambientales y legales que afectan a los procesos de desarrollo de las personas.
- C2. Detectar situaciones de crisis o riesgo social desarrollando acciones para hacer frente a las mismas y evaluando sus resultados.
- C3. Intervenir con personas, familias, grupos y comunidades para promover cambios y mejorar las condiciones de vida utilizando métodos y modelos de Trabajo Social.

Resultados del aprendizaje:

- Conoce y comprende críticamente las diferentes perspectivas teóricas y metodológicas en el Trabajo Social con infancia y adolescencia.
- Comprende las implicaciones de los marcos legales actuales en las políticas de infancia.
- Detecta y analiza los conflictos y desajustes en esta etapa de desarrollo.
- Conoce y aplica los métodos específicos de intervención con menores y sus familias.
- Aplica métodos de valoración de las necesidades y las posibles opciones para orientar una estrategia de intervención.
- Contextualiza las habilidades y destrezas profesionales para trabajar con la infancia y la adolescencia.
- Domina técnicas de planificación, organización y diseño de programas/proyectos sociales.

Breve descripción de contenidos:

Los marcos legales para la infancia y la adolescencia. Infancia y riesgo social. Instituciones especializadas. La promoción y la participación de la infancia y la adolescencia. Los espacios sociales de la infancia y la adolescencia. Tipología de redes para el trabajo integrado. Las expectativas adolescentes. El bienestar de la infancia y los factores de riesgo. La protección de menores como contexto del Trabajo Social. Intervención en la infancia en riesgo y en situación de desamparo.

Itinerario 4: Diversidad, comunidad y cooperación al desarrollo

- 4.1. Acción comunitaria y migraciones.
- 4.2. Cooperación internacional para el desarrollo.
- 4.3. Diálogo interreligioso y acción social.
- 4.4. Estrategias de participación ciudadana.



Competencias que adquiere el estudiante:

- C1. Comprender los referentes teóricos, culturales, políticos, ambientales y legales que afectan a los procesos de desarrollo de personas, grupos y comunidades.
- C2. Diseñar, implementar y evaluar proyectos de intervención social adaptados a las necesidades y contextos.

Resultados del aprendizaje:

- Comprende los diferentes contextos sociales, políticos, económicos, culturales y educativos existentes.
- Es capaz de analizar comparativamente las diversas realidades existentes en relación a las políticas sociales sectoriales y ámbitos de intervención social.
- Conoce y comprende el objeto y los mecanismos de actuación de la cooperación al desarrollo.
- Conoce los principales actores internacionales y nacionales, públicos y privados que intervienen en las políticas, programas y proyectos de la cooperación al desarrollo.
- Conoce y sabe aplicar los métodos propios de la acción social en el campo de la cooperación.
- Es capaz de diseñar, gestionar y evaluar proyectos de cooperación y de participación ciudadana.

Breve descripción de contenidos:

Las relaciones de dependencia en el marco de los procesos de mundialización. Teorías y conceptos sobre cooperación y desarrollo Evolución histórica. Políticas, actores y prácticas. Efectividad y nuevos retos, Ámbitos, instrumentos, estrategias y modelos de intervención. Participación ciudadana y desarrollo comunitario. La dimensión intercultural. Acción social y migraciones. Diseño, gestión y evaluación de proyectos de cooperación. Análisis comparativo de políticas sociales sectoriales y modelos de intervención a nivel internacional.

Entre las asignaturas optativas que complementan las propias de cada itinerario cabe destacar las que inciden en el abordaje estratégico de situaciones profesionales, la atención psicosocial en procesos de cambio y la intervención en contextos residenciales. Las que se ofrecen en formato de seminarios profundizan en diferentes herramientas de intervención como son la mediación, el coaching así como en la atención en las urgencias sociales y la visita domiciliaria.

5. Prácticas y Trabajo Final de Grado

Uno de los ejes sobre los que se basa la formación del estudiante, es el conocimiento reflexivo de la realidad social donde deberá intervenir profesionalmente a partir de la identificación de sus propias capacidades. El Prácticum se convierte en el puente entre el mundo académico y el profesional, ya que permite conectar los aprendizajes teóricos con aquellos más prácticos.

En el Prácticum, desde el primer curso el estudiante cuenta con un/a tutor/a que orientará su trayectoria

académica y su preparación en competencias profesionales en un grupo reducido estudiantes (de 15 a 18 estudiantes), de manera que se enfatiza el acompañamiento en forma de seminarios prácticos en primer y segundo curso y se completa con las prácticas en centros en tercero y cuarto. En las prácticas, la función tutorial se refuerza ya que el estudiante cuenta con el apoyo de un trabajador/a social en activo, con rol de formador de prácticas, además de la figura de un supervisor de las mismas en la Facultad.

El estudiante interviene en todo el proceso del Prácticum con implicación y autonomía creciente para alcanzar las capacidades relacionadas con las competencias profesionales. Por todo ello, planteamos el Prácticum desde una triple dimensión: capacitación personal, académica y técnica. Para asegurar realmente el aprendizaje y el desarrollo de competencias que giran en torno a esta triple dimensión, el Prácticum debe ser simultáneamente: un espacio de ensayo, de inmersión profesional y un espacio vivencial y de autoconocimiento, donde el trabajo de las actitudes tiene un peso importante. Desde esta perspectiva, el estudiante adquiere todo el protagonismo en un proceso progresivo de crecimiento y de capacitación personal guiado por el tutor y acompañado por sus compañeros con los que creará espacios de intercambio y de ayuda mutua.

A través del plan tutorial se garantiza el acompañamiento del estudiante en la elección del itinerario de especialización, del centro de prácticas y del tema a desarrollar en su Trabajo Final de Grado.

Los agentes que intervienen en la implementación del plan tutorial en el Grado son: Vicedecanato y Dirección Académica de Grado, Directora de titulación, Coordinadoras de curso, Tutores-Supervisores, Coordinadora del Servicio de Ocupación y Promoción Profesional, Coordinadora de Relaciones Internacionales y los tutores de los centros de prácticas.

Todos estos profesionales actúan de manera coordinada para la consecución de las competencias específicas de cada módulo o materia y de las competencias transversales propias de las titulaciones y las propias del itinerario de especialización para los estudiantes que han optado a una de las cuatro especializaciones.

A lo largo de las promociones de graduados hasta el momento, observamos que el itinerario de especialización más escogido por los estudiantes de la titulación de Trabajo Social es el de Salud y promoción de la autonomía (36,4 %) junto con el de Vulnerabilidad e inclusión social, con un 33,6 %; en tercer lugar el de Infancia y adolescencia con un 17,3 % quedando finalmente el de Diversidad, comunidad y cooperación al desarrollo con un 12,7 %.



Conclusiones

Del despliegue de los itinerarios de especialización observamos que hay una relación entre los itinerarios escogidos por los estudiantes con las posibilidades de inserción laboral del ámbito. Estamos trabajando desde la dirección de la titulación en la apertura de nuevos espacios de trabajo como pueden ser la atención en urgencias y emergencias sociales, y la atención a la pequeña infancia.

El grado de satisfacción de los estudiantes con el programa formativo de la titulación es muy elevado, con un índice de un 81,5 %². Por otro lado el 89 % de los estudiantes considera que el Plan de estudios está muy orientado a la realidad de la profesión de manera que los capacita para una intervención de calidad con un gran conocimiento de las competencias profesionales. Por otra parte, los tutores de los centros de prácticas valoran satisfactoriamente nuestro modelo en un 89 %.

Cabe destacar que contamos con un índice de inserción laboral del 78 % al finalizar los estudios y que el 100 % de los titulados ocupados encuentran trabajo en los 6 primeros meses después de la graduación. Las prácticas son el primer mecanismo de acceso al mundo laboral: el 31 % de los estudiantes trabaja en el centro o entidad en la que han realizado las prácticas.

Aunque los grados universitarios tienen un carácter generalista de formación, los itinerarios de especialización aportan a los estudiantes una base formativa más sólida para la intervención profesional en un ámbito específico. Este hecho es valorado especialmente cuando se han de atender situaciones complejas que requieren competencias específicas del ámbito. Por otro lado, los contenidos de cada itinerario se podrán profundizar en los másters que dan continuidad a los mismos. Los datos obtenidos nos permiten hacer una valoración positiva del modelo formativo y seguir mejorando en la implantación de los itinerarios formativos.

² Los porcentajes que se presentan corresponden a los datos obtenidos en el curso 2014-15 y que se recogen en el Informe de Seguimiento de Centro.



COACHING SOCIAL: OTRA FORMA DE ACOMPAÑAR EN PROCESOS DE CAMBIO

Cristina Ramón Callejo

Resumen

La irrupción del coaching en el ámbito de la intervención social, es algo novedoso. Partimos de las diferentes escuelas de coaching, para centrarnos en el coaching ontológico, como un tipo de coaching que sintoniza y conecta con el Trabajo Social y más concretamente con la intervención social. ¿Está el Trabajo Social abierto a la incorporación de esta disciplina en los procesos de cambio?

Summary

The emergence of coaching in the field of social intervention represents a novelty. Starting from the different coaching schools, we put a focus on ontological coaching as a kind of coaching that is in tune with social work and, more specifically, with social intervention. Is Social Work open to the inclusion of this subject in the change processes?

Palabras clave: Proceso, Cambio, Observador, Conversación, Lenguaje.

Key words: Process, Change, Observer, Conversation, Language.

Una de las experiencias vitales más importantes y trascendentes a las que los seres humanos nos enfrentamos es la muerte. Vivimos para morir. Esto, que resulta ser una de las facticidades de la vida, en algún momento u otro nos toca. Una de mis experiencias vitales más intensas, de esas experiencias que marcan el río de la vida fue esta, no en primera persona pero sí en la pérdida y el duelo de alguien muy importante para mí. Y a partir de ahí, comenzaron a surgirme muchos interrogantes y quizá el más importante tenía que ver con el sentido de mi vida.

Rafael Echeverría, uno de los padres del coaching ontológico en el que me he formado y que practico, nos habla de tres conversaciones que todo ser humano tiene a lo largo de su vida¹. Estas tres conversaciones son:

- Con uno mismo (conversaciones internas).
- Con los demás (conversaciones públicas).
- Conversación metafísica.

Quizá y por las circunstancias, en un momento de mi vida, se hizo presente con mayor presencia y conciencia esa conversación metafísica, acerca de mí, de mi misión en la vida, de si estaba contenta con la vida que tenía, de si realmente estaba donde quería, de cuál iba a ser mi contribución a mi misma, a los demás y al mundo, de si era coherente en mi vida, de si me comportaba de acuerdo a mis valores, de si realmente todos mis “debeísmos” eran elegidos o impuestos, etc.

Y un día a finales de 2010 alguien me empezó a hablar con una conversación distinta, conversación que tenía que ver con mis inquietudes con mis preguntas y mis incertidumbres, con mi búsqueda ... y, un día apareció el coaching transformacional.

Realizo este encuadre y reflexión como punto de partida para entender el coaching ontológico, como un tipo de coaching basado no únicamente en objetivos ni en metas, que también lo aborda. Engarza con algo mucho más profundo y poderoso que tiene que ver con la esencia del ser humano, con la capacidad de cambio, con la generación de seres diferentes y haceres diferentes, con un camino que se construye gracias a la capacidad generativa del lenguaje y con un trabajo y proceso de desarrollo individual que integra mente, emoción y corporalidad.

Y con las experiencias vitales y trascendentes de la vida.

Origen etimológico de la palabra “coach”

La palabra deriva de una palabra húngara que hacía referencia a un vehículo muy ágil que transportaba personas con mucha facilidad y comodidad. La ciudad donde se popularizó este transporte se llama Kocs y de ahí que a ese carruaje se le empezó a llamar “Kocsi”².

De esta manera encontramos la primera metáfora para hablar de coaching, como una disciplina que ayuda a mover personas, trasladarlas y acompañarlas desde dónde están y no quieren estar, hasta donde sí quieren estar. Desde el presente y hacia el futuro.

Parece ser que el término se empieza a utilizar en Inglaterra hacia 1850 para designar la figura de “entrenador de corte académico” y posteriormente aparece el “coach deportivo”. Hacia 1960 se utiliza el término para hablar de programas de entrenamiento educativo, pero no es hasta los años 80 cuando surgen las diferentes escuelas de coaching con formación, planes de estudio y credenciales concretas.

1 Echevarria, R. (2012). Mirada de la Ontología del Lenguaje sobre el Ser Humano Recuperado de https://youtu.be/re_le8a-dmrY
2 Ravier, L. (2005). Arte y ciencia del coaching. Buenos Aires. Dunken.



Y ¿qué es coaching?

Existen numerosas definiciones para definir esta disciplina, herramienta o técnica, que recoge de las ciencias sociales como la psicología y algunas de sus escuelas como el constructivismo, la psicología positiva o la psicología humanista y también de la filosofía, el deporte, etc., todo aquello que considera útil para trabajar en el desarrollo y transformación de las personas.

Ceñirse a una sola definición, quizá dejaría una perspectiva pobre de a lo que llamamos coaching. Me inclino por apuntar algunas palabras que ayudarían a construir una definición, tales como proceso temporal, entrevistas, descubrimientos, desarrollo, transformación, objetivos, cambios, creencias, valores, mejoras, identidad, excelencia.

Pudiendo elegir, me quedo con las palabras de Rafael Echeverría, que dice: “Cuando una persona te pide hacer coaching lo que te está diciendo es “vengo porque tengo un problema, no sé cómo resolverlo y dado que tú tienes distinciones y competencias que yo no tengo, te pido que me ayudes a ver lo que no veo y a actuar donde ahora no puedo”³.

Para entender la propuesta y la elección del coaching ontológico, como método y como disciplina de acompañamiento a la intervención social, realizaré una breve descripción de las escuelas de coaching existentes.

Las diferentes escuelas de coaching

Tres son las líneas o escuelas existentes en coaching⁴:

- COACHING NORTEAMERICANO:
Fundador, THOMAS LEONARD.

- COACHING ANGLOSAJON:
Fundadores TIMOTHY GALLWEY Y JOHN WHITMORE.

- COACHING SUDAMERICANO.
Fundadores: Fernando Flores, Julio Olalla y Rafael Echeverría.

Cada coach, en función de su formación, de su enfoque, elección, ámbito de trabajo y clientes escoge el tipo de coaching que quiere ejercer.

A continuación destacaré lo más significativo de cada escuela.

Coaching Norteamericano

Su Fundador es Tomas Leonard (1955-2003). Fue pionero en el desarrollo del coaching y fundó algunas

de las instituciones más importantes y referentes del coaching a nivel mundial.

Este tipo de coaching lo denominan 5x15 y consiste en cinco elementos relacionados con quince competencias básicas que debe dominar el coach.

Los cinco puntos básicos de este tipo de coaching dentro del proceso son el rapport, la escucha, la intuición, la pregunta y el feedback. A su vez el coach tiene que desarrollar 15 competencias que son: generar conversaciones provocadoras, acompañar al cliente en su propio descubrimiento, desarrollo de la grandeza que cada ser humano posee, disfrutar del cliente y del proceso, ser capaz de ampliar las capacidades del cliente, generar curiosidad, comunicar con claridad, ofrecer perspectivas en cada situación, enfocar hacia lo importante, transmitir de forma honesta lo que se percibe, ser “fan” del cliente, facilitar el camino de la exploración, saborear la verdad cuando el cliente la encuentra, diseñar entornos favorables y respetar al cliente.

El estilo norteamericano es práctico y ejecutivo. Se centra en aumentar la autoestima desafiando a los clientes a pasar a la acción, a dar lo mejor de sí mismos.

Coaching Europeo

Sus máximos exponentes son Timothy Gallwey y posteriormente John Whitmore cuyo enfoque pertenece a la escuela humanista. Se pone énfasis en el potencial del ser humano y en su capacidad para elegir una vida mejor. Cada ser humano ha de tomar responsabilidad de su propia vida y el coaching ayuda a liberar el potencial que cada persona tiene tratando de ayudarlo a aprender y a descubrir en lugar de enseñarle mediante:

- Elevar conciencia: capacidad de darse cuenta.
- Asumir responsabilidad: Ser dueños de nuestras acciones.
- Desarrollar la confianza en uno mismo.

Se trabaja buscando un sentido y un propósito de vida.

La metodología de trabajo consiste básicamente en la aplicación del MÉTODO GROW. La palabra GROW viene de las siguientes palabras:

GOAL »» meta.

REALITY »» realidad. Situación presente.

OPORTUNITY »» oportunidades, opciones.

WHO, WHEN, WHAT »» qué se va a hacer, cuando, dónde, cómo, quién además de la voluntad de hacerlo.

³ Echeverría, R (2012) COACHING ONTOLOGICO –Recuperado de https://youtu.be/_MmxMqr_BwE
⁴ Ravier,L. (2005). Arte y ciencia del coaching. Buenos Aires. Dunken.



Coaching Sudamericano (Ontológico Transformacional)

Esta línea de coaching, conocido como ontológico ha sido desarrollado principalmente por Fernando Flores, Julio Olalla y Rafael Echeverría. También se conoce como coaching transformacional. Este es el tipo de coaching en el que yo me he formado y que practico. El coaching sudamericano se basa en tres postulados básicos⁵:

1. Interpretamos a los seres humanos como seres lingüísticos. Somos seres que vivimos en el lenguaje.
2. Interpretamos el lenguaje como generativo. A través del lenguaje creamos cosas que antes no estaban. El lenguaje crea realidad y es acción. El lenguaje hace que “sucedan cosas”. El lenguaje “genera ser”.
3. El ser humano no tiene un ser dado fijo, inmutable. Ser humano es estar en un proceso permanente de devenir, de inventarnos y reinventarnos, en continuos procesos de cambio.

Además aporta una visión sistémica al entender que los individuos actúan de acuerdo a los sistemas sociales a los que pertenecen y aunque estén condicionados por esos sistemas, a través de sus acciones, también pueden cambiar, tales sistemas sociales.

El coaching ontológico busca crear “observadores diferentes” para reinterpretar de forma diferente y desde ahí, generar acciones nuevas y nuevas formas de ser.

Uno de los principios básicos ontológicos es que vivimos en mundos interpretativos, es decir, no conocemos cómo son las cosas, solo sabemos cómo las observamos e interpretamos.

De ahí partimos para entender que aún no pudiendo cambiar determinados hechos de nuestra historia individual, podemos encontrar nuevas interpretaciones y en la medida en que es posible este cambio, el observador se transforma y aparecen otras posibilidades de actuación que surgen de la nueva perspectiva.

Coaching significa “entrenamiento” y viene del ámbito deportivo.

Ontología viene de la filosofía y se define como la ciencia del ser, luego entonces, estaríamos hablando de “entrenamiento en el ser”.

El coaching transformacional se basa en el cambio de OBSERVADOR.

Esta es la idea central del coaching ontológico. Los seres humanos estamos en permanente cambio, en permanente transformación. Por tanto cada uno de nosotros podemos elegir el tipo de vida que queremos vivir.

Entender a una persona en sus interpretaciones, en sus comportamientos, en definitiva, tratar de saber quien es implica ser conscientes de que la persona está constituida por tres elementos que configuran lo que denominamos estructura de coherencia.

La estructura de coherencia de una persona la componen:

1. El cuerpo. Se trata del cuerpo que contiene a la persona y que se ha configurado a lo largo de su historia. El cuerpo que se el que es, permite ver el mundo, desde un determinado lugar.

2. Las emociones y estados de ánimo. Las emociones tiñen nuestra vida como el arco iris al cielo después de una tormenta. El repertorio emocional que desarrollamos a lo largo de nuestra vida, condiciona también la forma en la que vemos el mundo y nuestros comportamientos. Se hace una distinción importante entre emociones y estados de ánimo, pues estos últimos se hacen más estables en los seres humanos y determinan nuestra forma de ir y de hacer en la vida. Las emociones son transitorias, pero el estado de ánimo, pervive en el transcurso desde el cual actuamos. Dependiendo de en qué estado de ánimo estemos son posibles unas acciones u otras. Si entendemos esta distinción (emociones/ estados de ánimo) ya empezaremos a estar en disposición de hacer algo para cambiar, actuando desde los dominios del cuerpo y del lenguaje.

3. La cognición, que es el elemento sobre el que más se trabaja pues tiene un papel fundamental en los procesos de cambio y además tiene una estrecha vinculación con el lenguaje. Lo que pensamos, cómo lo pensamos y desde qué emoción o estado de ánimo lo pensamos, determina nuestros comportamientos. Cambiar un pensamiento es cambiar una acción.

El coaching ontológico trabaja en estas tres áreas y pone especial énfasis en la escucha, pues desde la escucha, solamente desde ella, se valida al que habla. Hablamos para ser escuchados. Por ello es especialmente importante como escucha el coach y desde dónde escucha lo que el cliente dice⁶.

Desde el entorno del lenguaje se pone especial énfasis a los **juicios y narrativas** de la persona. El tipo de observador que somos se ha configurado de acuerdo a

5 Echeverría, R. (2011). Ontología del Lenguaje. Madrid. J. C Sáez Editor.

6 Echeverría, R. (2007) Actos del Lenguaje. Volumen 1: La Escucha. Santiago de Chile. J.C Sáez Editor



palabras y mensajes concretos, que van construyendo a la persona. Nuestros juicios y creencias determinan nuestras formas de actuar, de decidir y elegir. Si son susceptibles de ser cambiados, el comportamiento variará y cambiarán las opciones de vida⁷.

Las narrativas hacen referencia a la construcción de la historia personal de cada ser humano; las narrativas son la forma particular en que la persona cuenta lo que ocurre o lo que le ocurrió en el pasado y son las narrativas las que dan soporte a la forma de actuar y de sentir. El relato que cada persona hace de su historia, condiciona el que se viva esa parte de la vida de una u otra forma. El reto o desafío del coach consistirá en llegar a conocer las interpretaciones que aparecen desde la estructura de coherencia actual y cómo impiden la aparición de conductas deseadas, para una vez identificadas esas dificultades, generar el movimiento del cliente para que genere otras interpretaciones que le ofrezcan otras posibilidades de actuación que antes no tenía.

El proceso desde el coaching transformacional

El proceso de coaching se abre con una invitación a trabajar aquellas dificultades o quiebres que la persona expresa y que quiere resolver.

Se trabaja a lo largo de un proceso temporal e individual. El coach se sitúa en un plano de igualdad junto al coachee. El proceso de acompañamiento no tendría sentido desde otro lugar, dado que es el coachee quien va respondiendo a todas y cada una de las preguntas que le van surgiendo.

¿Qué áreas se abordan desde el coaching transformacional?:

- Comprensión del cliente (observador) en su estructura de coherencia haciendo espejo de lo que se ve.
- Emociones y estados de ánimo que prevalecen.
- Juicios sobre sí mismo/a, sobre los demás y sobre el mundo.
- Narrativas con las que construye su mundo.
- Diseño de conversaciones.
- Coordinación de acciones.
- Corporalidad.

Trabajamos para que la persona mejore su:

- Autoconocimiento.
- Confianza.
- Su compromiso.
- Su responsabilidad.

Y para si quiere y lo elige cambie:

- Su modelo de observador/a.
- Sus juicios y narrativas.
- Sus conversaciones internas y externas.

- Su repertorio emocional.
- Su modo de “hacer”.

El proceso de coaching, no es un proceso fácil, sobre todo cuando hablamos de transformación; es un proceso intenso, largo y profundo en el que se van trabajando cada una de las áreas de forma transversal utilizando el lenguaje y la conversación como ejes de la intervención.

Los seres humanos vivimos en permanente conversación y conversar no es fácil. Al trenzado que se produce entre “lenguajear” y “emocionar” es a lo que llamamos conversar (Maturana, H. 2010)⁸.

A través del tipo de conversación de coaching que establecemos, trabajamos con nuestros clientes aportándoles distinciones lingüísticas sobre las declaraciones básicas de la vida y su significado (sí, te quiero, no sé, gracias, no, lo siento, te perdono, declaración de la gratitud), sobre los diferentes tipos de conversaciones, dando espacio a la reflexión, para escoger qué tipo de conversación quieren tener con ellos mismos y con los demás y se da especial importancia a emociones y estados de ánimo por estar en el centro de toda forma de “hacer”.

Que puede aportar el coaching ontológico al Trabajo Social y que puede aportar el trabajo social al coaching

Desde una perspectiva personal, vivencial además, puedo señalar muchas cosas que desde el coaching podemos recoger los profesionales de la intervención social para enriquecer nuestra vida y nuestra profesión.

Primero me centraré en aquellas cuestiones que creo pueden tenerse en cuenta desde el Coaching al trabajo/intervención social:

- Perspectivas: el coaching es una disciplina que potencia la ampliación de perspectivas, de nuestros mapas de realidad. Cada uno de nosotros conformamos una realidad, interpretable y conforme a ella nos movemos por el mundo. Si somos capaces de entender esto de verdad, estaremos en condiciones de “empezar a entender al otro” en sus diferentes perspectivas, en sus diferentes interpretaciones.

- Incorporación de las distinciones lingüísticas como recurso para el cliente y como recurso para la intervención social.

- Mejora de competencias que ya tenemos ahondando en ellas: la escucha, la empatía, la presencia... éstas forman parte del proceso y hay que cuidarlas y entrenarlas de forma permanente.

7 Velazquez, M. A. (2010). Coaching Ontológico. Teoría general del coaching. (pp 197-204). Madrid. Ed. Universitaria Ramón Areces.
8 Maturana, H (2010). El sentido de lo Humano. Buenos Aires. J. C. Sáez editor.



- Permite identificar y trabajar con juicios y creencias limitantes, dos de los elementos en los que residen nuestros comportamientos y formas de hacer.

- Menor desgaste profesional en la medida en que disponemos de mayor información respecto al mapa personal del cliente, se identifican los patrones de “observador” y patrones de sus comportamiento y ponemos concreción y acción en la intervención.

- Incorpora un elemento básico a tener en cuenta en cualquier encuentro profesional: las emociones tanto las propias como las del cliente dándoles espacio en el proceso de intervención.

- Claridad y concreción. El proceso de coaching hace como el faro de puerto al barco, alumbrando, pero desde un trabajo concreto, evitando las ambigüedades del cliente y esto al Trabajo Social, a la intervención social le puede repercutir de forma muy positiva. Frecuentemente nos encontramos a personas que se pierden “en la hojarasca”, no concretan, no dibujan su hoja de ruta, perdiéndose en lo que no es importante, a veces como forma de autoboicotear sus posibilidades de cambio, de forma consciente o inconsciente. En coaching ponemos marco, encuadramos de una forma muy directa, evitando la dispersión del cliente.

Aportaciones del trabajo social al coaching

- Conocimiento científico. El Trabajo Social forma parte de las ciencias sociales. Nuestro conocimiento sobre las personas es una plataforma fantástica a aportar al coaching.

- Práctica y experiencia: sobre la realidad social, con todo lo que ello aporta para poder hacer coaching desde un enfoque social.

- Método. Aportamos diferentes métodos y herramientas de trabajo que nos facilitan la adquisición de competencias como posibles coaches. Estamos además continuamente entrenando en el nivel conversacional.

- El Trabajo Social, como un trabajo que comporta el afrontamiento de desafíos y retos tanto personales como profesionales, siendo uno de esos retos vencer las resistencias al cambio que las personas presentan.

- Valores. Trabajamos desde valores universales como la justicia social, el respeto, la aceptación, la igualdad, la diversidad, la ética profesional...., valores que aparecen en nuestro código deontológico y que se comparten en coaching.

Conclusiones

1.- El coaching ontológico engrana muy bien con el Trabajo Social porque trabaja a un nivel más profundo que otros tipos de coaching. Posibilita la transformación de las personas, para que puedan construir la mejor versión de sí mismas, aportando herramientas muy poderosas, orientadas al desarrollo del potencial humano, más que a una mera resolución de conflictos o a la búsqueda de objetivos puntuales.

El ejercicio del coaching puede fortalecer la intervención social contribuyendo a dirigirla hacia un objetivo mayor: conseguir que la persona construya una vida lo más plena y autónoma posible y lo más feliz, alineada y en coherencia con su forma de pensar, de decir, de sentir y de actuar.

2.- A nivel general decir también que el ejercicio del coaching implica un aprendizaje y el desarrollo de unas competencias específicas que deben adquirirse en escuelas especializadas y universidades que ya disponen de títulos propios y estudios de postgrado.

Somos muchos los coaches que nos preparamos de forma seria y responsable en escuelas con planes de estudios de gran valor y que se ocupan de preparar profesionales bien cualificados. Y también somos muchos los que continuamos formándonos en otras disciplinas para ampliar nuestros conocimientos y con ello mejorar nuestras capacidades para intervenir con los clientes.

3.- El Trabajo Social se puede nutrir de otras experiencias, de otras disciplinas para aplicar a la intervención social, y esta es la propuesta que hoy he presentado, desde mi experiencia personal y profesional y en línea con lo que este sexto congreso plantea.

El proceso de cambio de una persona y de eso los trabajadores sociales sabemos mucho, comporta un camino no siempre llano, no siempre fácil, no siempre bonito.

4.- El ejercicio del coaching transformacional implica también la mirada interior del coach y la necesidad de que se trabaje a sí mismo/a. Por eso en mi doble condición de coach y trabajadora social hago más, las palabras de Carl Rangson Rogers⁹ cuando dice que: “el ejercicio de la ayuda (el dice terapia) es algo que requiere un desarrollo personal ininterrumpido por parte del profesional; y esto a veces es doloroso, aunque en definitiva resulta siempre satisfactorio”.

Agradezco profundamente al coaching el haber posibilitado que yo hiciera esa mirada interior y ese trabajo personal que ha hecho de mí una profesional, más excelente y eficaz, más consciente, más responsable, más humilde, más respetuosa, más amorosa y más agradecida a todas las personas a quienes atiendo diariamente.

9 Rogers, C. R. (2014). El proceso de convertirse en persona. Barcelona. Paidós.



Por último, dejo una interrogación abierta a la indagación: ¿estamos pues hablando de un nuevo tipo de formación a incorporar por los trabajadores y trabajadoras sociales que venga a empoderar y ampliar nuestras competencias?

Bibliografía

ECHEVERRIA, R. (2007). *Actos del lenguaje volumen 1: La escucha* J. C. Sáez Editor.

(2011). *Ontología del lenguaje*, Madrid. (1ª ed. España) J. C. Sáez Editor

MATURANA, H (2010). *El sentido de lo humano*. Buenos Aires. Argentina. J. C. Sáez Editor.

RAVIER, L.(2005). *Historia y ciencia del coaching*. Buenos Aires. Argentina Editorial Dunken.

ROGERS, CARL R. (2014.) *El proceso de convertirse en persona (2ª ed)*. Barcelona. Ed. Paidós.

PEREZ, L (Ed).(2010). *Teoría General del Coaching*. Madrid. España. Editorial Universitaria Ramón Areces.



EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS EQUIPOS INTEGRALES DE LOS CENTROS AMBULATORIOS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Antonio Jiménez Fernández

Resumen

Los objetivos de este trabajo son: conocer las funciones principales de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones en la Comunidad de Madrid; explorar el tipo de coordinaciones que se establecen entre los trabajadores sociales y otros profesionales de la intervención; analizar la opinión de los equipos integrales con respecto al trabajador social; conocer si desde las áreas psicosociales se utilizan los modelos de intervención; y explorar la opinión de los responsables políticos y de los responsables técnicos.

Abstract

The objectives of this work are: to divulge the main duties of social work professionals in the field of addictions in the Community of Madrid; to explore the kind of coordination that exists between social workers and other professionals in the intervention; to analyse the integral teams' opinion of social workers; to determine whether intervention models are used by psychosocial areas; and to explore the views of policy makers and technical managers.

Palabras clave: Trabajo Social, Drogodependencias, Equipo Integral

Key words: Social Work, Drug Addiction, Integral Team

Esta comunicación es un extracto de mi Tesis Doctoral (en trámite y no publicada) titulada "El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid" y dirigida por el Profesor D. Francisco Javier Pomar Fernández.

El trabajo original consta de una primera parte teórica centrada en el análisis bibliográfico en cuanto a la profesión del Trabajo Social como profesión de ayuda, presentando a los principales precursores del Trabajo Social, entre los que destaca, la fundadora de la profesión: Mary Richmond. Se hace una introducción al concepto de Relación de Ayuda y se estudian los diferentes estilos y competencias profesionales. También se ofrece al lector los aspectos de la Relación de Ayuda en los colectivos más vulnerables, haciendo una revisión

por los diferentes modelos de intervención en Trabajo Social, analizando en cada uno de ellos el concepto y la práctica de dicha relación y, también concretamente en el ámbito de las adicciones. Desde la práctica profesional y desarrollo de la profesión, por parte del proponente, se dedica un capítulo al Modelo Humanista, con su principal impulsor, Carl Rogers.

Se realiza también una presentación de la intervención social que los profesionales del ámbito de las drogodependencias desempeñan en centros especializados del sector; y finalmente, se recoge la importancia de lo interdisciplinar en los equipos técnicos de trabajo, a pesar del peso específico que mantiene la multidisciplinariedad en los centros de trabajo.

En la segunda parte, se realiza un trabajo de investigación de campo sobre opiniones y actitudes utilizando diversas técnicas de investigación y dirigido, en primer lugar, a los propios profesionales del Trabajo Social de los centros de tratamiento de drogodependencias, para continuar posteriormente el análisis con otros profesionales del mismo ámbito (médicos, psicólogos, enfermeros, educadores sociales...). Y con el fin de recabar la información pertinente y valorar la importancia de la figura de los trabajadores sociales en los centros de drogodependencias, se hace un análisis en esta materia, a los responsables políticos y responsables técnicos del sector mencionado.

En cuanto al contexto y participantes del estudio señalar que el organismo competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad de Madrid, ha sido hasta Julio de 2015, la Agencia Antidroga. En esta fecha hay una reestructuración en el organigrama de la Comunidad de Madrid, y la Agencia Antidroga desaparece y asume sus competencias la Dirección General de Salud Pública, dependiente de la Consejería de Sanidad.

La Comunidad de Madrid, por tanto, dispone de centros distribuidos por toda la Comunidad en los que se realiza la atención básica al drogodependiente. Estos centros se denominan Centros de Atención Integral a Drogodependiente (CAIDs). Son considerados como sociosanitarios, son gratuitos y de carácter ambulatorio con acceso directo, en los que el único requisito para beneficiarse de sus servicios es residir en el área de influencia del centro correspondiente.

Las prestaciones de estos centros se agrupan en cuatro servicios esenciales: servicio de información y orientación; servicios de valoración, diagnóstico y plan terapéutico; servicio de seguimiento y control terapéutico y servicio de atención familiar.



En la actualidad¹, el 96 % de los ciudadanos que presentan un trastorno de dependencia a las drogas atendidos en la Comunidad, realizan el tratamiento de su enfermedad en centros ambulatorios (CAID). En total son 23 CAID's.

Estos centros ambulatorios forman parte de la red asistencial de atención a drogodependientes de la región y tienen la posibilidad de derivar a los pacientes que lo precisen a otros servicios y centros residenciales, para continuar o apoyar su tratamiento.

A su vez, el municipio de Madrid cuenta con siete Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) y tres Centros Concertados de Atención a las Drogodependencias (CCAD) que se ubican en el Instituto de Adicciones pertenecientes al organismo de Madrid Salud de la Capital. Por lo que el número total de centros ambulatorios es 33.

Los objetivos del presente estudio son:

1. Conocer las funciones principales de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones en la Comunidad de Madrid.
2. Explorar el tipo de coordinaciones que se establecen entre los trabajadores sociales y el resto de profesionales; y la relación en los Equipos de Trabajo.
3. Conocer cómo perciben a los trabajadores sociales el resto de profesionales en el ámbito de las adicciones.
4. Estudiar la utilización de los modelos de intervención en las áreas psicosociales de las drogodependencias.
5. Examinar la opinión de los responsables políticos municipales con respecto a la figura del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias.
6. Averiguar la opinión de los responsables técnicos de los diferentes centros de drogodependencias objeto del estudio.

Las hipótesis del trabajo de investigación son las siguientes:

- 1.- La función principal atribuida a los trabajadores sociales en los centros de drogas está limitada a la gestión de recursos.
- 2.- La figura del trabajador social ha quedado fuera de los equipos de trabajo y tan solo atienden puntualmente demandas de información y asesoramiento.
- 3.- No existe un reconocimiento igualitario por parte del resto de profesionales que intervienen en los centros de drogas, y las coordinaciones apenas se producen.

4.- El trabajador social es necesario en los centros de drogas por diferentes motivos: complementariedad con el resto del equipo, interdisciplinariedad, aportaciones específicas propias de la profesión, etc.

5.- Existe una percepción residual del Trabajo Social, en tanto en cuanto que no se le atribuyen funciones propias de la profesión en el diseño de la intervención.

6.- La Relación de Ayuda y el Acompañamiento en los procesos de la persona son funciones propias y características de los trabajadores sociales.

7.- En los centros de drogas no hay un modelo consensuado de la intervención social/terapéutica, bien por desconocimiento teórico o bien por falta de indicaciones directivas o criterios difusos.

8.- El compromiso político con respecto al Trabajo Social queda mermado en la responsabilidad pública con los ciudadanos en general, y con los pacientes en particular.

9.- Los responsables técnicos no fomentan la implicación de los trabajadores sociales en los procesos terapéuticos, o por desconocimiento o por ajustarse a indicaciones políticas, quedando así, reducida la atención biopsicosocial en las personas drogodependientes, y no pudiéndose realizar un abordaje terapéutico integral.

Por todo lo anteriormente expuesto, se ha ofrecido la participación en el estudio a todos los centros ambulatorios: 23 CAID, 7 CAD y 3 CCAD, lo que hacen un total de 33 Centros de Atención a Drogodependencias, de tratamiento ambulatorio, de toda la Comunidad de Madrid.

Para la obtención del número total que conforma el universo objeto de este estudio de investigación se ha conocido que el número de técnicos de cada profesión es: 33 trabajadores sociales, 35 médicos, 67 psicólogos, (49 Psicólogos Clínicos y 18 Psicólogos sin especialidad en clínica), 30 educadores sociales, 64 enfermeros, 4 terapeutas ocupacionales, 4 farmacéuticos, y 10 auxiliares de clínica. Por lo que son un total de: 247 profesionales de las diferentes disciplinas.

Simultáneamente y con el objetivo de conocer y examinar la opinión desde otro punto de vista, que aporte luz a esta investigación, se ha ofrecido la participación también a los responsables técnicos de los diferentes centros de drogodependencias, contando con un total de 30 responsables de los centros que son de funcionamiento exclusivamente público (se han quedado fuera los 3 centros concertados).

También se ha tenido el convencimiento de saber la opinión y el posicionamiento con respecto al Trabajo

¹ Disponible en: <http://www.madrid.org> [2014, 17 de febrero]



Social en el ámbito de las drogodependencias, de los responsables políticos: desde la Comunidad de Madrid, contactando con la Dirección General de Salud Pública, a la que pertenece actualmente la competencia en materia de drogas; desde Madrid Salud, en lo que respecta a la ciudad de Madrid; y desde los 19 municipios con los que la Comunidad de Madrid tiene conveniado el servicio de atención a los drogodependientes.

La recogida de datos para la elaboración del estudio, se ha procedido de la siguiente manera:

PASO 1: Por un lado se cuenta con todos los **profesionales de los Centros** mencionados anteriormente, es decir, un total de 247 profesionales. Con el fin de perfilar el contenido de la información que se quiere obtener, se elaboran dos cuestionarios: uno específico para los 33 trabajadores sociales, de 33 preguntas y otro para los 214 técnicos de las otras profesiones, de 25 preguntas.

Se recogieron 23 respuestas de los trabajadores sociales y 110 respuestas del resto de profesiones. En porcentajes, serían el 70 % de los trabajadores sociales contestaron el cuestionario; y el 51 % del resto de profesionales hicieron lo propio.

PASO 2: Un enfoque diferente puede ofrecer el conocimiento de la opinión de los **responsables políticos** tanto de la Comunidad de Madrid, como de los municipios donde existen Centros de Drogodependencias: 1 responsable de la Dirección General de Salud Pública, 1 responsable de Madrid Salud (Ciudad de Madrid) y 18 responsables políticos (dirigido a las 18 alcaldías de los municipios donde están ubicados los Centros de Drogodependencias). Para ello, se elabora un formulario adaptado al perfil de los políticos junto con la correspondiente carta de presentación. En total, se envían 20 cuestionarios a responsables políticos. La respuesta ha sido bastante escasa, ya que tan solo se han recibido tres cuestionarios debidamente cumplimentados, es decir, que del total de cuestionarios enviados a políticos, tan solo se reciben el 15 %

PASO 3: Importante tener en cuenta la opinión y los comentarios que podrían realizar al respecto de este estudio, los **responsables técnicos** de los diferentes Centros de Intervención. Para ello, se pensó en un primer momento en realizar una serie de entrevistas en profundidad que permitirían obtener toda la información de este sector, que siendo profesionales, ejercen un puesto de responsabilidad, en la mayoría de las ocasiones, de coordinación y autoridad con respecto a los Equipos Interdisciplinarios de trabajo, pero al final tan solo accedieron a rellenar un cuestionario-entrevista, en el que se comprometían a enviarlo al proponente a través de correo postal. De los 30 cuestionarios enviados, se han recibido 18. En datos porcentuales, han contestado el 60 %.

Tras el análisis realizado, cabe presentar las conclusiones recogidas desde esta investigación, y así ver el grado de cumplimiento de las Hipótesis planteadas.

En referencia a la hipótesis sobre la función principal atribuida a los trabajadores sociales en los centros de drogas que es limitada a la gestión de recursos, se constata que efectivamente los otros profesionales (que no son trabajadores sociales) de los centros de drogodependencias consideran como principal, dicha función; en cambio, en el caso de los propios trabajadores sociales las funciones principales son el acompañamiento de procesos de la persona y la Relación de Ayuda; aunque se considere como tarea complementaria, la gestión de los recursos.

Quizás los otros profesionales perciben una imagen, que no está muy alejada de la realidad y que, de alguna manera es característica de la profesión por tener asociadas las labores administrativas de despacho en muchas ocasiones, dando menos visibilidad a las funciones más propias de la profesión.

En el ámbito de las drogodependencias y debido a las circunstancias políticas, burocráticas y normativas, al trabajador social le ubican fuera de las profesiones sanitarias, y como tal, en los equipos de trabajo, el trabajador social se puede ver limitado a atender demandas puntuales de información y asesoramiento puntual, y quedar fuera de la intervención integral con el paciente.

Esta realidad contrasta con los resultados de este trabajo de investigación, en el que se descubre que los trabajadores sociales se consideran satisfechos en su equipo y confirman el buen funcionamiento del mismo. Tanto los trabajadores sociales como los otros profesionales responden que en la mayoría de las ocasiones se dan las características propias de un buen trabajo en equipo.

No existe un reconocimiento igualitario por parte del resto de profesionales que intervienen en los centros de drogas, en la medida en que lo prioritario en los tratamientos terapéuticos se centra en la atención clínica, que normalmente es instruida por los médicos y los psicólogos clínicos. A este nivel, el hecho de que la profesión del Trabajo Social no se considere sanitaria, según la normativa vigente, impide que, oficialmente se pueda acceder a los datos de la historia clínica de los pacientes, al considerar este tipo de información como sensible y de muy alta confidencialidad, lo que dificulta de esta manera, la dinámica del trabajo cotidiano en cuanto a dicho acceso se refiere. Ante esto, la opción más práctica es restringir el acceso de los profesionales “no sanitarios” a dichas historias, y quedar ajustada la información a los correspondientes partes interconsulta que los facultativos deberían emitir al efecto para que los profesionales “no sanitarios” (trabajadores sociales y educadores sociales) puedan intervenir.



Desde este argumento, se realiza una reflexión que lleva a considerar que la información que los profesionales del Trabajo Social utilizamos en el quehacer diario es también información sensible y confidencial, y cuando se habla de usuarios o personas que acuden a nuestros servicios de atención, al igual que ocurre con los pacientes que atiende el personal “clínico”, hablamos en todos los casos de personas cuya legislación les ampara en todos los ámbitos de su vida, incluida la Ley de Protección de Datos Personales, y que la ética de todas las profesiones también protege desde el garantizar la confidencialidad de todas y cada una de las personas que también atiende el personal “social”.

En el caso de las coordinaciones entre compañeros de los equipos de trabajo, el estudio demuestra que no existen dificultades ni limitaciones al respecto, por lo que se celebran reuniones de coordinación interdisciplinarias en los centros de drogodependencias, con carácter periódico y de manera programada, tanto entre los propios trabajadores sociales (cuando hay más de uno en el mismo centro), como con el resto de profesionales clínicos y sanitarios.

Desde la opinión que se recoge del personal sanitario y clínico, el trabajador social es necesario en los centros de drogas, aunque es preciso insistir, que estos datos se extraen de la opinión de estos profesionales, ya que en la práctica diaria, la realidad no se ajusta exactamente a estos planteamientos, y así queda constatado en el estudio realizado cuando indican que los trabajadores sociales amplían en los equipos su carácter de interdisciplinariedad, apoyan los aspectos sociales, familiares y comunitarios, y además realizan su intervención a través de la Relación de Ayuda y el acompañamiento social.

Destacar que los profesionales sanitarios consideran que el trabajador social fomenta las coordinaciones con las entidades sociales y tiene un alto conocimiento de los recursos y su gestión. Los intervinientes en este estudio, en su mayoría, también consideran imprescindibles sus competencias profesionales para una adecuada rehabilitación y reinserción social del paciente. Frente a esta valoración, se recoge otro argumento que indica que, dada la situación actual de la labor del trabajador social se solapa con la de servicios sociales generales, y si estos últimos estuvieran bien dotados y en coordinación con la red de drogodependencias se podría prescindir de ellos. Con esta visión, se acepta la figura del trabajador social, pero desde un ámbito más generalista, desde los propios Servicios Sociales Generales (de cada municipio), de tal manera, que argumenta que si se tuviera una adecuada coordinación y hubiera una buena conexión entre los diferentes servicios, tanto de atención primaria como especializados, no sería necesaria la figura del trabajador social en los centros de drogodependencias, y por consiguiente, serían suficientes con los trabajadores sociales “generales” de los servicios sociales “generales”. El proponente no está de acuerdo con este punto de vista, ya que considera

que merma la atención especializada del Trabajo Social y, en consecuencia reduce las prestaciones sociales a los ciudadanos implicados.

El que suscribe considera que la Relación de Ayuda y el Acompañamiento en los procesos de la persona son funciones y características de los trabajadores sociales, aunque no exclusivas, como bien se ha podido explorar a lo largo del análisis bibliográfico realizado en el trabajo, de tal manera, que desde la teoría, efectivamente esta hipótesis, en parte, queda constatada. La controversia surge, en la segunda parte de esta investigación, ya que al realizar el análisis de campo, son los profesionales clínicos y sanitarios del ámbito de las drogodependencias los que parecen “adueñarse” de estos aspectos como propios de sus diferentes profesiones, ya sean médicos, enfermeros, psicólogos y/o educadores sociales. Esta actitud demuestra que, aunque se puede trabajar en equipo, estos equipos que están formados por diferentes profesiones, manifiestan comportamientos de cada grupo como estancos, y se tiene la percepción de querer defender el espacio profesional de cada uno, como si de un territorio propio se tratara, lo que indica que no se favorece la complementariedad del trabajo en equipo, sino la multidisciplinariedad, desde la cual, cada profesión defenderá su área disciplinar sin entrar en la valoración de un trabajo interdisciplinar. Con ello, se puede considerar que se admite que “el otro profesional”, aunque también pertenece al mismo equipo de trabajo, pueda intervenir, pero no se valora o no se le da la importancia que puede tener su disciplina en el equipo. También, se puede considerar, en referencia a los resultados de esta investigación, que el trabajador social valora que hace uso de los aspectos de la Relación de Ayuda como algo propio de su profesión, pero los otros profesionales no lo valoran de la misma manera, considerando estos últimos, que la aplicación de estos aspectos no son necesariamente propios del trabajador social, sino todo lo contrario, que pertenecen a ellos, como se indicaba anteriormente.

Se constata pues, también la hipótesis de que existe una percepción residual del Trabajo Social, en tanto en cuanto que no se le atribuyen funciones propias de la profesión en el diseño de la intervención, al existir esta “competición” por aspectos de la intervención psicosocial.

Los trabajadores sociales confirman la importancia de los aspectos en la aplicación de los modelos de intervención social, siendo los aspectos más valorados: Que permiten comprender y explicar lo que ocurre; Que sirven para orientar y guiar la práctica profesional; Que sirven para fundamentar la práctica, y ayuda a recoger datos, elaborar hipótesis, elegir los objetivos, las estrategias y las técnicas que convienen a los problemas encontrados.

Aunque, por lo general, los intervinientes en este estudio conocen diferentes modelos de intervención, se destaca que el más conocido es el biopsicosocial. En el caso de los profesionales de lo social también conocen



en mayor medida el Modelo Humanista (modelo en el que se ha centrado el proponente); y en el caso de los profesionales clínicos, conocen los modelos de corte biomédico o psicodinámico, que son más característicos de “lo clínico”. El estudio indica que los modelos más utilizados son: el modelo biopsicosocial y el modelo conductual seguido del Modelo Humanista.

Aunque se conocen los modelos y, en general, cada profesional aplica alguno, no existe un modelo consensuado en la intervención social. Los trabajadores sociales proponen crear espacios de comunicación con el fin de establecer unos protocolos que unifiquen los criterios del Trabajo Social y concienciar a otros compañeros de los equipos de trabajo del papel del trabajador social.

Con respecto al compromiso político en cuanto a la problemática de las adicciones y en relación a lo que supone desde el Trabajo Social, indicar que, tras el estudio realizado se constata que aunque existe un interés por establecer objetivos, líneas estratégicas de actuación y actividades formativas, se podría mejorar y ampliar los recursos que desde la Estrategia Nacional sobre drogas y los Planes Autonómicos de drogodependencias se señalan, y que a nivel local, se materializan en Planes Municipales y en centros especializados de tratamiento como respuesta a la demanda, tanto de la población en general, como de los pacientes-usuarios en particular.

Los responsables técnicos intentan apoyar la figura de los trabajadores sociales en los equipos de tratamiento, pero se encuentran, en ocasiones, con dificultades burocráticas e indicaciones políticas, que les limita la realización de una intervención integral en sus centros de referencia. En general, conocen las funciones del trabajador social y son partidarios de que este profesional intervenga en todo el proceso terapéutico, pero especialmente en la fase de reinserción social.

Bibliografía

Acebo, A (1992). Trabajo Social en los servicios sociales comunitarios. Colección Trabajo Social. Serie cuadernos. Madrid: Siglo XXI de España Editores y Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Aguilar, M. (2013). Trabajo Social. Concepto y Metodología. Madrid: Ediciones Paraninfo, S.A. y Consejo General del Trabajo Social.

Ander-Egg, E. (1985). ¿Qué es el Trabajo Social? Buenos Aires: Ed. Humanitas.

Ander-Egg, E. (1988). Diccionario del Trabajo Social. México: Ed. El Ateneo.

Ander-Egg, E. (1991). Introducción al Trabajo Social. Madrid: Siglo XXI. Madrid.

Ander-Egg, E. (2011). ¿Es posible un Trabajo Social como profesión, testimonio de lo humano? Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social, Vol. 1 nº 2 - 142-151.

Ander-Egg, E. y Follari, R. (1988). Trabajo Social e interdisciplinariedad. Buenos Aires: Humanitas.

Anger-Egg, E. (1992). Introducción al Trabajo Social. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Aylwin de Barros, N. (1993). Un enfoque operativo de la metodología del Trabajo Social. Buenos Aires: Humanitas.

Barbero, J. M. (2002). El Trabajo Social en España. Zaragoza: Mira Editores. Zaragoza.

Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas. Miscelánea Comillas, vol. 70, núm 136.

Bellido, A. (1993). La primera entrevista en la Relación de Ayuda del Trabajo Social Individualizado. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N.º 2. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Alicante: Universidad de Alicante.

Beneit, J., García, M. y Mayor, L. (Coordinadores) (2009). Intervención en drogodependencias: un enfoque multidisciplinar. Madrid: Editorial Síntesis.

Bermejo, J. C. (1998). Apuntes de Relación de Ayuda. Santander: Editorial Sal Terrae.

Bernabéu y Gascón (1999). Antecedentes históricos de la visitadora sanitaria Concepción Arenal y su Visitador de los pobres. Alicante: Universidad de Alicante.

Biestek, F.P. (1961). The Casework Relationship. London: Unwin Hyman (Trad. Cast.: Las relaciones de “casework”). Madrid: Aguilar (Original en inglés, 1966).

Caballol, J. M. (coord.) (2013). Construyendo relaciones. Intervención psicosocial con personas sin hogar. Madrid: Asociación Realidades y Fundación RAIS.

Calafat, A. (1995). Los Factores de riesgo en drogodependencias. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela.

Capilla, A. y Villadóniga, J. C. (2004) Pioneros del Trabajo Social, una apuesta por descubrirlos. Huelva: Servicio de Publicaciones. Universidad de Huelva.

Castillo, A. (2011). Aproximación al Trabajo Social en España. Revista Serviço Social y Sociada de. Sao Paulo, número 108, 623-638.



- Cian, L. (1995). *La Relación de Ayuda*. Madrid: CCS.
- Cibanal, L. et al. (2003). *Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: Editorial Elsevier.
- Código Deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social. Texto aprobado por la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria del 9 de Junio de 2012.
- Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario. Atención Primaria y Atención Especializada. Teoría y práctica*. Colección Trabajo Social. Serie libros. Madrid: Siglo XXI.
- Colom, D. (2010). *El Trabajo Social Sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Ed. Ekaina.
- Contreras, M. (2006). *Principales Modelos para la Intervención de Trabajo social en Individuo y Familia*. Santiago de Chile: Departamento de Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Universidad Tecnológica Metropolitana.
- De la Red, N. (1993). *Aproximaciones al Trabajo Social*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Dietrich, G. (1986). *Psicología general del counseling*. Barcelona: Herder.
- Escartín, M. J. y Suárez, E. (1994). *Introducción al Trabajo Social I. Historia y fundamentos teórico-prácticos*. Alicante: Aguaclara.
- Escartín, M. J. (1998). *Manual de Trabajo Social. Modelos de práctica profesional*. Colección Amalgama. Alicante: Editorial Aguaclara.
- FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción). (1996). *Manual del animador. Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid.
- Farber, B. A., Brink, D. C. y Raskin, P. M. (2001). *La psicoterapia de Carl Rogers. Casos y comentarios*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ferrer, X., Alemany, G., Calvo, A., Duro, R. (1990). *La Formación de padres para la prevención del abuso de drogas*. En XVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (1988), Valladolid, Vol.3. 511-516.
- Ferro S. (2004). *Interdisciplinariedad y drogodependencias*. Cuadernos de Trabajo Social, 17. 289-304. Madrid.
- Friedlander, W. A. (1985). *Dinámica del Trabajo Social*. México, D. F.: Editorial Pax México. Librería Carlos Césarman, S. A.
- Gaitán, L. (1990). *El Trabajo Social como disciplina y como profesión en el ámbito interprofesional*. Colección Documentación Social. Nº 79. Madrid: Cáritas.
- Gamella, J. F. (2003). *Drogas y control social: una excursión etnohistórica*. (Capítulo 3) En Pantoja, L. y Abeijón, J. A. (Directores). *Drogas, Sociedad y Ley*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias.
- García, J. y Melián, J. R. (1993). *Hacia un nuevo enfoque del Trabajo Social*. Madrid: Editorial Narcea.
- Giner, S. (1968). *Sociología y Trabajo Social*. En I Congreso Nacional de Asistentes Sociales. Barcelona, p. 33.
- Giordani, B. (1988). *Psicoterapia humanística. De Rogers a Carkhuff. La terapia centrada sulla persona*. Assisi: Cittadella.
- Givertz, H. (1970). *Estado de Bienestar*. Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales. Madrid: Ediciones Aguilar.
- Gómez, F. (2007). *Intervención social con familias*. Madrid: Ed. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.
- Gómez, R. (2010). *Una metodología de Intervención Social. Aplicación práctica de la Relación de Ayuda desde el Método de Trabajo Social*. Documentos de Trabajo Social. Número 47. Revista de Trabajo Social y Acción Social. Málaga: Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga.
- Gómez, R. (2010b). *Variables en la profesionalización del Trabajo Social*. Revista Abendua. País Vasco.
- Gondra, J.M. (1981). *La psicoterapia de Carl R. Rogers*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario (2012). Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Hill, R. (1982). *Metodología básica en Servicio Social: consideraciones teóricas sobre la integración de métodos en América Latina*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.
- Hill, R. (1986). *Caso individual. Modelos actuales de práctica*. Buenos Aires: Humanitas.
- Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del Trabajo Social*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Ituarte, A. (1995). *El papel del trabajador social en el campo sanitario*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Ituarte, A. (2009). *Sentido del Trabajo Social en Salud*. Zaragoza: XI Congreso Estatal de Trabajo Social.



- Las Heras, P. y Cortajarena, E. (1979). Introducción al bienestar social. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.
- Lázaro, S., Rubio, E., Juárez, A. (2010). Aprendiendo la práctica del Trabajo Social. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Madrid, J. (1986). Relación de Ayuda y Comunicación. En (AA.VV). Hombre en crisis y Relación de Ayuda, Madrid: Asetes. 195-196
- Madrid, J. (2005). Los procesos de la Relación de Ayuda. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Maroto, A. L. (2001). Ipsoterapia en Trabajo Social. Por una intervención social desde los afectos. Trabajo Social Hoy, 34.
- Marroquín, M. (1991). La Relación de Ayuda en Robert R. Carkhuff. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Martín, V. M. (2009). Las Drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Martínez, M. J. (2005). Modelos teóricos del Trabajo Social. Murcia: Ed. Diego Marín.
- Maslow, A. (1983). El hombre autorrealizado. Barcelona: Kairos.
- Minuchin, S. y Fishman, C. H. (1981). Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Ed. Paidós
- Moix, M. (1991). Introducción al Trabajo Social. Madrid: Editorial Trivium, S.A.
- Moix, M. (2006). La práctica del Trabajo Social. Madrid: Editorial Síntesis.
- Molina, M. V. (1994). Las enseñanzas del Trabajo Social en España 1932-1983. Estudio socio-educativo. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Murugarren, A. (coord.). (2011). El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión. Pamplona: Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.
- Musitu, G. (1998). La indisociabilidad de la intervención comunitaria y de la perspectiva económica. *Informació Psicológica*, 66, 4-9.
- Paúl, V. (1972). Pervivencia de un fundador. Obras Completas, t. IX, Salamanca: Ed. Sígueme.
- Payne, M. (1995). Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica. Barcelona: Editorial Paidós.
- Pellejero, J. M y Grijalvo, F. (2007). Intervención en Drogodependencias. Manuales docentes de Trabajo Social. Nº 11. Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Pérez, B. (2004). El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión. Colección Documentación Social n.º 135. Madrid: Edita Cáritas Española.
- Pincus, A. y Minahan, A. (1973). Social Work Practice: Model and Method. Itasca, Illinois: Peacock.
- Plan Municipal de Acción sobre las Adicciones 2009-2012. (2009). Madrid: Ayuntamiento de Móstoles.
- Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz 2012-2015. (2012). Madrid: Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz.
- Pomar, F. J. (2004, Octubre) El Trabajo Social como elemento diferenciador del Sistema de Servicios Sociales: La Ayuda Personal. Comunicación presentada en la Junta Municipal de Ciudad Lineal con motivo del 25 Aniversario de los Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Madrid, Madrid.
- Pomar, F. J. (2008). La intervención profesional de los trabajadores sociales. (Tesis Doctoral). No publicada. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Pontificia de Salamanca. Madrid.
- Prochaska, J. y Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical Threrapy: Toward a more intergrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Reserarch and Practice*. Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones. (2012). Madrid: Madrid Salud. Instituto de Adicciones.
- Ramírez, I. (2000). Hacia la reinserción de los jóvenes drogodependientes. Madrid: Instituto de la Juventud (Injuve).
- Ranquet, M. Du (1996). Los modelos en Trabajo Social. Madrid: Siglo XXI.
- Richmond, M. E. (1996). El caso social individual y el diagnóstico social. Textos Seleccionados. Madrid: Talasa Ediciones, S.L.
- Robertis, C. (de). (1992). Metodología de la intervención en Trabajo Social. Barcelona: Editorial El Ateneo.
- Rogers, C. (1978). Orientación psicológica y psicoterapia. Madrid: Narcea.
- Rogers, C. (1987). El camino del ser. Barcelona: Kairós.
- Rogers, C. (2010). Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría. Barcelona: Ed. Paidós.



- Rogers, C. (2014). El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Barcelona: Ed. Paidós.
- Rogers, C. y Kinget, M. (1971). Psicoterapia y relaciones humanas. (dos tomos). Madrid: Ed. Alfaguara
- Rogers, C. y Rosenberg, R. L. (1989). La persona como centro. Barcelona: Ed. Herder.
- Rossell, T. (1999). El equipo interdisciplinario. Revista de Trabajo Social. Servicios Sociales y Política Social, 46, 9-20.
- Ruidíaz, C. (2008). Notas sobre Concepción Arenal. Revista REDIR 6, 55-67.
- Salzberger-Wittenberg, I. (1970). La relación asistencial. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sánchez, M. L. (1995). El Trabajo Social en las actuaciones grupales con padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias: necesidad de una metodología participativa. Cuadernos de Trabajo Social n.º 8. Madrid: Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense.
- Sarabia, A. (2006). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. En Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO) presentado en las V Jornadas de dicho seminario. Madrid.
- Valverde, J. (1993). El proceso de inadaptación social. Madrid: Ed. Popular.
- Villa, J. M, Ruíz, E. y Ferrer, J. L. (2006). Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 4. Mérida: Ed. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo.
- Villegas, M. (1982). Entrevista con Carl Rogers. Anuario de Psicología, 27 (2). 109-115,
- Villegas, M. (1986). La Psicología Humanista: Historia, concepto y método. Anuario de Psicología. Número 34. Facultat de Psicologia. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Viscarret, J. (2007). Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social. Madrid: Alianza Editorial.
- Viscarret, J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. Capítulo 8, en Fernández García, T. (coord.). Fundamentos del Trabajo Social. Madrid: Alianza.
- Vives, J. L. (1992). Subventionem pauperum (Obra reeditada). Barcelona: Ed. Hacer.
- Watzlawick, P. et al. (1985). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Ed. Herder.
- Weber, M (1969). La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Barcelona: Ed. Península.
- Zamanillo, T. y Gaitán, L. (1991). Para comprender el Trabajo Social. Pamplona: Editorial Verbo Divino.
- Estrategia Europea sobre Drogas (2013-2020) [en línea]. Disponible en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/investigacion/InvestigacionUE/home.htm>, [2015, 28 Septiembre].
- Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) [en línea]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>, [2015, 28 Septiembre]
- González, P. (2011). Construyendo el trabajo social “Pensamiento, corazón y dinamismo, [en línea] Disponible en: www.eumed.net/rev/ccss/12/ [2014, 13 de Octubre].



ESTUDIO SOBRE NECESIDADES Y RECURSOS EN LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS: UN ESPACIO DE INTERVENCIÓN NECESARIO

Rocío Martínez Borrego

Resumen

Esta comunicación expone las conclusiones de parte de un trabajo de investigación más amplio donde se ha pretendido “dirigir la mirada” hacia una organización tan desconocida para el Trabajo Social como es la Institución Militar. Es un exploratorio-descriptivo cuyo objetivo ha sido la de aproximarnos a la realidad social del ámbito militar, para detectar y analizar las necesidades o situaciones carenciales que puedan afectar a su población más vulnerable, así como los recursos existentes en las Fuerzas Armadas para paliarlos. Las técnicas utilizadas para ello han sido el análisis documental y la entrevista semiestructurada realizada a trabajadores/as sociales que trabajan como personal laboral de las Fuerzas Armadas.

Palabras Clave: Fuerzas Armadas, Necesidades, Trabajo Social, Movilidad geográfica, Familia.

Key Words: Armed Forces, Needs, Social Work, Geographical mobility, Family.

Introducción

El ámbito militar, al igual que la sociedad civil, está compuesto por grupos humanos heterogéneos y diversos, con la particularidad de que poseen características específicas tales como situaciones de peligro, ausencias prolongadas, disponibilidad permanente, limitación de algunos derechos, numerosos cambios de destino, etc., lo que provoca situaciones de estrés e incertidumbre.

Estas particularidades tienen repercusiones directas en la vida personal, familiar y social de los/as militares, pudiendo generar o agravar situaciones problemáticas o de necesidad con consecuencias muy diversas: monoparentalidad, conflictos familiares, depresión, separaciones o divorcios, situaciones de estrés, problemas de adicciones, problemas de integración, etc., pudiendo existir situaciones de vulnerabilidad e incluso de riesgo de exclusión social.

Situaciones que se dan en la sociedad, y son objeto del quehacer diario del/de la trabajador/a social, en el ámbito militar requieren de un conocimiento exhaustivo de las particularidades de este colectivo, pues el objeto del Trabajo Social son “*todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal*” (Zamanillo, 1999).

Por todo ello, se hace necesario investigar sobre este colectivo desde nuestra perspectiva, para lo cual hemos hecho un trabajo exploratorio-descriptivo cuyo objetivo ha pretendido conocer y aproximarse a dicha realidad desde el Trabajo Social, detectando las necesidades y los recursos existentes en las Fuerzas Armadas.

Metodología

Teniendo en cuenta el objeto de estudio, el nuestro sería un “estudio exploratorio-descriptivo” (González Río, 1997) y su enfoque es cualitativo.

La primera técnica utilizada ha sido el **análisis documental**. Tras la revisión bibliográfica y la documentación facilitada por los/as informantes clave de la institución, hemos seleccionado como documentos relevantes, memorias anuales y documentación utilizada por los/as trabajadores/as sociales (notas informativas, protocolos de actuación o informes sociales). También hemos tenido como base, el trabajo de investigación de María Gómez Escarda, “La familia en las Fuerzas Armadas” que nos ha servido para reforzar nuestra argumentación.

La segunda técnica ha sido la **entrevista semiestructurada** (Patton, 1980) a trabajadores/as sociales del ámbito militar.

En relación a la muestra, se han contabilizado un total de ocho profesionales en las Fuerzas Armadas y el ISFAS¹ y de ese total, accedieron a colaborar con la investigación seis trabajadores/as sociales.

Del perfil de los/as entrevistados/as, podemos decir que: se han entrevistado a un hombre y a cinco mujeres, con una media de edad de 48 años siendo la mayor edad 55 años y la menor 36 años y con una media de experiencia laboral en la institución de 17 años, siendo la mayor experiencia de 30 años y la menor de 4 años. De los resultados de las entrevistas, integradas con el análisis de fuentes documentales, hemos obtenido la información pretendida en nuestra investigación.

Contextualización

Nos encontrábamos con una institución poco permeable “para asegurarse frente a la incertidumbre de su entorno” (Bañón, R. y Olmeda, 1985), conservadora², fuertemente jerarquizada y que ejerce un cierto control

1 Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

2 “La función de combate de los Ejércitos convive con una cultura institucional conservadora” (Segal y Weschler, 1983).



institucional sobre sus miembros, donde lo profesional puede invalidar el resto de esferas de la vida de sus componentes (familiar, social, de ocio, etc.)”.

Pero es cierto que esta realidad va cambiando. Los/as militares españoles han tenido que plantearse un nuevo concepto de su profesión, de sí mismos y de su nuevo papel en la sociedad. La interrelación entre el ejército y la sociedad civil es cada vez mayor, y los cambios sociales han afectado de igual forma a los militares y a sus familias (Martínez Paricio, J. I. y Díaz, J. R., 2001). Los/as militares, cada vez más, demandan de la institución herramientas que les permita poder ejercer su profesión sin tener que renunciar o sacrificar el resto de parcelas de su vida.

Las Fuerzas Armadas constituyen un colectivo compuesto por 106.493 hombres y 15.111 mujeres³. Se clasifican por escalas de Oficiales, Suboficiales, Tropa y Marinería. Esta clasificación es importante ya que en cada escala nos encontramos con grupos humanos a los que les une rasgos comunes, como las funciones desempeñadas, características socioculturales, formativas, salariales etc.⁴

La media de edad de los/as militares está entre 30 y 46 años, por lo que hablamos de personas jóvenes en el momento vital de formar familias.

Principales problemáticas

“Las mayores dificultades se producen en el entorno familiar y las generan la movilidad geográfica y las ausencias prolongadas por motivos de disponibilidad, siendo muy difícil la conciliación de la vida laboral y familiar” (entrevista TS)⁵.

El colectivo militar comparte situaciones-problemas con el resto de la sociedad, y su entorno familiar también (cuidado de los/as mayores, atención a sus hijos/as, dificultad de acceso a la vivienda, precariedad económica, desempleo de alguno de sus miembros, etc.). Lo que marca la diferencia es que, además, han de afrontar todas esas situaciones en un “contexto hostil”, fruto de continuas relocalizaciones (incluyendo despliegues en el exterior), separaciones frecuentes (con la consecuente readaptación a las nuevas situaciones), y la merma en la economía familiar que dichas situaciones provoca. Todos estos condicionantes y situaciones expuestas pueden llegar a generar situaciones de riesgo de exclusión social⁶.

Todo traslado genera gastos extras que no son cubiertos en su totalidad por la institución. El nivel de vida de las diferentes ciudades de destino no es el mismo por

lo que puede verse muy mermada la renta disponible y afectado el acceso a una vivienda digna.

A todo ello se suma el hecho de que el otro cónyuge no pueda mantener el empleo o tenga dificultades para encontrar uno nuevo (Gómez, 2013), por lo que la economía familiar se deteriora drásticamente, lo que, en algunos casos, puede llevar a situaciones carenciales que hacen difícil cubrir las necesidades básicas.

Cuando se produce un traslado de residencia con todos los miembros de la familia, tiene lugar una situación de desarraigo en relación al lugar donde se vivía, con la consecuente pérdida de identidad, sensación de soledad y abandono, además de la pérdida de apoyos (familia extensa) o de referentes vitales (en el caso de los/as menores, colegio, grupo de pares, relaciones vecinales, etc.) (entrevista TS).

Estas circunstancias en algunos casos pueden desembocar en aislamiento social, dificultades en el rendimiento escolar y absentismo escolar de los/as menores, situaciones de conflicto familiar, inadaptación. “*Creemos que se hace necesario un extra de protección a los/as menores que son la parte más vulnerable*” (entrevista TS).

Cuando se llega a una ciudad nueva, se produce una limitación en el acceso a los sistemas de protección social (sanidad, vivienda, educación, etc.), principalmente por desconocimiento, cuando no se conocen los recursos de los que se disponen en el nuevo destino, no se pueden acceder a ellos, y conocerlos requiere de esfuerzo, tiempo y capacidad para saber buscar.

Si la movilidad tiene repercusiones en la vida familiar de los/as militares, tal y como se ha visto con anterioridad, se puede intuir que las misiones internacionales son un importante foco de conflictos, dificultades y problemas tanto para los militares como para sus familias⁷.

Esto ha motivado el que se inicien una serie de acciones⁸ dirigidas al entorno familiar, con el objetivo final de paliar los efectos de la ausencia. No obstante, estas tareas de apoyo son realizadas en muchos casos, por personal no cualificado (personal voluntario, veteranos...) (entrevista TS). Sería necesario constituir Equipos de Apoyo a las familias en misiones internacionales que, dado la amplitud de problemas que se pueden plantear, debería contar con equipos multidisciplinares entre los que se encontrarán trabajadores/as sociales, además de miembros de las familias⁹.

Mención especial merece “*la Tropa, como colectivo más numeroso y vulnerable*” (entrevista TS), pues además

3 Fuente: Dirección General de Personal, Ministerio de Defensa, 2014.

4 Un soldado no cobra igual que un oficial, ni las exigencias académicas para acceder a la escala de oficiales son las mismas que para acceder a la escala de tropa y marinería.

5 Significa que procede de las entrevistas realizadas a los/as trabajadores/as sociales de forma literal o interpretada.

6 Para ordenar la información hemos tenido presentes los ámbitos vitales del concepto de exclusión social (empleo, situación económica, vivienda, educación, integración social y familiar, etc.) (Raya Diez, 2005).

7 Las medidas de apoyo a las familias de los militares desplegadas en misiones internacionales. María Gómez Escarda Documento de trabajo 42/2009. Fundación Alternativas.

8 Instrucción General 01/05 Plan de apoyo al personal en operaciones fuera del territorio nacional del Ejército de Tierra.

9 Equipos de Apoyo a las familias en misiones internacionales. María Gómez Escarda Documento de trabajo 42/2009.



de ser el colectivo con los sueldos más bajos y con más problemas económicos a la hora de enfrentar las vicisitudes de la vida militar, afrontan la situación de temporalidad laboral¹⁰, siendo un factor estresante para este grupo profesional. La incertidumbre de las renovaciones de compromiso y la posibilidad de quedarse sin trabajo con 45 años pueden generar angustia y ansiedad ante un futuro incierto sobre todo si se ha creado una familia y se tiene menores a cargo.

De acuerdo con Escribano los problemas familiares, incluyendo depresión del cónyuge problemas con los hijos, celos, etc., son frecuentes. Los/as soldados y marineros pueden sufrir problemas en sus relaciones de pareja ya que, normalmente, por su edad, están creando o consolidando parejas estables. Estos problemas pueden llegar a afectar incluso al rendimiento (Escribano, 1998).

Pero quizás, la transformación más relevante que se ha producido ha sido la **incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas** en plena equiparación sin restricciones con los hombres¹¹. El rol de la mujer en el ámbito militar ha pasado de “acompañar y apoyar” a su marido militar, a ser una parte integrante de la Institución en igualdad legal.

No obstante, aún perviven creencias y actitudes negativas en torno a las capacidades femeninas ante determinadas actividades. Existen resistencias, sobre todo por parte de la población masculina donde sobrevive una mentalidad tradicional en relación a los roles de cada género (Agudo, 2014).

La integración no se da en los mismos términos que la inserción, y prueba de ello son las situaciones de denuncias de acoso o abuso por autoridad, así como los casos de bajas por depresión que sufren las militares en la institución (Agudo, 2014).

Estas situaciones de acoso dentro de las Fuerzas Armadas han sido objeto de creciente atención, con modificaciones en el Régimen Disciplinario¹², para incorporar como falta muy grave el realizar, ordenar o tolerar actos que afecten a la libertad sexual de las personas o impliquen acoso tanto sexual y por razón de sexo como profesional u otros e, incluso, para promover por parte del Ministerio de Defensa un protocolo de actuación frente al acoso sexual y por razón de sexo en la institución. Aunque lentamente, se van dando algunos pasos que a todas luces resultan insuficientes.

Otro aspecto que, tradicionalmente, ha sido objeto de atención por parte de las Fuerzas Armadas ha sido el

de las **adicciones**, máxime cuando se considera que el consumo de drogas es incompatible con los valores esenciales de la vida militar y la propia actividad desarrollada (armamento, transporte, guardias, seguridad, operaciones,...) (Martínez, 2013).

Entre los factores que incrementan el riesgo de adicciones en las Fuerzas Armadas podemos destacar: el elevado número de población en edad crítica, la movilidad geográfica, que genera estados de inquietud e incertidumbre laboral, así como el alejamiento de la familia, impidiendo a ésta ejercer su papel de control y ayuda, la carga familiar supeditada a los cometidos propios de la profesión (horarios, normas, turnos repetitivos), así como poco tiempo para desarrollar una actividad personal que permita una relación estable con la familia (Mañoso y Cortés, 2000).

Recursos existentes

La asistencia social y los servicios sociales en el ámbito de las Fuerzas Armadas han tenido siempre unas características exclusivas debido a la especial naturaleza de la función pública militar, que la hacía acreedora de una tutela específica¹³.

En la actualidad, han tenido como objetivo afrontar las nuevas necesidades derivadas de los cambios sociales e institucionales dando más importancia al bienestar social y familiar de los/as militares, traduciéndose en una serie de medidas legislativas (como las relacionadas con la conciliación entre la vida familiar y laboral, entre otras). Así, en la más importante ley de personal de las Fuerzas Armadas (FAS), se dispone que dentro del apoyo al personal de las Fuerzas Armadas existirá un sistema de acción social complementario de la protección social¹⁴.

El Sistema Asistencial del Ministerio de Defensa está estructurado en dos áreas diferenciadas, la de Apoyo al Personal, centrada en Sanidad y Vivienda respectivamente, y la de Acción Social, que se subdivide a su vez en Asistencia al Personal (Residencias Militares y Centros Sociales y Deportivos, entre otras actividades) y Ayudas de Acción Social (ayudas encaminadas a paliar las cargas económicas familiares).

Encuadrada en la Dirección General de Personal se encuentra la División del Servicio de Apoyo al Personal, cuyo cometido fundamental es coordinar las políticas sociales para el personal militar y la prestación de apoyo continuado a los heridos y a los familiares de los fallecidos/as y heridos/as en acto de servicio.

10 Comienzan por un compromiso inicial renovable hasta seis años y ofreciendo a los soldados la opción de otra de larga duración que llegaría hasta que éstos cumplieren los 45 años y durante cuya vigencia podrían acceder a la condición de soldados permanentes (Gómez, 2013).

11 La plena equiparación sin restricciones no se permitió hasta el año 1999.

12 Artículo 8.12. Ley Orgánica 8/2014, de Régimen Disciplinario de las Fuerzas Armadas.

13 Navado Moreno, P. T., La Función Militar, Madrid, Marcial Pons, 1997 y Alli Turrillas, J. C., La profesión militar, Madrid, Ministerio de Administraciones Públicas, 2000).

14 Disposición adicional séptima de la Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la carrera militar.



El principal organismo encargado de proporcionar medidas de protección social es el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)¹⁵ que, además de la asistencia sanitaria, proporciona determinadas prestaciones sociosanitarias que tienen por objeto la protección de situaciones de necesidad fundadas en contingencias relacionadas con la salud o con la calidad de vida de los titulares y beneficiarios/as, como ayudas para estancias temporales en centros asistenciales, para la promoción de la autonomía personal, atención a personas drogodependientes y otras (aunque actualmente muchas de ellas no están dotadas presupuestariamente).

También se ha creado el Observatorio Militar para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en las Fuerzas Armadas como órgano consultivo en cuestiones de género.

Con carácter descentralizado, en las Direcciones de Asistencia al Personal de los Ejércitos y la Armada, existen las Oficinas de Apoyo al Personal (OFAP's), para proporcionar apoyo a los miembros de las Unidades y a sus familias (estas oficinas no cuentan con personal cualificado).

El Ministerio de Defensa ha implementado, además, planes específicos, como el Plan General de Prevención de Drogas en las FAS, con carencias en su puesta en marcha y un déficit importante de personal cualificado para desarrollarlas (entrevista, TS), así como planes de ayudas de acción social. Estos últimos consisten en ayudas económicas para el estudio de los/as hijos/as, personas con discapacidad, situaciones de especial necesidad, educación especial con necesidad de apoyo psicoeducativo, etc.

También se ha creado recientemente el Observatorio de la Vida Militar como un órgano colegiado, asesor y consultivo, para el análisis permanente de la condición de militar y de la forma con que el Estado vela por los intereses de los miembros de las Fuerzas Armadas.

Parece que existen muchos recursos para atender las necesidades de los/as militares y sus familias, sin embargo la mayoría de las ayudas son de carácter económico (asistencialista) con una dotación presupuestaria muy insuficiente. Carecen de personal cualificado que pueda intervenir para incidir en la raíz de los problemas y producir cambios que mejoren su situación.

Existe desconexión y duplicidad de muchas de las ayudas, además de recursos poco operativos, pudiendo ser debido a una falta de asesoramiento especializado a la hora de planificar las políticas sociales. Aun existiendo la voluntad por parte de la administración de paliar las necesidades y los problemas de sus componentes, las medidas desarrolladas pueden no ajustarse a las demandas reales del personal militar (entrevista TS).

Conclusiones

Frente a esta realidad social de las Fuerzas Armadas, con sus dificultades y sus recursos, es paradójico descubrir que habiéndose producido un desarrollo normativo y medidas sociales en lo relacionado con el bienestar de los/as militares (conciliación de la vida laboral y familiar, protección de la mujer, programas prevención de adicciones, oficinas de apoyo al personal, etc.) estos logros no hayan ido parejos con el aumento de trabajadores/as sociales¹⁶ para su correcto desarrollo. Se puede decir que se han tomado medidas adecuadas con personal inadecuado.

En este sentido se buscan recursos para solventar las dificultades planteadas, pero estos son gestionados o llevados, en prácticamente la mayoría de las situaciones, por otros profesionales no especializados en el ámbito de lo social

Los/as trabajadores/as sociales, como “gestores de relaciones y agentes de cambio”, tenemos mucho que decir y aportar, también, a las Fuerzas Armadas, siendo este un posible espacio laboral: “a nuevas necesidades, nuevos retos profesionales”.

Para concluir, apuntar que el presente trabajo ha pretendido ser un punto de partida en el análisis de la situación sociofamiliar del personal militar en relación a la institución, desde la perspectiva del Trabajo Social. A partir de aquí se pueden abrir numerosas e interesantes líneas de investigación, como seguir profundizando en las problemáticas y necesidades de los/as militares, así como en el desarrollo de medidas de apoyo más acordes con las realidades familiares existentes hoy en día dentro de las Fuerzas Armadas españolas.

Partiendo de la necesaria presencia del Trabajo Social en el ámbito militar, también sería interesante analizar y estudiar los posibles espacios dentro de la institución donde nuestro perfil es necesario y concretar sus funciones.

Bibliografía

Agudo, Y. (2014). *La participación de las mujeres en las Fuerzas Armadas Españolas: de la incorporación a la integración*. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Nº 7 p.p. 9-27.

Bañón, R. & Olmeda, J.A. (comp.) (1985). *La Institución militar en el Estado contemporáneo*. Madrid: Alianza Editorial.

15 Organismo Autónomo adscrito a la Subsecretaría del Ministerio de Defensa, que dispone de personalidad jurídica propia.

16 A día de hoy podemos contabilizar a ocho trabajadores/as sociales con relación contractual de personal laboral en las Fuerzas Armadas.



Bañón, R. y Olmeda, J. A. (1985). La investigación social de la organización militar. *Revista Internacional de Sociología*, Vol. N° 43, pp. 206-224.

Escribano, C. (1998). Apoyo psicológico a las fuerzas desplegadas en Bosnia. *Ejército-Revista de las Armas y Servicios*, N.º 690, p. 45.

Gómez, M. (2013). *La familia en las Fuerzas Armadas españolas*. Colección Premios Defensa Investigación. Madrid: Ministerio de Defensa.

Gonzalez, M. J. (1997). *Metodología de la investigación social*. Técnicas de recolección de datos: Aguacilara.

Martínez, J. I. & Díaz, J. R. (2001). *Ante el nuevo ciclo en los Ejércitos: los centros de pensamiento militar*. *Barataria*, Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales, N.º 4, 224.

Mañoso, J. y Cortés, M. (2000). *Perspectiva histórica de las drogas desde un punto de vista militar*. Madrid: Ed. Agencia Antidroga.

Martínez, M. (2013). *Prevención de drogodependencias en las FAS*. *Revista Española de Defensa* n° 295, 20-21.

Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evolution methods*. Beverly Hills, CA Sage.

Raya Diez, E. (2005). *Indicadores de Exclusión Social. Una aproximación al estudio aplicado de la exclusión*, ed. Universidad del País Vasco, Leioa.

Zamanillo, T. (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social* 12: 13-32, Madrid (1999).



TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL: UN PATRIMONIO POR RECUPERAR

Héctor Luna Arranz

Resumen

La identidad otorgada por las ciencias “psi-” a las personas con algún tipo de malestar psíquico que son atendidas desde la Red Pública de Salud Mental es, en muchos casos, asumida por los y las trabajadores/as sociales.

A su vez el discurso propio de las ciencias sociales, su reflexión y sus prácticas se diluyen bajo el paradigma biomédico corriendo el riesgo de que su intervención no siempre vele por la promoción de los derechos de ciudadanía sino que produzca efectos contrarios. Como veladores del Estado de Bienestar, la recuperación de nuestra capacidad de escucha, acompañamiento y cuestionamiento social es hoy una urgencia.

Palabras clave: Ciudadanía, Locura, Intervención, Escucha, Acompañamiento.

Key words: Citizenship, Madness, Intervention, To Listen, Accompaniment.

Mi nombre es Héctor Luna, soy trabajador social de un Equipo de Apoyo Social Comunitario de la Comunidad de Madrid.

Mi propuesta con esta comunicación es señalar algunos efectos no deseados de nuestra intervención, que a menudo observo en mí día a día.

El dispositivo en el que trabajo desarrolla su labor en el ámbito de la Salud Mental. Se trata de un equipo multidisciplinar, como casi todos en los que he trabajado y que también vosotras y vosotros conocéis. En él hay, junto con el trabajador social dos profesionales de la educación social y otro de la rama de la psicología. Además mantenemos coordinaciones periódicas con recursos donde están representadas las disciplinas de terapia ocupacional, enfermería, psiquiatría y otras.

Esta multiprofesionalidad supone una realidad caleidoscópica similar a la que este Congreso quiere acercarse. El acercamiento a la persona y sus circunstancias desde diferentes saberes profesionales tiene su potencial y riqueza en que la complementariedad de esos distintos saberes, de esas miradas que son parciales, proporciona una visión más completa y compleja de la situación. Cada perspectiva rescatará una realidad diferente, identificará también diferentes focos de intervención y aplicará una metodología propia.

Ocurre que, en el caso de la salud mental, observo cómo otra mirada y otro discurso que no es propio del Trabajo Social es replicado por muchos de los profesionales de la rama de lo social, en concreto el biomédico. Percibo cómo se asume en frases como: <<A tal persona le hace falta una medicación de absorción lenta>>, o <<“fulanito” hoy está eutímico>>, etc. Y no identifico estas expresiones como una forma de apropiarnos del lenguaje médico para poder hacernos entender con el facultativo de turno, sino más bien como una colonización que el discurso biomédico hace de lo social.

El paso que sigue tiene que ver con que “las palabras encierran mundos”. Esto quiere decir que tras esos discursos existe una forma determinada de entender la realidad, como antes decía. De entender a qué responden las diferentes situaciones que presentan las personas que atendemos y cómo se debe actuar sobre ellas. Y cuando los discursos no nos son propios, la prácticas que se derivan de ellos tampoco.

Quizá con un ejemplo se entienda mejor. A principios del pasado año, desde el Centro de Salud Mental nos fue derivado un chico de 18 años, con una problemática de acoso sistemático llevado a cabo por parte de unos vecinos desde hacía años. Esto le había generado miedos a la hora de salir de casa, aislamiento y dependencia de su madre.

Desde el Centro de Salud Mental se considera que una de las principales áreas de intervención debe ser el acompañamiento desde su casa a la parada de autobús, donde coge el transporte hacia un Centro de Tratamiento de otra localidad al que hace poco ha sido derivado y al que siempre va acompañado por un familiar.

Este chico, al que llamaré Roberto, dice que quiere que le ayudemos a que “se le vayan los miedos” y “ser capaz de salir solo” a ese Centro y a la Asociación de Usuarios de Salud Mental, a la que también acude.

La madre, por su parte, valora muy positivamente la entrada del Equipo de Apoyo para poder acompañar a su hijo, mientras ella y su marido consideran la posibilidad de mudarse a otro Municipio.



Según vamos conociendo a Roberto, nos va hablando de su historia. Nos cuenta que a los nueve años se metían con él en el colegio, que él perdía el control y acababa peleándose. Su familia en ese momento recurrió a la atención psiquiátrica infanto-juvenil como forma de ayudarlo a estar más tranquilo. Nos cuenta que los problemas se extendieron al barrio ya que los chicos que le agredían eran vecinos suyos. Él dice que se sentía cada vez más amenazado hasta el punto de abandonar los estudios y no querer salir solo a la calle para evitar dichas situaciones. Roberto tiene 15 años en esta época y reinicia el seguimiento por el equipo infantil por presentar reagudización de la sintomatología. El diagnóstico que se le da poco después es el de “posible psicosis”, y se le reconoce un grado de discapacidad que permite a su familia cobrar una pensión en su nombre.

Desde el Equipo de Apoyo observamos un gran nivel de ansiedad en Roberto cuando está por los alrededores del barrio, pero como él dice, una vez sale de la localidad hacia donde está el Centro de Tratamiento o cuando va a la casa que la familia tiene en la playa no tiene problema alguno, se maneja bien e incluso allí conserva un grupo de amigos.

Al poco tiempo la familia se muda de ciudad, pero entendemos que nuestra intervención no es acompañarle a la parada de bus, sino además de apoyarle en mantener su rutina de ir al Centro de Tratamiento y a la Asociación, seguir conociéndonos para ayudarlo a estar como él quiera estar. Nos habla de su interés en hacer un curso de monitor de ocio y tiempo libre, pero poco después, desde los Centros de Atención se procede a ampliar los horarios de atención con Roberto, con lo que él se siente conforme, y el Equipo de Apoyo le da el alta.

En todo este tiempo, Roberto ha pasado por profesionales de muy diverso tipo. También de lo social. Y, al menos hasta donde nosotros sabemos, no se valoró la situación de Roberto en clave social por encima de la médica. Existe en su biografía una serie de problemas sociales relacionados con el acoso escolar y en el barrio que generaron angustia desde muy temprana edad, pero en cuanto el problema se diagnostica médicamente da la impresión de que lo social pierde valor y aparece un velo que no nos permite ver lo previo. El ser “usuario de salud mental” y el diagnóstico aparece como la respuesta, la causa de por qué ocurrió lo que ocurrió entonces.

En muchas ocasiones, en informes redactados por colegas se recoge, tras todo el recorrido fundamentalmente clínico, que los objetivos de intervención son del tipo: asegurar la toma de medicación, que acuda al Centro de rehabilitación, que cumpla con las citas médicas, que siga tal o cual programa. Creo que esos son objetivos médicos, son responsabilidad del médico y no nuestra. Por el contrario, encontramos recogidas en estos informes una serie de “variables que dificultan la intervención” como puede ser: el consumo de tóxicos, la difícil situación económica, el estar desempleado, dejar los estudios, la falta

de recursos comunitarios, etc. Cuando en ellos consiste la verdadera intervención social. Para trabajar en ellos es para lo que yo estudié Trabajo Social.

Para mí tiene más sentido pensar que esas variables, que también son llamadas “factores precipitantes” de la enfermedad, que son sociales, económicas, culturales... tienen que ver con la experiencia relacional de Roberto o de quien sea, y son el lugar donde está la fuente de su malestar y su angustia y donde debemos intervenir.

Muy a menudo nos alineamos tanto con el dictamen que viene de las ciencias “psi”, que acabamos confundiendo nuestros objetivos con los suyos, entendiendo nuestra propia área de intervención como accesorio, y quedando el Trabajo Social en lo que siempre decimos que nos da rabia, en la gestión de una batería de recursos. Yo mismo me siento dentro de esa batería de recursos, como un medicamento más cuando se me dice que mi trabajo debe orientarse a que determinada persona acuda a las citas médicas.

La intervención acaba reduciéndose a la derivación de la persona a un recurso determinado, y el objetivo a que la persona cumpla con la normatividad de dicho recurso, asumiendo posteriormente el/la trabajador/a social labores de supervisión y vigilancia. Defendemos lo social, pero somos nosotros mismos los que muchas veces negamos esta realidad. En el ámbito de la salud mental, tras el diagnóstico psiquiátrico, asistimos a un proceso por el que esa realidad social se convierte en circunstancial, se nombra pero no se atiende, y también de cara al futuro lo social se reduce casi exclusivamente a los espacios y prácticas que la Administración dispone para esta categoría de ciudadanos. Los espacios y prácticas que podemos proveer para que la vida de esta persona mejore después de lo que la enfermedad “ha hecho con ella”.

Ya en el pasado 5º Congreso de Trabajo Social Madrid se habló del/de la trabajador/a social como agente de reconocimiento de derechos sociales. Del *compromiso activo con los objetivos de autonomía y autodeterminación de las personas, con sus posibilidades y sus potencialidades en cualquier situación*. Creo que está íntimamente relacionado con el eje “**Ciudadanía y espacios de intervención**” de este Congreso, que apunta al reto de *cómo nuestra acción profesional colabora en la consecución de derechos*.

Lo cierto es que en mi ámbito soy testigo de cómo nuestra acción profesional no siempre colabora en esa consecución de derechos. Nos unimos a una cruzada contra los síntomas de una enfermedad que no nos permite ver al ser político al que debemos acompañar. No tenemos tan presente que sea sujeto de derechos o ciudadanía más allá de una atención que a veces de tan asistencial resulta incapacitante.

No sé si esto tiene que ver con la inercia “psiquiátrica” de las últimas décadas, con haber asumido un



sentimiento de inferioridad con respecto a otras disciplinas, con contagiarnos por el cientifismo reinante que apunta que sólo las ciencias positivas son ciencias, quizá con entender que lo social lleva un tiempo que pensamos que no tenemos y asumimos como propio el hacer de otros, o porque las estructuras institucionales así nos lo enseñan (sólo psicólogos dirigen los Centros donde yo trabajo). La realidad es que haciéndolo de esa manera el Trabajo Social pierde su razón de ser, el equipo pierde su potencial social y la persona atendida la necesaria visión caleidoscópica que garantiza la reflexión y el cuestionamiento de las circunstancias sociales.

La locura es algo que da temor y que no se comprende. Esto nos ocurre también a nosotros y creo que lo que hacemos es adherirnos a la visión del que se supone que comprende, que es el psiquiatra o el psicólogo.

Considero que desde las ciencias sociales como el Trabajo Social, la Antropología o la Sociología se puede dar cuenta de la existencia del ser humano, así como pensar los problemas de salud mental de un modo totalmente riguroso. La locura es sobre todo una dificultad para gestionar las cosas que a la persona le pasan, y de eso nosotros sabemos mucho, pero el diagnóstico psiquiátrico supone una marca que desautoriza a la persona. La locura son desencuentros que se producen en un contexto social determinado (fenómenos económicos, políticos, culturales,...). Deberíamos no caer en la trampa del diagnóstico y atender a la persona en ese contexto social.

Atender lo "bio" es una forma de ayudar, pero no es la nuestra ni puede ser la única. Acompañar y entender a la persona es la parte que falta, y ese es nuestro patrimonio por recuperar. En la práctica de nuestro día a día debemos reivindicar nuestro saber, tomar una distancia necesaria de la óptica médica y recuperar la capacidad de reflexión desde el potencial que tiene nuestra profesión.

Deberíamos empezar por establecer una escucha real a las personas que atendemos, genuina como dicen algunos. Una escucha que no sea defensiva o desconfiada hacia el loco que nos interpela, que no se haga sólo para decir que escuchamos, que no presuponga según lo leído previamente en un informe médico, que no sea selectiva para que lo que diga la persona se ajuste al recurso que tenemos ya preparado y así reubicar lo incomprendible o la diferencia. La escucha que debemos poner en práctica es una escucha que se acerque a esa diferencia y tolere la incertidumbre de no conocer a quien tenemos delante, que ayude a entender el malestar de ese sujeto de derecho vinculado a su realidad social, que sirva para explorar esa realidad junto a quien la sufre, que sirva también para juntos entenderla y cuestionarla, y finalmente que permita a la persona elegir la forma de estar en el mundo y ayudarle a encon-

trar las claves con las que pueda hacerlo de la manera más amable posible sin dejar de ejercer sus derechos de ciudadanía.

Nuestro trabajo no consiste en derivar ni gestionar, sino en acompañar y ayudar a entender, porque la ciudadanía no se gestiona, se ejerce.

Bibliografía

Correa Urquiza, M. (2015). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Ituarte, A. (2004). Perfil profesional y competencias del trabajador social en el campo de la salud. En Andrés, T., Escobar, C. y Sánchez, G. (Eds.), *IV Congreso de estudiantes. Perfiles profesionales del trabajador social en el marco del capitalismo actual* (pp. 80-89). Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

Pelegrí Viaña, X. (2004). El poder en el Trabajo Social: Una aproximación desde Foucault. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 17 (2004): 21-43.

Perdiguero, E. y Comelles, J. M. (2000). *Medicina y cultura. Estudios sobre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra.



EL POR QUÉ Y EL PARA QUÉ DE UN TRABAJO SOCIAL CON LA INFANCIA

M^a Isabel Illescas Taboada y Silvia López Bueno

Resumen

Reivindicamos el ejercicio del Trabajo Social con niñ@s y adolescentes, incluyendo a estos como ciudadanos plenos, activos, protagonistas de la intervención, interlocutores válidos y valiosos en el proceso de construcción social. Nos enfrentamos al reto aún no generalizado de integrar a la infancia, dignificarla, visibilizarla, empoderarla, tanto desde el cumplimiento del actual marco legal como desde la buena praxis de nuestra profesión. Queremos compartir casos y experiencias concretas (grupo multifamiliar, entrevistas familiares, talleres ...) en las que el Trabajo Social puede aportar una visión y una intervención propia y/o compartida con otras disciplinas contribuyendo a la generación del Bienestar infantil y al desarrollo de la profesión.

Palabras claves: Ciudadanía sin discriminación por razón de edad, Derechos de la Infancia, Participación plena, Interés superior.

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) aboga por la regulación de los derechos civiles y libertades de los niñ@s, por sus derechos concernientes a la salud y bienestar, educación y cultura, entorno familiar y tutela, medidas especiales de protección y emergencia, de justicia juvenil, de lucha contra la explotación y de defensa de los grupos minoritarios y vulnerables.

El Trabajo Social como profesión que defiende los Derechos Humanos debe hacerse eco de la evolución y del reto profesional que supone, incorporar plenamente en nuestra práctica laboral o académica, los principios y compromisos de la Convención de los Derechos del Niño, de la que se han cumplido 25 años desde su aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Para nosotras era una oportunidad aprovechar este Congreso, como espacio profesional de reflexión y reivindicación, sobre la necesidad de un mayor activismo en la defensa del reconocimiento de la Infancia como Ciudadanía. Y también como encuentro en el que compartir los retos y horizontes de un Trabajo Social con y desde la Infancia, con sus propios espacios de intervención y sus abordajes técnicos, en los que seguir innovando y

aprendiendo en un diálogo interdisciplinar abierto a la participación plena del propio/a niñ@ y adolescente.

El Trabajo Social ha hecho y sigue realizando un gran esfuerzo por reivindicar y **promover los derechos de provisión**, es decir, los que permiten que los niñ@s posean, reciban o tengan acceso a recursos, servicios y medios con el espíritu recogido en los arts. 23 al 29, y 7-8 de la CDN. Muchas de nuestras intervenciones tienen ese fin: escolarizar, integrar en un ocio saludable o la prevención de la salud.

Citando a Lourdes Gaitán, Trabajadora Social y Socióloga:

“La protección consiste en el derecho a recibir cuidado parental y profesional, el derecho a ser preservado de ciertos actos y prácticas, como las formas sociales e individuales de abuso infantil” (Gaitán, 2014: 165-166).

Desde nuestros orígenes en el trabajo con familias también hemos sido defensores y promotores de los derechos que tienen que ver con la **protección** de los abusos o el maltrato y el impulso de la preservación familiar y la capacitación parental, cubriendo solo de modo subsidiario sus responsabilidades directas sobre el bienestar del niñ@ y facilitando, en numerosas ocasiones prioritariamente, bienes y servicios dirigidos al grupo familiar en su conjunto y no otorgando beneficios al/a la niño/a o adolescente directamente, de modo individual tal como se refleja en los contenidos de los arts. 19 al 22, 30 y 32 a 38 de la CDN.

“La participación expresa el derecho a hacer cosas, expresarse por sí mismo y tener voz, individual y colectivamente (contenido de los arts. 12 al 17 y 31)” (Gaitán 2014: 165.)

Somos conscientes de la importancia de fomentar y lograr la **participación activa** de la infancia, tanto en el intercambio de información, como a lo largo de todo el proceso de intervención social. Para ello es importante e imprescindible que estén presentes en la etapa de valoración, participando del diseño de actuaciones y planes de mejora familiar, opinando en la toma de decisiones sobre las medidas de protección a adoptar y sobre los tratamientos o apoyos a proponer. Pero lo cierto, es que a menudo los/as niñ@s son los grandes ausentes.

Se alza para nosotros un nuevo horizonte en el que las intervenciones profesionales realmente empoderen a los menores y trabajen junto a ellos en un reconocimiento más pleno de su ciudadanía, de sus capacidades y potencialidades. Y en el que nuestros servicios y procedimientos sepan adaptarse a sus necesidades e integrarles como interlocutores valiosos y autónomos.

Respecto a la cuarta “P” de **promoción**, la CDN era consciente de que para materializarse es importante que estos derechos sean conocidos por los sujetos titulares



de los mismos, es decir por los propios/as niñ@s. El art. 42 invita a los Estados a que divulguen el contenido de la CDN: “Los Estados Partes se comprometen a dar a conocer ampliamente los principios y disposiciones de la Convención por medios eficaces y apropiados, tanto a los adultos como a los niños” (CDN 2006:29).

Con ese objetivo, en el año 2002 la FITS (Federación Internacional de Trabajadores Sociales) publicó el “Manual de capacitación sobre Trabajo Social y los derechos del Niño” con la intención de facilitar que “los derechos humanos de los/as niñ@s fueran respetados e implementados en el contexto del Trabajo Social” (IFSW, 2002). Dicho manual a través de numerosos ejemplos y del planteamiento de dilemas éticos en la intervención con la infancia nos anima a realizar aportaciones, tanto a escala individual como colectiva, que permitan un seguimiento de cómo se materializa la CDN en nuestra tarea cotidiana. En este documento se proponen cinco bloques para trabajar desde una perspectiva de los Derechos del Niñ@, desde nuestra relectura personal estos serían:

1. *Aceptación de que los niños y niñas son personas completas, con sus propias opiniones y su identidad y que ellos pueden contribuir de forma esencial a discernir sobre cuál es “su interés superior”.*

2. *Valoración de la infancia como etapa vital con valor en sí misma y que los programas y servicios han de trabajar en su “aquí y ahora”, tanto de forma individual como colectiva.*

3. *Los/as niñ@s y adolescentes son agentes activos de sus propias vidas y por tanto interlocutores plenos para la intervención social. Hemos de promover sus capacidades, potencialidades y autonomía.*

4. *Evitar la discriminación por razón de edad, el “ninguno”, la minusvaloración. Repensar nuestro papel de control y autoridad, de poder y saber en el que los/as niñ@s nos posicionan desde las experiencias concretas de contacto con los profesionales como figuras “lejanas” a sus necesidades e intereses.*

5. *Ser sensibles a su situación de vulnerabilidad frente al poder, el abuso o la presión de los adultos. El Trabajo Social habrá de fortalecer, empoderar, reparar el daño y prevenir la resiliencia, entre otros muchos objetivos posibles” (Illescas 2015:14).*

Si queréis profundizar en nuevos marcos teóricos desde los que afianzar la necesidad de incorporar a la infancia en la intervención, os recomendamos los trabajos de Michael Fullan sobre **pedagogías del aprendizaje en profundidad** que plantean la necesidad de preparar a los jóvenes para “que sean solucionadores creativos, conectados y colaborativos de problemas durante toda su

vida y para ser personas sanas y felices que contribuyan al bien común en el mundo actual globalizado e interdependiente” (Marina, J. A. 2014: 217), que tendrán que adentrarse en un entorno que los expertos denominan VUCA, un mundo definido por la VOLATILITY; UNCERTAINTY; COMPLEXITY; AMBIGUITY¹ y que los adultos tampoco conocemos.

También resulta motivadora la lectura de autores de la corriente de la **Nueva Sociología de la infancia** (Giddens, Qvortrup, James y Prout, Berry Mayall, Anne-Marie Ambert, Corsaro), que afirman que “*los niños deben ser considerados, igual que los adultos, participantes activos de la sociedad, en cuanto interactúan entre sí y con los demás, a la vez que se encuentran influenciados por la estructura (social) y que influyen en ella*” (Gai-tán. 2014: 80), contribuyendo como actores y agentes sociales en su propio desarrollo, el de su familia y el de su cultura (entendida como producción colectiva).

El Trabajo Social junto a los deseos de mayor materialización de los derechos de la infancia, ha de plantear cómo ampliar la potestad de los propios/as niñ@s, permitiendo y fomentando una posición más activa e igualitaria sin discriminación por razón de edad en el pleno ejercicio de su ciudadanía, su participación activa y empoderamiento. Y ese es el gran reto para el Trabajo Social: lograr unos espacios más “amigables” y accesibles para los/as niñ@s, el uso de un lenguaje que les dignifique y reconozca, la transformación de nuestras prácticas ayudando a padres e hij@s a cumplir con sus responsabilidades logrando un entorno familiar en el que puedan crecer juntos en derechos y bienestar y siendo figuras cercanas para ellos capaces, de servir de transmisores y/o facilitadores de la expresión de sus opiniones e intereses.

Lograr esto es también lograr un Trabajo Social más fiel a nuestro Código Deontológico, porque no hay decisiones éticas sin libertad y seguir ejerciendo nuestra profesión desde paradigmas paternalistas, es privar a los/as niñ@s y adolescentes de su derecho a decidir sobre sí mismos y a su propia dignidad.

En ese sentido, el actual marco legal español, con las dos leyes recientemente aprobadas en julio del 2015 sobre Modificación del Sistema de Protección a la Infancia; la L.O. 8/2015 y la Ley 26/2015, plantean la necesidad de que existan profesionales expertos preparados que puedan responder al derecho del/de la niñ@ a ser oído (sea cuál sea su edad y según su madurez) y a defender y trasladar a la entidad competente su **interés superior** definiéndolo:

1º) En primer lugar como **Derecho sustantivo** del menor de edad, “...en el sentido de que el menor tiene derecho a que, cuando se adopte una medida que le concierna, sus mejores intereses hayan sido evaluados

1 Traducido como volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad.



y, en el caso de que haya otros intereses en presencia, se hayan ponderado a la hora de llegar a una solución”.

2º) Como Principio interpretativo de todas las actuaciones y decisiones que les conciernan en el ámbito público y privado teniendo en cuenta sus deseos, opiniones y sentimientos “...puede ser interpretada en más de una forma se debe optar por la interpretación que mejor responda a los intereses del menor” (España. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia. BOE (23.07.2015), n.º 175 Sección. I. pág. 61.872).

3º) Como Norma de procedimiento que garantice el derecho del menor a ser informado, oído y escuchado, a participar activa y progresivamente y que se preserve su identidad y el mantenimiento de sus relaciones familiares. En base a los siguientes criterios: edad y madurez, igualdad y no discriminación, posibles secuelas para su desarrollo integral y bienestar, estabilidad de las soluciones, satisfacción de sus necesidades y derechos básicos y minimización de los riesgos, preparación a la vida adulta o actuaciones protectoras conformes a los principios de necesidad y proporcionalidad de las actuaciones.

El reto está claro; está contemplado en la definición de nuestra profesión, en nuestro Código Deontológico, en la normativa que encuadra nuestra intervención.

¿Por qué entonces nos es tan difícil hacer un Trabajo Social con la infancia?

Nos atrevemos a aventurar algunas respuestas:

1. Porque “el/la Niñ@” desde nuestro modelo cultural ha sido un objeto en la intervención, no un sujeto; eso supone entenderle como “propiedad” de los padres, como un “aún no individuo adulto-aún no ciudadano”...De ahí que la demanda de ayuda suelen formularla los adultos en lugar de los menores, que sea muy complicado el acceso a los/as niñ@s sin autorización explícita de los padres, etc...

2. Porque nos hemos visto inmersos en la tendencia a negar la complejidad de los fenómenos a los que hacemos frente y fragmentarlos para hacerlos más “manejables”; en los planteamientos interdisciplinares es frecuente que los profesionales nos “repartamos” los saberes, la intervención y, finalmente, a la familia: “los padres para los/as trabajadores/as sociales y los/as niñ@s para los/as psicólogos/as o los/as educadores/as” parece ser la máxima, escrita o no, que organiza muchos servicios. Así también entendemos como dilemáticas las decisiones en situaciones de desprotección, planteándonos si el dar “oportunidades” a los padres supone generar perjuicios en los/as hijos/as, o a quien se debe priorizar en cuanto a ritmos y tiempos; quizá la mirada hacia padres e hijos como sujetos co-participantes de un mismo sistema pudiera darnos otras perspectivas para evaluar estas situaciones.

3. Porque no sabemos cómo relacionarnos con los/as niñ@s: cómo atenderles, escucharles, interactuar con ellos. Hemos de reconocer nuestra propia inseguridad sobre la formación recibida y el manejo de formas de comunicaciones tanto verbales como no verbales con niñ@s más pequeños o con discapacidad (conversación, juego, dibujo, interacción) y el desafío de captar e implicar a los adolescentes y jóvenes en su propio proyecto vital.

Somos conscientes de que la pregunta podría ser el tema de una comunicación en sí misma, y de que las hipótesis que hemos esbozado a modo de respuesta deberían ser fundamentadas y discutidas, pero esa tarea excede las posibilidades del proceso de elaboración de esta comunicación. Sin embargo, hemos optado por compartirlas puesto que son las que nos han llevado a interrogarnos y buscar formas diferentes de pensar y hacer. Nos gustaría dedicar estas últimas líneas a dar unas pinceladas sobre dos aportaciones que desde hace tiempo venimos intentando incorporar en nuestra intervención y que consideramos de gran ayuda para la tarea de afrontar el reto de un Trabajo Social con la infancia.

La primera de ellas es el **trabajo con grupos multifamiliares**, un encuadre procedente del psicoanálisis y del ámbito de la salud mental. Plantea un espacio de intervención en el que se reúne a distintas familias para poder analizar y contener de forma conjunta las dificultades vividas por cada una de ellas. En este contexto las posibilidades de cambio se multiplican a través de la red de identificaciones que ofrece la presencia de varias familias y varias generaciones simultáneamente, niñ@s y adolescentes incluidos.

Algunas de las ventajas que hemos encontrado en el grupo multifamiliar como recurso para potenciar la participación de pleno derecho de los menores de edad en la intervención son las siguientes:

- En el grupo se establece la premisa de hablar desde uno mismo (lo que cada quien piensa y siente), y eso implica que no hay palabras que tengan más valor que otras, cuestionando así la discriminación por edad. El hablar desde uno mismo es también un estilo de expresión más accesible para los/as niñ@s, más respetuoso con las capacidades expresivas de cada etapa evolutiva, lo que ofrece más garantías a su derecho a la participación.
- Todo el grupo se compromete en comprender y ser comprendido por los demás, a que toda expresión va a ser tenida en cuenta, minimizándose así el riesgo de establecer planos diferentes de comunicación, por el tema o por la forma, que excluyan a los/as niñ@s o minusvaloren sus aportaciones (no hay conversaciones de niñ@s y conversaciones de adultos; hay conversaciones de grupo).
- Los/as niñ@s tienen la posibilidad de identificarse con otros menores e incluso con otros adultos diferentes a sus padres, y de ver como sus padres hacen lo mismo;



ven cómo otras familias viven sufrimientos parecidos y se ayudan en encontrarles respuestas diferentes; esto amplía su repertorio vivencial y expresivo (veo como otros pueden hablar de lo que yo vivo y aprendo a hacerlo, veo como le dan otras respuestas, así como otros aprenden de mí). La experiencia de que un/a niño/a puede ser alguien con valor, que es capaz de aportar y enseñar en un contexto intergeneracional, potencia sus posibilidades de situarse como sujetos activos en otros contextos.

- Poder confiar en que las figuras parentales van a contar en el grupo con un espacio de contención y cuidado, permite a los/as niñ@s más posibilidades de salir del rol parentalizado o de paciente identificado en el que se encuentran en muchas de las familias con las que trabajamos, y en los que se mantienen desde la misión de “cuidar a sus padres” aún a costa de su propio desarrollo.

En cuanto a la segunda aportación, la tomamos del **terapeuta Alan Cooklin** y consiste en la propuesta de mantener entre niñ@s y adultos “**conversaciones dialécticas**”. Según este autor “*la mayoría de las conversaciones entre niños/as y adultos podrían describirse como didácticas. El fin último siempre es que el/la niño/a reconozca la sabiduría del adulto. [...] En una conversación dialéctica el terapeuta ofrece puntos de vista diferentes (o alternativos), a los que el niño ha expresado [...]. Sin embargo, sólo se transforma en una conversación dialéctica [...], cuando el niño puede cuestionar a su vez la lógica del terapeuta*” (Cooklin, 2001: 5).

Si tenemos en cuenta que en nuestros contextos profesionales la entrevista es la técnica por excelencia utilizada por los/as trabajadores/as sociales, nos urge encontrar formas de transformarla en un espacio que incluya a los/as niñ@s como ciudadanos plenos, sujetos y agentes. En este sentido la propuesta de Cooklin nos parece que tiene un gran potencial, en cuanto que cuestiona las limitaciones tradicionalmente atribuidas a la capacidad de los/as niñ@s para pensar y hablar, y aporta indicaciones técnicas que posibilitan que el “pensamiento participativo” de los niños se ponga en marcha.

Preguntar en lugar de interpretar, no utilizar técnicas específicas de juego que puedan hacer pensar al niño o a su familia que el profesional tiene un comprensión privilegiada sobre él, transmitir la idea de que se puede estar en desacuerdo... son todas ellas, indicaciones coherentes con las premisas del Trabajo Social con la infancia al que aspiramos, y por tanto susceptibles de ser incorporadas en nuestra intervención.

Otro espacio de intervención social son los **talleres**, en los que propiciar experiencias grupales de interacción entre iguales con los que reflexionar y dialogar sobre un tema (por ejemplo: Historia de Vida en niños en acogimiento familiar), con los que compartir vivencias, aprendizajes, juegos..., y en los que el profesional se sitúa en el rol de facilitador y acompañante que ofrece

al/a la niñ@ o adolescente una oportunidad de expresar, participar y ser el mismo, individual y colectivamente. Reconocer como dice el profesor J. A. Marina, el talento, la capacidad y poder de los/as propios/as niñ@s en involucrarse y desarrollar un proyecto o una vocación, responsabilizarse y movilizarse junto a otros, comprometerse con la transformación y mejora de su propia vida y del mundo en el que viven; supone un nuevo paradigma que redefine nuestra mirada y las posibilidades de cooperación y trabajo conjunto.

Nosotros desde el mundo adulto no tenemos soluciones para todo. Lo único que podemos hacer como decía Saint-Exupéry: “Mirad, en la vida no hay soluciones, sino fuerzas en marcha. Es preciso crearlas y las soluciones vienen”. Salir de nuestro deseo de omnipotencia y con mayor humildad activar las capacidades, energías y competencias de aquellos con los que trabajamos y de nosotros mismos. Será nuestra fortaleza, ser “tejedores de sinergias” para tomar mejores decisiones y elegir más acertadamente aquellas metas que sean más justas, más viables, más sostenibles, más inteligentes, más respetuosas con el otro..., teniendo en cuenta que los/as niñ@s también son parte de esos “otros”. Hasta aquí nuestra reflexión y nuestra propuesta. Gracias por la oportunidad de compartirla.

Bibliografía

Akifrases. Cita Saint-Exupéry. A. <http://akifrases.com/frase/142609> (Consultado 06.02.2016).

Cooklin, Alan. (2001). Un enfoque para estimular el pensamiento de los niños en la familia y en terapia familiar. *Family Process* 40: 293-312. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2001.4030100293.

España. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE (23.07.2015). nº 175 Sección. I. pág. 61.871-61.889.

Gaitán, L. (2014). *De menores a protagonistas: los derechos de los niños en el Trabajo Social*. Barcelona: Coeditado por Impulso a la Acción social y Consejo General del Trabajo Social.

IFSW (2002). *Social Work and the Rights of the Child*. Berna: IFSW.

Illescas M. I. (2015). El desafío de un Trabajo Social comprometido con los Derechos de la Infancia. Un ejemplo de activismo: Lewis Hine. *Trabajo Social Hoy*, n.º.74: 7-16 doi 10.12960/TSH.2015.0001.

Marina J.A. (2014). *El talento de los adolescentes*. Barcelona: Editorial Ariel.

UNICEF. (2006). *Convención de los Derechos del Niño*. Madrid: UNICEF Comité Español.



ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: MÚLTIPLES ÁMBITOS PARA EL FUTURO DEL TRABAJO SOCIAL

Alberto Gil Blázquez

Resumen

La innovación se antoja como una exigencia para el afrontamiento de las dinámicas sociales que se están produciendo ya en el tiempo presente y que marcarán el futuro del Trabajo Social. Es preciso, por tanto, reflexionar y repensar acerca de cómo responder ante este nuevo tiempo, empleando nuevas metodologías de intervención.

Del mismo modo, resulta fundamental si tenemos en cuenta que la atención a la dependencia cobrará una importancia cada vez mayor y adquirirá una relevancia capital ya no sólo como área de intervención sino como un generador de empleo, dado sus múltiples ámbitos de intervención especializada.

Palabras clave: Atención a la dependencia, Ámbitos de actuación, Futuro, Empleo.

Key words: Care Unit, Areas of activity, Future, Employment.

Introducción

La atención a la dependencia ha supuesto la creación de un nuevo ámbito de intervención para el Trabajo Social. La relevancia que esta área aumentará en el futuro por factores demográficos y dinámicas sociales. Es por ello, que los trabajadores sociales debemos reflexionar y emprender estrategias de futuro que satisfagan las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia y sus familias.

Ello reportará a la profesión el impulso de un vital nicho de empleo para los profesionales y una mayor visibilidad y prestigio social.

El ejercicio del Trabajo Social en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en adelante, SAAD, se antoja fundamental como motor de generación de empleo y crecimiento de la profesión.

Un argumento fundamental para sostener esta hipótesis resulta de detenerse en los aspectos demográficos que dibujan el futuro de nuestra sociedad, caracterizados

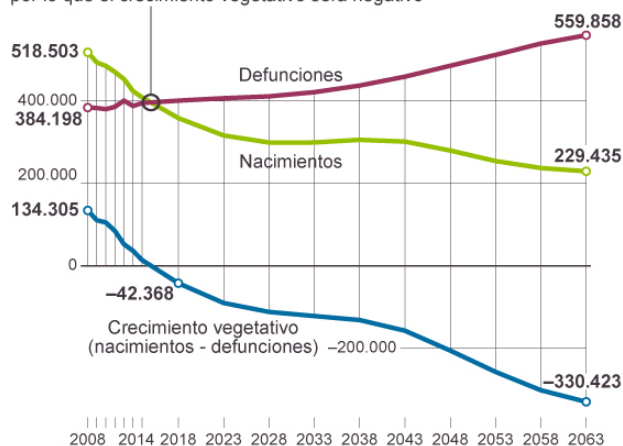
por un progresivo y acusado envejecimiento de la población.

La caída de población mantiene el paso firme iniciado en 2012. España perderá 70.000 habitantes este año, un millón en los próximos 15 años y 5,6 millones hasta 2064, según la proyección de población a 50 años que ha difundido el Instituto Nacional de Estadística (INE). El estudio adelanta el momento en que habrá más defunciones que partos. Mientras una estimación del INE del año pasado (2013-2023) apuntaba que esta línea roja demográfica se rebasaría en el año 2017, el crecimiento vegetativo negativo -que no se registra desde la Guerra Civil o la epidemia de la gripe española en 1918- está a la vuelta de la esquina: llegará en 2015. Si se mantienen las tendencias demográficas actuales, la población se reducirá de los 46,5 millones (enero de 2014) a 45,8 millones en 2024 y 40,9 en 2064 (un 12 %). El descenso de partos sumado al aumento en la esperanza de vida dará lugar a una sociedad cada vez más envejecida. El INE espera que en 2064 el 39 % de la población tenga más de 65 años y que los 13.551 centenarios que hay ahora sean entonces 372.000. A partir de entonces (con más defunciones que partos) el crecimiento de la población en España solo dependerá de que la inmigración compense este escenario. Y por lo que apuntan las proyecciones del INE, ello no sucederá, al menos, en el periodo de tiempo que analiza el estudio. (Prats, 2014).

Sin lugar a dudas este es el principal reto al que se enfrenta ya no sólo el SAAD sino el Estado de Bienestar en su conjunto, sin el que no se entienden las organizaciones sociales de nuestro entorno.

NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

En 2015 habrá más muertes que nacimientos, por lo que el crecimiento vegetativo será negativo



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

EL PAÍS

Como hemos podido comprobar, el caso de España, da como resultado un panorama inquietante, ya que esta dinámica social podría poner en cuestión la sostenibilidad del propio SAAD, a medio y largo plazo.



Las cuestiones ante esta coyuntura son complejas y precisan de un análisis compartido entre los profesionales del Trabajo Social que permitan consensuar estrategias de futuro, ¿cómo va a abordar el Trabajo Social esta nueva realidad?, ¿este contexto constituye una amenaza para la pervivencia del Estado de Bienestar o el SAAD en particular?, ¿en qué consiste su redefinición, en **caso de ser necesaria**?

Podríamos caer en la tentación de atenazarnos y sentirnos abrumados por este contexto social, pero si existe un profesional promotor, impulsor y portavoz de las necesidades de la ciudadanía, ése es el/la TRABAJADOR/A SOCIAL. Es, por tanto, un deber profesional anticiparnos e innovar soluciones para atender estas nuevas necesidades sociales.

El progresivo envejecimiento de la población, anteriormente comentado, requerirá de nuevas estrategias profesionales en la atención a las personas mayores, que complementen a las tradicionales, ya que el Sistema no podrá asumir la atención de un porcentaje cada vez más importante de la población. Asimismo, debemos en este punto hacer hincapié que la etiología de la situación de dependencia es diversa, lo que implica que el/la trabajador/a social podrá optar a insertarse en iniciativas y entidades dedicadas a la atención de personas en situación de dependencia derivadas de discapacidad física, intelectual, enfermedad mental u otras patologías.

En este contexto, la atención a la dependencia será prestada por multitud de actores en diversos ámbitos de intervención, en los que el/la trabajador/a social deberá jugar un papel clave en el procedimiento, reconocimiento de modalidad de atención más adecuada y en los dispositivos de atención, integrando equipos multidisciplinares.

Un aspecto clave es la innovación y más aún ¿cómo implementar metodologías innovadoras?, esta es la cuestión básica y fundamental que determinará el futuro de la profesión. Ante una nueva realidad que nos asiste, hemos de responder de un modo diferente.

En 2014, Raya y Caparrós presentan el acompañamiento como metodología, que supone un cambio en el rol profesional, ante la insuficiencia de recursos en un contexto marcado por la crisis económica.

Estos autores tienen la convicción de que el acompañamiento es la metodología propia del Trabajo Social, basada en la relación de ayuda y defienden que es necesario volver a los orígenes del Trabajo Social, al profesional de referencia, a las soluciones innovadoras y creativas como respuesta a los problemas.

“Se hace preciso recuperar el rol de generador de recursos frente al gestor de recursos, que ha sido el prevalente durante el desarrollo del Estado de Bienestar” (Raya y Caparros, 2014, p.6).

El acompañamiento como metodología de intervención social, permite orientar la acción profesional hacia procesos de cambio, con la persona y con el entorno.

“Acompañar es mirar de otra manera a la persona y su historia, para que ella pueda verse de otra forma. Es creer en sus potencialidades, ayudarle a tomar conciencia y a desarrollarse, sea cual sea su estado actual” (Raya y Caparros, 2014, p.6).

Se trata de ofrecer el apoyo que las personas en situación o en riesgo de exclusión necesitan, para imaginarse en situación de cambio, adoptando el profesional el rol de facilitador del proceso.

¿Cómo encajaría esta conceptualización en la atención a la dependencia?, pues, en primer lugar, con un principio irrenunciable del Trabajo Social, la autodeterminación, siempre y cuando la persona esté en condiciones físicas y psíquicas suficientes para decidir sobre su atención y en segundo lugar, nuestra profesión no puede permitirse quedar reducida a la mera figura del gestor, por tanto, es preciso que las personas en situación de dependencia y sus familiares se encuentren acompañados en los diferentes dispositivos por los profesionales del Trabajo Social, apoyando emocional y técnicamente en todo momento.

La innovación social busca la colaboración de todos los actores, en particular las administraciones, empresas, tercer sector y sociedad civil para fortalecer los entornos. Es un nuevo ámbito de creación, desarrollo o difusión de nuevas prácticas sociales, donde el/la trabajador/a social ejerce un nuevo rol como emprendedor social.

Otro campo de innovación e intervención, que está resurgiendo recientemente en los Servicios Sociales, es el Trabajo Social Comunitario.

En 2012, Carbonero, Caro, Mestre, Oliver y Socias, propugnan recuperar el Trabajo Social Comunitario como respuesta al nuevo contexto generado por la crisis y en un periodo de profundos cambios en la demanda de Servicios Sociales, tanto por el aumento de personas en situación de necesidad, como por el cambio de perfil de usuarios que acuden a los mismos.

Por un lado, el binomio demanda-recurso se convierte en inviable ante su incapacidad para atender las necesidades crecientes de la población en un contexto de recortes de recursos.

Por otro lado, se hace preciso dirigir las acciones hacia el conjunto de la población, debido a la diversidad de los usuarios y no a un colectivo concreto (principio de universalidad).

Carbonero et al. (2012), apuestan por un nuevo modelo de Trabajo Social Comunitario ligado al territorio, en el



cual, la participación de los ciudadanos en los asuntos que les afectan resulta fundamental y plantean la intervención social en un marco más amplio, que además de reforzar valores como la participación, sitúe a la persona como protagonista del cambio, desde la comprensión de su propia realidad y de aquello que le rodea.

Esta mayor implicación y sensibilidad ciudadana, permite que los Servicios Sociales se alejen del modelo basado en el experto, a quien el ciudadano delega sus problemas para que los resuelva en solitario, teniendo en cuenta la dificultad que implica para los/as trabajadores/as sociales, que tienen que reciclarse en este nuevo modelo y adaptarse a los cambios.

Insistiendo en la importancia de la participación activa de los ciudadanos, queremos recuperar las propuestas de Marchioni (1987), según las cuales:

“Un verdadero cambio sólo se produce a través de la plena participación de las personas interesadas y el desarrollo individual y colectivo necesita de la toma de conciencia acerca de la situación existente, de la necesidad de modificarla y de la toma de conciencia acerca de sus derechos” (citado por Carbonero, Caro, Mestre, Oliver y Socias, 2012, p.23).

Por lo tanto, el Trabajo Social Comunitario es una respuesta acertada ante el nuevo contexto socioeconómico, porque permite rentabilizar los recursos técnicos y exige una mayor potenciación del trabajo en red, no sólo entre entidades y servicios del ámbito local, sino entre el conjunto de los agentes que operan en una comunidad.

Una pieza crucial y cada vez más creciente en el desarrollo del Trabajo Social Comunitario es el Tercer Sector, que desempeña un papel fundamental, no sólo en la atención de colectivos en dificultad social, sino como organizaciones generadoras de riqueza y empleo en sí mismas.

Otro sector, que también está ganando mucho protagonismo en los últimos años en España, es el privado. Debido a la imposibilidad del estado para cubrir todas las necesidades y demandas sociales y ante el aumento progresivo de la población de avanzada edad y dependiente, está proliferando la prestación de recursos como residencias, centros de día, etc., por parte de las empresas privadas que utilizan diferentes fórmulas de pago como seguros privados, hipotecas inversas, etc.

Concluimos pues que, la participación de los diferentes actores ya sea la comunidad, las entidades sociales, la iniciativa privada o la Administración Pública es el escenario futuro más probable de la atención a la dependencia. El/la trabajador/a social debe erigirse en un actor básico en estos escenarios, potenciando su capacidad de innovador y promotor de iniciativas.

La complejidad de la implementación de nuevas metodologías sólo será superada si la acometemos desde el consenso e intercambio de experiencias de los/as profesionales que fomenten un debate enriquecedor cuyo fin será el bienestar de las personas en situación de dependencia y sus familias y, por ende, redundará en un beneficio para la profesión y la mejora de la praxis profesional.

El acompañamiento como metodología de intervención social, permite orientar la acción profesional hacia procesos de cambio, con la persona y con el entorno. Su encaje en la atención a la dependencia supondría el acompañamiento técnico y emocional en todos los procesos asociados al sistema, de modo que sea más efectivo, dinámico y de calidad.

La aplicación del Trabajo Social Comunitario mejorará sustancialmente el sistema de atención a la dependencia complementando la actuación de la Administración Pública, puesto que se garantizará de este modo la universalidad que propugna la legislación.

Asimismo, puede suponer un auténtico cambio de paradigma en la atención a la dependencia promocionándose dispositivos promovidos por la propia comunidad asistidos técnicamente y financieramente por la Administración Pública. El/la trabajador/a social deberá ejercer un rol técnico de promotor y nexo entre los actores intervinientes.

El nuevo modelo de Trabajo Social Comunitario circunscrito a un territorio fomentará los servicios de proximidad como alternativa a la institucionalización. Es más, estos servicios pueden sufrir grandes transformaciones acercándose más al entorno habitual, evitando el temido desarraigo con consecuencias imprevisibles, lo que redundará en un mayor bienestar para la persona en situación de dependencia y sus familias.

En definitiva, esta comunicación ha pretendido ser: Un espacio de reflexión acerca de la atención a la dependencia como un espacio de intervención profesional vital para el futuro del Trabajo Social, que ofrece multitud de posibilidades de intervención especializada y que supone una gran oportunidad de empleabilidad para los/as trabajadores/as sociales. Se trata de intercambiar experiencias que nos sitúen en disposición de poner en marcha proyectos innovadores, bien sea aportando proyectos ya implementados o iniciativas de futuro.

Un instrumento para visibilizar unas dinámicas sociales y demográficas que precisan de una respuesta inmediata por parte del Trabajo Social puesto que todo indica que se agudizarán en el futuro. Por ello, hemos de anticiparnos a este futuro empleando la INNOVACION en la atención y las metodologías de intervención. Una realidad diferente, requiere de diferentes modos de hacer.



Hoy, el/la profesional del Trabajo Social, ya se encuentra muy presente en los diferentes dispositivos de atención del sistema, si bien, es necesaria la capacidad innovadora y de vanguardia de nuestra profesión para hacer frente a los retos del futuro y mejorar la atención de las personas en situación de dependencia y sus familias, lo que supone repensar, redefinir las estrategias de intervención adaptándolas a los nuevos tiempos, anticipándonos al futuro.

De este modo, contribuiremos a un mayor bienestar social y reforzaremos la figura del trabajador social como profesional de referencia para la atención a la dependencia.

Bibliografía

Díez, E. R., y Civera, N. C. (2014). Acompañamiento como metodología de Trabajo Social en tiempos de cólera. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27 (1), 81-91. Recuperado de http://www.unirioja.es/apnoticias/servlet/Archivo?C_BINARIO=4572

Gamundí, M. A. C., Blanco, F. C., M., J. M. M., Perelló, M. À. O., y Puyol, C. S. (2012). Reconceptualizando los Servicios Sociales. Recuperar el Trabajo Social Comunitario como respuesta al nuevo contexto generado por la crisis:(artículo ganador de la XVI edición del Premio Científico, modalidad Investigación). *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (51), 1. Recuperado de <http://www.trabajosocialmálaga.org/revistadts/articulo.php?id=84>

Prats, J. (2014). Las muertes superarán en 2015 a los nacimientos en España. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2014/10/28/actualidad/1414492193_892313.html



EJERCICIO LIBRE DEL TRABAJO SOCIAL: ¿SOLAS O ASOCIADAS?

Patricia Vaca Gómez

M^a Dolores Rodríguez Pérez

Francisco Sedano Reyes

Eva Vilar Fragueiro

M^a José Vidal Gregory

Resumen

La crisis estructural que hemos vivido ha sido un factor más, que ha motivado el aumento significativo de profesionales del Trabajo Social que ejercen en la actualidad la profesión de forma autónoma desde el ejercicio libre. Tal es el interés generado por esta nueva forma de trabajo que ha dado lugar a la creación de ATSEL: Asociación Nacional de Trabajadoras y Trabajadores Sociales en el Ejercicio Libre. Esta comunicación presenta no solo la Asociación sino la opción del Ejercicio Libre dentro del Trabajo Social como una salida profesional más.

Palabras clave/ Key words: Atsel, Ejercicio libre, Trabajo Social, Soledad, Nichos de trabajo, Objetivos, Rigor profesional, Sinergias, Autónomas, Libres, Creatividad, Proactivo y Reflexión.

1. El Ejercicio Libre

Marco teórico

Enmarcar el ejercicio libre del Trabajo Social en un marco teórico resulta complicado ya que existe escasa bibliografía de la profesión en este campo, está muy poco desarrollado, debido a la baja incidencia entre las y los profesionales del Trabajo Social si lo comparamos con el número de profesionales que trabajan en la Administración Pública o en el Tercer Sector.

Sin embargo el ejercicio libre es una opción reconocida en el Capítulo I Sección 2^a del Estatuto de la Profesión de Diplomado/a en Trabajo Social/Asistente Social aprobado en Asamblea General Extraordinaria de 29 de septiembre 2001 en el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales el cual dice: “la actividad profesional podrá desarrollarse en régimen de ejercicio libre, de dependencia o de relación administrativa”.

Por otro lado en la web del Consejo General del Trabajo Social se localiza un párrafo de la FITS (Federación Internacional de Trabajo Social) que define la práctica del Trabajo Social de la siguiente manera:

“El Trabajo Social se enfrenta a las fronteras, las desigualdades e injusticias que existen en la sociedad. Responde a las crisis y emergencias así como a los problemas personales y sociales del día a día. Utiliza diferentes conocimientos, técnicas y actividades consecuentes con su centro de atención holístico en las personas, por un lado y en su entorno por otro. Las intervenciones del Trabajo Social abarcan desde los procesos psico-sociales focalizados a nivel individual, hasta el compromiso con la política, la planificación y el desarrollo social. Incluyen el asesoramiento, el Trabajo Social de casos, el Trabajo Social de grupos, la pedagogía social y la intervención y la terapia familiar, así como esfuerzos por ayudar a las personas a obtener servicios y recursos comunitarios. Las intervenciones también incluyen la dirección de organismos, la organización comunitaria y el compromiso con la acción socio-política para influir en la Política Social y el desarrollo socio-económico. El centro del Trabajo Social es universal pero las prioridades de la práctica del Trabajo Social variaran de un país otro y entre periodos de tiempo, dependiendo de las circunstancias culturales, históricas, y socioeconómicas (Woods, 2001).

Desde la práctica del ejercicio libre del Trabajo Social podemos intervenir en todas las áreas a las que se refiere Woods en el texto anterior: asesoramiento, trabajo de casos, con grupos, a nivel comunitario, terapia familiar, dirección de organismos, pedagogía social, intervención,... sólo hay que estar dispuesta/o a confiar en nosotras/os mismos/as, en nuestras competencias y capacidades, en lo que sabemos, lo que podemos abarcar. El Trabajo Social no solo se desempeña dentro de una institución o en el Tercer Sector, también pueden existir yacimientos de empleo fuera de ese marco. El Trabajo Social que se puede desarrollar desde el ámbito privado se caracteriza por ser holístico y especializado, interviniendo en varios ámbitos al mismo tiempo sin tener que derivar a uno u otro servicio, resultando un valor añadido la comodidad de tener un único profesional de referencia.

Cómo dice Ana Hernández Escobar hay que poner en alza la autoestima de las/os profesionales del Trabajo Social en el ejercicio libre, sus capacidades y sus conocimientos. Somos los únicos profesionales cualificados para desempeñar este trabajo en la sociedad.

2. Sus implicaciones

Según dice Natalio Kisnerman: “toda crisis lleva a la reflexión y a una angustia existencial, pues ellas son el motor del cambio”.

¿Es por tanto la crisis, en cualquiera de sus formas, la semilla que nos hace buscar dentro de nuestra profesión, nuevos campos de actuación? Sabemos que no es



el único motivo pero sí que tiene suficiente peso como para provocar que muchas trabajadoras sociales apuesten por marcos de trabajo más libres y autónomos.

Libres porque no están sujetas a una Administración Pública concreta y autónomas porque no pertenecen al sector de "Cuenta Ajena".

Un número importante de profesionales del Trabajo Social que deciden lanzarse al vacío del Ejercicio Libre lo hacen en soledad o en parejas, convirtiéndose en pequeñas islas "libres y autónomas" de lo Social. Esto tiene sus pros: ser nuestras propias jefas y jefes, flexibilidad horaria, posibilidad de compatibilizarlo con la vida familiar,....Pero también tiene contras y son importantes: la SOLEDAD PROFESIONAL y el desconocimiento de los campos de trabajo de nuestra profesión. Se nos conoce, casi en exclusiva, como gestor de servicios públicos, de prestaciones de lo público y ... poco más.

Existen nuevos nichos de mercado dentro del Trabajo Social tales como:

- Colaboración con los Bancos de alimentos.
- Trabajo Social en empresa.
- Trabajo Social en centros educativos concertados y privados.
- Peritajes judiciales forenses tanto a nivel privado como público.
- Trabajo Social y Responsabilidad Social Corporativa.
- Trabajo Social y Centros Socio-Sanitarios de ámbito privado.

3. Asociación nacional de trabajadoras y trabajadores sociales en el ejercicio libre: Atsel

ATSEL nace a raíz de este sentimiento de soledad y desconocimiento de nuestros campos de trabajo, de nuestros campos de intervención. Un día a un trabajador social se le enciende la bombilla y dice ¿por qué no salir de esta soledad laboral utilizando las nuevas tecnologías? Dicho y hecho, crea un grupo de whatsapp y va poniéndose en contacto con diferentes profesionales de Trabajo Social que ejercen por cuenta propia. Así descubrimos que no estamos solas, que somos muchas las trabajadoras sociales con las mismas inquietudes, barreras y situaciones.

Pocos meses tardamos en ponernos de acuerdo y constituir ATSEL, espacio de trabajadoras sociales en

el ejercicio libre, POR FIN!!! nos unimos con objetivos comunes:

Somos muchas las que nos dedicamos y creemos en el Ejercicio Libre del Trabajo Social desde:

- El rigor profesional
- La objetividad
- La profesionalidad
- La legalidad
- La colegiación
- La ilusión
- La creatividad
- El esfuerzo y el trabajo
- La investigación
- Y el Trabajo Social Proactivo

Cada trabajadora social en el ejercicio libre pone en valor:

- La independencia.
- La ética profesional, amiga íntima del rigor. y de nuestro Código Deontológico.
- Altas dosis de creatividad en búsqueda continua de nuevos nichos de mercado.
- Búsqueda de soluciones y opciones en áreas no cubiertas por las instituciones o tercer sector.
- Creando redes de trabajo para generar un impacto social positivo como agentes de cambio social que somos.

4. ¿Para qué nace Atsel?

Atsel nace para lograr juntas una visualización del Trabajo Social en su pura esencia, y en ámbitos no tan desarrollados y creativos como es el ejercicio libre. Pre-entendiendo que se nos vea tanto a nivel nacional como internacional. Creando sinergias con otros países para conseguir mejorar nuestra profesión y dotarla de fuerza y rigor.

5. Los objetivos de Atsel

- Promocionar y divulgar la profesión del Trabajo Social, con especial mención al ejercicio libre en la iniciativa privada.
- Mantener actualizado y adaptado el Trabajo Social a los cambios y demandas sociales de modo constante.
- Regular el ejercicio libre de la profesión bajo principios éticos, garantizando a la ciudadanía la profesionalidad del servicio, tratando de evitar el intrusismo profesional y la mala praxis.



- Procurar la armonía y la colaboración entre las personas asociadas.
 - Publicitar, previo consentimiento escrito, los nombres y datos identificativos de las personas y empresas que cumplan los requisitos legales para el ejercicio libre del Trabajo Social desde la iniciativa privada.
 - Fomentar y defender los turnos de oficio instaurados en los diferentes Colegios Oficiales.
 - Difundir y divulgar las potencialidades y utilidades del Trabajo Social para la sociedad.
 - Contribuir a la mejora de las competencias formativas de las personas asociadas.
 - Promover, facilitar e impulsar la investigación en Trabajo Social.
 - Establecer lazos de unión con otras Asociaciones semejantes nacionales e internacionales.
 - Actuar como representación social e institucional de las personas asociadas en el ejercicio de su actividad profesional.
 - Promover y defender que se mantengan unos honorarios dignos y acordes a las competencias disciplinares, evitando la devaluación de las capacidades profesionales y en la medida de lo posible minimizando la competencia desleal.
- Uno que creemos que es fundamental es el dar a conocer a la sociedad, a comunidad educativa, universidades, empresas, políticos, ... que el EJERCICIO LIBRE no sólo es posible, si no que es NECESARIO para seguir siendo agentes de cambio en nuestra sociedad, y para ello necesitamos de todos los agentes sociales de nuestra sociedad.

6. ¿Cómo se crea?

- a) Enero de 2015: se crea un grupo de whatsapp.
- b) Septiembre de 2015: Se constituye como Asociación.
- c) Octubre de 2015: Se mantienen reuniones y se va dando forma a diferentes proyectos.
- d) Noviembre de 2015: Conversaciones con el Consejo General para la firma de un Convenio Marco.
- e) Diciembre de 2015: Participación en el I Foro de T.S. en el Ejercicio Libre, reuniones varias con el Banco de Alimentos, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

7. ¿Cómo se trabaja?

En ATSEL tenemos por un lado una JUNTA directiva formada por:

- Presidenta
- Vicepresidenta
- Secretario
- Tesorera
- 3 Vocales

Y diferentes COMISIONES DE TRABAJO:

- Trabajo Social Clínico
- Peritaje
- Mediación
- RSE
- Prestaciones
- Ejercicio Libre y ATSEL

Dado que existe mucha dispersión geográfica, las reuniones que se han mantenido han sido utilizando las nuevas tecnologías: WhatsApp para las cosas del día a día, Skype para las reuniones y asambleas, herramientas con Drive para el trabajo en común. Sin las nuevas tecnologías, esta asociación no hubiera podido desarrollarse.

Hasta el momento ya hemos mantenido múltiples reuniones y una asamblea general.

Desde ATSEL se ha dado respuesta a múltiples consultas y solicitudes de orientación sobre el desempeño del ejercicio libre, así como asesoramiento y seguimiento en este proceso.

8. ¿Quiénes la formamos?

Como dice Antonio Machado: “se hace camino al andar”, y esa es nuestra ilusión. Caminar, cuántas más personas emprendedoras con el Trabajo Social libre, mejor. Tenemos constancia de muchas iniciativas, pero también nos consta que hay indecisión, temor, inseguridad, desconocimiento y falta de información. Con ese cometido, también nace Atsel, para dar solución a todo tipo de dudas y problemas de nuestros colegas de profesión, confiando en ese paso a paso de Machado, en estar cada día más presentes en la sociedad.

Atsel está constituido por profesionales a título individual y en muchas ocasiones se ha escogido el nombre personal como marca comercial, careciendo de otra denominación.

La forma jurídica que se adopta más comúnmente es la de autónomos. En cuanto a los nombres de las empresas, se opta tanto por el nombre propio como por un nombre comercial; en ambos casos es su marca comercial, tanto legal como socialmente. La Asociación esta formada por profesionales a título individual no contemplándose los socios colectivos o empresas, por esa razón precisamente.



La asociación la componen las siguientes empresas:

- **ADA Servicios Sociales** (Ciudad Real)
- **ALGANDA Servicios Sociales** (Toledo)
- **ARCO Gabinete Social** (Castellón de la Plana)
- **ASFA 21 Servicios Sociales** (Huesca)
- **Consultoría Social Asturias** (Asturias)
- **DOBLE C Trabajo Social** (Toledo)
- **Gabinete Trabajo Social Ávila** (Ávila)
- **Gabinete de Trabajo Social Pilar Jiménez Estévez** (Benidorm)
- **Gabinete Psicosocial “ESPACIOS”** (Huesca)
- **Gabinete Social A Ponte** (Ourense)
- **GABTSIA-ADUNAR. Treball social i antropologia** (Gandía)
- **Instituto Nacional de Peritaje Social** (Córdoba)
- **María Riega Trabajo Social** (Asturias)
- **PALMER. Consultoría Social** (Ourense)
- **TRASTE Trabajo Social** (Pamplona)
- **TSELAS Trabajo Social** (Madrid)
- **VERAVITAS** (Málaga)

9. Conclusión

Respondiendo al título de la comunicación Ejercicio Libre: ¿Solo o Asociado? Para las personas que formamos ATSEL está claro, mejor asociado porque:

- Se garantiza la defensa de nuestros intereses.
- Contamos con lugares de encuentro virtuales en los que poder volcar nuestras dudas, problemas y éxitos.
- Es un buen marco en el hacer intercambio de información técnica a través de reuniones, jornadas, conferencias.
- Aumentan las posibilidades de acceder a nuevos nichos de mercado.
- Acceso a documentación y formación específica de nuestro campo.
- Posibilidad de participar en foros de discusión y reflexión sobre temas de interés en el sector.
- Participación en la vida asociativa a través de las Asambleas Generales y posibilidad a presentarse a las Juntas Directivas de ATSEL.
- Y sobre todo contar con una red de colegas de profesión que minimizan el sentimiento de soledad y proporcionan una sensación real de seguridad en la práctica profesional.

Parfraseando a Carmen Martín Gaité: “la soledad se admira y desea cuando no se sufre, pero la necesidad humana de compartir cosas es evidente”. Para comparar las aventuras y desventuras del Ejercicio Libre del Trabajo Sociales ahora las y los profesionales contamos con ATSEL.

Para concluir el ejercicio libre de la profesión es viable, real y factible. Aunque su desempeño no está falto de obstáculos, siendo uno de los más importantes el de eliminar el estereotipo de Trabajo Social = Caridad y por tanto Trabajo Social en el Ejercicio Libre= Trabajo Gratuito. Al igual que se remunera el Trabajo Social que se hace en el ámbito de la Administración o del Tercer Sector, el Trabajo Social que se ejerce de forma privada también ha de ser remunerado de forma adecuada a los estudios y trabajo realizado.

El momento actual en el que nos encontramos es propicio para contemplar esta opción como una salida laboral más en nuestra profesión, generando un impacto positivo no sólo en la sociedad sino también en nuestra propia disciplina haciéndola crecer desde el Emprendimiento, la Innovación y la Creatividad. El ejercicio libre de la profesión puede considerarse hoy en día el I+D de la profesión al experimentar en campos nuevos y poniendo a disposición de toda la comunidad profesional del Trabajo Social nuestros conocimientos, aciertos y desaciertos.

Nota: se ha utilizado preferente el género femenino en la redacción del documento dado el alto porcentaje de trabajadoras sociales que hay en nuestra profesión, sin por ello menospreciar a todos los trabajadores sociales que hoy nos acompañan.



LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO. UNA PROPUESTA

M^a Rosario Luis-Yagüe López

Resumen

Por investigación social se entiende el proceso que, utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social, o bien estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos (Ander-Egg, 1993: 59).

Este comunicado presenta una propuesta de investigación cuantitativa a mujeres de origen hispanoamericano en edad laboral (entre 18 y 65 años), derivadas a salud mental, el motivo o motivos de la derivación así como el diagnóstico psiquiátrico. Los datos y resultados que se obtengan del mismo generarán nuevos conocimientos y servirán de base para nuevas investigaciones así como para generar programas preventivos que eviten o palien situaciones de riesgo detectadas.

Palabras clave: Trabajo Social Sanitario, Migración, Mujeres hispanoamericanas, Depresión.

Key words: Sanitary social work, Migration, Hispanic women, Depression.

Introducción

La migración se define como un movimiento de población consistente en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas o sociales. La migración es un cambio vital que, como todo proceso de cambio, comporta ganancias y pérdidas. Es también un acontecimiento que supone un factor de riesgo para la salud mental porque conlleva la elaboración de una serie de dificultades y de tensiones en el proceso que se ha definido como el duelo migratorio puede provocar alteraciones psicopatológicas, entre las que destacan la depresión y la ansiedad (Martínez, 2006: 70).

El 14 % de la carga global de las enfermedades a nivel mundial se atribuye a trastornos neuropsiquiátricos, siendo la depresión la mayor causa de años vividos con discapacidad, y uno de los factores asociados a una

mayor prevalencia de problemas de salud mental ser de origen extranjero (Bones Rocha, 2010: 329). Brunne señala que la baja autoestima, el aislamiento social y la falta de control sobre el trabajo influyen de manera negativa sobre la salud mental y la respuesta al estrés activada de forma frecuente y prolongada puede llevar consigo problemas de salud como depresión (Gálvez Herrer, 2011: 140).

Otros estudios apuntan también a que probablemente existe un infradiagnóstico en la población inmigrante en depresión y ansiedad por falta de los instrumentos (Collazo Sánchez, 2014: 760); por tanto, el colectivo de personas inmigrantes es un colectivo vulnerable a la hora de poder desarrollar una enfermedad mental y en concreto un cuadro ansioso depresivo.

España presenta unas características especiales en la inmigración, en comparación con los países del entorno: predominio de inmigrantes de primera generación, alto índice de situación administrativa irregular, puerta de entrada al espacio europeo para el colectivo africano, lazos culturales con el colectivo hispanoamericano y necesidad de un rejuvenecimiento poblacional. La inmigración acarrea una serie de cambios y dificultades que suponen un factor de riesgo adicional para el desarrollo de enfermedades mentales (Martínez, 2006: 65). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de Enero de 2015 la población extranjera en España era de 4 718 864 personas (10,77 %) de las que 1 094 010 (2,34 %) son de Centro América, Caribe y Sudamérica.

Método

Según el *Informe de población de origen extranjero empadronada en la Comunidad de Madrid (CM)*, realizado por el Observatorio de Inmigración-Centro de estudios y datos; en Junio de 2015 de las 6 528 980 personas empadronadas en la CM, 1 176 855 (18,02 %) eran de origen extranjero, de las cuales 858 468 (13,15 %) eran residentes y 318 387 (4,87 %) ya estaban nacionalizadas. De ellas 387 892 (32,96 %) son de origen hispanoamericano.

En la CM la derivación a los Centros de Salud Mental (CSM), al igual que para las demás especialidades médicas, se realiza desde los Centros de Salud a través del médico de Atención Primaria (MAP) tras evaluación e incluso posible instauración de tratamiento inicial.

Cuando en la evaluación clínica se detectan situaciones de riesgo vinculadas a factores sociales (económico, laboral, vivienda,...), se deriva al trabajador social sanitario (TSS), quien realiza un diagnóstico social y un plan de intervención con el paciente y con su familia, si la hubiera, o personas de referencia.

Carmen Fuertes señala que los determinantes de salud de la población inmigrante se derivan de: la falta de ac-



ceso a un trabajo normalizado, de su situación irregular de residencia, del hecho de vivir en algunos casos en zonas de riesgo social elevado, de la dificultad de acceso a los servicios sanitarios en muchos casos por falta de información y de los problemas de comunicación relacionados con el idioma y las diferencias anticulturales (Fuertes, 2006: 12).

Partiendo de lo expuesto, se propone el hacer una investigación cuantitativa, siendo la pregunta marco de la investigación: ¿Cuál es el perfil de las mujeres de origen hispanoamericano en edad laboral (18 a 65 años), derivadas al CSM en el año 2015, el motivo de la derivación y el diagnóstico psiquiátrico?, cuyos resultados puedan llevar o no a confirmar los determinantes de salud señalados y ser origen de futuros estudios.

La información a recabar sería:

- Datos socio-demográficos: Edad, estado civil, número de hijos, nivel educativo, profesión, situación laboral, nivel de ingresos, tipo de vivienda, país de origen, apoyo social, reagrupación familiar, convicciones religiosas.
- Motivo de la derivación al CSM.
- Diagnóstico psiquiátrico.

Estos datos se recogerían a través de una entrevista individualizada, donde se les pasaría un cuestionario, solicitando la información arriba indicada, a las pacientes que cumplieran los criterios del estudio, y que de forma voluntaria y tras firmar el consentimiento informado quisieran participar en la investigación; asegurándolas, que la información obtenida será manejada aplicando la normativa de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Tras la realización de las entrevistas y los cuestionarios, se procederá a hacer un análisis de los datos obtenidos, elaborando un informe de resultados y divulgando los mismos.

El análisis de los datos determinará las necesidades, carencias, y demandas detectadas, definiendo la amplitud del problema. Dependiendo de ello, se valorará el hacer futuras investigaciones así como poner en funcionamiento proyectos de intervención.

Discusión y Conclusiones

Hace ya un siglo, en mayo del año 1915, que Abraham Flexner, Secretario Adjunto del Consejo General de Educación de la Ciudad de Nueva York en Baltimore, en el cuadragésimo segundo período anual de sesiones de la Conferencia Nacional de Caridades y corrección pronunció una conferencia titulada ¿Es el Trabajo Social una profesión? donde cuestionaba si el Trabajo Social (TS) era realmente una profesión, indicando los seis criterios que deben definir las profesiones:

- Implican operaciones esencialmente intelectuales con gran responsabilidad individual.
- Obtienen su materia prima de la ciencia y el aprendizaje.
- Este material lo trabajan hasta un fin práctico y definitivo.
- Poseen una técnica educativa comunicable.
- Tienden a la auto-organización.
- Son cada vez más altruistas en la motivación.

Esta conferencia fue un revulsivo para la nascente profesión de TS que lo tomo como un reto. Una de las respuestas vino dada por Mary Richmond y su libro Social Diagnosis publicado en 1917, donde entre otras muchas cosas, quedaban formulados los elementos del diagnóstico social como base para la práctica profesional de los trabajadores sociales.

Sin ánimo derrotista, indicar que un siglo más tarde no solo no se ha acallado del todo ese interrogante, sino que profesiones del ámbito sanitario y social, tanto tradicionales como emergentes, que no voy a mencionar pero están en el pensamiento de todos, intentan quitarnos funciones, cuestionar nuestra intervención, relegarnos a simples dispensadores de recursos, quitándonos funciones propias de nuestra profesión y conocimientos.

El Trabajo Social Sanitario (TSS) debe representar y dar representatividad a los aspectos sociales de la enfermedad en la persona que la sufre, en su familia, en su entorno, y rescatar y dar relieve a los aspectos sociales de los pacientes y sus familias dentro de la institución sanitaria (Dolors Coloms).

Es por ello que sigue siendo necesario que sigamos reflexionando sobre el objeto, objetivo y fin de nuestra profesión, sobre lo que aportamos de valor con nuestro hacer profesional, que sigamos aprendiendo y desarrollando nuevas formas de intervención acordes a la sociedad actual, que comuniquemos nuestra praxis y que nos organicemos como colectivo.

Sabiendo que uno de los problemas que tenemos los trabajadores sociales es la presión asistencial a la que estamos sometidos, animaría a que se hicieran trabajos de investigación que no tienen por qué ser de grandes miras, como el que propongo, para seguir dando representatividad a los aspectos sociales, seguir conformando un cuerpo teórico propio, definiendo nuestra intervención y defendiendo la importancia de nuestra profesión.



Bibliografía

Ander-Egg, E. (1993). *Técnicas de Investigación Social*. México.

El Ateneo. Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. (2010).

Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. Vol. 22, n.º 3, 389-395.

Collazos, F., Ghali K., Ramos M., y Qureshi A. (2014). Salud Mental de la población inmigrante en España. Revisión bibliográfica. *Revista Española de Salud Pública*, n.º 88, 755-761.

Fuertes C., y M. A. Martín, M. A. (2006). El inmigrante en la consulta de Atención Primaria. *Anales Sistema Sanitario Navarra*. Vol. 29, Suplemento 1. 9-25.

Gálvez, M., Gutiérrez, M.^a D., y Zapico N. (2011). Salud laboral y salud mental en población trabajadora inmigrante. *Medicina y Seguridad Trabajo (Internet)*; 57. Suplemento 1. 127-144 <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion7.pdf>

Martínez, M., y Martínez, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales Sistema Sanitario Navarra*. Vol. 29, Suplemento 1. 63-75.

Richmond, Mary E. (2008). *Diagnóstico social*. Madrid: Siglo XXI.



NEUROCIENCIA: EL COMPLEMENTO DESCONOCIDO EN LA FORMACIÓN Y LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL

Miriam Sánchez Reyes

Resumen

Los recientes avances que se están produciendo en Neurociencia, están proporcionando una nueva forma de abordar temas fundamentales para el Trabajo Social (apego, adicciones, salud mental, etc.), además de aportar importantes implicaciones en la comprensión de la conducta humana en el entorno social. Actualmente, tanto la formación universitaria en Trabajo Social como la aplicación práctica profesional carecen de información suficiente sobre los aspectos más básicos del cerebro humano, por lo que sería importante comenzar a plantear la integración de dichos conocimientos, si se pretende continuar al día en la investigación sobre las prácticas basadas en la evidencia y contar con trabajadores sociales más efectivos y mejor preparados.

Palabras clave: Trabajo Social, Neurociencia, Cerebro humano.

Introducción

Desde el Trabajo Social se atiende a usuarios con múltiples problemáticas abordadas desde diferentes teorías que además requieren conocimientos de otras disciplinas, y se les ayuda a cambiar sus sentimientos, pensamientos y conductas, siendo el cerebro humano el responsable de todo ello.

La Neurociencia, “ciencia del cerebro” o del Sistema Nervioso, estudia el funcionamiento de la mente humana y comprende un gran número de disciplinas (por lo que sería más preciso hablar de neurociencias), que abordan desde su nivel celular y molecular, hasta los mecanismos neurales implicados en los procesos psicológicos del conocimiento humano, del comportamiento e incluso, el desarrollo de fármacos para enfermedades relacionadas con la psiquis humana.

Es cierto que el trabajador social no es un médico, psiquiatra ni psicólogo, y que quizás para muchos profesionales del Trabajo Social hablar de Neurociencia les pueda extrañar o ser de difícil comprensión, pero la realidad es que estos conocimientos están siendo aplicados a los problemas sociales, a los fenómenos del comportamiento y a la condición humana, proporcionando una nueva forma de abordar temas fundamentales para el Trabajo Social como pueden ser el apego, la salud mental, las relaciones sociales o el impacto de un hecho traumático en la persona. Además, están revelando importantes implicaciones en la comprensión de la conducta humana en el entorno social.

A día de hoy, tanto la formación universitaria en Trabajo Social como la aplicación práctica profesional, carecen de información suficiente sobre los aspectos más básicos del cerebro humano: estructura, funcionamiento, cómo se desarrolla, la influencia de los factores psicosociales, cómo enferma o los tratamientos que le son aplicables. Por ello, desde el Trabajo Social se debe de comenzar a mirar hacia la Neurociencia, profundizar en su conocimiento e integrarla en su práctica profesional. Se trata de un mandato profesional y ético para mantenerse al día con la investigación sobre las prácticas basadas en la evidencia, y para articular esa información de manera que tenga sentido para nuestros clientes (Rutledge, 2014).

1. La neurociencia

El término Neurociencia o neurociencias, es de reciente implantación en las llamadas Ciencias Biomédicas y es un campo multidisciplinar que integra diferentes disciplinas cada una de las cuales presenta diferentes niveles de estudio y objetivos, pero siempre en continua comunicación y conexión para poder obtener un mayor avance en el estudio de los mecanismos, propiedades, estructuras y funciones del sistema nervioso y de su núcleo central: el cerebro humano.

Entre las diferentes disciplinas que componen la Neurociencia podemos encontrar: biopsicología, neuropsicología, neurofisiología, neurología, neurotecnología, neurolingüística, psiconeuroinmunología, neurociencia cognitiva o neurociencia social entre otras, siendo esta última la que mayor implicación ha tenido en las llamadas ciencias sociales y que más directamente está relacionada con el Trabajo Social.

La neurociencia social o la neurobiología interpersonal, es la disciplina que aplica los conocimientos de la neurociencia a los problemas sociales, los fenómenos de comportamiento y la condición humana en general, con importantes consecuencias para la salud mental y el bienestar social (Siegel y Solomon, 2003 citado en Rutledge, 2014). Asimismo, la neurociencia social se puede definir como el estudio interdisciplinario de los procesos neurobiológicos (nervios, endocrinos, inmunes) que nos permiten interactuar con el mundo social (Grande-García, I. 2009: 2).

Esta nueva disciplina contribuye a una mejor comprensión del ser humano, campo de acción del Trabajo Social, por lo que puede ayudar a mejorar las intervenciones realizadas con los diferentes usuarios, tal y como veremos a continuación.

2. La comprensión del cerebro/mente en la formación actual del Trabajo Social

Hace ya casi una década la NASW (National Association of Social Workers), aprobaba la Neurociencia como disciplina elemental en los planes de estudio acerca del comportamiento humano (O'Neill, 2000). Desde en-



tonces, la integración del conocimiento creciente de la Neurociencia en el Trabajo Social se ha estado llevando a cabo pero más lentamente en comparación con otras profesiones.

La Neurociencia tiene el potencial de mejorar nuestra comprensión sobre la función del cerebro, desde su formación antes del nacimiento hasta su funcionamiento en los adultos mayores que desarrollan algún tipo de patología. Igualmente proporciona nuevos conocimientos sobre los aportes de la biología al modelo biopsicosocial en salud, y facilita a los trabajadores sociales un lenguaje común para su práctica profesional interdisciplinar con médicos, psicólogos, personal de enfermería, psiquiatras y gerontólogos, en relación a temas claves como pueden ser el abuso de sustancias, aspectos cognitivos del envejecimiento, retraso en el desarrollo infantil o las psicopatologías, pudiendo estos conocimientos convertirlos en profesionales más efectivos en su quehacer diario (Egan et al., 2011).

Blundo (2015) sostiene la integración de las neurociencias social e interpersonal en la formación del Trabajo Social, como una herramienta para ayudar a los estudiantes a mejorar sus habilidades en el desarrollo del pensamiento crítico, aumentar su aprendizaje socioemocional, generarles una mayor empatía hacia los usuarios que atiendan, y prepararles para una mejor intervención directa.

Es obvio que esta revolución neurocientífica representa un desafío para los conocimientos arraigados del Trabajo Social, ya que aporta un conocimiento psicosocial relevante en ámbitos donde los trabajadores sociales ejercen una labor crucial como pueden ser las adicciones, el comportamiento, las emociones o los traumas.

Farmer (2009) sugiere seis razones por las que disciplinas como el Trabajo Social deben de comprender la neurociencia:

En primer lugar, porque el mundo ha cambiado y se ha producido una revolución neurocientífica que está aclarando el papel del cerebro en la comprensión del comportamiento, el pensamiento y la emoción, existiendo así mayores oportunidades para accionar sobre su funcionamiento.

En segundo lugar, los conocimientos neurocientíficos pueden proporcionar un beneficio inmediato sobre nuestra comprensión acerca del comportamiento humano y por lo tanto, sobre nuestra práctica profesional. A medida que aumentamos nuestro entendimiento sobre los problemas que afectan negativamente al cerebro y al Sistema Nervioso, estamos mejor preparados para proporcionar recursos y/o estrategias de gestión para los problemas crónicos y continuos.

En tercer lugar, la neurociencia dará lugar con el tiempo a ideas adicionales que sugieren que los trabajadores

sociales deberán estar preparados para ellas, ya que seguramente haya resultados y datos futuros útiles para compartir.

La cuarta razón que argumenta Farmer, es que la neurociencia ha contribuido y seguirá contribuyendo a una mejor comprensión del ser humano, por lo que este conocimiento puede contribuir a que la concepción del Trabajo Social se amplíe o se estreche, ya que los trabajadores sociales siempre han estado interesados en el comportamiento humano.

En quinto lugar, es que puede ayudar a los trabajadores sociales y a otros profesionales que trabajan con personas, a gestionar las crecientes dificultades a las que se enfrentan los usuarios debido a este mundo cada vez más complejo y estresante. El conocer el cerebro y su influencia en todas las funciones corporales, así como en los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de una persona, ayudan a proporcionar una conceptualización más amplia de los retos a los que se enfrenta el usuario, y a reconocer y utilizar todas las fortalezas de la persona. La neurociencia puede ayudar a entender la etiología de tal complejidad y por lo tanto, la mejor manera de intervenir.

Y como última razón específica, que los trabajadores sociales deben aspirar a contribuir en la comprensión neurocientífica ya que están preparados para ello.

3. La integración de la neurociencia en la práctica del Trabajo Social

La práctica del Trabajo Social involucra a personas y familias con problemas psicosociales (Shapiro y Applegate, 2000), por lo que el conocimiento de la Neurociencia y su aportación a los problemas sociales, a los fenómenos de comportamiento y a la condición humana en general, además de sus importantes consecuencias para la salud mental y el bienestar social, son de imprescindible conocimiento para la práctica del trabajador social, ya que está proporcionando una nueva forma de examinarlos y abordarlos.

A) Apego y desarrollo en la primera infancia

El psiquiatra infantil Daniel Siegel, considerado un experto en la neurobiología del apego en la niñez, aborda la naturaleza social del cerebro. Para él, esto significa que las relaciones sociales (apego) son necesarias para el desarrollo del cerebro y que las experiencias sociales del niño en desarrollo, determinan cómo las neuronas se conectan entre sí (Siegel, 2009 citado en Farmer, 2009).

Asimismo se sabe por las investigaciones neurocientíficas, que el cuidado emocional en los primeros años de vida facilita el crecimiento y el desarrollo neuronal en el cerebro (Perry y Szalavitz, 2006 citado en Rutledge, 2014). Esto promueve la regulación emocional y el control del comportamiento, la prevención de los síntomas de hiperactividad, impulsividad y la conducta



de oposición y agresividad. Hay síntomas de trastornos como el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) o trastorno de oposición desafiante, en niños con esquemas de fijación interrumpidos o desregulados, debido al haber sufrido abuso, negligencia u otros aspectos traumáticos o estresantes en su vida (Siegel y Solomon, 2003 citado en Rutledge, 2014).

B) Trauma

La Neurociencia proporciona información y conocimiento acerca de los procesos biofisiológicos que subyacen a las experiencias traumáticas en los niños, y nos ayudan a entender sus efectos. Además de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, un hecho traumático puede conllevar una serie de síntomas fisiológicos tales como la hiperactividad, la impulsividad y problemas de atención y concentración.

Igualmente los menores que han sufrido maltrato infantil, experimentan a largo plazo problemas de salud que afectan a diferentes áreas de su vida, al igual que las personas que han sufrido violencia doméstica y los niños que han sido testigos de ella. La Neurociencia en este ámbito ofrece nuevas estrategias para aumentar la eficiencia y la eficacia del tratamiento en niños maltratados, y además favorece el desarrollo de programas de intervención.

C) Tratamiento de la adicción

La neurociencia ha dado lugar a grandes avances en la comprensión de lo que es la adicción y la mejor forma de prevenirla o de tratar los trastornos adictivos. Actualmente, las adicciones pertenecen al inespecífico campo de los problemas sociales, por lo que los trabajadores sociales pertenecen a una de esas disciplinas que las aborda y que por lo tanto, pueden utilizar dichos conocimientos para atajarlas y/o prevenirlas.

D) Trastornos neurodegenerativos

Los trabajadores sociales ejercen su labor frecuentemente en ámbitos sanitarios y sociosanitarios en los que tratan con personas que presentan enfermedades neurodegenerativas como puede ser el Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple, etc., lesiones cerebrales y trastornos convulsivos como la Epilepsia. Por ello, es necesario que los trabajadores sociales posean conocimientos básicos sobre la estructura y función del cerebro, sobre todo en la vejez, para una mejor intervención con este grupo de población.

E) La empatía

La neurociencia nos ayuda a entender por qué la empatía puede ser tan poderosa y a la vez tan peligrosa. La investigación apoya la hipótesis de que la razón por la que funciona la psicoterapia se debe a la calidad de la relación terapéutica (Norcross, 2011 citado en Rutledge, 2014). El descubrimiento de las neuronas espejo nos ha ayudado a entender la empatía y la transacción energética que se produce entre el profesional clínico y el cliente (Applegate y Shapiro, 2005 citado en Rutledge, 2014). Debido a esto, ahora sabemos que hay un

proceso neurológico que subyace cuando conectamos con alguien.

Se podría hablar de muchos más aspectos que en la práctica profesional de los trabajadores sociales se ven directamente influenciados por los conocimientos de la Neurociencia, incluso algunos desarrollados a nivel personal por los propios profesionales derivados de su actividad laboral como puede ser el estrés, el Síndrome de Burnout o la violencia.

Conclusión

De todo lo expuesto no cabe duda de que la ciencia, en este caso las neurociencias, deben de comenzar a tener un lugar preponderante en el Trabajo Social, tanto en su formación como en su práctica, y de ¿por qué no? empezar a plantearse un modelo de intervención basado en el cerebro humano. Aunque todavía no se hayan producido aportaciones concretas, tarde o temprano éstas se harán visibles, porque si algo es real, es que la Neurociencia ya está aquí y lo ha hecho para quedarse.

Bibliografía

- SHAPIRO, J. R.; APPLGATE, J. S. (2005) *Neurobiology for Clinical Social Work. Theory and Practice*. New York: W.W. Norton & Co.
- BLUNDO, R. (2015) *Neuroscience and Future Social Work Curriculum. The New Social Worker magazine*. Extraído el 24 de noviembre, 2015 de: <http://www.socialworker.com/feature-articles/practice/neuroscience-and-future-social-work-curriculum/>
- EGAN, M.; COMBS-ORME, T.; NEELY-BARNES, S. L. (2011, January) *Integrating neuroscience knowledge into social work education: A case-base approach*. *Social Work Publications and Others Works*. Extraído el 1 de diciembre, 2015 de: http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1015&context=utk_socipubs
- FARMER, R. L. (2009) *Neuroscience and Social Work Practice: The Missing Link*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- GARRET, B. (2013) *Brain and behavior*. Belmont, California: Wadsworth/Thomson Learning.
- GRANDE-GARCIA, I. (2009) Neurociencia social: El maridaje entre la psicología social y las neurociencias cognitivas. Revisión e introducción a una nueva disciplina. *Anales de psicología*, vol. 45, n.º 1 (junio), 1-20.
- O'NEILL, J. V. (2000). Surgeon General's report lauded. *NASW News*, 45 (2), 1, 6.
- PEREDA, N.; GALLARDO-PUJOL, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 25, n.º 3, 233-239.



RUTLEDGE, N. (2014, June) Neuroscience and Social Work. Toward a Brain Based Practice. Social Work Today. Extraído el 26 de noviembre, 2015 de: <http://www.socialworktoday.com/archive/051214p22.shtml>

SIEGEL, D. J.; SOLOMON, M. (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain*. New York: W.W. Norton & Co.

SHAPIRO, J. R.; APPLGATE, J. S. (2000). Cognitive neuroscience, neurobiology and affect regulation: Implications for clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 28(1), 9-21.

TAYLOR, M. F, BENTLEY, K. J. (2004). Changing conceptualizations of mental health and mental illness: Implications of “brain disease” and “behavioral health” for social work. *Social Work in Mental Health*, 2(4), 1-16.



INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO SOCIAL. HACIA UNA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL

Silvia Patricia Cury, Andrés Arias Astray y
José Luis Palacios Gómez

Resumen

El diagnóstico social constituye un elemento metodológico fundamental dentro del proceso de intervención en Trabajo Social. Su relevancia radica en que la formulación del diagnóstico ha de ofrecer una síntesis completa de los resultados de la valoración de cada caso particular que permita y fundamente de manera adecuada la mejor intervención social posible. En la actualidad, asistimos a un desarrollo creciente de sistemas e instrumentos para la formulación del diagnóstico social. Por esta razón, consideramos que es el momento adecuado para la organización de un sistema de puesta en común de todo el conocimiento alcanzado acerca del diagnóstico social y el diseño de una clasificación universal objeto de esta comunicación.

Palabras clave: Diagnóstico social, Desarrollo, Instrumentos, Clasificación, Universal.

Key words: Social diagnosis, Development, Instruments, Classification, universal.

El diagnóstico social constituye uno de los elementos metodológicos fundamentales dentro del proceso de intervención en Trabajo Social. Su relevancia radica en que la formulación del diagnóstico social constituye la síntesis final del proceso de investigación de una determinada situación social, que debe ser formulada explícitamente por el trabajador social como fundamento de la intervención social. Si bien el diagnóstico puede ser revisado y modificado a lo largo de la intervención social, si se obtiene nueva información relevante, su formulación es indispensable y aporta el conocimiento necesario que fundamenta dicha intervención.

Es precisamente su gran importancia metodológica uno de los motivos por los que el concepto de “diagnóstico social” ha sido objeto de controversia y de preocupación en Trabajo Social, importancia que, sin embargo, no se ha visto correspondida con un suficiente desarrollo teórico y práctico. Cabe considerar que tanto la dificultad de delimitar con precisión las variables que el diagnóstico social debe contemplar como la responsabilidad profesional que conlleva su formulación han sido los principales obstáculos que el desarrollo del diagnóstico ha encontrado a lo largo de casi un siglo, desde que Richmond (1919/2007) hiciera célebre su denominación y destacara su gran importancia metodológica. Tal

como han señalado varios autores, el concepto de diagnóstico social ha recibido múltiples denominaciones alternativas como, por ejemplo: “valoración”; “evaluación”; “dictamen técnico”; “juicio diagnóstico”; “juicio profesional”, etc. (Colom, 2009a; Gobierno Vasco, 2006; Hamilton, 1946; Perlman, 1968; Woods y Hollis, 1964). Y se ha cuestionado, incluso, la importancia y la conveniencia de formular el diagnóstico dentro del proceso de ayuda en Trabajo Social (Robinson, 1930). No obstante, la necesidad de contar con el conocimiento más amplio y preciso posible acerca de la naturaleza de las situaciones sociales objeto de intervención en Trabajo Social ha estado presente en todo momento a lo largo de la evolución de la disciplina (Ander Egg y Aguilar, 2001; Colom, 2009a, 2009b, 2012; Cury y Arias Astray, 2015b; Escalada, Fernández y Fuentes, 2001; Escartín, Palomar y Suárez, 1997; García, 2008; Greenwood, 1955; Hamilton, 1923, 1946; Martín, Miranda y Suárez, 1996; Pelton, 1910; Richmond, 1917/2007, 1917, 1930; Perlman, 1957; Scarón de Quintero, 1974; Selby, 1958; Turner, 1968, 1974, 2002; Woods y Hollis, 1964).

Un concepto tan importante como el del diagnóstico social continuará siendo objeto de análisis y de debate en Trabajo Social, al igual que ocurre en todas las demás disciplinas asistenciales. Pero en todas ellas también permanecerá inalterada la necesidad de actuar sobre la base del conocimiento existente en un momento dado y de ampliar dicho conocimiento a través de la formalización y de la publicidad del mismo. En este sentido, a partir de los años 80, en Trabajo Social se ha realizado un considerable esfuerzo disciplinar y el diagnóstico social ha sido objeto de estudio y de desarrollo, tanto jurídico como conceptual y metodológico.

En el contexto español, el concepto de diagnóstico social ha alcanzado una implantación jurídica casi plena y tanto el Código Deontológico del Trabajo Social (Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 2012) como la mayoría de las leyes autonómicas de servicios sociales identifican y definen el diagnóstico social como la fase previa a la intervención que realizan los trabajadores sociales en el ejercicio de sus funciones.

Por otra parte, en España y a nivel internacional se han propuesto diferentes clasificaciones e instrumentos para la formulación del diagnóstico social. La mayoría de estas clasificaciones se han diseñado para su utilización en los Servicios Sociales Generales (Gobierno Vasco, 2006, 2011, 2012a, 2012b, 2012c, 2012 d, 2012e, 2012f, 2012g; Karls y O’Keffe, 2008; Karls y Wandrei, 2008; Martín et al., 1996; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Wenger, 2014). Pero existen también instrumentos diseñados específicamente para su uso en los Servicios Sociales Especializados, como es el caso de las clasificaciones de Colom (2009a) y de Reese et al. (2006) en el ámbito del diagnóstico social sanitario o el instrumento para el diagnóstico social en residen-



cias para personas mayores (IDIS.1) de Cury, Arias y Palacios (2015).

Todos estos instrumentos tienen como objetivo común facilitar y mejorar la formulación del diagnóstico social y unificar y definir la terminología empleada por los trabajadores sociales en dicha formulación, aunque en ocasiones se utilicen otros sinónimos para denominarlo.

Por otra parte, cabe destacar que algunos de los principales instrumentos y clasificaciones para el diagnóstico social presentan importantes semejanzas en sus respectivos diseños. La gran mayoría de estos instrumentos se estructuran sobre la base de un sistema categorial que establece pautas para definir cada diagnóstico (normalmente redactadas en un párrafo) e incluyen criterios para una definición más precisa del diagnóstico, como criterios de duración, o de número y tipo de criterios necesarios para establecer dicho diagnóstico. No obstante, las posibles diferencias relativas a los ámbitos institucionales en los que se han diseñado los diferentes instrumentos para el diagnóstico social, éstos contemplan dimensiones y categorías de diagnóstico comunes, que pueden resumirse en los siguientes aspectos y que han sido clasificadas en estos instrumentos de manera similar (Cury, Arias y Palacios, 2015; Gobierno Vasco, 2006, 2012a, 2012b, 2012c, 2012d, 2012e, 2012f, 2012g; Martín et al., 1996; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Wenger, 2014):

- Situación personal: competencias y habilidades sociales, formación, disposición al cambio, situación jurídica, antecedentes biográficos, entre otros.
- Situación convivencial: relaciones sociales, vínculos y red de apoyo social, organización de la vida cotidiana, relaciones en otros ámbitos de convivencia, entre otros.
- Situación social: aceptación social y convivencia comunitaria, relación y adaptación al medio social y normativo y participación social, entre otros.
- Situación económica, laboral y de la vivienda.
- Situación sanitaria.

Asimismo, a efectos de alcanzar la mejor intervención social posible en una situación determinada, la mayoría de las clasificaciones para el diagnóstico social contemplan tanto la valoración de las dificultades como de las principales fortalezas, oportunidades, y potencialidades presentes en dicha situación (Cury y Arias Astray, 2015; Gobierno Vasco, 2006, 2011, 2012a, 2012b; Karls y Wandrei, 2008; Martín et al., 1996; Wenger, 2014).

Llegados a este punto, creemos conveniente recordar que las principales clasificaciones de diagnóstico en el ámbito sanitario han sido diseñadas por organizaciones internacionales, en cada una de las diferentes especialidades (American Nursing Diagnosis Association Inter-

nacional, 2007; American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de Médicos de Familia, 1999; Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2001; Organización Mundial de la Salud, 1994). La tradición centenaria de estas clasificaciones les ha permitido contar con el consenso de miles de investigadores y de clínicos y de alcanzar el objetivo de unificar criterios internacionalmente y constituyen trabajos abiertos, en constante proceso de cambio, de evolución y de perfeccionamiento permanente.

El diseño de instrumentos y clasificaciones en Trabajo Social tiene una trayectoria histórica mucho más reciente. Pero el desarrollo en las últimas tres décadas ha sido rápido y consideramos que los instrumentos citados en este trabajo dan cuenta del interés que existe en Trabajo Social por sistematizar el conocimiento acerca del diagnóstico social y por superar una importante “asignatura pendiente”, que afectaba tanto a la eficacia de la intervención social como al desarrollo y reconocimiento de la disciplina como tal. Así, por ejemplo, la mayoría de los sistemas e instrumentos para el diagnóstico social han sido diseñados por instituciones públicas, o por encargo de éstas. Estos instrumentos han sido elaborados sobre la base del trabajo conjunto de los profesionales del Trabajo Social, y del consenso que dichos profesionales han ido alcanzando a lo largo de los años respecto de las variables que el diagnóstico ha de contemplar en cada caso y de la terminología más adecuada para su formulación. La evolución de los diferentes sistemas de información e instrumentos en Trabajo Social muestra una definición del concepto de diagnóstico social cada vez más precisa y el propósito por parte de las instituciones y de los investigadores de alcanzar progresivamente la delimitación de las situaciones que son objeto de diagnóstico social. Por otra parte, tanto el “PIE” (Wandrei y Karls, 2008), como el “SIUSS” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012a), el “Manual de Indicadores para el diagnóstico social” (Martín et al., 1996) y los diferentes instrumentos para el diagnóstico social del Gobierno Vasco (2006, 2012a, 2012b) están siendo aplicados en la práctica actual de los Servicios Sociales Generales. Y se prevé que, en los próximos seis meses, el “IDIS.1” (Cury, Arias y Palacios, 2015), comience a ser utilizado de manera regular por todos los trabajadores sociales de las residencias para personas mayores de la Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid.

De nuestro análisis se desprende que, en los últimos años, el trabajo de diseño de instrumentos para el diagnóstico social se ha intensificado, realizándose importantes avances en este sentido. El conocimiento actual de los trabajadores sociales acerca del diagnóstico social, y el diseño de diferentes clasificaciones e instrumentos para la formulación de dicho diagnóstico, constituyen un importante potencial técnico y científico en Trabajo Social. Y creemos que sería posible, y altamente útil, la organización de un sistema de puesta



en común de todo el conocimiento alcanzado en este momento acerca del diagnóstico social a nivel internacional. Esta interesante propuesta ya fue planteada por Karls y Wandrei, confiando en que el proceso de diseño de los actuales instrumentos para el diagnóstico social culminara con la elaboración -en un futuro- “de un sistema de clasificación universal en Trabajo Social” (Karls y Wandrei, 2008, p. XVII). Este objetivo supondría, sin duda, un gran esfuerzo disciplinar y organizativo, que requeriría la colaboración de diferentes instituciones académicas y profesionales. Pero el diseño de una clasificación de estas características conllevaría el beneficio de reunir, sintetizar y sistematizar el conocimiento existente en la actualidad acerca del diagnóstico social. Y de obtener, por tanto, el máximo aprovechamiento del trabajo conjunto y coordinado de los investigadores y de los profesionales, constituyendo un nexo importante de relación entre la teoría y la práctica en este ámbito destacado de conocimiento disciplinar. Como hemos expuesto, existen aspectos fundamentales y dimensiones y categorías de diagnóstico social que pueden ser consideradas “comunes” y que se encuentran contempladas en algunos de los instrumentos para el diagnóstico más relevantes en uso en la actualidad. En este sentido, una clasificación universal de diagnóstico social podría contemplar todas las dimensiones y categorías necesarias para la formulación del diagnóstico social tanto en Servicios Sociales Generales como en los diferentes Servicios Sociales Especializados.

Además, cabe plantear que el cumplimiento de este ambicioso objetivo podría suponer la organización y la puesta en marcha de una asociación internacional de diagnóstico social. De este modo, contaríamos en Trabajo Social con una asociación especializada y con capacidad para coordinar el trabajo de las diferentes instituciones académicas y profesionales de los países participantes. Nuestra propuesta es una propuesta de futuro, que fundamentamos en la fortaleza que supone la sistematización del conocimiento acumulado durante un siglo de ejercicio profesional en Trabajo Social y en el enorme potencial que conlleva la participación de las diferentes universidades e instituciones de servicios sociales a nivel internacional. El diseño de la primera clasificación universal de diagnóstico social no supondría más que el inicio de un proceso, que habría de continuar a lo largo de los años venideros, sujeto a la revisión, corrección y/o ampliación constante de su contenido, en función de los resultados de su aplicación práctica. Pero tampoco supondría nada menos. En esa confianza presentamos esta propuesta de trabajo, y la sometemos al análisis de la comunidad científica y a cuántas modificaciones ésta considere necesarias.

Bibliografía

American Nursing Diagnosis Association Internacional. (2010). *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011*. Madrid: Elsevier.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Press.

Ander Egg, E. y Aguilar, M. J. (2001). *Diagnóstico Social. Conceptos y Metodología*. Buenos Aires: Lumen.

Colom, D. (2009a). *La investigación sobre el diagnóstico social sanitario: trabajo de campo, resultados y conclusiones*. Revista de Trabajo Social y Salud, 62, 129-389.

Cury, S. y Arias Astray, A. (2015). Una propuesta de definición del concepto de “diagnóstico social”. Breve revisión bibliográfica. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*.

Cury, S. Arias Astray, A. y Palacios Gómez, Julio (2015). *Diseño y validación de un instrumento para el diagnóstico social en residencias para personas mayores del Servicio Regional Bienestar Social de la Comunidad de Madrid*. Obtenido de Catálogo Cisne UCM-AECID: http://cisne.sim.ucm.es/search~S6*spi?/Xcurry&Buscara=Buscar&SORT=D/Xcurry&Buscara=Buscar&SORT=D&search=curry&SUBKEY=curry/1%2C30%2C30%2CB/frameset&FF=Xcurry&Buscara=Buscar&SORT=D&2%2C2%2C

Escalada, M.; Fernández, S. y Fuentes, M. P. (2001). *El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

García, G. (2008). Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación en la intervención social. *Ecos de Mary Richmond. Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 10-38.

Gobierno Vasco. (2006). *Diagnóstico e Intervención Social. Herramienta informática para el Trabajo Social*. Obtenido de http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/contenidos/libro/diagnostico_1_soc/es_diagnost/adjuntos/Diagnostico.pdf

Gobierno Vasco. (2011). *Instrumento para la valoración de las situaciones de riesgo y desamparo en los servicios sociales municipales y territoriales de la atención a la infancia y la adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca*. Obtenido de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/balora/es_doc/adjuntos/Balora%20C.PDF

Gobierno Vasco. (2012a). *Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión*. Obtenido de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrume/instrumento_valoracion.html

Gobierno Vasco. (2012b). *Modelo global de diagnóstico social*. Obtenido de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrume/adjuntos/Modelo%20diagnostico%20social-junio-2012.pdf



- Gobierno Vasco. (2012c). *Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión. Terminología y criterios. Ámbito económico*. Obtenido de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrumente/adjuntos/1-MANUAL%20economico.pdf
- Gobierno Vasco. (2012d). *Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión. Terminología y criterios. Ámbito convivencial*. Obtenido de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrumente/adjuntos/2-MANUAL%20convivencial.pdf
- Gobierno Vasco. (2012e). *Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión. Terminología y criterios. Ámbito personal*. Obtenido de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrumente/adjuntos/3-MANUAL%20personal.pdf
- Gobierno Vasco. (2012f). *Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión. Terminología y criterios. Ámbito de la salud*. Obtenido de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrumente/adjuntos/4-MANUAL%20salud.pdf
- Gobierno Vasco. (2012g). *Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión. Terminología y criterios. Ámbito social*. Obtenido de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrumente/adjuntos/5-MANUAL%20social.pdf
- Greenwood, E. (1955). *Social science and social work. A theory of their relationship*. *Social Service Review*, XXIX, 28.
- Hamilton, G. (1946). *Principles of Social Case Recording*. New York: The New York School of Social Work by Columbia University Press.
- Hamilton, G. (1951). *Teoría y práctica del Trabajo Social de casos*. México: Editorial Médica Mexicana.
- Hollis, F. (1954). Casework diagnosis. What and why? *Smith College Studies in Social Work*, 24 (3), 1-8.
- Karls, J., y O'Keffe, M. E. (2008). *Person-In-Environment-System Manual* (2ª ed.). Washington D.C.: National Association of Social Workers.
- Karls, J., y Wandrei, K. (2008). *Person-In-Environment System. The PIE Clasification System for Social Functioning Problems* (8ª ed.). New York: National Association for Social Workers.
- Martín, M., Miranda, B., y Suárez, E. (1996). *Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social*. Vizcaya: Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social de la Comunidad Vasca.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012a). *Sistema de Información de Servicios Sociales SIUSS v. 5*. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/siuss/ManualReferenciaRapidaSIUSS_UTS.pdf
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2002). *Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. CIE-10:CDI-10. (E. M. Panamericana, Trad.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de Médicos de Familia. (1999). *CIAP-2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria* (1ª 1998 ICPC-2 International Classification of Primary Care ed.). (J. Gervás, Trad.) Barcelona: Masson.
- Pelton, G. I. (1910). *The history and status of hospital social work*. Recuperado el 2011, de National Conference of Social Welfare Proceedings.: <http://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1910.001/351?rgn=full+text;view=image>
- Perlman, H. (1957). *Social casework: A problem solving process*. Chicago: University Press.
- Perlman, H. (1962). *The role concept and social casework: some explorations*. *Social Service Review*, 370-381.
- Perlman, H. (1968). *Social casework: A problem solving process*. Chicago: University Press.
- Reese, D., Raymer, M., Orloff, S., Gerbino, S., Valade, R., Dawson, S. y Huber, R. (2006). The Social Work Assessment Tool (SWAT). *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 2(2), 65-95.
- Richmond, M. (1897). The need of training in applied philanthropy. Obtenido de National Conference of Charities and Correction (U.S.) Official proceedings of annual meeting: <http://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1897.001/206?rgn=full+text;view=image>
- Richmond, M. (1917). *The social case worker's task*. Obtenido de National Conference of Social Welfare Proceedings.: <http://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1917.001/137?rgn=full+text;view=image>
- Richmond, M. (1922). *Social Case Work*. New York: Russel Sage Foundation.
- Richmond, M. (1930). *The long view*. New York: Russel Sage Foundation.



Richmond, M. (2007). *Diagnóstico social* (1ª ed., 1917, Título original: *Social Diagnosis*. Traducción; TRI-DIOM ed.). Madrid: Siglo XXI.

Robinson, V. (1930). *A changing Psychology in Social Case Work*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Sainsbury, E. (1970). *Social Diagnosis in Casework*. (N. Timms, Ed.) London: Routledge & Kegan Paul.

Scarón de Quintero, M. T. (1974). *El diagnóstico social*. Buenos Aires: Humanitas.

Selby, L. (1958). Typologies for caseworkers: Some considerations and problems. *Social Service Review*, XXXII, 341-349.

Timms, N. P. (1964). *Social casework*. London: Routledge & Kegan Paul.

Turner, F. (2002). *Diagnosis in Social Work: New imperatives*. New York: The Haworth Press.

Turner, F. (Ed.). (1968). *Differential diagnosis and treatment in social work*. New York: The Free Press.

Turner, F. (Ed.). (1996). *Social work treatment: Interlocking theoretical approaches* (4 ed.). New York: The Free Press.

Wandrei, K. (1984). *Expert review of PIE. Unpublished report*. National Association of Social Workers.

Wandrei, K. (1985). *The person-in-environment (PIE): A coding system for the problems of social functioning* (Final Report, project year 1984). Unpublished report. California Chapter. National Association for Social Workers.

Wenger Clemons, J. (2014). *Client System Assessment Tools for Social Work Practice*. Obtenido de North American Association of Christians in Social Work. 2014 NACSW Convention: <http://www.nacsw.org/Convention/WengerClemonsClientFINAL.pdf>

Woods, E., y Hollis, F. (1964). *Casework. A psychosocial therapy* (5ª ed.). New York, United States of America: McGraw-Hill Higher Education. A Division of The MacGraw-Hill Companies.



DEL CENTRO DE DÍA AL MULTIESPACIO DE TERAPIA Y CONVIVENCIA

Sergio Alarcón González y
Esteban Rodríguez Regueira

Resumen

El Modelo de Atención Centrado en el Servicio, con su recurso estrella, los Centros de Día, no ha sabido o no ha podido adaptarse a la nueva realidad social de las personas mayores y en especial a las que padecen deterioro cognitivo leve, enfermedades neurodegenerativas o daño cerebral adquirido. Nosotros proponemos a través del Modelo de Atención Centrado en la Persona, un nuevo concepto de intervención: El Multiespacio de Terapia y Convivencia.

Palabras clave: Centro de Día, Terapia, Convivencia, Multiespacio, Personas.

Antes de los años 70 la situación de las Personas Mayores en España podía considerarse, cuanto menos, difícil. El primer estudio sociológico español sobre la vejez evidencia que “la pobreza estaba presente en los ancianos en proporciones escandalosas... un 12 % no tienen ningún ingreso estable, uno de cada tres percibe menos de 1.000 pesetas mensuales y los ingresos del 50 % no llegan a las 2.000 pesetas” (Informe GAUR, 1975). En esa época los recursos asistenciales destinados a las personas mayores eran las residencias, herencia de los antiguos asilos, lugares de acogida, residencia o servicios para personas mayores, pobres, con discapacidad y dependientes en general, de los que se cuentan relatos cuyas prácticas en muchos casos hoy no estarían aceptadas o incluso serían enjuiciadas legalmente. A principios de los años 70 se produce el primer intento de planificación a través del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos, aprobado el 26 de Febrero de 1971. Este Plan preveía el desarrollo de recursos a través de dos modalidades:

- La Acción directa de la Seguridad Social, para la puesta en funcionamiento de “ayuda a domicilio”, clubs, residencias, sanatorios geriátricos de rehabilitación y residencias asistidas.
- La Acción concertada para promover la creación de unidades geriátricas por entidades públicas o privadas con el fin de extender por todo el territorio nacional, una red de asistencia gerontológica.

Estos son los albores de lo que se dio a conocer como recursos destinados a Personas Mayores, dispositivos asistenciales en los cuales la opinión de la persona usuaria generalmente no era tenida en consideración,

desarrollando ésta un papel no protagonista a través del cual únicamente se adaptaba al servicio ofrecido. Aun así, pasaron años hasta que estos recursos se pusieron en marcha y supusieron una realidad, un verdadero avance en la atención que la sociedad española dedicaba a sus mayores.

La década de los años 80 trajo consigo cambios importantes para las personas mayores en España: se generalizó el Sistema Público de Pensiones, el acceso al Sistema Sanitario y se materializó un proceso más o menos rápido de implantación de Servicios Sociales, al menos de una forma conceptual (Sancho y Rodríguez, 1999). En el año 1988 se pone en marcha el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, a iniciativa del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y de la Dirección General de Acción Social, cuyo objetivo era la colaboración entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas para financiar de forma conjunta una Red de Atención de Servicios Sociales municipales, que garantizase la cobertura de las prestaciones básicas a las personas en situación de necesidad. Aun con estos avances, el sistema de servicios sociales en España distaba mucho de los que venían desarrollando nuestros vecinos en Europa (se habla incluso de que estábamos 20 años por detrás). En estos países se trabajaba en torno a la desinstitucionalización mientras en España se construían residencias de gran capacidad tipo “hotel de lujo” para gente no asistida con problemas socioeconómicos a los que de esta forma la sociedad quería “pagar” aquello que habían aportado al conjunto con tantos años de trabajo.

Es a finales de esta década cuando empieza a cobrar fuerza la idea de atender a las personas en su medio habitual, haciéndolo además desde servicios comunitarios y no desde instituciones residenciales, devolviendo a la familia el papel principal a la hora de atender a sus seres queridos. A partir de este cambio conceptual, la intervención social se organiza en torno a la noción de “ayuda”, con el objeto de mantener y respetar todas las potencialidades de los individuos, es decir, su autonomía, apoyando así sus esfuerzos por permanecer en su medio habitual de vida (Lesseman y Martin, 1993). Con todo, no fue hasta la década de los 90 cuando en España se vivió el auge de la planificación gerontológica. En 1993 se puso en marcha el Plan Gerontológico que ya se venía elaborando desde 1988, plan que estructurado en cinco áreas de actuación jugó más un papel de referente teórico que práctico, principalmente porque contó con una partida presupuestaria muy reducida y adoleció de problemas competenciales entre los diferentes niveles de la Administración. En esta década los teóricos comienzan a lanzar el discurso respecto a la necesidad de que la persona envejezca en casa, motivo por el que se articulan políticas y diseñan recursos orientados en esta dirección.

Uno de los recursos que aparecen en esa década son los denominados Centros de Día, cuya definición, en mu-



chos casos divergente respecto a la atención que en ellos se presta, dice así: “Centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia” (Rodríguez, 2004). Este recurso es diseñado en un contexto socialmente paternalista en el que impera la concepción de un omnipotente “Papá Estado” que cuida de todos nosotros como si fuéramos sus hijos. Nace además en una realidad histórica cuyos valores sociales orientan la concepción de la atención a las personas mayores al hogar y a la familia, con una estructura familiar en la que la mujer todavía no se ha incorporado por completo al mercado laboral y es en quien recae la función del cuidado de niños, enfermos y mayores. Resulta importante mencionar en este punto que la medicina geriátrica aun no había dado el salto cuantitativo y cualitativo que experimentaría años después, influenciada entre otros aspectos por el nicho de negocio que representaba una sociedad cada vez más envejecida y la presencia de enfermedades como el Alzheimer, que no eran estudiadas, diagnosticadas y tratadas como lo son en la actualidad.

Los recursos que se crean en esta época son, por tanto, de corte paternalista, con un marcado carácter asistencial, y sitúan en el centro del modelo de atención al propio servicio, es decir, el modelo de atención pivota y se desarrolla respecto al servicio prestado, relegando a la persona usuaria y a su familia a un segundo plano. Denominaremos por ello a este modelo de atención como “Modelo de Atención Centrado en el Recurso” y situaremos al Centro de Día como uno de sus servicios estrella, puesto que este tipo de recurso es un claro ejemplo de como la persona es sujeto pasivo de servicios y tratamientos diseñados para un usuario estándar, que relegan además a la familia al rol de espectador del proceso.

La sociedad avanza, las patologías y sus abordajes cambian y la realidad de las personas y sus necesidades se modifican. Y esto es lo que sucedió en España a partir de finales de la década de los 90 y con la entrada del nuevo siglo. La incorporación plena de la mujer al mercado laboral (1994-2007), la consolidación del Estado de Bienestar, la individualización de la sociedad y el cambio en las estructuras familiares, el avance científico y tecnológico, la Ley 39/2006 de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y el consiguiente cambio de mentalidad en la atención a personas dependientes así como el abordaje de los problemas sociales, la multiculturalidad y el avance del pensamiento social centrado en la persona, representan hitos que se traducen en cambios sociales, la construcción de nuevas realidades que generan y transforman las necesidades de los individuos. Las enfermedades neurodegenerativas y los accidentes cerebrovasculares afectan cada vez a más personas. Se calcula que más de 800.000 personas padecen Alzheimer (Alz.org, 2015) y más de 130.000 sufren un ICTUS en España (JANO.es, 2013). La medicina ha evolucionado y esto hace que las personas vivamos más

tiempo, aumentando de manera exponencial el riesgo de padecer alguna de estas patologías. La prevalencia de éstas en la población de Personas Mayores es alta, viéndose aumentada con la edad. Muchas Personas Mayores padecerán en su vida alguna demencia o sufrirán un accidente cerebrovascular. La incidencia de la Enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, crece a partir de los 65 años de forma que a mayor edad mayor probabilidad de padecerla. Al haber aumentado la esperanza de vida hasta superar los 80 años de media, estamos ante una sociedad que no sólo envejece (con el ritmo de nacimientos actuales nos enfrentamos a una pirámide de población invertida) sino que tiene un alto riesgo de padecer alguna enfermedad neurodegenerativa. Por este motivo, la atención a personas mayores y en especial a aquellas que padecen Daño Cerebral Adquirido (DCA) o alguna enfermedad neurodegenerativa, debería haber evolucionado de forma correlativa y no ha sido así.

El Modelo de Atención Centrado en el Servicio y sus clásicos Centros de Día o de Rehabilitación, como recurso sanitario, social y terapéutico no han sabido o no han podido adaptarse a las necesidades de las personas que viven con este tipo de patologías; despersonalización, paternalismo o infantilización, es lo que muchas de ellas y sus familias se encuentran en su interior, a la par que tratamientos y terapias “en serie”, aplicadas y practicadas sin tener en cuenta la mismidad de quienes las reciben, sus necesidades y las de sus familiares, estableciendo en muchos casos objetivos irreales, vendidos a la carta y faltos de contenido. Además, el Centro de Día es vivido por muchas de las personas que lo utilizan y percibido por un amplio espectro de profesionales sociosanitarios, así como por el imaginario colectivo en general, como un espacio reducido, poco luminoso, con estancias frías y sin zonas verdes, generalmente ubicado en bajos de edificios, en el cual las personas mayores (y ya no tan mayores) acuden a pasar el día, como si de una guardería se tratase. La tendencia al infantilismo, a comparar y tratar, por ejemplo, a las personas mayores que padecen una enfermedad neurodegenerativa como niños, es una tónica en el sector, una práctica del todo errónea pero muy extendida en su uso a la hora de intervenir con personas mayores. ¿Si cambiáramos este concepto no sería más fácil cambiar el modelo de atención actual? Dicho de otra forma, con esa manera de pensar, ¿no es normal ofrecer un modelo de atención alejado de la realidad de estas personas? El pensamiento suele preceder a la acción razonada, por lo tanto, la forma de pensar es un reflejo de lo que luego desarrollamos como personas, ya sea en nuestra faceta de profesionales y/o empresarios.

Los clásicos Centros de Día ofrecen tratamientos iguales para todos sus usuarios, lo que unido a la habitual falta de espacio, supone una despersonalización generalizada y se traduce en la cohabitabilidad de personas con diferentes enfermedades y diferentes grados de deterioro, tiempos muertos y personas sentadas mirando un televisor o al infinito; al tiempo que las familias quedan relegadas a un tercer plano y no participan de la



realidad de sus personas queridas. Este último punto es fundamental si se quiere ofrecer una atención integral e integradora, una atención real, la “atención total”, que pasa por la construcción del modelo en torno a la persona y la inclusión de familia y entorno. Integrar a la familia en el proceso terapéutico debe ser uno de los objetivos principales a la hora de ofrecer un modelo de atención diferente al actual y adaptado a las necesidades de las personas. No se puede abordar una enfermedad neurodegenerativa o el DCA sin integrar a los familiares en los tratamientos y/o terapias, ya que éstos forman parte de la realidad de la persona, por lo que deben construir juntos el aprendizaje, la comprensión y el abordaje de la nueva realidad sociosanitaria.

Otro aspecto capital a la hora de abordar un cambio de paradigma que posibilite innovar y desarrollar un modelo de “atención total” es la integración de las personas en su entorno más próximo y del entorno inmediato en el día a día de estas personas. Cuando hablamos de que las personas “envejecen en casa” no quiere decir que lo hagan sin salir de ella. El diagnóstico de una enfermedad neurodegenerativa o la vivencia de un proceso que genera DCA, suele acompañarse generalmente de una tendencia al aislamiento. Desde los recursos de atención ha de atenderse éste a priori, interviniendo para evitarlo, fomentando la participación de las personas en la sociedad y favoreciendo la participación de ésta en el propio recurso.

Los antiguos Centros de Día y/o de Rehabilitación deberían haber convergido junto a las transformaciones sociales para adaptarse a las nuevas realidades, modificando el modelo de atención en base a las necesidades de sus usuarios y sus familias, pero aunque han existido intentos, estos han sido superficiales y con objetivos meramente mercantilistas y comerciales. En el momento en el que nacieron fueron un recurso revolucionario, innovador, que permitía a las familias llevar a sus familiares a un “sitio para estar” mientras ellos podían seguir atendiendo las obligaciones de su día a día, al tiempo que por la tarde la persona regresaba a su hogar, evitando el internamiento en una residencia. Por aquel entonces no se buscaba, ni existía en el sector, la especialización. A las familias les resultaba suficiente con cubrir la parte de los cuidados, se trataba de que su familiar estuviese “cuidado”. Fue la época del inicio de un modelo de atención nuevo, el Modelo de Atención Centrado en el Servicio o Recurso, que pese a resultar innovador y representar una alternativa al internamiento residencial, vino a responder más a una necesidad familiar (la de hacerse cargo de la persona mayor dependiente durante el día) que a las necesidades de la propia persona dependiente. El paradigma suponía que las personas iban y se adaptaban a lo que el servicio podía ofrecerles, quedando su voluntad relegada a un segundo e incluso tercer plano, en lo que hoy día podemos catalogar como un recurso muchas veces impersonal, paternalista, meramente asistencial y en el cual las personas ostentan el status de cliente, paciente o usuario.

Han pasado muchos años desde entonces y muchos son los cambios sociales afrontados: demográficos, económicos, tecnológicos, culturales e ideológicos, cambios que han afectado a la estructura social, al modo de vida de las personas y a la forma de organizarse y relacionarse éstas en sociedad. Desde el surgimiento del Humanismo y su mirada a la ciencia en lugar de al teísmo, junto a la evolución conceptual más utilitarista de lo ético representada por la deontología, el valor y la agencia del ser humano, individual y colectivamente, es cada vez mayor. La persona, el individuo, es considerado cada vez más importante, cobra protagonismo, se empodera, y sin embargo, en el sector de la atención a personas dependientes el Modelo de Atención Centrado en el Servicio (y no en la persona) sigue siendo el imperante, aquel nacido en los años 90 que no ha evolucionado porque no ha sabido adaptarse a los cambios y a las necesidades de las personas a las que se dirige.

En la actualidad, la propia realidad social nos encamina hacia un Modelo de Atención Centrado en la Persona, modelo más representativo de los valores sociales del siglo XXI. Este modelo, que pone a la persona y a su familia en el centro, aboga por la autodeterminación del ser humano y vela por el principio de autonomía e independencia. La persona no es la que debe adaptarse al servicio, al contrario, es el servicio el que debe adaptarse a la persona. La Atención Centrada en la Persona tiene como referencia la propia vida del individuo. Su historia de vida, su forma de pensar y de relacionarse, sus rutinas, sus gustos y aficiones son el eje fundamental a la hora de planificar los recursos. La persona es quien decide, los profesionales apoyan y facilitan esas decisiones aportando su experiencia y esfuerzos para mejorar su calidad de vida, pero la persona es sujeto activo. Este Modelo permite a las personas ser protagonistas cuando acuden a un recurso socioasistencial, no ver su vida coartada, modificada y/o anulada, como ocurre actualmente en muchas ocasiones. Al revés, se da continuidad a sus vidas, se produce el abordaje de una nueva etapa sin ruptura, y la ruta terapéutica y asistencial, además de ser elegida por la propia persona (con ayuda profesional y de sus seres queridos) tiene sentido para ellos.

El Trabajo Social y por ende los trabajadores y trabajadoras sociales debemos apostar por este modelo de atención. Nuestro marco de referencia en la intervención social que aboga por la autodeterminación de la persona, es coincidente con este tipo de atención en los aspectos más importantes de la misma. Creemos que por este motivo debemos luchar por cambiar el actual Modelo de Atención Centrado en el Recurso y apostar por el Modelo Centrado en la Persona.

Como hemos mencionado anteriormente, uno de los recursos estrella del Modelo de Atención de los años 90 centrado en el servicio, es el clásico Centro de Día, obsoleto y que debe renovarse para adaptarse a las necesidades y demandas de una sociedad en constante cambio. Nosotros, como trabajadores/as sociales que



creemos firmemente en la persona, proponemos un nuevo concepto que sustituye a los clásicos Centros de Día: El Multiespacio de Terapia y Convivencia. El Multiespacio de Terapia y Convivencia además de adaptarse a la realidad descrita, desde su concepción teórica modifica el modelo de atención a personas con deterioro cognitivo leve, enfermedades neurodegenerativas y DCA, dignificando su vida a través de la intervención social y la atención sanitaria. Es necesario poner a la Persona y su familia en el centro del modelo de atención, trabajar desde un enfoque Centrado en la Persona. Quienes desarrollamos una profesión no somos dueños de la vida ajena, participamos de ella porque nos han elegido para compartir y facilitar un proceso, pero hemos de saber distanciarnos para no anteponer nuestras concepciones del mundo y de lo que debe de ser; la persona ha de decidir, nosotros sencillamente sentirnos privilegiados de poder acompañarla. Para ello hemos de distanciarnos epistemológicamente, soltar lo que arrastramos del pasado, ser conscientes de nuestra propia mismidad, ver a quien tenemos enfrente como un ser único e irreplicable, protagonista de su vida, y llenar nuestra relación de valores que fomenten el respeto, la dignidad, la autonomía y la autodeterminación. Hay que abandonar etiquetas como mayores, tercera edad o enfermos, porque son éstas las que discriminan, normalizar las situaciones, dejar que las personas decidan y adaptar el recurso a la persona y que no sea la persona la que se adapte al recurso. Consideramos asimismo, que ante este nuevo paradigma que se plantea, los términos cliente, paciente y usuario ya no resultan representativos. Cliente es un término poco específico que hace referencia a una persona receptora de un bien, servicio, producto o idea, a cambio de dinero u otro artículo de valor. La palabra paciente, en términos sociológicos y administrativos, nombra al sujeto que recibe servicios de un profesional de la salud y se somete a un examen, tratamiento o intervención, asociando a éste además con la palabra paciencia y, aunque de origen etimológico distinto, con la palabra pasividad, que transmite la sensación de que el paciente juega un rol necesariamente pasivo. Por su parte, usuario es un término que despersonaliza y generaliza, relegando a la persona a la mera utilización de un servicio, convirtiéndolas en personas anónimas y en la mayoría de los casos en cifras o porcentajes. Nosotros creemos que el término más adecuado para referirnos a las personas que forman parte de un Modelo de Atención centrado en la Persona es: “persona participante”. Apostamos por ello y creemos que es el término que más se ajusta a esta filosofía, puesto que denota que la persona es parte activa, que actúa junto con otras personas en un acto o actividad, y generalmente con el mismo nivel de ampliación. Las personas participan de algo suyo, diseñado y articulado por ellas y sus familias con ayuda profesional, donde individual y colectivamente se construye una nueva realidad, el Multiespacio de Terapia y Convivencia.

“El Multiespacio de Terapia y Convivencia” es el recurso asociado al Modelo de Atención Centrado en la Persona que sustituye a los clásicos Centros de

Día del Modelo de Atención Centrado en el Servicio. Nace de la experiencia, del análisis de la realidad y de la necesidad de cambio, de un esfuerzo por adaptar la atención a las necesidades de las personas y a la realidad social, de integrar a la familia y al entorno en el proceso, aprovechando el potencial que aportan los diferentes profesionales implicados, poniendo a su disposición las herramientas necesarias para ofrecer una atención total a quienes lo necesitan.

El Multiespacio se articula como un lugar en el cual convivir y participar, aprender la nueva situación integrando a la familia, generando vínculos y construyendo una realidad que va más allá de la terapia: la vida en El Multiespacio es terapia, es convivencia, es real y se convierte en el día a día de todas las personas que formamos parte de un nuevo concepto de atención a las personas con deterioro cognitivo leve, que padecen una enfermedad neurodegenerativa o sufren DCA.

El concepto de Multiespacio de Terapia y Convivencia gira en torno a cuatro ejes fundamentales:

Primero, el Multiespacio se articula como un lugar con diferentes espacios delimitados y especializados, en cada uno de los cuales se llevan a cabo diferentes terapias y actividades de convivencia. Los diferentes espacios están dotados de los materiales y recursos necesarios para que los profesionales implicados puedan sacar el máximo partido a su intervención. Todo ello en un clima agradable, acogedor y familiar, cálido, luminoso y diferenciado, alejado de los espacios fríos, poco luminosos o diáfanos donde los clásicos Centros de Día concentraban a un gran número de personas.

El segundo eje es la terapia. El Multiespacio cuenta con un intenso, variado e innovador plan de terapias encaminadas a trabajar las diferentes áreas que puedan verse afectadas. Para ello contamos con un equipo de profesionales altamente cualificado y especializado, sensibilizado con la realidad de la población a la que atiende y con una fuerte vocación de servicio, desarrollan la denominada ruta terapéutica en las siguientes áreas: cognitiva, motora, funcional, emocional, conductual, sensorial y social. Terapias validadas que cuentan con marcadores de evaluación que permiten medir su eficacia, efectividad y el grado de avance. Si no es así, se estarán haciendo actividades o se estará pasando el tiempo. Además, es imprescindible que la ruta terapéutica la elija cada persona participante, los profesionales deben estar preparados para hacer el trabajo que éstas decidan junto a sus familiares de referencia y con la ayuda de los técnicos.

El tercer y cuarto eje articulan la parte convivencial. La convivencia entre participantes, familias, profesionales y entorno fomentando la parte social y relacional de las personas. Para ello se han diseñado espacios y actividades de convivencia que integran a la familia y a la comunidad en el proceso terapéutico. Se concibe y articula lo convivencial en lo relativo a la convivencia entre participantes, la convivencia y el intercambio entre



familiares, los espacios propios para el debate y la discusión profesional, así como el acceso de la comunidad al Multiespacio mediante la realización de actividades externas. Además, hay lugar para el desarrollo de actuaciones conjuntas en las que interactúan participantes, familias, profesionales y personas externas.

La familia, como institución, siempre ha tenido un peso muy importante en España, soportando en muchas ocasiones y casi de manera exclusiva el cuidado de las personas dependientes, especialmente en el caso de personas mayores. En la actualidad, los familiares son los grandes olvidados a la hora de articular la atención a las personas mayores desde los recursos profesionales, y resulta necesario recuperar la participación de la familia en la atención de sus seres queridos. Creemos que el trabajo debe englobar a la familia y amigos de las personas que acuden a El Multiespacio, como unidad indivisible. Cuando hay un diagnóstico de una enfermedad neurodegenerativa o DCA, no sólo la persona se enfrenta a una nueva realidad, también lo hacen su familia y sus amistades. Por este motivo, el trabajo tiene que ir encaminado a ayudar a que juntos construyan la nueva realidad, vertebrando espacios que fomenten la participación conjunta, grupos de apoyo y grupos de ayuda, facilitando que la unidad familiar pueda pasar tiempo con su familiar en El Multiespacio. Asimismo, se pone a disposición de familiares y amistades el acceso a formación especializada, terapia psicológica, individual y colectiva, para el abordaje del duelo que genera afrontar situaciones de alto impacto emocional, mecanismos para abordar nuevas realidades en las relaciones sexuales y de pareja tras procesos de DCA, etc. Dejar fuera a la familia es un error que coarta la intervención terapéutica.

Una sociedad cada vez más sensibilizada con el envejecimiento, el Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas, el DCA, etc., no debe quedarse sin participar de este nuevo paradigma o modelo de intervención; a la par que las personas que envejecen y/o que padecen alguna enfermedad neurodegenerativa o DCA, no deben quedarse aisladas de la sociedad. El aislamiento, la progresiva pérdida de relaciones sociales y familiares es un hecho que ocurre en la actualidad de una forma generalizada. Convivencia es por tanto mantener a las personas en la sociedad e incorporar a la sociedad en el proceso terapéutico. En el Multiespacio la sociedad tiene su cuota de protagonismo en el proceso, motivo por el cual desarrollamos un trabajo en los domicilios y barrios de las personas, con los amigos, con los vecinos, para que éstas (limitaciones a parte) sigan llevando una vida lo más normalizada posible.

También hay que hacer trabajo fuera de El Multiespacio y “enseñar” a la sociedad que las personas mayores, y no tan mayores, con Alzheimer, con DCA, ... siguen siendo personas y siguen aportando, haciendo lo que tú y yo hacemos. Además, las personas de los barrios donde se encuentre El Multiespacio, las asociaciones de vecinos, las guarderías, los colegios, deben de participar de la

vida del mismo, integrándose, conociendo la realidad que en ellos se comparte y aportando cada cual lo que quiera y pueda para mejorar la calidad de vida de estas personas, y por ende, la suya y la de la sociedad en su conjunto. Esto es convivencia.

En los años 70 estaban los asilos, en los 80 las residencias, en los años 90 El Modelo de Atención Centrada en el Servicio con los Centros de Día y en la actualidad proponemos El Modelo de Atención Centrada en la Persona con El Multiespacio de Terapia y Convivencia.

Bibliografía

- CECA. (1975). Informe GAUR: *La situación de los ancianos en España*. Madrid. Confederación Española de Cajas de Ahorro.
- Sancho, T. y Rodríguez, C. (2001). Catálogo de recursos, servicios y ayudas técnicas. En R. Fernández-Ballesteros y J. Díez (Eds.). *Libro Blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. Volumen II*. Madrid: Obra Social Caja Madrid.
- Leseman, F. y Martin, C. (1993). *Les personnes âgées: dépendence, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. Paris: La Documentation Française.
- Rodríguez, P. (2004). *Política social para la atención a las personas mayores*. Barcelona: Fundación Iberoamericana de formación/Universidad de Granada.
- Alz.org (2015). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España*. Extraído el 16 de diciembre, 2015, de <http://www.alz.org/es/demencia-alzheimer-esp%C3%B1a.asp>
- JANO.es. (2013). Cada año 130.000 personas sufren un ictus en España y 39.000 mueren por esta causa. Extraído el 21 de diciembre, 2015, de <http://www.jano.es/noticia-cada-ano-130-000-personas-sufren-20799>



EL EMPODERAMIENTO CREATIVO COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Begoña de Cevallos de Diego.

Resumen

Con esta comunicación, proponemos un concepto nuevo de empoderamiento que se llama empoderamiento creativo. Es un concepto que nos han enseñado nuestros pacientes, ya que hemos sido testigos de que cuando la enfermedad les pone frente a su vulnerabilidad e incluso a la muerte, puede ser una ocasión para sacar lo mejor de ellos mismos usando su auténtica creatividad. Entender la enfermedad o cualquier crisis vital en clave de aprendizaje, puede suponer una oportunidad para el empoderamiento y un punto de inflexión en el que pueden ser más conscientes de sus propios recursos para buscar soluciones a su situación social. Es posible favorecer este proceso de empoderamiento creativo y exponemos algunas herramientas de intervención social que hemos puesto en práctica.

Palabras clave: Empoderamiento creativo, Aprendizaje, Muerte.

Keywords: Creativity empowerment, Learning, Death.

Tener el privilegio de acompañar a las personas que enferman de cáncer durante todo el proceso de su enfermedad, nos ha permitido conocer la influencia que produce en ellos y en su entorno.

Lo más llamativo fue darnos cuenta de la enorme creatividad que se puede desplegar a raíz de que la vida te ponga cara a cara con la enfermedad e incluso con la muerte.

Hemos sido testigos del despertar de una gran capacidad creativa. A raíz de la aparición de la enfermedad, hemos comprobado cómo se han escrito infinidad de libros, se han pintado miles de cuadros, se han dicho palabras preciosas, se han compuesto canciones especiales, creado películas maravillosas e inspirado tantos gestos cariñosos que empezamos a sospechar que hubiera una conexión especial entre creatividad y cáncer.

Por esta razón, empezamos a investigar sobre la creatividad y la relación que podía haber con la enfermedad, con la idea de poder transmitir el potencial creativo de la enfermedad a través de unas conferencias que se llamarían “Creatividad y Cáncer”. Estas conferencias están incluidas en nuestro Programa de Inserción Sociolaboral y pretenden ayudar a los pacientes a identificar su valor añadido y las cualidades que se han visto potenciadas a raíz de la enfermedad.

El cáncer, como cualquier otra enfermedad grave, genera un impacto tremendo en la persona que es diagnosticada. Durante un tiempo uno siente que ha perdido el control, se siente angustiado, asustado, ahogado y bloqueado por tanto cambio de perspectiva y tanto movimiento.

Pero gracias a nuestros maestros, los pacientes, hemos aprendido que una sacudida emocional de este calibre coloca delante de la persona un universo de opciones y alternativas que antes no alcanzaba a imaginar.

Aprender algo nuevo es entrar de lleno en el mundo de la incertidumbre y todos tenemos miedo a ir más allá de lo que conocemos. Todos tenemos miedo al cambio en nuestras vidas, por eso tendemos a conformarnos con lo que tenemos aunque no nos guste “más vale lo malo conocido que lo bueno por conocer”. Pero cuando una persona es diagnosticada de cáncer, es sacada bruscamente del área de confort.

Las crisis, en forma de enfermedad o en cualquier otra forma, suponen un punto de inflexión para reflexionar, aprender y crecer que nos puede ayudar a salir fortalecidos y pueden producir un efecto transformador muy útil para la persona y su entorno. Algunos pacientes nos han enseñado a ver sus crisis en clave de aprendizaje y somos muy conscientes de la necesidad de extender esa visión.

Por tanto, pasar del área de confort a otros espacios de descubrimiento y evolución puede ser una oportunidad creativa única aunque a veces no sea sencillo ver las posibilidades que se abren frente a nosotros. “A veces la vida nos detiene los pies... sólo para que descubramos y usemos nuestras alas”.

Cuando se habla de creatividad lo primero que pensamos muchos de nosotros es “yo no soy creativo”. Lo que los pacientes me han enseñado es que la creatividad puede manifestarse en todas las facetas de la vida y que todos podemos desarrollarla.

Shelley Carson lo corrobora en su libro “Tu cerebro creativo”. Es doctora y enseña e investiga sobre creatividad, psicopatología y resiliencia en la universidad de Harvard. Lo explica de este modo: “*Le contaré algo que he aprendido a lo largo de los años de estudio y experimentación transcurridos desde aquel primer encuentro con el cerebro humano en la clase de Bill Milberg. Las diferencias entre el cerebro de destacados personajes creativos y el del resto de los mortales son menos relevantes que las concordancias. Ciertamente existen diferencias genéticas que influyen sobre la creatividad y que, por supuesto, siempre habrá gente más creativa que otra. Sin embargo, a través del estudio de cerebros altamente creativos, hemos descubierto que todos poseemos un cerebro creativo*” (Carson, 2012).



Es normal que nos resulte extraño tomar conciencia de nuestra potencial creatividad. De hecho la doctora Carson contesta con mucha contundencia a la pregunta que todos nos hacemos “¿Qué sucede si resulta que no soy una persona creativa? Todos somos creativos. La creatividad es el sello distintivo de la capacidad humana que nos ha permitido sobrevivir hasta el momento.” (Carson, 2012)

Por tanto, todos tenemos la capacidad de desarrollar nuestro propio potencial creativo. El problema es que nadie nos lo ha contado.

De hecho, Ken Robinson hizo un estudio con mil niños y descubrió que el 98 por ciento de ellos eran genios creativos. Y el otro 2 % no es que no fueran creativos sino que no destacaban con la puntuación máxima. Por estas razones el Programa de Inserción Sociolaboral de la AECC en Madrid ha centrado sus objetivos en ayudar a la persona a reconocer las competencias que se ven impactadas positivamente a consecuencia de haber vivido el cambio que ha supuesto para ellos, su enfermedad y sus consiguientes tratamientos.

Algunas de estas competencias son mayor tolerancia a la frustración, mejor manejo del estrés, ampliación de su capacidad para solucionar problemas, mejora de las habilidades de comunicación especialmente la empatía, adaptación de las prioridades, desarrollo de la creatividad y favorecer el desarrollo de habilidades de atención plena (mindfulness).

En las charlas de “Creatividad y cáncer” intentamos despertar el potencial creativo tratando de eliminar las barreras que la bloquean como el miedo y el juicio. Ofrecemos recetas inspirándonos en los maestros de la creatividad, que para nosotros son, los niños y las personas que han aprendido de una situación vital crítica. Revisando libros sobre creatividad hemos encontrado varios autores que definen la creatividad desde una perspectiva amplia y con un alto cariz de empoderamiento. Algunas definiciones son:

Según Carl Rogers la creatividad es el deseo de comunicarse y en el acto creativo se observa un intento por destacar la esencia, siendo en esta abstracción donde se refleja la propia manera de cada quien de percibir el mundo.

Maslow: “La creatividad puede ser un buen camino para reducir enfermedades mentales y neurosis colectivas, especialmente el hombre puede lograr así su autorrealización”.

E. Fromm: “El individuo que no puede crear, quiere destruir... el único remedio para la destructividad compensadora es desarrollar en el hombre su potencial creador”.

Zinker: “Aquel que se atreve a crear, a trasponer límites, no sólo participa de un milagro sino que llega además a descubrir que en su proceso de ser, él es un milagro”.

Perls: “Si estamos alertas en el ahora, somos creativos e inventivos. Con los sentidos alertas, con los ojos y oídos abiertos como los niños, encontramos la solución”. Estas definiciones son muy inspiradoras pero la dificultad con la que nos encontramos respecto a la creatividad es que socialmente sigue asociada al arte o a tener un don especial en alguna faceta concreta. Seguimos pensando que hay personas creativas y otros que no lo son a pesar de que los estudios no corroboran esta afirmación sino todo lo contrario, como nos explicaba la doctora Shelley Carson.

Por ello, tratamos de ampliar la visión que se tiene de la creatividad asociada exclusivamente a tener un don artístico específico planteando la creatividad desglosada en niveles. Estos niveles que planteo pueden darse todos a la vez aunque se explican por separado para poder tomar conciencia de sus matices con mayor facilidad:

- La Creatividad de Supervivencia: Es la que desarrollamos cuando nosotros o alguien de nuestro entorno está en peligro. En ese momento somos capaces de realizar cosas de las que no nos sentíamos capaces y que no habíamos imaginado. La neurociencia explica este fenómeno diciendo que se debe a que es el hemisferio derecho el que se hace cargo de las decisiones debido a que la lógica no siempre funciona en un momento extremo.

- La Creatividad Cotidiana: Consiste en incorporar la creatividad en momentos cotidianos de la vida. Es una manera de transformar la obligación en disfrute o al menos mayor conciencia. Todos podemos crear momentos especiales en nuestras vidas.

- La Creatividad específica: Es la que la sociedad identifica más claramente. Solemos pensar que sólo unos pocos privilegiados tienen la suerte de tener un don artístico. Los artistas, los actores, los pintores, los escritores, los bailarines... todas aquellas profesiones que consideramos artísticas son las que serían capaces de tener creatividad específica. Pero también hay personas que desarrollan esta creatividad en un área laboral o en algún hobby.

- La Creatividad en espiral: Es la creatividad que se representa con la fórmula $1+1=3$. Tu idea y mi idea juntas crea una cadena inspiraciones que se expande hasta lugares y personas insospechados. La mayoría de las veces no somos conscientes de los efectos que provoca en los demás.

Pero como compartir crea valor, es muy interesante tomar conciencia de los efectos que producimos en otros cuando compartimos lo que realmente es importante en nuestras vidas. Lo que nos inspira.

- Creatividad esencial: Es la que surge de identificar nuestro propósito de vida esencial. Este nivel de creatividad surge cuando empiezas a cuestionarte si vives la vida que quieres. Si tu vida tiene sentido. Si eres feliz.



Cuando descubrimos nuestro talento, lo que podemos aportar en la vida, la creatividad brota sola.

Gracias a muchos pacientes hemos aprendido que una experiencia como la enfermedad puede ayudarte a descubrir qué es lo que cada uno quiere hacer realmente en su vida. Hemos sido testigos de cómo muchos pacientes han descubierto su verdadero talento y cuando lo encuentran su propósito de vida emerge solo.

Es cierto que esto no se consigue de un día para otro, pero lo importante es asumir el reto de buscarlo y vivirlo. El cáncer nos puede servir de despertador, puede servirnos para dejar de estar anestesiados, de vivir con el piloto automático como se supone que tengo que vivir, como me han dicho que tiene que ser pero sin preguntarme realmente ¿Cómo elijo vivir mi vida?, ¿Cuáles son mis prioridades?, ¿Qué sentido tiene mi vida?

Por eso consideramos que una situación crítica como la que atraviesan todos los pacientes que atendemos los/as trabajadores/as sociales, estén o no enfermos, puede ser aprovechada para revisar las prioridades y buscar el sentido de vida porque esto les puede dar la fuerza y el estímulo necesarios para salir de las situaciones de vulnerabilidad en la que se encuentran. Los pacientes nos han mostrado cómo esto es posible y los resultados son muy significativos. Por eso nos animamos a compartir nuestra experiencia.

El empoderamiento lleva tiempo siendo un objetivo a conseguir por los/as trabajadores/as sociales. El empoderamiento es el proceso por el cual “las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo, tanto individualmente como grupo social, para impulsar cambios positivos en las situaciones que viven”.

Friedman señala que el empoderamiento está relacionado con potenciar el control de tres tipos de poderes (Friedman, 1992):

- Social: Acceso a la base de la riqueza productiva.
- Político: Tener acceso a los procesos de toma de decisiones, en especial a las que afecten directamente a su futuro.
- Psicológico: Entendido en el sentido de potenciar su capacidad individual, su autoestima.

Por otro lado, el empoderamiento creativo supone una manera de empoderarse, descubriendo cuál es nuestra creatividad esencial porque cuando uno descubre su verdadero talento la creatividad brota sola. La creatividad esencial surge de identificar nuestra esencia, el verdadero sentido de la vida. Esto implica desplegar unos recursos que pueden servir para afrontar situaciones adversas y complicadas.

El trabajo con el empoderamiento creativo implica maneras de intervención que ayuden a la persona a descubrir su potencial. Un camino puede ser despertar su ilusión. Pero no una ilusión pueril y falsamente optimista. Sino la verdadera ilusión, la que surge de cuando uno encuentra su única y especial manera de estar en el mundo.

Según Viktor Frankl “la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrar sentido a su propia vida” de hecho inventó un tipo de terapia centrada en ayudar a las personas a buscar ese sentido. La logoterapia.

Lo explicaba de esta forma: “No deberíamos perseguir un sentido abstracto de la vida, pues a cada uno le está reservada una precisa misión, un cometido a cumplir. Por consiguiente, ni puede ser remplazado en su función, ni su vida puede repetirse: su tarea es única como única es la oportunidad de consumarla” (Frankl, 1979).

Daniel Cerezo en su charla TED nos muestra también cómo disponer de una ilusión puede ser el motor para cambiar cualquier situación. Él mismo es un ejemplo de empoderamiento creativo porque explica que perseguir sus sueños fue lo que le ayudó a salir de la barriada donde vivía en Argentina. Además nos da las claves para conseguirlo y sobre todo nos emociona con su propio ejemplo de vida que sirve para contagiarnos de una esperanza auténtica que hace sentir que todo es posible.

De hecho para mí su enfoque le da la vuelta a la pirámide de Maslow. ¿Por qué hay que tener todas las necesidades cubiertas para llegar a la autorrealización? El propósito de vida es el motor que enciende la ilusión y te permite, como explica Cerezo, tener la fuerza suficiente para sobrellevar cualquier situación difícil como también defiende el psiquiatra Viktor Frankl.

Así que si dedicamos nuestra energía en aprender a liderar nuestro proyecto de vida, erradicaremos la auténtica pobreza: la pobreza de ilusión. Ya que la ilusión puede ser un antídoto para la pobreza si se basa en la búsqueda de sentido.

Como trabajadores/as sociales podemos facilitar los recursos disponibles para que el paciente y su familia puedan utilizar la situación de vulnerabilidad social en la que se encuentran como estímulo para darse cuenta de su manera única y especial de dejar huella en el mundo.

Creemos que es el/a trabajador/a social quien puede incorporar entre sus cometidos el empoderamiento creativo de los/as usuarios/as puesto que está en su propio Código Deontológico: “Este profesional considera a la persona como un todo, desde sus capacidades potenciales y los múltiples factores internos y externos circunstanciales. Identifica y desarrolla las fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento. Además es en esencia un agente de cambio que conoce de cerca la realidad social de los pacientes”.



Además creemos que el empoderamiento creativo puede ser una herramienta muy potente para provocar cambios en la sociedad y la nuestra es una profesión considerada agente de cambio y transformadora de la sociedad.

Este enfoque de trabajo para nosotros/as tiene una clara aplicación práctica.

Hemos diseñado diversas acciones para fomentar el empoderamiento creativo en la intervención social:

- Empoderándonos como profesión. Cualquier cambio tiene que empezar de dentro a fuera. Interiorizar estos conocimientos nos ha ayudado a confiar más en nuestra propia creatividad como profesionales e incluso a nivel personal.

- Cambiando nuestra manera de mirar a los usuarios teniendo muy en cuenta su potencial creativo. Si cambiamos la mirada del profesional hacia el usuario podremos ayudarles a cambiar su propia visión de sí mismos. Nosotros/as hemos pasado de llamar a las personas que atendemos, pacientes, con la connotación pasiva que este término tiene, a llamarlos maestros. Son nuestros maestros de vida por las enseñanzas que comparten con nosotros al tener que lidiar con la enfermedad y la muerte y hacerles saber todo lo que aprendemos de ellos, está generando otra manera de relacionarnos mucho más empoderadora.

- Siendo agentes de cambio a nivel cultural. Ayudando a pasar de la cultura del sufrimiento y la queja a la cultura del empoderamiento creativo dándole difusión a este enfoque.

- Realización de conferencias “Creatividad y cáncer” tanto en la propia asociación para pacientes, voluntarios y profesionales como en empresas, con muy buena acogida.

- Creando grupos de empoderamiento creativo para que puedan ser conscientes de su propia creatividad y tengan un espacio donde compartir, explorar y materializar su descubrimiento ampliando su alcance con la creatividad en espiral.

- Incorporando esta visión y el objetivo de empoderamiento creativo en diferentes actividades que realicemos de manera transversal: aplicándolo en el “Programa de Ocio en familia” como por ejemplo la fiesta de la magia, o creando un cuento para trabajar con niños el empoderamiento creativo.

- Usando también esta herramienta en el trabajo en equipo ya que ha supuesto un elemento clave en la cohesión, la motivación, el entusiasmo y la innovación del propio equipo de Trabajo Social de la AECC.

- Incluir en el Programa de inserción sociolaboral de la AECC el objetivo de favorecer el empoderamiento creativo.

- Utilizar técnicas como la técnica del espejo, la visualización o el roleplaying para trabajar el empoderamiento tanto en entrevista como en grupos socioterapéuticos.

Conclusiones

Utilizar el empoderamiento como enfoque de trabajo puede generar en las diferentes áreas en las que intervenimos nuevas metodologías o prácticas que pueden tener un marcado cariz transformador en la persona con la que intervenimos y en su entorno.

La profesión de Trabajo Social es una profesión eminentemente creativa puesto que tenemos que inventar cada vez que intervenimos nuevas maneras de ayudar a cada persona que nos encontramos. Además hay que tener en cuenta que cada vez disponemos de menos recursos por parte de la Administración. Por eso considero que el conocimiento de esta herramienta puede ayudarnos a materializar el apoyo al empoderamiento que a veces resulta complicado llevar a la práctica.

Bibliografía

ALONSO PUIG, M. (2013). Reinventarse. Tú segunda oportunidad. Barcelona. Editorial Plataforma. Código Deontológico de Trabajo Social.

CARSON, S. (2012). Tú cerebro creativo. Editorial Bresca.

FERNÁNDEZ, O (2013) Mis recetas anticáncer. Editorial Urbano.

FERNÁNDEZ BARRERA, J. (1997). La supervisión en el Trabajo Social. Barcelona. Editorial Paidós.

FRANKL, V. (1979). El hombre en busca de sentido. Barcelona. Editorial Herder.

FRIEDMAN, J. (1992). Empowerment. The Politics of Alternative Development. Blackwell. Ed. Massachusetts.

JERICÓ, P. (2010). Héroes cotidianos. Descubre el valor que llevas dentro. Barcelona. Editorial Planeta.

L'ECUYER, C. (2013). Educar en el asombro. Editorial Plataforma.

LILLO, N. y ROSELLÓ, E. (2004). Manual para el Trabajo Social comunitario. Madrid. Ed. Narcea.

KABAT-ZINN, J.(1990). Vivir con plenitud las crisis. Nueva York. Editorial Kairós.



PEDROSA, E. (2015). Seguiremos viviendo. Barcelona Editorial Now Books.

PINK, D. (2008). Una nueva mente. Editorial Ilustrada.

ROBINSON, K. (2009). El elemento. Descubrir tu pasión lo cambia todo. Editorial Grijalbo.

SERVAN-SCHREIBER, D. (2010). Anticáncer: Una nueva forma de vida. Editorial Espasa.

ZINKER, J. (1996). “El proceso creativo en la terapia gestáltica” Editorial Paidós Ibérica.

Bibliografía gráfica

Cerezo, D. “Qué es la pobreza” en:<https://youtube/rmEGBKXrxNs>



ACCIÓN FORMATIVA EXPERIMENTAL DE ACTUALIZACIÓN CIENTÍFICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL. UNA APUESTA POR LA GENERACIÓN COLECTIVA DE SABER A PARTIR DEL APRENDIZAJE COOPERATIVO Y COLABORATIVO DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Alba Pirla Santamaria y Ramon Julià Traveria

Resumen

“Estudiar no es consumir ideas, sino crearlas y recrearlas.”
Paulo Freire

El Ayuntamiento de Lleida, desde la Concejalía de Políticas para los derechos de las Personas, ha impulsado a lo largo del 2015, una acción formativa dirigida a los profesionales de la intervención social de los Servicios Sociales básicos y especializados, con el objetivo de crear un grupo de aprendizaje cooperativo y colaborativo que aporte valor a la generación de conocimiento de los mismos, promueva un espacio estable de actualización científica, y desarrolle nuevas formas de conocimiento entre los y las profesionales.

La necesidad se manifiesta entre los propios profesionales de la intervención social, delante de la motivación por mantener actualizados sus conocimientos pero con el inconveniente de no saber cómo hacer este proceso, no conocer suficientemente los instrumentos o canales actuales para sistematizar y obtener la información y delante de un día a día que no favorece disponer de tiempo o auto exigencia personal para mantenerse activo en la lectura de autores contemporáneos o clásicos, búsqueda de material académico, entre otras posibilidades.

El grupo experimental de aprendizaje cooperativo y colaborativo ha permitido que 16 profesionales de la intervención social de Lleida, hayan trabajado juntos en su reciclaje y en poner en valor la generación de conocimiento como arma de mejora profesional y de camino hacia la excelencia.

Palabras claves: Formación, Actualización de conocimientos, Innovación, Ciencia, Generación de conocimiento, Intervención social, Excelencia, Aprendizaje colaborativo, Cooperación, Intercambio.

Key words: Training, Updating knowledge, Innovation, Science, Knowledge generation, Social intervention, Excellence, Collaborative learning, Cooperation, Exchange.

Contextualización

El reciclaje profesional y la actualización de conocimientos son imprescindibles en cualquier profesión, más aún en aquellas en que el objeto de trabajo es variable, complejo, y hace necesario que los y las profesionales se ajusten a los cambios sociales de forma permanente, estén al día, y también sean capaces de recurrir a las bases de la profesión, a los clásicos que en su día tejieron los orígenes, con el fin de no perder el norte y adaptar la esencia al contexto actual profesional.

En general, los y las profesionales del Trabajo Social se mantienen al día a través de formaciones especializadas que aporta la empresa para la cual trabajan, o bien y de forma complementaria y libre, asistiendo a cursos especializados en función del ámbito profesional en que ejercen. Sin embargo, se observa que la especialización no ayuda a la mirada integral ni al conocimiento global de la profesión, ni a mirar hacia los ámbitos en los que uno directamente no trabaja. Es la dificultad de unir la teoría y la práctica, que en muchos casos es incluso infravalorada por profesionales con larga trayectoria de experiencia profesional, que creen que la teoría resta espontaneidad y frescor en la praxis cotidiana.

Miranda (2007) plantea, en este sentido, las siguientes dudas y reflexiones: “¿Cuál es el problema?, ¿Existe realmente una cierta actitud “anti intelectual” entre los trabajadores sociales?, ¿Hay algo de cierto en esa teoría que afirma que la feminización de esta profesión implica que sus ejercientes, fuera de su estricta jornada de trabajo, en la que soportan una fuerte presión asistencial que les impide realizar otras actividades -como la investigación o el reciclaje teórico- a lo que se añade -en su calidad de mujeres-, otra jornada laboral en el hogar como amas de casa y, por ello, les resulta imposible cualquier otra actividad?, ¿Qué hay de cierto en la afirmación de que los profesionales con plaza consolidada difícilmente se compran un libro científico, se suscriben a una revista profesional, o están dispuestos a pagar por pertenecer a una asociación científica, acudir a un congreso o realizar un curso de formación?, ¿Qué parte hay de sentido común, de conocimiento ordinario y de conocimiento técnico-científico en cada una de las actuaciones concretas de los trabajadores sociales a nivel individualizado, familiar o comunitario?, ¿Qué podemos hacer desde la universidad para generalizar un mayor grado de conocimiento científico en las prácticas profesionales?, ¿Cuál es nuestra responsabilidad en la creación de conocimiento?” (p. 22-23). Sin duda, son cuestiones para la reflexión actual.

Miranda (2007) plantea también que, dada la complejidad del terreno, los y las profesionales tienen que tener la más alta capacitación y entrenamiento para un ejercicio responsable de la profesión. Desde hace ya varios años viene planteándose en la profesión la necesidad de superar cierto “tecnicismo” y uso “mecánico” de las técnicas e instrumentos, para avanzar hacia una práctica profesional en la cual la dimensión instrumen-



tal no quede aislada o desvinculada, de las concepciones teóricas, epistemológicas y las opciones ético-políticas. Y asimismo, existe un consenso generalizado en el sentido que la intervención profesional debe basarse en el conocimiento de aquello que se pretende transformar. Por lo tanto, más allá de las diversas posturas, opciones o perspectivas que adoptemos, hoy coincidimos en la inseparable y dialéctica relación entre:

Conocer-intervenir-transformar

Así mismo, plantea la cuestión: ¿Qué parte hay de sentido común, de conocimiento ordinario y de conocimiento técnico-científico en cada una de las actuaciones concretas de los trabajadores sociales a nivel individualizado, familiar o comunitario?, ¿Qué podemos hacer desde la universidad para generalizar un mayor grado de conocimiento científico en las prácticas profesionales?, ¿Cuál es nuestra responsabilidad en la creación de conocimiento? La experiencia que presentamos se vincula al mundo académico de la mano de los profesionales autores de esta comunicación, vinculados al Ayuntamiento de Lleida y a la Universidad de Lleida¹.

A menudo, los y las trabajadores/as de la intervención social nos encontramos en debates “de café” hablando del contexto actual, de los cambios sociales, de las dificultades de la intervención con determinados colectivos,... pero no consolidamos estas percepciones con conocimientos teóricos o tendencias académicas que ayudarían a dar consistencia a las ideas y percepciones. ¿Qué dice Zygmunt Bauman sobre la sociedad líquida?, ¿La sociedad red de Manuel Castells explicaría cuestiones que vemos en nuestro día a día?, ¿Podemos volver a la pedagogía de Freire?, ¿Estamos defraudando a Mary Richmond?... y un largo etc., de preguntas con respuestas en obras clásicas y actuales.

Barbero (2006) plantea que sin teoría no hay que hacer profesional. Aporta la idea de la importancia de la “filosofía de la intervención” como marco conceptual-interpretativo, que incluye las propias formas de conocer. Esta filosofía de la intervención debe ser consciente y la elección de acciones y de formas de hacer debe argumentarse (teorizando). Así, una constitución más científica de la práctica del Trabajo Social es el funcionamiento con proyectos dotados de filosofías informadas científicamente. En este sentido, creemos que si sabemos dotar de contenido científico a la intervención social (aportar razones) y transferir verdaderos conocimientos de Trabajo Social, ganaremos en reconocimiento profesional y validez.

Partimos con los y las profesionales de la idea que “Saber es poder” de August Comte. Si sabemos, conocemos, estaremos estableciendo las bases para poder

romper dinámicas, provocar cambios en nuestro ejercicio de la profesión, daremos consistencia a nuestros argumentos, estaremos caminando hacia una actitud científica y hacia la excelencia profesional.

Podemos también incorporar planteamientos frescos relacionados con este tema y con la necesidad de tener una actitud positiva hacia el mundo, la profesión, y uno mismo. Así, tener conocimientos es importante si no imprescindible, pero la manera de ser, de influir, inspirar, transmitir, motivar, marcada por unos valores y virtudes humanas hace que brillemos. La actitud como elemento clave en el éxito de las personas, ya que es multiplicativa. Su fórmula $V = [H+C] \times A$, nos explica como las habilidades y los conocimientos, imprescindibles en cualquier profesión, multiplicados por la actitud positiva, son lo que dan realmente valor a las personas. Los y las profesionales de la intervención social necesitamos una buena dosis de conocimientos teóricos, (saber) prácticos (hacer) y emocionales (sentir y ser) para convertirnos en verdaderos “cracks”.

Así, el desarrollo de habilidades y de competencias emocionales: auto motivación, la pro actividad y entusiasmo son las tres claves para una actitud positiva: querer, actuar y hacerlo con alegría. Si somos capaces de multiplicar por una actitud positiva y científica, con predisposición a pararnos y reflexionar sobre las cosas, interrogarnos, buscar respuestas sin instalarnos en certezas absolutas, motivados, insaciables por aprender, los multiplicamos por una actitud positiva, abierta a provocar cambios, a la reflexión, a la autocrítica (¿cuál es la evidencia de que lo que hago funciona?) o a la innovación (¿Dónde está escrito que no puedo hacer las cosas de forma distinta?), si aprendemos a luchar contra pensamientos absolutistas y contra ideas enquistadas en años y años de práctica, aceptamos los riesgos, somos inventores sociales, etc., podremos ser grandes profesionales y ayudar a que la profesión crezca en calidad y en aportación científica en el ámbito social.

Al largo de seis meses se ha dinamizado un grupo estable de 16 profesionales interesados en experimentar nuevas formas de aprendizaje, explorar nuevos conceptos, desarrollar habilidades mixtas (aprendizaje y desarrollo personal y profesional). A través de un conjunto de métodos de instrucción y entrenamiento apoyados con tecnología, así como estrategias para propiciar el desarrollo de habilidades restantes del grupo, teniendo como elementos centrales la interdependencia positiva, la interacción, la contribución individual y las habilidades personales y de grupo, se ha producido interacción, intercambio de ideas y conocimientos entre los miembros del grupo, a través de una metodología que incentiva la colaboración entre individuos para conocer, compartir, y ampliar la información.

¹ Alba Pirla, trabajadora social, profesora asociada del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Lleida y técnica de la Concejalía de Políticas para los derechos de las personas del Ayuntamiento de Lleida, que dinamiza el espacio experimental de formación y de Ramón Julià, Dr. en Sociología, profesor colaborador del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Lleida.



Metodología

Al inicio del taller se realizó un pre-test a los participantes, recogiendo sus conocimientos iniciales, los teóricos que conocían, las últimas lecturas realizadas, sus “informes” y personas de reconocido prestigio que les aportaban información y conocimientos.

En la misma sesión se pusieron sobre la mesa las inquietudes y expectativas de grupo, que se resumen en conocer fuentes existentes, aprender dónde y cómo buscar información actual y científica, y ponerse al día en referentes teóricos actuales.

Se propuso al grupo la lectura estable de un artículo científico mensual y un libro por semestre para aquellos con más deseos de conectar con el mundo académico. Cada lectura requería la realización de una ficha con un breve resumen del contenido, elementos para el debate y la reflexión en grupo y la recomendación personal de leerlo o no en función del interés suscitado. Todas las fichas realizadas se han compartido en la intranet de la Concejalía con el fin de poner a disposición de todos los profesionales de la misma, siendo o no alumnado del taller, la posibilidad de seguir también de manera informal los productos del mismo.

Se puso a disposición del grupo material elaborado:



Así mismo, compartimos artículos y libros de las distintas disciplinas, clásicos y modernos: Teresa Zamanillo, Natividad de la Red, Mary Richmond, José Manuel Barbero, David Howe, Juan Jesús Viscarret, Miguel Miranda, Teresa Rosell, Josefa Fombuena o Joan Lacomba. Zygmunt Bauman, Ulric Beck o Alain Touraine irrumpieron en nuestras vidas en distintos formatos, para explicarnos el mundo y su complejidad. También Salvador Minuchin, Maurizio Coletti o Albert Ellis, con sus aportaciones desde la psicología, algunas clásicas que siguen siendo desconocidas y pueden ser rescatadas y aplicadas en la intervención social actual.

Carl Rogers, Paolo Freire, Ander Egg o José María Quintana Cabanas nos aportaron crítica social y teoría desde la mirada de la pedagogía social.

Una meta común

Para lograr colaboración se requiere de una tarea mutua en la cual los participantes trabajan juntos para producir algo que no podrían producir individualmente. No se trataba solo de leer a nivel individual, sino de debatir y reflexionar, e incluso proponer (investigaciones, retos, cambios en la praxis).

Los elementos básicos del trabajo colaborativo realizado con los y las profesionales de la intervención social que han permitido llegar a los objetivos han sido:

- Disponer de un ambiente abierto, libre, que estimula la creatividad. En espacio y tiempo fijo (dos horas cada mes, en horario de tarde, presencial).
- Motivación: supeditada al compromiso personal, libertad para participar o no.
- Proceso formal impulsado desde la institución con reconocimiento de formación y considerado en horario laboral.
- Aporte individual: conocimiento y experiencia personal para el enriquecimiento del grupo.
- Proceso grupal y reglas de juego flexibles: la metodología se ha adaptado al grupo y aun teniendo unas reglas comunes, estas no han limitado ni encasillado la dinámica, al contrario, se han ido adaptando al propio desarrollo grupal.
- Desarrollo personal: es el objetivo, junto con el desarrollo grupal.
- Productividad: secundaria. El objetivo es lo que se aprende en la experiencia colaborativa. La meta es común.
- Un sistema de coordinación, liderado por un profesional que ejerce de docente/dinamizador.
- Interdependencia positiva.
- Interacción.
- Dar responsabilidad a cada profesional del grupo en la realización de lecturas individualizadas académicas y su exposición y aportación de elementos de reflexión y debate al resto del grupo. Contribución individual y compromiso.
- Habilidades personales y de grupo.
- El grupo podía ser homogéneo o heterogéneo. Lo ideal es un grupo multidisciplinario, porque el aprendizaje o la aportación generada por cada uno de ellos permiten analizar un tema desde diferentes perspectivas. El grupo del taller realizado en Lleida estaba formado por trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, pedagogos y psicólogos. Un 40 % eran profesionales de los servicios sociales básicos, otros técnicos/as de programas especializados (3ª edad, dependencia, jóvenes, drogodependencias, plan local de inclusión...).
- Meta común a través del trabajo colaborativo o groupware realizado, donde todos los participantes han colaborado teniendo como meta la obtención de conocimientos y el reciclaje teórico y profesional.
- Hemos incorporado técnicas de gestión de calidad que aseguran una dinámica de auto evaluación continuada. Autoevaluación del grupo al inicio -junio 2015- y al final -diciembre 2015- y evaluación externa continua por parte del profesional dinamizador.



Ventajas del aprendizaje colaborativo realizado

Las ventajas del aprendizaje colaborativo son múltiples pudiendo destacar entre ellas la de estimular habilidades personales, favorecer los sentimientos de autoeficiencia y propiciar, a partir de la participación individual, la responsabilidad compartida por los resultados del grupo.

Con relación al conocimiento, el trabajo colaborativo ha permitido el logro de objetivos que son cualitativamente más ricos en contenidos. Otra ventaja del aprendizaje colaborativo es que ha propiciado en los y las profesionales, la generación de conocimiento, debido a que se ven involucrados en el desarrollo del proceso, en donde su aportación es muy valiosa al no permanecer como un ente pasivo que solo capta información.

Obstáculos

Los principales obstáculos a los que nos hemos enfrentado son el buen diseño de herramientas para el trabajo mismo. Es por eso que al diseñar un entorno de aprendizaje colaborativo se deben tomar en cuenta aspectos como los **estilos de aprendizaje**, ya que no todas las personas aprenden o generan su conocimiento de la misma manera, por eso se deben ofrecer distintos recursos que permitan elegir la fuente y el medio de información que más le convengan, que deben plantear un reto a su intelecto, de manera que sea factible el contrastar resultados con otras personas, y tener en cuenta las técnicas y **tecnologías de la comunicación**, como el uso de herramientas colaborativas: Medios asíncronos, como el correo y los foros electrónicos, o de respuesta rápida, como los chats o salas de conversación.

La forma de aprendizaje que hemos impulsado en el grupo de profesionales de la intervención social ha sido a partir de la creación de un grupo de base, que ha trabajado a medio plazo (6 meses) y que pretende desarrollar su tarea a largo plazo, buscando el avance y progresión de cada uno de los componentes así como la instauración de hábitos de auto reciclaje. Un obstáculo que ha llegado a ser una oportunidad ha sido la gran diversidad de niveles de conocimientos y hábitos de los participantes, maneras de entender la profesión y niveles de experiencia profesional muy dispares.

La estructuración sistemática de elementos como el soporte en situaciones de aprendizaje de grupo, asegura los esfuerzos cooperativos y habilita la implementación disciplinada del aprendizaje colaborativo para el éxito de los estudiantes, profesionales en proceso de actualización académica y científica en este caso, consiguiendo objetivos a corto, medio y largo plazo.

El rol del profesional docente/dinamizador del Grupo de Aprendizaje Colaborativo en materia de intervención social. Funciones a desarrollar:

- **Supervisión:** monitorea a los miembros del grupo en la comprensión del tema de discusión y detiene el trabajo cuando algún miembro del grupo requiere aclarar dudas o aportar ideas.
- **Administración de materiales:** provee y organiza el material necesario, recibe el material que genera el grupo o sus miembros de forma individual y lo comparte con el resto del grupo.
- **Observación:** monitorea y registra el comportamiento del grupo y emite observaciones acerca de su evolución y cumplimiento de objetivos.
- **Secretaría:** toma notas durante el trabajo del grupo retroalimentando.
- **Control de tiempo:** monitorea el progreso del grupo en el tiempo y controla que el grupo trabaje acorde a estándares de límites establecidos de tiempo para terminar a tiempo sus actividades.

Como guía del proceso de enseñanza-aprendizaje, dentro de la técnica didáctica de Aprendizaje Colaborativo, el/la profesor/a es un facilitador, un entrenador, un colega, un mentor, un guía. Para lograr esto, se requiere que realice funciones de observación, interactuando en los equipos de trabajo cuando sea apropiado, haciendo sugerencias acerca de cómo proceder o dónde encontrar información.

Recursos

La institución es la responsable de proveer los recursos necesarios para que el trabajo con la técnica de Aprendizaje Colaborativo se lleve a cabo, de contratar al profesional docente/dinamizador y de proveer un espacio adecuado para el desarrollo de la actividad, que debe disponer de espacio suficiente y sin interferencias.

Así mismo, el hecho de contemplarse como una actividad formativa interna del propio Ayuntamiento de Lleida, facilita que los y las profesionales inviertan horas de formación dentro del horario laboral.

Resultados

Finalizada la primera edición del Taller de actualización científica, podemos afirmar que ha sido un éxito, tanto por el proceso como por el resultado, que motiva su continuidad y consolidación como Grupo de Actualización Científica (GAC) de la Concejalía de cara a próximos años.

Productos

El grupo ha trabajado de forma individual y colectiva un total de 32 artículos científicos, algunos propuestos por el profesor/dinamizador y otros que han sido aportados por los miembros del grupo en distintos momentos.

Se ha debatido en torno al 70 % de los mismos.

Se ha compartido el 100 % del material elaborado (fichas y artículos completos) en la plataforma web de la concejalía, y están al alcance de todos los profesionales.



Se han aportado lecturas de cinco libros actuales sobre distintas disciplinas.

Evaluación de proceso

En un primer pre-test, el nivel de conocimiento de fuentes existentes era muy bajo, alrededor de cuatro foros virtuales y webs profesionales.

Al finalizar el taller, el 80 % de los profesionales se manejan con habilidad por buscadores (Ejemplo: Dialnet), conocen y tienen sus preferencias sobre las revistas científicas que les interesan y siguen blogs de referencia. El nivel de compromiso en la asistencia presencial a las sesiones ha sido del 100 %, sin producirse abandonos ni incumplimiento del compromiso de lectura individual.

El nivel de participación en las sesiones presenciales ha sido muy alto, produciéndose un gran interés y debate en cada sesión.

El grupo plantea consolidarse al largo del 2016, con sesiones bimensuales desde marzo a diciembre.

Bibliografía

- Barbero J. M: (2006). La autogestión del Trabajo Social y la perspectiva del investigador. Cuadernos de Trabajo Social, Núm. 48,. Vol. 19 (2006): 43-54.
- Domingo, J. (1991). ¿Cómo es el aprendizaje cooperativo? Material elaborado por: Escola Universitària d'Enginyeria Tècnica Industrial de Barcelona, UPC A partir de: Active Learning: Cooperation in the College Classroom David W. Johnson, Roger T. Johnson y Karl A. Smith Interaction Book Company, 1991

Webgrafía

- Material de la Dirección de Investigación e Innovación Educativa. Aprendizaje Colaborativo. Técnicas Didácticas Programa de Desarrollo de Habilidades Docentes. Tecnológico de Monterrey. (Fecha de consulta: 27 de diciembre de 2015). Disponible en: <http://www.itesm.mx/wps/wcm/connect/ITESM/Tecnologico+de+Monterrey/Nosotros/#>
- Miranda, M. (2007). El compromiso con la ciencia. Conocimiento y técnica en el Trabajo Social. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM (en línea) 2007, XVII (Sin mes): (Fecha de consulta: 27 de diciembre de 2015). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65417201>. ISSN 1405-3543
- Küppers, V. (2014). Siete diferencias entre un líder y un campeón. News from the market (Fecha de consulta: 27 de diciembre de 2015) Disponible en file:///C:/Users/mariajose/Downloads/7_diferencias_entre_un_l%C3%ADder_y_un_champi%C3%B1%C3%B3n.pdf



REVISIÓN CRÍTICA DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y REPERCUSIÓN EN TRABAJADORES SOCIALES DENTRO DE SU ENTORNO LABORAL

Francisco Javier Mazuecos Gómez

Resumen

En la sociedad actual en la que los cambios estructurales están siendo una constante en nuestras vidas nos encontramos con una serie de profesiones con más niveles de exigencia a nivel calidad y compromiso que repercutirá en sus profesionales. Dentro de este grupo de afectados encontramos a los trabajadores sociales.

El propósito de esta comunicación es llevar a cabo un análisis crítico respecto a la delimitación conceptual así como del panorama metodológico del Bienestar Psicológico como vehículo que aporte información en relación al estado en que se hallan los trabajadores sociales en su espacio laboral. El fin es proponer acciones preventivas con el fin de poder aumentar su calidad de vida.

Palabras claves: Bienestar psicológico, Calidad de vida, Análisis crítico, Trabajadores Sociales; Delimitación conceptual.

Abstract

In today's society where structural changes are still a constant in our lives we find a number of professions with more levels of demand level of quality and commitment that will affect their professionals. Within this group are affected social workers.

The purpose of this communication is to conduct a critical analysis regarding the delimitation conceptual and methodological overview of psychological well-being as a vehicle to provide information regarding the status in which social workers are in the workplace. The aim is to propose preventive actions in order to increase their quality of life.

Keywords: Psychological well-being, Quality of life, Critical analysis, Social workers, Conceptual delimitation.

1. Introducción

En los últimos años se ha detectado un aumento de solicitudes en relación a la calidad de servicios que se prestan a los ciudadanos. Las administraciones y entidades están poniendo todo su empeño en que se cumplan todas las solicitudes en relación a dicho tema. Los ajustes realizados están dando sus frutos y el usuario de servicios recibe la calidad deseada quedando un poco

alejado el horizonte de visualizar las consecuencias que está teniendo en los profesionales debido a la presión y grado de compromiso que estos tienen dentro del proceso, dado que son promotores directos e indirectos de la calidad que reciben los usuarios.

La actualidad en la cual estamos inmersos nos ha llevado a realizar una revisión de la situación actual en la cual se encuentran los profesionales de Trabajo Social, dado que estos soportan una serie de presiones internas por parte de la institución donde trabajan así como externas por su labor profesional frente a la población. Tales presiones repercutirán de manera incipiente en estos profesionales por lo que se ha decidido tener como objetivo la realización de un análisis exhaustivo del Bienestar Psicológico (en adelante BP) de los trabajadores sociales dentro de su ámbito laboral como promotores de calidad ciudadana, los cuales son poco tenidos en cuenta como engranaje prioritario para alcanzar las metas deseadas por las administraciones y entidades en las cuales laboran teniéndose poco en cuenta su BP y por ende su calidad de vida.

Se efectuó una amplia revisión de los trabajos más destacados sugiriendo las dificultades y controversias que ha tenido el estudio del fenómeno objeto, se revisaron los límites de las perspectivas teóricas más representativas y la ambigüedad de los criterios que se establecieron para la definición y la clarificación conceptual. Respecto a los aspectos de índole metodológica se analiza la dimensión del constructo así como se señalan las carencias y lagunas de los métodos y técnicas utilizados para su evaluación. Se revisaron todas las líneas de investigación, de docencia y de asistencia en las cuales actualmente se está trabajando y que a través de estas se han podido llegar a realizar mejoras asistenciales y de servicio a la ciudadanía incluyendo políticas de mejora medioambiental y realidad social de salud existente.

Igualmente se precisa averiguar cual es la herramienta que más se está utilizando para medir el constructo dado que la implantación de esta nos va a aportar datos para poder saber la influencia que tiene el BP sobre el rendimiento y por ende la calidad dentro del puesto de trabajo. Para terminar se aportan conclusiones y propuestas con la finalidad de desarrollar conciencia en relación al autocuidado del profesional, ya que tener conocimiento de los niveles de BP en los trabajadores sociales es un primer paso para poder pensar en ciertas estrategias de mejora laboral dado que es necesario para poder afrontar los retos a los que se ven abocados frecuentemente en sus tareas diarias.

2. Contextualización laboral

Las transformaciones acaecidas en los últimos años han hecho emerger nuevas estructuras en torno al mundo laboral, en concreto a la forma de vincularse el personal así como la contratación de este. Ciertos autores ya comentan que se puede observar una tendencia de



menor cupo de trabajo en la modalidad de empleo, así como nuevas opciones de trabajo emergentes. También el afianzamiento de otras modalidades de trabajo como los servicios profesionales, la subcontratación, la externalización o tercerización o lo que es igual el “outsourcing” (Rentería, 2001, p: 51). Ante dichas situaciones encontramos trabajos en los cuales la búsqueda de la relación existente entre organización con trabajador y las implicaciones psicosociales existentes van más en relación con la esfera psicológica (Rodríguez, 2009).

En la actualidad el ambiente laboral se ha vuelto competitivo y lleno de relaciones complejas tanto con los ciudadanos como con los propios compañeros. Encontramos una sociedad cambiante y con escasez de diálogo social que facilite ciertas situaciones puedan mejorarse en todo tipo de ámbitos y más en concreto en el laboral. La pérdida de intercambios de tipo social, económico así como simbólico nos muestra una situación laboral altamente deteriorada. Los cambios que se deben de seguir ejecutando en torno a exclusión, racismo, marginación, violencia, así como otros de índole social han de ser gestionadas adecuadamente con personal cualificado dado que estas personas deben de hacer valer los derechos que poseen como ciudadanos. Existen ciertos elementos distorsionadores dentro del ámbito laboral como son derechos laborales que no facilitan las condiciones de crecimiento personal debido a la desprofesionalización de los profesionales así como la liberación del mercado profesional. También existen elementos como la pauperización del mundo en el cual las inmigraciones han crecido y obligan a personas a volver a iniciar ciclos vitales acompañados de profesionales que les reconduzcan y participen en su asentamiento social consiguiendo que estos sean piezas integrantes en la sociedad de acogida. Todas estas situaciones se consiguen a través de piezas clave que son los profesionales de Trabajo Social que consiguen todos estos logros y metas con una retroalimentación de la sociedad lo que genera un desgaste que se da por hecho que viene vinculado a la disciplina. Debido a todo lo expresado ciertos síntomas han ido apareciendo en los últimos años siendo estos el estrés, la adicción al trabajo (Workaholism), el mobbing y desgaste profesional (burnout), estando asociados a la esfera negativa y afectando sobremanera en la persona y de esta forma en su BP y por consiguiente en su salud y calidad de vida.

3. Contextualización del Bienestar Psicológico

Partimos de la definición que realizó la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) en la cual define la salud como “*el estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” en consecuencia se estima conveniente el estudio del BP dado que este tiene fuerte consistencia con el estado de salud de la persona (Viera et al., 2006). La creciente preocupación por tener un estado lo más

saludable posible hace viable la posibilidad de incorporar dicho constructo, este tiene naturaleza plurideterminada midiendo el estado en el cual se encuentran los ciudadanos ya que entran en juego diferentes variables como estilos de vida, satisfacción con la vida, calidad de vida, modo de vida así como la construcción en general de la vida propiamente dicha (Osorio et al., 2010). Existen diferentes trabajos que prestan especial atención a la dimensión subjetiva de la calidad de vida siendo el BP una parte integrante de esta (García-Viniegras, 2005).

La creciente preocupación por la salud y la calidad de vida de las personas ha llevado a realizar una serie de estudios en relación al tema. Encontramos que dentro de la dimensión calidad de vida existen términos como bienestar siendo este subjetivo y objetivo. Centrando nuestra atención en el BP se le define como aquel que se emplea para referirse a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas teniendo en cuenta los espacios cognitivos y afectivos que llegan a alcanzarse cuando se evalúa su existencia, siendo una evaluación que realiza el sujeto en relación a su vida en términos cognitivos y en relación a su estado de ánimo en términos emocionales (Zamarrón, 2006). Por consiguiente el bienestar subjetivo estaría constituido por ciertos elementos fundamentales con estrecha relación, siendo estos la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo (Martín, 2002).

Igualmente la existencia de dos grandes tradiciones filosóficas en relación al bienestar una de ellas relacionado con la felicidad u obtención de placer siendo este el bienestar hedónico y otro más relacionado con el potencial humano siendo este el bienestar eudaimónico. Al bienestar subjetivo se le ha relacionado con la tradición hedónica y al BP con la tradición eudaimónica. (González et al., 2010).

Ciertos autores en sus estudios denotan una cierta identificación del bienestar con la satisfacción personal que tiene el individuo (Cummings y Henry, 1961) otros apostaron por la búsqueda de experiencias que eran buenas y malas en entornos cotidianos (Beiser, 1998), y otros proponen una dimensión cognitiva y valorativa del bienestar, siendo la satisfacción, las esperanzas y aspiraciones que logra el ser humano a lo largo de su ciclo vital, fundiéndose la satisfacción y la felicidad como variables del bienestar (Campbell et al., 1976). En definitiva la búsqueda del sentido positivo de la vida tiene una fuerte interrelación con el BP, la satisfacción, la felicidad y los afectos.

Existen investigaciones en relación al tema que prueban como altos niveles de BP tienen una correlación con un funcionamiento óptimo en la esfera psicológica, una mayor cantidad de años vividos, relaciones interpersonales de calidad, mejor salud así como mejora en los que espacio laboral se refiere (Lyubomirsky et al., 2005). El BP suele ser la consecuencia de afrontar adecuadamente las situaciones de estrés cotidiano y a su vez la



persona que tenga un alto nivel de bienestar esta mejor preparada para enfrentarse a situaciones de demanda y desafíos del ambiente que pudieran surgir.

Adentrándonos en la psicología positiva como nuevo paradigma existente encontramos estudios relacionados a temas como la autoeficacia, la resiliencia, los mecanismos de defensa, el BP, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, la creatividad entre otros (Mariñelarena-Dondena et al., 2011, p: 69). Dentro de todas las temáticas expresadas vamos a centrar nuestra atención en el BP como contenido de preocupación intrínseca asociada al ser humano, ya que por naturaleza este realiza una constante búsqueda de felicidad y de satisfacción siendo estos los que nos reportaran información en relación al buen funcionamiento mental (Viera et al., 2006).

Los indicadores del BP: autoestima, autoconfianza y autodeterminación tan nombrados y revisados son importantes elementos de mediación que influyen en el nivel de bienestar que puede llegar a alcanzar una persona. Con una elevada autoestima encontramos una valoración positiva hacia nuestra persona, la cual produce satisfacción personal que puede llevar a encaminarse a la obtención de metas y logros con lo cual podemos reforzar la autoestima (García-Viniegras, 2005).

Otros autores expresan el bienestar como aquel estado dinámico mental caracterizado por la armonía entre las necesidades, las facultades y las expectativas del trabajador y las exigencias y oportunidades del medio ambiente (Levi, 1988).

Los nuevos enfoques desde los nuevos paradigmas existentes de BP o salud mental positiva concluyen que un buen funcionamiento mental lleva a ciertas consecuencias que se producen en la actividad que desarrolla la persona (Ryff, 1989). Esta autora en su modelo basó su estudio en la realización de una encuesta en la cual se solicitaba a un grupo de adultos como entendían la felicidad, recogiendo resultados que fueron validados factorialmente saliendo una estructura de seis dimensiones: autonomía, propósito en la vida, autoaceptación, relaciones positivas con los otros, dominio del entorno y crecimiento personal.

4. Recorrido Metodológico

El estudio realizado ha sido una revisión bibliográfica de tipo integradora (Beyea et al., 1998), siendo este un proceso sistematizado y secuencial de la revisión documental, siendo este plasmado de forma grafica en la tabla 1.

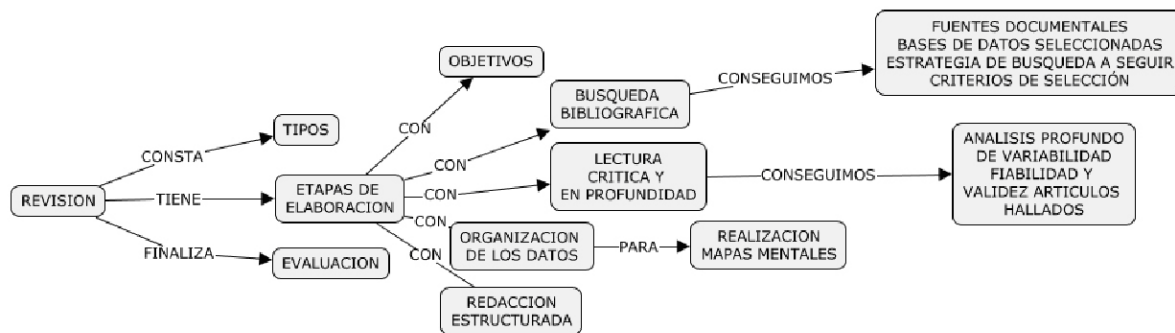


Tabla 1: Proceso sistematizado de revisión documental



- **Fuentes de búsqueda:** Ha sido la recopilación de documentación con el gestor Google Académico, igualmente se consultaron fuentes de diversos organismos académicos oficiales y otras entidades. La gestión de las referencias bibliográficas se realizó con la herramienta Refworks.

- **Estrategia de búsqueda:** Se realizó a finales de 2015 y se limitó a revisiones sistemáticas de los últimos tres años. Se utilizaron operadores booleanos AND, OR y NOT con el buscador Linceo + de UNED, siendo el más utilizado (bienestar AND psicológico AND trabajador social AND entorno laboral) ya que era el que más información facilitaba. Para una búsqueda mayor utilizamos el buscador Google Académico el cual nos reporto mayor documentación, la cual analizamos y seleccionamos con criterios de inclusión y exclusión entre los que se encontraba periodo comprendido entre enero 2012 a enero 2016.

- **Obtención de datos y Proceso de selección.** Se identificaron las fuentes pertinentes en bibliotecas, hemerotecas, filmotecas siendo todas ellas virtuales. Los criterios fueron localizar las más actuales y que tuvieran un especial relieve respecto a nuestro marco teórico: espacio laboral y BP. Se realizó una revisión rápida y se escogieron algunas referencias las cuales fuimos catalogando en la herramienta Refworks. Por su parte el buscador Google Académico nos permitió la búsqueda de forma sencilla y eficaz. Se leyeron en primer lugar los títulos y resúmenes de los documentos localizados con el fin de identificar su relación con el objetivo propuesto, descartando los que no se ceñían. En un inicio se encontraron un sinfín de documentos de interés con la búsqueda de BP por lo que se consideraron criterios de exclusión, continuamos la revisión asociando BP y ámbito laboral a lo cual la devolución ya fue menor y para finalizar entramos a localizar bibliografía en relación a BP en ámbito laboral de trabajadores sociales o de Trabajo Social a cuya llamada no se obtuvo ningún resultado, tal como en la tabla 2 se visualiza.

	BIENESTAR PSICOLÓGICO	BP LABORAL	BP LABORAL DE TRABAJADORES SOCIALES O T.S
2012	1670	3	0
2013	1770	1	0
2014	2050	5	0
2015	1670	4	0
2016	8	0	0
Total	7168	13	0

Tabla 2: Datos de literatura existente al constructo BP Laboral

- **Análisis y finalización de la consulta:** Tras la revisión con la pretensión de comunicar los nuevos hallazgos útiles para la práctica profesional, se detectó la ausencia de estudios en relación al objeto estudio. La mayoría de las fuentes bibliográficas tras la lectura crítica y analítica comprobamos que su enfoque va dirigido a estudios

dentro de otras disciplinas así como a la población en general.

- **Presentación de resultados:** Encontramos en la literatura existente abundancia de datos en los cuales la auto eficacia (grado en el cual el sujeto puede llevar a cumplir sus metas y propósitos), auto aceptación o autoestima (grado en el cual las actitudes que muestra uno mismo consigo, como se quiere) y autoconciencia (actitudes que tiene la persona hacia si misma, son las creencias y los pensamientos) tienen unos indicadores elevados de respuesta por consiguiente las personas tienden a considerarse felices (Viera et al., 2006, Hurtado et al., 2003 en otros). Los resultados del BP dan que es un indicador positivo de la relación que tiene el propio sujeto consigo mismo en el cual aparecen valoraciones de proyección hacia el futuro y sentido de vida así como de índole afectivo (García-Viniegras et al., 2000). Asimismo se encontraron ciertas correlaciones de índole significativo entre las dimensiones BP, percepción de la salud (Ureña et al, 2004).

En definitiva las áreas en las cuales se han realizado más estudios son los encaminados a la construcción de instrumentos de medición de BP, estudios realizados para organización empresarial, rendimiento académico en definitiva las áreas sociales: salud, educación y justicia así como población en general, pudiendo deducir una cierta sensibilización con el tema; siendo escasa la producción existente en relación al objeto de estudio, el bienestar psicológico de trabajadores/as sociales en ámbito laboral.

La revisión evidencia que el modelo más utilizado es el de las seis dimensiones propuesto por Ryff (1989) según se refleja este es el que presenta mejores resultados en los indicadores. Igualmente encontramos estudios de revisiones métricas incluso adaptaciones validadas y aceptadas por la comunidad científica en relación al modelo.

En definitiva se puede reseñar una serie de características comunes: la mayoría de los estudios fueron centrados en valorar para mejorar, existencia de cierta dispersión en relación a la población y el entorno del estudio, revisiones de propiedades entorno a la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), como método más empleado y para finalizar es tema de interés y actualidad dada la cantidad de documentación existente en relación al constructo, detectándose preocupación por evaluar procesos y resultados tendentes a mejorar o aumentar el BP de profesionales.

5. Conclusiones

Es de todos conocido que el individuo cuando se encuentra bien es más sociable, productivo y creativo lo cual le induce a tener una proyección de futuro más positiva transmitiendo felicidad lo cual implica capacidad de amar y llevar a conseguir un cierto control del medio en el cual esta inmerso y se mueve (Taylor, 1991). También encontramos que ciertos autores como Cummings y Henry (1961) y Cantril (1965) en sus estu-



dios denotan una cierta identificación del bienestar con la satisfacción personal que tiene el individuo.

La profundización del conocimiento en el BP es de gran interés dentro del área social ya que la mayoría de los estudios así lo demuestran, aportando una cierta coherencia a la realidad latente. La importancia del estudio del BP en los ámbitos laborales es de ardua importancia, dado que entran en funcionamiento ciertas categorías como la automotivación, el sentido de vida entre otras que proporcionarían con unos niveles adecuados una calidad de vida adecuada. Tener un conocimiento de los niveles de BP en los/as trabajadores/as sociales es un primer paso para poder pensar en ciertas estrategias, dado que la afectación del espacio laboral puede repercutir sobremanera en la persona.

Desde las entidades se están desarrollando estudios en relación al BP dentro del espacio laboral, como medida preventiva en relación a la calidad de vida de las personas que trabajan en áreas sociales, dado que ciertas fisuras en su estado biopsíquicosocial pueden perjudicar la imagen que transfieren al ciudadano. La finalidad principal del trabajo es favorecer el diálogo así como la reflexión, entre los profesionales y responsables sobre el estudio de la incidencia que tiene la situación laboral en el BP. El debate se deja abierto para contribuir a la toma de conciencia de los beneficios que puede revertir en la sociedad el poseer un conjunto de profesionales con altos índices de BP

6. Propuestas

El BP así como la calidad de vida como dimensiones que se retroalimentan en entornos laborales de trabajadores/as sociales puede mejorarse siguiendo ciertas pautas que a continuación se expresan:

- Ejercicio de derechos como vehículo de expresión clara de voluntad política de las instituciones y de la voluntad social de los/as profesionales de Trabajo Social.
- Salud, educación, empleo entre otros son componentes estratégicos prioritarios para los/as ciudadanos/as como garantía de una vida digna, por consiguiente los trabajadores son ciudadanos que deben de poder ejercitar sus derechos.
- Generar espacios participativos de igualdad, de desarrollo e innovación así como, de autoconocimiento y autogestión.
- Con una mejora en la formación así como, en la información cuando existe un cambio a nivel tecnológico como herramienta de trabajo.
- Reducción o aumento de las unidades de trabajo.
- Evaluación continua del bienestar psicológico a través de herramientas de medición.
- Valoración y descentralización del poder y de la toma de decisiones.
- Empoderamiento y aumento del dominio personal sobre el entorno de trabajo.
- Formalización de lo imprescindible, se debe de evitar el cúmulo normativo.
- Definición de roles sobre todo los límites en las decisiones o de comportamiento legítimo.

7. Bibliografía

- Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 15 (4), 320-327.
- Beyea S.C., Nicoll L.H. (1998). Writing in integrative review. *AORN Journal*, 67 (4), 877-880.
- Campbell, A, Converse, P. Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Cummings, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old*. New York, NY: Basic. Ediciones Martínez Roca.
- García-Viniegras, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 16 (6), 586-592. Extraído el 17 de enero 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038.
- González Cabanach, R., Valle Arias, A., Arce Fernández, F. y Fariña Rivera, F. (2010). *Calidad de vida, bienestar y salud*. La Coruña: Psicoeduca.
- Hurtado, M. J. J. P., & Fernández, D. J. M. G. (2004). *Evaluación del autoconcepto, actitudes y competencia social en sujetos sordos*. Universidad de Murcia. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
- Levi, L. (1988). Definiciones y aspectos teóricos de la salud en relación con el trabajo. *Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su Relación con la Salud*, 9-14.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). *The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?* *Psychological bulletin*, 131 (6), p.803.
- Mariñelarena-Dondena, L., & Gancedo, M. (2011). *La psicología positiva: su primera década de desarrollo*. *Revista diálogos*, 2, 67-77.



Martín, M. Á. G. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, (6), 18-39.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Extraído el 20 de diciembre, 2015 de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Osorio, A. G., Rosero, M. Y. T., Ladino, A. M. M., Garcés, C. A. V., & Rodríguez, S. P. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (1), 128-143.

Rentería, E. (2001). El modelo educativo tradicional y los perfiles de competencias según las modalidades y tendencias de trabajo actuales. *Vinculación universidad-empresa a través del postgrado. Pautas y lineamientos*. Barcelona: Asociación Iberoamericana de Postgrado.

Rodríguez, J. J. V. (2009). Contenido del contrato psicológico percibido en distintas modalidades de trabajo. *Universidad de Manizales. Manizales*.

Ryff C. D. Z. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-81.

Taylor, S. E. (1991). *Seamos optimistas: Ilusiones positivas*. Barcelona.

Ureña, P., Barrantes, K. y Solís L. (2014). *Revista Electrónica Educare*, 18 (1) 155-175. Extraído El 20 de diciembre 2015, de <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/5567/5400>.

Viera, A., López, S., & Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo*, 7 (1-2), 34-9.

Zamarrón Cassinelle, M. D. (2006). "El bienestar subjetivo en la vejez". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, n.º 52. Lecciones de Gerontología, II. Extraído el 20 de diciembre, 2015 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>



RESPONSABILIDAD SOCIAL CON INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SOCIAL

María Teresa Bedia Garrote

Resumen

La idea central consiste en que el trabajador social pueda destinar parte de su jornada laboral a la organización de proyectos de cooperación social entre empresas y el tercer sector. Está pensando para la ciudad de Fuenlabrada. La originalidad de este proyecto, quizás estriba en dos aspectos: relaciona la R.S.E. (Responsabilidad Social Empresarial) con el concepto de inteligencia social de la psicología. No hay precedente de una relación así y además esta última orienta el trabajo en tres sentidos: sirviendo de base teórica, orientando toda la metodología, y como elemento de introducción en un Foro donde se expondrá el trabajo cooperativo en red que sea diseñado denominado el Banco de Proyectos.

Palabras clave: Responsabilidad social empresarial, Inteligencia emocional y social, Banco de proyectos.

Responsabilidad social con inteligencia emocional y social

Fundamentación teórica

La RSE como elemento de desarrollo sostenible y de bienestar

Podríamos definir la Responsabilidad Social Empresarial como el conjunto de prácticas transparentes, voluntariamente aceptadas por la empresa, con valores éticos o sociales destinadas a mantener un desarrollo económico sostenible.

En la actualidad, parece imponerse el que si la empresa quiere declararse socialmente responsable deba presentar, o al menos tener como guía de su actuación, la llamada triple cuenta de resultados, o “triple bottom line” expresión acuñada por John Elkington en 1994. Sostiene este autor que el futuro éxito en el mercado depende de la capacidad de la empresa de simultáneamente proporcionar “no sólo la tradicional cuenta de resultados basada en los beneficios sino también dos emergentes cuentas de resultados, una enfocada en la calidad medioambiental, y otra en la justicia social” (Elkington, 1997, p. xi).

La primera sería la tradicional “cuenta pérdidas y beneficios”; la segunda sería la “cuenta de la gente”, y mediría lo responsable que ha sido socialmente la empresa; y la

tercera sería la “cuenta del planeta”, y mediría lo medioambientalmente responsable que ha sido. Sólo aquellas empresas que presenten una triple cuenta de resultados podrán decir que han tenido en cuenta todos los costes involucrados en hacer negocios.

Existe mucha legislación reciente que ampara la activación de la Responsabilidad Social Empresarial y Corporativa:

- Principios Universales del Pacto Mundial (Global Compact), en materia de derechos humanos, trabajo y medio ambiente. Organización de las Naciones Unidas.
- Declaración de la Organización Internacional del Trabajo sobre Principios y Derechos Fundamentales del Trabajo. Ginebra. Junio, 1998.
- Comunicación de la Comisión sobre Responsabilidad Social de las Empresas de 22 marzo de 2006.
- Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible, etc.

La inteligencia emocional y social como herramienta para potenciar el desarrollo y la cooperación.

Hay muchas definiciones sobre lo que se entiende por Inteligencia Emocional, pero la que se considera más acertada en este trabajo, es la que han desarrollado Salovey y Mayer. Siguiendo a Mayer (Mayer, 2004) las habilidades de la inteligencia emocional a trabajar serían: percibir, comprender, usar las emociones. “Un desarrollo explícito de la educación de los aspectos emocionales y sociales es la única manera de crear una sociedad mejor” (Extremera 2013, p. 39).

En el nuevo modelo de ciudad que propone el arquitecto Kent Larson, se considera una tendencia positiva la creación de pequeñas células vecinales. Ahora el trabajo también evoluciona y se está haciendo cada vez más móvil. Los edificios de oficinas se quedan obsoletos para el trabajo privado. El hogar, debido a la informática en red es centro de vida, comunicación, producción, aprendizaje, compras, etc., por ello “los lugares de trabajo, deben ser cada vez más compartidos para la relación y la colaboración” (Larson, 2012).

La cooperación entre empresas y ONG's: los Bancos del Tiempo como modelo para crear el Banco de Proyectos.

Si bien es cierto que el empleo y la formación son los mejores caminos a seguir para apoyar la integración, no podemos desdeñar otros medios, que aunque no supongan una gran mejora de ingresos económicos del ciudadano sin empleo, si puede suponerle una mejora anímica por ejemplo colaborar en un proyecto de repoblación forestal a cambio de exenciones fiscales como se propone en este trabajo. La financiación de los elementos imprescindibles en este caso técnicos, herramientas y atuendo, correrá a cargo del Ayuntamiento. Como



plantean Conill, J. et al. (Conill J. et al. 2012, p. 16), “el cooperativismo, los bancos de tiempo, y tantas otras prácticas que no buscan la ganancia sino que intentan dar sentido a la vida”.

Para poder comunicar estos mundos tan diversos se crea lo que daremos en llamar Banco de Proyectos consistente en un dominio de internet con una base en red, que servirá para coordinar y en su caso poner en marcha las ideas de estos tres sectores (empresa, asociaciones, administración) que serán también los llamados a aportar lo necesario para su realización.

La forma de dar a conocer el proyecto que se va a realizar, esto es, el Banco de Proyectos, será por medio de una estructura ya existente denominado “El Foro de las ciudades”. Para iniciar este foro se partirá de una reflexión sobre la inteligencia emocional y social en la cooperación.

El dominio de Internet, tendrá un diseño similar a los actuales “crowd founding” en el sentido de que se ofrecen proyectos, pero a diferencia de estos en el Banco en este caso lo que se consigue son proyectos sociales, que se van gestando gracias a los participantes y se plasmarán en la base de datos en red que a partir de ahora llamaremos Banco de Proyectos.

Es un hecho constatado que hay ideas muy sencillas de fácil ejecución que suponen actuaciones que alegran el contexto y mejoran la calidad de vida.

En el Banco de Proyectos se pretende posibilitar que se puedan volcar ideas para rescatar los pequeños detalles que mejoran la calidad de vida. La inteligencia social, tiene que reflejarse en estos detalles, haciendo una sociedad más rica en buenos momentos. Es importante que la sociedad aspire a otras metas en su conjunto.

La inteligencia social y emocional es una de las bases teóricas del trabajo, y será tema introductorio del Foro de las Ciudades. Los componentes básicos más utilizados de las llamadas competencias emocionales, se utilizan como base teórica: conocer las propias emociones, manejarlas, generar empatía y tener buenas relaciones sociales. Estas se reflejan a modo de símil con las cualidades empresariales dentro de la RSE confianza en la empresa, estar orgulloso de pertenecer a ella, mantener buenas relaciones con los grupos de interés, dar un sentido superior a las acciones y en general fortalecer una sola, mejorar la emoción que te produce lo que te rodea, porque lo que te rodea te motiva.

Descripción de Banco de proyectos y forma de darlo a conocer

Sus características fundamentales son:

- La principal estructura consiste en un sistema en red, donde realizar intercambios entre empresas, el tercer

sector y la administración municipal, para hacer proyectos con fines sociales y ecológicos.

- La unidad de intercambio no es solo el tiempo, como en los Bancos del Tiempo, se pueden hacer otros tipos de depósitos o trueques (tiempo, ideas, materiales, conocimiento, espacios).

- Primero se capta participantes por medio del Foro, todos aquellos asistentes que quieran formar parte del Banco, únicamente han de dejar sus correos electrónicos y su aceptación de las condiciones para participar que fundamentalmente serán:

- Ser empresas o asociaciones con domicilio fiscal en Fuenlabrada.
- Respetar las normas básicas de la RSC y RSE e incluir en ellas la participación en el Banco de Proyectos.
- Ser fiel a la realidad en los ofrecimientos y permitir la comprobación de datos al Ayuntamiento si fuera preciso.
- Las empresas de las que se tenga constancia que no están siendo socialmente responsables no podrán participar.

- Será el inicio para recibir información del Banco, y entrar en la base de datos que se encontrará en el dominio en Internet, donde estará el proyecto a realizar y como participar en él.

Descripción de la base de participación:

La base tiene cuatro materiales básicos que se pueden encajar como piezas de un puzle: tiempo, espacios, conocimiento y materiales

Como el dominio recién creado esta sin ningún proyecto, el Ayuntamiento para poner en marcha el Banco propone uno. Se plantea un subproyecto para el Banco con un objetivo general que pueda resultar a fin a los objetivos ecológicos de la RSE y RSC de los participantes, el objetivo será la reforestación de ciertas zonas de la ciudad (plantar 10 000 árboles).

En el dominio de internet se muestra con lo que se cuenta y que es lo que falta para su realización, siendo la búsqueda de esta parte, lo que falta, lo que da realmente nacimiento al proyecto en red con la participación de diferentes agentes sociales. Las fundamentales aportaciones de capital humano saldrán de las Asociaciones, algunos espacios y tiempos de los trabajadores de las empresas y de la administración podríamos decir la parte económica, ya que cubrirá los gastos para la mayoría de las tareas de ejecución (técnicos, materiales, premios, etc.).

En la base de datos que tendrá el dominio se le da un valor a lo que falta según un sistema de valoración sencillo, en función de su utilidad o importancia en



cada proyecto (ejemplo: una herramienta para plantar árboles serán 10 puntos). Cada proyecto o idea a realizar necesitará de unas aportaciones claramente predefinidas (se hace siempre un inventario de lo que se necesita y de lo que se dispone). El usuario ve lo que falta de una lista de necesidades (espacios, voluntarios, etc.) y pone su “ficha”, así como si lo cree conveniente también puede incluir un comentario diciendo que más puede aportar o convendría usarse, si no está en la lista de necesidades.

La base tiene otro apartado donde se gestan los nuevos proyectos o pequeñas ideas para hacer un bien social y ecológico en este puede entrar cualquier ciudadano.

Se propone desde el Ayuntamiento para iniciar el funcionamiento del Banco el primer subproyecto, que estaría incluido en el Proyecto global del Banco. Consistirá en acometer la forestación de algunas zonas de Fuenlabrada con participación de empresas y asociaciones.

La forma de dar a conocer a empresas y tercer sector el Banco de Proyectos será por medio del El Foro de Ciudades que es una iniciativa impulsada por la Concejalía de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Fuenlabrada, facilita un espacio de encuentro donde intercambiar experiencias e iniciativas innovadoras sobre el futuro de las ciudades.

Como introducción, el Foro, tendrá una parte de reflexión sobre la inteligencia emocional y social aplicada a la colaboración (ver tabla 1 en el anexo).

La segunda fase del Foro, eminentemente más práctica, se centrará en dar a conocer el modelo de canalización de la colaboración, se explicara el Banco de Proyectos que se pondrá a funcionar desde el Ayuntamiento y se facilitará la forma de inscripción para participar en este.

El Banco de Proyectos no se copia de ninguna experiencia o teoría ya existente.

Parte de un sistema similar al Banco del Tiempo, pero se trasforma ampliando el trueque a un juego de colaboración, no exclusivo de tiempo. Con esta ampliación de materiales y espacios, se acerca al funcionamiento de los LETS. Es también necesaria la formación de un órgano gestor que se encargue de registrar la información de los servicios y productos ofertados en el Banco y de difundirla a todos los participantes, registrar los intercambios y las “cuentas” de cada uno de ellos o su colaboración para tramitar el premio, incluir a nuevos participantes, así como propiciar y coordinar nuevos proyectos.

Propuesta de Intervención: Diseño y creación de un Banco de Proyectos

Objetivos

Para las empresas supondrá mejorar su RSE y con ello se conseguirá también que cambie la imagen que sobre ellas tiene la población, estimulando el prestigio y la fidelidad a la marca por simpatía hacia su participación en proyectos sociales colectivos. De ahí la idea de empezar el foro con el concepto de inteligencia social dirigido a directivos de empresas y asociaciones. Como dicen Casaldàliga y Conde “es especialmente importante este compromiso de la alta dirección” (Casaldàliga y Conde, 2012, p. 5).

Objetivo General: Crear desde el Ayuntamiento una estructura estable de colaboración entre empresas y el tercer sector, con fines sociales mediante un sistema en red denominado Banco de Proyectos.

Objetivos Específicos:

- Proponer la figura del trabajador social como dinamizador de la RSC Municipal dentro de Servicios Sociales.
- Diseñar la base de datos y el dominio de internet que posibilite la coordinación de ofertas, demandas y proyectos entre empresas y el tercer sector.
- Dar a conocer, por medio del Foro de las Ciudades, los principios básicos de la inteligencia emocional y social aplicada a la cooperación, a los directivos de empresas y asociaciones.
- Presentar la idea de un Banco de Proyectos como una estructura nueva y estable en el tiempo, que facilite la relación de las empresas y el tercer sector y facilitar la inscripción.
- Proponer un primer modelo de proyecto de colaboración a desarrollar, con un fin ecológico como primera idea, cual es la Reforestación de lugares públicos municipales.
- Poder mantener el Banco de Proyectos activo con aportaciones viables.

Destinatarios

La cooperación entre los tres sectores (Administración, empresas y asociaciones), enriquece las funciones y fines que desarrollan por separado, se unen y aprovechan distintos conocimientos de diversas disciplinas: de empresa, administración, corporativismo etc. Como plantean Conde y De La Torre “los sistemas abiertos actúan contra la entropía a través de la diferenciación y colaboración” (Conde y De La Torre 2004, p. 209).



Al afectar a tantos sectores los destinatarios de este trabajo son muchos y diferentes:

- La empresa. Los trabajadores y directivos de empresas que se sentirán más orgullosos de los fines para los que trabajan.
- Clientes de empresas que tendrán un sentimiento más positivo sobre la empresa.
- Asociaciones que verán enriquecida su labor social.
- Excluidos socialmente que están en Asociaciones y pueden hacer una actividad organizada por el bien común.
- Ciudadanos en general del municipio, a los que de este modo se les ayuda a proteger su bienestar socio-ambiental, cuidando su entorno.

Será la Administración Local el primer destinatario indirecto, ya que se quiere crear una pequeña estructura estable en el tiempo, dentro de su RSC Municipal.

Actividades (acciones y medidas)

Los objetivos específicos se relacionan con las actividades (ver tabla 2 en el anexo).

Recursos Humanos

- El/la trabajador/a social que se encargará de la coordinación del Proyecto desde los Servicios Sociales Municipales.
- Directivos de las empresas y del Tercer Sector de Fuenlabrada interesadas en trabajar en el Proyecto.
- Los trabajadores de las empresas implicadas que, de forma voluntaria, sean liberados de parte de su jornada laboral para dedicarse a la labor comunitaria proyectada, organizarán turnos o cualquier otro sistema que permita a determinados trabajadores una pequeña dedicación voluntaria para colaborar en el Banco de Proyecto.
- El voluntariado y los técnicos que ya trabajan en labores sociales dentro de las Asociaciones sin ánimo de lucro.
- En el caso del proyecto de reforestación se considera a priori que parte de los destinatarios directos podrían ser las personas que acuden al centro de la Asociación Libélula Fuenlabrada, personas desempleadas y con desarraigo social.

Recursos Materiales

- El espacio y todos los recursos que se precisan para la realización del Foro de las Ciudades los pondrá el Ayuntamiento.

• En el Banco de Proyectos se dispondrá de colaboraciones: espacios y herramientas según el proyecto requiera de unos u otros.

• Las naves, que las empresas tienen en desuso (ahora en abundancia por la crisis) que pueden constituir espacios, en calidad de préstamo para cualquier proyecto del Banco de Proyectos que lo precise.

• El avituallamiento idóneo para llevar a cabo el Proyecto piloto, utillaje de los viveros municipales, material de jardinería y ropaje para los partícipes lo aportará el Ayuntamiento.

Medios Técnicos

El fundamental aporte técnico de este proyecto será el diseño del dominio de internet y la base de datos en red, que se creará para informar y canalizar ofertas y demandas, así como para el seguimiento de la colaboración entre los sectores implicados en el Proyecto.

Evaluación

Los indicadores de evaluación que se van a utilizar son:

- El número de empresas y asociaciones que asistieron al Foro.

- El número total de empresas y asociaciones que han decidido participar en el Banco.

Tras iniciar el Banco se contabilizará

- Ofrecimientos: materiales, tiempo, espacio y personas que colaborarán.

Por último que veamos crecer los árboles que se han plantado entre todos.

Conclusiones

Con la creación del Banco de Proyectos, el Trabajador Social, desde el ámbito municipal, establece una estructura estable y en red para la colaboración entre empresas y el tercer sector haciendo realidad la práctica de la inteligencia social.

Bibliografía

Casaldàliga, Núria y Conde Salazar, V. (2012). "Mejorar la imagen de marca a través de la responsabilidad social corporativa" Harvard Deusto Márketing y Ventas, ISSN 1133-7672, N.º. 109, 2012, págs. 34-42.

Conde Viéitez, Jorge Alberto y De La Torre García, Alberto (2004) "La comunidad municipal como organización en red: algunos elementos de referencia para la mejora de la gestión comunitaria" Intervención Psicosocial, Vol. 13 N.º 2 Págs. 195-217.

Conill, J. et al., (2013) *Otra vida es posible: prácticas económicas alternativas durante la crisis*. Barcelona: Editorial UOC.



Elkington, J. (1997). *The triple bottom line—Sustainability's accountant. Cannibals with forks: The triple bottom line of 21st century business*. Oxford: Capstone Publishing Limited.

Larson K. (2012.) *Brilliant design to fit more people in every city*. Extraído el 18 de abril de 2014 .http://www.ted.com/talks/kent_larson_brilliant_designs_to_fit_more_people_in_every_city/transcript?lang=es

Extremera, N. y Fernández Berrocal, P. (2013). "Inteligencia Emocional en Adolescentes" *Padres y maestros*, N.º. 352, Págs. 34-39.

Salovey, P., Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (Eds.). (2004). *Emotional intelligence: key readings on the Mayer and Salovey model*. Port Chester, N.Y.: Dude Pub.

Anexo

Tabla 1

Objetivos a cumplir en la RSE y RSC	Habilidades a desarrollar de inteligencia emocional y social
Voluntad de ir más allá de los fines	Percepción de la emoción Autoconocimiento; "el yo" de la empresa Saber recibir elogios y críticas Verse con distancia y objetividad Conocer que nos hace felices
Producir valor añadido (permanencia y adaptación).	Utilizar la emoción Mantenerse optimista Tener templanza en la toma de decisiones Aprender a valorar beneficios e inconvenientes. Propiciar hábitos que te hagan sentir bien. Participar en espacios para el cambio, la creatividad y la colaboración.
Procurar beneficiar a todos	Acciones de cuidado del trabajador y del medio lograr unir acción y pensamiento
Ser consciente del impacto de las acciones	Comprender a los demás Transformar la información de lo que nos rodea en conocimiento Procurar relaciones cálidas y afectivas para consolidar la confianza Hacer partícipes a los trabajadores de los buenos fines de la empresa Saber ponerse en el lugar del otro Utilizar estrategias de renovación participando en proyectos nuevos con otros.
Implicación de todos en los objetivos	Gestionar la emoción Crear canales de comunicación Escuchar con plena atención Dar a los grupos de interés lo que demandan siempre que sea posible Pertener a grupos sociales ya que produce autoestima y orgullo.
Valores éticos y transparentes	Progreso moral Respeto a los modelos relacionales de modelos morales comunes básicos (no dañar, traicionar etc.). Ser fiel a los principios de la RSE.

Fuente: Elaboración propia.



Tabla 2

Objetivos específicos	Actividades
Realizar funciones nuevas en la RSC del Ayuntamiento	Presentar el proyecto a la Junta de Gobierno
Saber con qué tejido empresarial y del tercer sector contamos	Recabar información sobre el tejido empresarial y el tercer sector
Producir un canal de comunicación para las RSE y RSC	Diseñar la base. Coordinación interna y externa.
Dar a conocer la importancia de la inteligencia social en el desarrollo de la RSE y RSC	Publicitar el foro Primera parte. Foro (charla)
Conseguir la colaboración de empresas y tercer sector.	Presentar el Banco de Proyectos Segunda parte. Foro exposición de la idea Banco de Proyectos inscripciones, aceptación de normas.
Canalizar ofertas y demandas por medio del dominio en Internet para el primer proyecto piloto de forestación.	Coordinación interna y externa reuniones para ver cómo llevarlo a la práctica, cuando ya se dispone de todos los elementos.
Iniciar el Banco con una propuesta la forestación.	Coordinación interna y externa para llevarlo a cabo (que se necesita, con que se cuenta, en que tiempo etc.) Realizar el proyecto, seguimiento, analizar resultados, dar los premios.
Mantener activo el Banco con nuevos proyectos.	Apoyar la realización, control y seguimiento.

Fuente: Elaboración propia.



PROYECTO “EMPODERA’T”: NUEVO MODELO DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS SIN HOGAR. DE LA LÓGICA DEL DON A LA RECIPROCIDAD.

Alba Pirla Santamaria, Laura Haro, Alicia Figueras, Joan Ramon Barri, Eva Benito, Eva Sala y Miquel Estopà.

Resumen

Desde del Área de inclusión del Ayuntamiento de Lleida, el equipo de trabajadores/as y educadores/as sociales apuestan por una intervención innovadora con las personas sin hogar. El proyecto “Empodera’t,” realizado el año 2015 y con un objetivo firme de consolidación en 2016, ha conseguido dar un giro hacia las posibilidades y la promoción personal de las personas sin hogar de Lleida, apostando por acciones que superan el carácter asistencial de los servicios de atención a necesidades básicas y se abren a la perspectiva comunitaria a través del mundo del arte, del medio ambiente y el patrimonio cultural de la ciudad buscando con distintas acciones su arraigo a la ciudad, su participación social y comunitaria, la reciprocidad social y el empowerment.

El proyecto Empodera’t une la atención socioeducativa a la dignificación de los servicios de acogida, la participación de las personas usuarias, la colaboración institucional, la transversalidad de actuaciones y la interdisciplinariedad.

Tenemos que revisar todo el material de nuevo –siguió diciendo Wallander-. Es lo que vamos a hacer a partir de ahora. Estoy convencido de que en alguna parte hay un punto por el que podemos abrirnos camino. Lo que pasa es que no lo hemos visto todavía. Nos lo hemos saltado.

Hemos ido y hemos vuelto, el punto estaba allí, pero hemos mirado en otra dirección. Henning Mankell (La quinta mujer)

Palabras Clave: Empoderamiento, Intervención social, Innovación, Creatividad, Reciprocidad, Autoestima, Acompañamiento socioeducativo, Inclusión social, Sensibilización, Arte, Comunidad.

Keywords: Empowerment, Social intervention, Innovation, Creativity, Reciprocity, Self-esteem, Socio-educational support, Social inclusion, Awareness, Art, Community.

Contextualization

La situación de crisis económica y la fragilidad cada vez mayor de las redes familiares y sociales, está colocando a un porcentaje importante de personas en el umbral de la exclusión más extrema. Tal como recoge el VIII informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España (2015) el aumento de la pobreza severa es especialmente preocupante porque está fijando en la estructura social de nuestra sociedad a un grupo cada vez más numeroso de personas. El mismo informe advierte que se está gestando no ya un gran grupo de personas en situación de exclusión social, sino que podríamos empezar a hablar de «los expulsados». Saskia Sassen (2013), los define como “aquellos que son consecuencia directa del funcionamiento actual del capitalismo”.

Las tasas de pobreza siguen en niveles muy altos después del veloz crecimiento registrado en los primeros años de la crisis, a pesar de la continua caída de los umbrales, debida a la reducción de la renta media. La tasa de pobreza se mantiene muy cerca del 22,2 %, con un aumento en la ECV 2014 de casi dos puntos respecto a 2013. Especialmente preocupante es lo sucedido con la pobreza severa (rentas inferiores al 30 % de la renta mediana), que pasó del 4,4 % al principio de la crisis al 7,4 % en 2013. Esta forma de pobreza más severa no solo no se ha reducido en el periodo reciente, sino que ha seguido aumentando, pasando del 7 % en 2012 al 7,4 % un año después.

Este contexto, unido a la falta de oportunidades y débil apoyo informal, hace que las personas cada vez sean más vulnerables a sufrir exclusión social y residencial. Así, el fenómeno de las personas sin hogar está aumentando cuantitativa y cualitativamente en los últimos años de crisis social y económica. Pero a pesar de su cercanía física, **la realidad de las personas sin hogar sigue siendo una de las más desconocidas por la ciudadanía** y los agentes sociales, lo que facilita que se perpetúe el estigma, los falsos mitos y los prejuicios que han acompañado la imagen que en ocasiones tenemos de estas personas.

En las grandes ciudades, para muchos ciudadanos las personas sin hogar son invisibles, se han convertido en parte del “paisaje urbano”. Estas personas acumulan una serie de problemáticas encadenadas que les convierte en el colectivo más gravemente afectado por la exclusión social. Para entender esta situación es necesaria una doble mirada: Por una parte, el que haya personas viviendo en la calle no deja de ser el reflejo de un fracaso colectivo como sociedad. Una sociedad que no es capaz de erradicar los factores que generan exclusión social (desigualdad de oportunidades, sistemas de protección deficientes, barreras de acceso a recursos, etc.) y que mantiene el estigma y la discriminación hacia determinadas personas. El desconocimiento, los tópicos y los prejuicios, están muy arraigados, y generan culpa, vergüenza o aislamiento en las personas sin hogar que lo padecen.



Por otra parte, además de los factores sociales hay una realidad personal en la que influyen diferentes elementos de vulnerabilidad que, en muchas ocasiones, se dan al mismo tiempo: la falta de una red familiar y social de apoyo, padecer una enfermedad crónica o una enfermedad mental, tener una discapacidad, el abuso y adicción al alcohol o sustancias, la falta de ingresos económicos y de vivienda, irregularidad documental, etc.

La Estrategia nacional integral para personas sin hogar (ENI-PSH) 2015-2020, aprobada por Acuerdo de Consejo de Ministros de 6 de noviembre 2015 es el instrumento que propone el Gobierno para dar respuesta a la situación de estas personas y crear un marco integral de actuación con este colectivo. Las condiciones que sufren las personas sin hogar constituyen probablemente el peor rostro de la exclusión social en nuestro país. Se caracteriza por su visibilidad, el sinhogarismo es uno de los fenómenos peor conocidos y que ha adolecido de falta de políticas integrales en su intervención.

La ENI-PSH no está dirigida a la mera asistencia o a la supervivencia de las personas bajo mínimos de garantía vital, sino que aspira a que las personas sin hogar **restauren su proyecto de vida y se reincorporen a una sociedad**.

En este sentido, Fantova (2016) afirma que en la intervención social lo esencial o fundamental es la comunicación interpersonal y que lo accidental o instrumental es brindar o entregar recursos materiales o económicos. Las prestaciones o servicios se articulan en función de una relación interpersonal que constituye el núcleo o la médula de la intervención social. Fantova apuesta por la misión de los servicios sociales de prevenir, paliar o revertir procesos de exclusión social, posibilitando aprendizajes y empujando cambios sociales.

Desde los servicios de atención a personas sin hogar hemos construido un modelo basado en proporcionar alojamiento y subsistencia, también en la recuperación de habilidades para la inclusión social, pero hemos tenido menos en cuenta la importancia de lo relacional, la autonomía funcional desde los primeros momentos, el empoderamiento de las personas en sus propios procesos. El modelo de planificación centrada en la persona, consensuado en la atención de personas mayores y discapacidad, se va extendiendo progresivamente en la atención de este colectivo que implica una nueva forma de entender los procesos de restauración de proyectos de vida, tal y como propone la Fundación Pílares para la autonomía personal (2014), partiendo de los principios de dignidad y derechos, participación, integralidad, individualidad, independencia y continuidad, entre otros. Y apuesta por principios éticos como la diversidad, accesibilidad e interdisciplinariedad, la proximidad o en enfoque comunitario. Así, los instrumentos de atención personalizada se basan en el conocimiento de la persona y sus capacidades, su biografía e identidad personal y sus preferencias y deseos. Este modelo es seguido desde

hace tres años en la intervención social con personas sin hogar en nuestra área de Inclusión.

Por otro lado, el II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra plantea que sería necesario trabajar siguiendo los siguientes ejes, incorporados también al proyecto que presentamos: liderazgo público, parternariado, estrategias integrales, coordinación, sensibilización social.

Las propuestas innovadoras que podemos aportar en la intervención social con personas sin hogar se sustentan en ofrecer acciones que impliquen seguridad, estabilidad, arraigo, calidad y derechos.

Nuestro proyecto Empodera't, realizado a lo largo del 2015 y que busca su consolidación en 2016, tiene por objetivo general la intervención global, teniendo en cuenta algunos de los ejes que contempla la Estrategia nacional integral para personas sin hogar:

1. DETECCIÓN, INTERVENCIÓN TEMPRANA Y SENSIBILIZACIÓN
2. RESTAURAR EL PROYECTO DE VIDA
3. MEJORAR LA EMPLEABILIDAD DE LAS PERSONAS SIN HOGAR
4. ESTABLECER MEDIDAS DE REARRAIGO EN LA COMUNIDAD
5. APLICACIÓN DEL MÉTODO HOUSING FIRST

1. Detección, intervención temprana y sensibilización

El sinhogarismo y la situación de calle son las caras más duras de un continuo de exclusión residencial. Existe una construcción social de la persona sin techo que pernocta en la vía pública. Una construcción que atribuye al sinhogarismo un significado que va mucho más allá de la mera descripción de una situación o de una relación con la vivienda.

De hecho, resulta evidente hasta qué punto la persona en situación de sin hogar está estigmatizada, y sufre como tal la identidad deteriorada de la que refiere Goffman (1995). Las personas sin hogar suelen ser consideradas como infra capacitadas –en general y en comparación al “resto”– motivo por el que nos puede parecer especialmente conmovedor que una persona sin hogar toque perfectamente el piano, o que tenga estudios superiores terminados, pues según nuestro “patrón” estigmatizador, esto no sería posible en alguien que sufra esta situación. A menudo estas personas son vistas como “desviadas”, personas que han dejado los supuestos estándares de conducta, de relación, de posicionamiento ante la sociedad; son adscritas al grupo de personas consideradas excluidas sociales y son etiquetadas como potenciales transgresoras de las normas.



El proyecto Empodera't ha tenido por objetivo durante el 2015 una función clave de sensibilización en este sentido por parte de los profesionales de la intervención social. El diseño y difusión de un díptico de información y sensibilización que se distribuye de forma personalizada por parte de los/as educadores/as de calle, previo contacto directo, en sucursales bancarias, grandes superficies comerciales, asociaciones comerciales y vecinales, centros cívicos, centros de Atención a la ciudadanía, Áreas básicas de salud, hospitales, escuelas, en los servicios de emergencias, entre las fuerzas y cuerpos de seguridad, entre los servicios de limpieza de la ciudad y otros servicios públicos y privados.

Diversos autores coinciden en la idea que, con independencia del valor analítico que damos a esta descripción externa de la persona sin hogar, el significado que el conjunto de la sociedad atribuye al sinhogarismo en su expresión en la calle tiene un impacto en la identidad de la persona, por eso creemos que es necesario abordar este aspecto desde la información y la sensibilización ciudadana.



La difusión de **"Personas en situación de sin hogar. ¿Y yo que puedo hacer?"**, elaborado con la participación de las propias personas sin hogar (diseño, contenido e imágenes), ha permitido detectar nuevas situaciones de personas por parte de los diferentes actores sociales y su abordaje desde la intervención socioeducativa y trabajo de calle, así como sensibilizar a la población en relación a este colectivo.

Su difusión en los medios de comunicación y redes sociales ha sido de gran impacto. Podemos afirmar que han aumentado las consultas e información por parte de la ciudadanía así como la aportación de tiempo (aumento del voluntariado). El objetivo se centra en detectar personas en situación de riesgo, actuar especialmente con aquellas que se encuentran desde hace poco tiempo en situación de calle para evitar su cronificación, sensibilizar a la ciudadanía, dar información útil para las personas que detectan una persona sin hogar, y saber cómo actuar en diferentes situaciones en función de su gravedad.

Como refiere la (ENI-PSH), el apoyo de la sociedad en su conjunto a las políticas de atención a las personas sin hogar pasa por la superación de la imagen negativa y estigmatizada que tiene este colectivo, por lo que se hace necesaria una estrategia de comunicación y sensibilización de la sociedad para dar a conocer la realidad

de estas personas. Los medios de comunicación locales se han hecho eco de esta iniciativa y han facilitado también su difusión.

En 2016, la campaña crece hacia otros sistemas de comunicación y formatos.

2.- Restaurar el Proyecto de vida

La vía que logra que la persona supere sosteniblemente la carencia de hogar es la restauración de su proyecto de vida, que requiere, no solo la provisión de los recursos materiales necesarios sino también de un trabajo personal y social muy intenso que permita a la personas vincularse de nuevo con la comunidad y recuperar una vida autónoma.

Para la restauración del proyecto personal es esencial el acompañamiento social, que se caracteriza por el asesoramiento, seguimiento personal, la intervención integral y la ayuda personalizada. Es uno de los recursos más eficaces pues la adapta a cada persona del modo que mejor puede ayudarle a superar el sinhogarismo. La intervención directa en la calle favorece los vínculos y construye puentes entre las personas y los servicios. Desgraciadamente, como afirman Cabrera y Rubio (2013), este tipo de recursos de calle, más centrados en lo relacional que en lo asistencial, siguen siendo enormemente insuficientes dentro de una red que continúa repitiendo un tanto mecánicamente los manidos esquemas de intervención del pasado

Según Alonso I. Funes (2013), el acompañamiento social es indisoluble de la idea del doble derecho. El doble derecho de las personas a recibir prestaciones o servicios básicos y también el derecho a la personalización, al soporte individualizado para que estas ayudas acaben siendo eficientes, generen procesos personales de cambio, modifiquen contextos vitales generados por los déficits o las dificultades. El acompañamiento profesional debe ser una ayuda, si así quiere la persona, no debe ser visto como una "penitencia de control" sino como un derecho complementario.

El reforzamiento de la persona, su revinculación y la restauración del proyecto de vida no constituyen una fase de actividades exclusivas sino que debe ser una función integrada en el modelo de intervención social de todos los servicios a los que acceda, comenzando por los de acción temprana y seguridad de vida.

La ayuda que se preste para restaurar el proyecto de vida debe estar incorporada en todas las acciones de los recursos, con el objeto de fortalecer la autonomía y capacidades de cada individuo a través de su participación en la toma de decisiones, de la asunción de mayores responsabilidades y la mejora de su autoestima, así como generar capital social a través del aumento la confianza en la sociedad, impulso de actividades grupales, promoción de la participación activa en la sociedad, mejora de las habilidades sociales y comunicación.



El proyecto Empodera't ha incorporado los objetivos siguientes:

1. Poner en valor el potencial de las propias personas sin hogar participantes en las acciones socioeducativas generando espacios donde ellas son las protagonistas, provocando procesos de autogestión de los grupos y acciones/actividades.

2. Mejorar, con la participación de las propias personas sin hogar los servicios y recursos del área de inclusión:

- Realización de grupos de reflexión y mejora de los servicios que son utilizados (quincenales, con tres grupos motor de cinco personas en cada grupo -servicios y pisos de inclusión-).
- Dinamizar propuestas surgidas del grupo que beneficien a todo el colectivo per personas sin hogar usuarias de los servicios y comprometer a las propias personas usuarias en la mejora de su funcionamiento.
- Dignificar y dotar de mejor calidad y confort a los servicios propios del área, principalmente el comedor social, con la ayuda de los/as propios/as beneficiarios/as.
- Crear un espacio de día autogestionado por las propias personas sin hogar, (la sala de estar de la "Panera"), en la que participan una media de 20 personas desde el inicio de la operación frío (Proyecto Iglú). Es un espacio de acceso libre en horarios y actividades.

3. Empoderar a las personas usuarias a través de la toma de decisiones y aportaciones positivas y participadas.

El paso de la lógica del don a la reciprocidad aparece en esta línea de intervención de forma intensa. Los/as propios/as usuarios/as de los servicios se responsabilizan de su buen funcionamiento, mejora, establecen turnos de participación en las tareas, proponen cambios de normativa interna, ajustes de horarios, etc. Es un paso importante de autovaloración y de aportación a los servicios existentes, de responsabilización y de autonomía. En definitiva, personas adultas con capacidad de autogestión y de participación activa grupal que aportan calidad a los servicios.

3. Mejorar la empleabilidad de las personas sin hogar

El empleo constituye uno de los principales instrumentos para lograr la inserción social de las personas sin hogar. En proyecto Empodera't ha creado una estructura que permite la participación de las personas sin hogar en acciones que saben o pueden aprender a desarrollar, tanto desde la perspectiva de la formación, como de la auto-ocupación y la emprendeduría.

Las herramientas de inserción sociolaboral existentes no están llegando suficientemente a las personas sin hogar (en especial a las que se encuentran en situación de mayor exclusión). No existe una figura de empresa social finalista (similar al centro especial de empleo para discapacitados) que pueda acoger a personas sin hogar que tengan una difícil inserción en el mercado normalizado. Las empresas de inserción no garantizan continuidad y el acceso a sus puestos de trabajo es complicado.

Así, delante del hecho que supone el contexto actual a nivel laboral especialmente para colectivos como el que atendemos, hemos apostado por impulsar, con la implicación de otros agentes locales, estrategias específicas de promoción y formación sociolaboral que pueda ser un paso adelante hacia la inclusión social.

Año 2015: Se han puesto en marcha dos huertos urbanos, con formación y capacitación para acceder al vivero de agricultores gestionado por la Concejalía de Medio Ambiente del Ayuntamiento de Lleida. La formación en horticultura se ha realizado a través del Instituto Municipal de Ocupación. El trabajo en el huerto repercute positivamente en la vida de las personas participantes, ya que por un lado se encuentran al aire libre y tienen contacto con la tierra, actividad de un gran poder terapéutico. Por otro lado, pueden producir ellos mismos alimentos básicos para su autoconsumo, pero también se destina una parte de la producción a los servicios de distribución de alimentos a familias en situación de necesidad alimentaria, comedor social y pisos de inclusión. Vivir excluido erosiona en alguna medida la disposición a ayudar de las personas, y a través de esta acción, pueden sentirse de nuevo útiles socialmente, revirtiendo a la sociedad.

Así, la lógica de la reciprocidad se visualiza de nuevo en esta línea, ya que las mismas personas que son beneficiarias de los servicios (centro de acogida municipal, comedor social, pisos de inclusión...) son a su vez, proveedoras de apoyos y cuidados a terceras, además con bastante estabilidad en el tiempo.

La capacitación en horticultura facilita la incorporación al mercado laboral de estas personas en un sector productivo muy importante en la provincia de Lleida. Las personas participantes han sido derivadas a servicios de intermediación laboral del ámbito agrario para poder acceder al mercado laboral de la zona, ya con la reinstauración de hábitos laborales a partir de todo el proyecto formativo, la adquisición de conocimientos y la motivación por el sector. Los huertos seguirán activos en 2016 con finalidades de autoproducción y soporte a la creación de una cooperativa que gestione y dé trabajo a los participantes. Han participado 15 personas en situación de sin hogar.



Año 2016: En febrero 2016 está planificada la puesta en marcha de un taller de fabricación de muebles con palets, cajas de madera y materiales reciclados. El curso incluye formación teórico-práctica en el Instituto municipal de Ocupación, diseño del mobiliario (con alumnado de Bellas Artes y de la mano del diseñador Curro Claret¹ y la fabricación de los mismos, en un inicio para amueblar los pisos del nuevo proyecto Housing first (algunos de los beneficiarios del proyecto Housing first fabricarán sus propios muebles) y en el año 2017 poder crear una cooperativa que dé empleo a las personas en este sector.

El objetivo final es la generación de puestos de trabajo en un sector en alza, como paso previo a la inserción laboral en el mercado laboral ordinario de aquellas personas que sea posible y poner en marcha una línea de empleo protegido a más largo plazo para personas que, habiendo iniciado procesos de inclusión social, sus hándicaps personales dificultan esa inserción sociolaboral ordinaria, pudiendo tratarse de un empleo de carácter finalista en algunos casos.

4. Establecer medidas de rearraigo en la comunidad

Tal como refieren Alonso, I. Funes, J. (2004), cuando intervinimos desde el modelo de acompañamiento es necesario partir de las capacidades y potencialidades de cada persona, no solo de sus problemas o limitaciones, es necesario intervenir sobre las rupturas pero también sobre los vínculos. Esto requiere acompañar en la dimensión individual y la comunitaria y su red social, aunque resulte de baja intensidad, así como potenciar la generación de nuevas redes.

El desarraigo que provoca la situación de sinhogarismo es una de las grandes dificultades en el proceso de inclusión social, el hecho de no sentirse parte de la sociedad. Creemos que una posibilidad es intentar la vinculación al territorio a través de su patrimonio histórico, cultural, y del arte desde diferentes vertientes, el acompañamiento social con perspectiva comunitaria.

4.1. Acción "Bajo la Seu Vella"

La acción "Bajo la Seu Vella" del proyecto Empodera't nace a partir de la experiencia previa de los talleres de arte y fotografía llevados a cabo a lo largo de 2011, 2012 y 2013 en nuestra área de inclusión con personas sin hogar.

Supone una continuidad en la línea iniciada de fomentar la participación de personas en riesgo de exclusión social en cualquier forma de expresión artística, ya que

favorece la rotura de barreras y prejuicios sociales, convirtiéndose en un vehículo de inclusión social.

El arte, en todas sus expresiones, es una herramienta de inclusión social, ya que favorece el desarrollo, la creatividad, la participación social y la identificación personal y social. El arte es una forma de comunicación y de relación con el medio, con la sociedad y sobre todo con uno mismo.

El proyecto está co-organizado por el Consorcio del Turó de la Seu Vella de Lleida, y la Escuela Municipal de Bellas Artes "Leandre Cristòfol" de Lleida y tiene por objetivos descubrir el arte y del patrimonio de la Seu Vella de Lleida, vincular a las personas en situación de sin hogar con el símbolo identitario y buscar el arraigo en el territorio a partir de su identificación y conocimiento,

Conocer la Seu Vella a través de visitas guiadas y visitas libres a nivel individual, elaborar la propuesta gráfica de cada uno (fotografías) con la colaboración del alumnado de Bellas Artes y un producto final (postales-cards free). Se trata de participar socialmente, a través de un proyecto formativo y expositivo sobre La Seu Vella de Lleida, patrimonio de gran valor cultural, histórico y muy querido por la ciudadanía de Lleida. Estas postales estarán expuestas en diferentes puntos relacionados con la Seu Vella y el Turó de la Seu (misma Catedral, Turismo de Lleida, entre otros) para que los visitantes puedan disfrutar libremente de ellas. En las postales habrá la referencia al proyecto y su finalidad, así como reflexiones de las personas participantes sobre qué sugiere la Seu Vella a las personas que lo disfrutaran, aquello que se ve y se siente en el monumento y en su entorno.

Por otro lado, la relación alumnado & personas sin hogar contribuye a poner en valor el aspecto relacional y la sensibilización de personas jóvenes hacia este colectivo, a partir del contacto individualizado y un proyecto común.

El proyecto se ha llevado a cabo a lo largo de seis sesiones, con dieciséis participantes en total, diez alumnos de bellas artes y seis personas sin hogar interesadas en el arte y la fotografía. En este momento los participantes están en fase de selección de sus obras para la elaboración de cards free.

4.2. "La Saleta de la Panera"

El centro histórico de Lleida se encuentra en expansión. En él conviven propuestas atrevidas de recuperación del patrimonio y de convergencia de proyectos artísticos, culturales, etc. En el mismo barrio se encuentran servicios dirigidos a personas en situación de vulnerabilidad

¹ www.curroclaret.com Curro Claret Martí (Barcelona, 1968) es un diseñador industrial Catalán que compagina esta tarea con la docencia y esporádicamente con otras actividades afines. Es un exponente del diseño Catalán de la década del 2000. Sus proyectos se caracterizan por tener un carácter social y mediambiental.



social y riesgo de exclusión social, como son el comedor social La Panera, alojamiento residencial de urgencia, Servicios Sociales, etc. Actualmente se generan dinámicas paralelas entre la población que hace un uso lúdico y cultural del barrio y las personas que residen o que utilizan servicios de carácter social del mismo espacio.

En el barrio contamos con el Centro de Arte Contemporáneo (La Panera), y la Escuela de Arte Municipal Leandre Cristòfol como elementos clave en la nueva propuesta.

Punto de partida: El comedor social como eje clave de la propuesta.

Objetivo a corto plazo: La dignificación del equipamiento municipal destinado a usos de comedor social, ubicado en un edificio antiguo y que se encuentra en vías de mejora y adecuación. A menudo este tipo de servicios tienen un impacto en la zona que no favorece su visibilidad desde una perspectiva positiva. Las mejoras, con la ayuda del instituto municipal de ocupación que con el alumnado de cursos de pintura ha realizado las tareas de renovación y pintura decorativa, han sido elementos imprescindibles.

La Saleta de la Panera es una propuesta de fines artísticos y exposición de arte contemporáneo en un servicio de comedor social. El punto de partida de esta acción era convertir un comedor social en una sala de exposiciones, al servicio de la sociedad, abierta al público en horario fuera de los servicios propios sociales, incorporada a la dinámica del barrio y la ciudad, donde artistas puedan exponer sus obras. En un principio el equipo nos planteamos preguntas:

¿Podemos exhibir arte que refleje el entorno y la cultura en un espacio puramente social y a menudo estigmatizado con percepciones negativas? ¿Podemos hacer muestras individuales y/o colectivas y acercarlas a los usuarios de un servicio social a la vez que ellas mismas se implican en su promoción? ¿Podrían las personas usuarias conocer a los artistas y sus obras y ejercer de "galeristas" de estas exposiciones temporales en el horario abierto al público fuera del horario del comedor social?

Las respuestas se hallaron buscando sinergias, alianzas entre los profesionales de un servicio de atención a necesidades básicas (comedor social) con los profesionales del mundo del arte de Lleida.

Así nace en 2015 la "La saleta de la Panera". Una nueva forma de entender las necesidades de las personas y

la interacción entre el ámbito social, el cultural y el artístico.

Entendemos la cultura en construcción, en constante transformación, por eso en el corazón del centro histórico de Lleida, en el triángulo cultural de la Panera, generamos dinámicas entre la población que hace un uso del barrio lúdico y cultural y las personas que residen o que utilizan servicios de tipo social hasta ahora marginales.

Así iniciamos una aventura cultural y social, en simetría con el entorno, abierta al barrio y a la ciudad, donde los resultados y sus procesos generadores de nuevas dinámicas enriquecerán todos los ámbitos que impulsan la iniciativa y sus personas².

5. Aplicación del método housing first

Housing First es un modelo innovador de intervención con personas en situación de sin hogar que plantea una forma diferente de afrontar la problemática de las personas, facilitando en primer lugar una vivienda individual y a partir de ahí iniciar los correspondientes procesos de inclusión social. El Ayuntamiento de Lleida quiere emprender este proyecto piloto para dar alternativas diferentes a personas en situación de exclusión social y residencial grave.

Una apuesta por un cambio en el modelo de intervención social y residencial puede posibilitar conectar el enfoque de la vivienda como un derecho con el enfoque de políticas sociales, contribuyendo al pleno ejercicio de los derechos humanos y en particular, de los derechos sociales, económicos y culturales. Es decir, impulsar la función social de la vivienda, basándose en un enfoque indivisible de derechos humanos, de manera integral y coordinada.

La previsión es poner en marcha el proyecto Housing first en Lleida al largo de 2016, iniciando el proceso con una provisión inicial de diez viviendas y un equipo de profesionales gestores.

Y para finalizar la comunicación queremos decir que en este momento estamos cerrando la Evaluación del Proyecto Integral 2015 a nivel de impacto, participación y repercusión en el bienestar de las personas y cumplimiento de objetivos.

Exposiciones programadas: • Enero 2016 Migrantes. Edgar dos Santos <http://accionsmigrants.org/> • Abril 2016 - Abril 2016: Bajo la Seu Vella. Edgar dos Santos+EAM obras fotográficas surgidas del taller de fotografía "Bajo la Seu Vella".

• Abril 2016 - junio 2016: Rehogar. Makea tu vida. <http://www.makeatuvida.net/>

• Desentrañar la ciudad en imágenes. A cargo de Juan Santos, de NOPHOTO

• Septiembre 2016-Noviembre 2016 Curro Claret. • Talleres UBE con el barrio <http://www.nyamnyam.net>



Bibliografía

- Alonso, I. Funes, J. (2004). L'atenció socioeducativa en les transicions vitals Revista Educació Social, núm. 42 pp. 27-45.
- Cabrera, P. y Rubio, M. J. (2003). Personas sin techo en Madrid: Diagnóstico y propuestas de actuación, Madrid: Dirección General. Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Estrategia nacional integral para personas sin hogar 2015-2020 Aprobada por Acuerdo de Consejo de Ministros de 6 de noviembre 2015.
- Fantova, F. (2001). Comunicación y relación en la intervención social y en la gestión de calidad IV Jornadas sobre Calidad y Servicios Sociales organizadas por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Deusto (Bilbao, 15 y 16 de noviembre de 2001).
- Informe FOESSA (2015). Empleo Precario y Protección Social.
- Mota R. y Fantova F. (2014). Relaciones familiares y comunitarias (primarias) como parte del capital social. Con especial referencia a los cuidados Fundación FOESSA. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España.
- II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la Exclusión Social en Navarra. ALTER Grupo de investigación. Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra.
- Pérez A, Creanga, C. Rodríguez, et al, (2013). El modelo Housing first, una oportunidad para la erradicación del sinhogarismo en la comunidad de Madrid] Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social EAPN Madrid. Grupo de Alojamiento.
- Pérez, B. (2004), El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión. Revista Documentación Social, núm 134, pp. 89-108.
- Rodríguez, P. (2014). La Atención Integral y Centrada en la Persona. Colección papeles de la Fundación nº 1



UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS SIN HOGAR EN ESPAÑA. HOUSING FIRST

Carmen Belchí García y
Ania Pérez de Madrid Carreras

Resumen

Cuando hablamos de intervención con personas sin hogar pensamos rápidamente en recursos como albergues y comedores, y no ahondamos tanto en el modelo de atención en el que éstos se enmarcan. Con este artículo esperamos realizar un breve análisis del modelo de atención implementado de manera mayoritaria -Staircase- y presentar un modelo que está comenzando a abrirse paso en España -Housing First-, especialmente en Madrid y Barcelona, aunque cada vez son más las provincias de la geografía española que se hacen eco de esta metodología y apuestan por ella.

Abstract

When we talk about social work with homeless people our mind takes us to resources like shelters or other supportive services, without thinking deeper on which are the approaches that delimit it. This communication aims to be a theoretical reflection of the predominant model of intervention with the homeless -the staircase model- and we'll try to present the Housing First model, a relatively recent innovation, new in Spain, that is being developed in Madrid and Barcelona and has awaken interest in many other regions of the country.

Palabras clave: Personas sin hogar, sinhogarismo, metodología, modelos de atención, Modelo en escalera, Modelo centrado en la vivienda, Housing First.

Key words: Homeless, Homelessness, Methodology, Approaches, Staircase, Housing Led, Housing First.

Como decíamos, antes de meternos de lleno en conocer este nuevo modelo de atención a las personas sin hogar que ha llegado a España recientemente, Housing First, conviene hacer un repaso a los modelos de atención predominantes en la actualidad.

Modelo en escalera o Staircase

El modelo que se viene implementando de manera generalizada para combatir la exclusión residencial más severa en Estados Unidos, Canadá y Europa, el *Staircase* o *Modelo en escalera* es un modelo que ha sido extrapolado desde la intervención psiquiátrica a la

intervención social, y que se basa en la premisa de que hay que preparar a las personas que se encuentran en situación de sin hogar antes de que éstas puedan acceder a una vivienda. De este modo se crea todo un sistema de atención dotado de recursos diversos en el que la persona deberá ir subiendo peldaño a peldaño desde la calle, demostrando su “mejoría” hasta, finalmente, estar preparado para el alojamiento normalizado, lo que en inglés se ha dado en llamar *Housing Ready*. El *Staris-case* no se restringe a un perfil específico de persona sin hogar sino que, según sean sus características psicosociales en un momento dado, esta persona se encontrará en un nivel u otro dentro del sistema de atención.

Un ejemplo del desarrollo del “Modelo en Escalera” en el contexto español ha sido tradicionalmente la Red de Recursos para Personas Sin Hogar de la ciudad de Madrid, compuesta por servicios y recursos tanto públicos como privados.

El primer nivel de esta “escalera” está formado por los equipos de calle municipales, equipos de aproximación de entidades sin ánimo de lucro, comedores sociales, baños públicos, centros de día, centros de noche y servicios de alojamiento de emergencia como la Campaña Municipal contra el Frío o el SAMUR Social, que prestan sus servicios a personas que se encuentran pernoctando en calle. El siguiente nivel, ya con servicio de alojamiento algo más continuado, lo componen los Centros Abiertos y albergues de baja exigencia. En ellos, además de dormir, pueden guardar sus pertenencias, cubrir sus necesidades básicas de alimentación e higiene, y reciben apoyo profesional vinculado a la estancia en el centro. El próximo escalón es en el que se encuentra el albergue municipal de media exigencia. Este albergue cuenta además con servicio de enfermería y médico, podología, peluquería, y dispone de un equipo de educadores. El siguiente escalón lo compone el albergue de alta exigencia, que incluye entre sus instalaciones unas Unidades Convivenciales en las que se simula la vida en una vivienda, preparando a las personas para la vida autónoma y cuenta además con algún tipo de convenio de colaboración con programas de inserción laboral. Este último peldaño, que actuaría como trampolín de salida de la red, también está formado por programas de alojamientos temporales en pensiones, pisos de apoyo al tratamiento, etc.

Como vemos, ésta es una red formada por una serie de recursos por la que transitar de manera continuada, paso a paso, desde la calle, pasando por los recursos de más baja exigencia, media y alta, hasta los recursos que más se asimilan a una vida institucionalmente independiente. A lo largo de este continuo, cada recurso tiene una serie de normas y exigencias que la persona alojada debe cumplir para mantenerse en él y, con el tiempo, lograr subir al siguiente escalón. Estas exigencias van desde acudir a dormir cada noche sin ausentarse injustificadamente, cumplir un mínimo de normas de convivencia, y que en caso de tener un consumo activo



de alcohol y otras sustancias éste sea moderado, hasta asumir una parte del coste del alojamiento y cumplir un Plan Individual de Inserción en el que se acuerdan una serie de objetivos entre el/la trabajador/a social y la persona interesada. Estos objetivos pueden ser realizar cursos de formación, mantener una búsqueda activa de empleo, etc. Conforme la persona va avanzando en este proceso lineal, la asistencia a programas de desintoxicación y deshabitación, la abstinencia y la adherencia al tratamiento en caso de existir enfermedad mental se van haciendo imprescindibles para mantenerse en el recurso y poder seguir avanzando. Durante todo este proceso, los profesionales gestionarán, en caso de que la situación administrativa de la persona lo permita, una prestación económica que le dote de unos medios económicos mínimos.

En este modelo, los niveles de libertad, privacidad y autonomía de la persona, así como la mejora de la calidad del alojamiento van aumentando a medida que va subiendo peldaños, de la misma forma que va disminuyendo el nivel de supervisión y control (Busch-Geertsema, 2010: 58).

Algunas críticas al modelo

Los distintos itinerarios de inserción diseñados por los profesionales a lo largo de todo el proceso se centran fundamentalmente en los aspectos sociales, habitacionales y económicos, pasando casi por alto los aspectos psicológicos y emocionales, laborales, y relacional-comunitarios. Es, por tanto, un modelo de intervención que no abarca la multicausalidad que caracteriza a los procesos de exclusión social que han experimentado estas personas hasta llegar a la situación de sin hogar. Al no tratarse de una estrategia de atención integral que posibilite reforzar aquellos ámbitos que se hayan podido debilitar en mayor medida durante el proceso de exclusión experimentado por cada persona, transformar esta trayectoria de exclusión vivida en un proceso de inclusión social efectivo resulta muy complejo, convirtiéndose así la red de recursos en una espiral de la que resulta muy difícil salir.

Así, la otra cara de este sistema es que la persona que no va “mejorando”, que no va ascendiendo peldaños, se queda “atascado” en ese círculo: el que se salta las normas, tiene una recaída, o no consigue ir completando etapas debe descender algún peldaño o es enviado de nuevo al primer peldaño: la calle.

Sahlin (2005) descubrió en Suecia que en las ciudades donde se aplicaba el modelo en escalera el sinhogarismo crecía en vez de reducirse. Como hay más personas a las que se degrada en la escalera o a las que se expulsa que las que van avanzando hacia arriba, este modelo tradicionalmente tiende a expandirse en los peldaños más bajos reduciéndose mucho en los peldaños más altos.

Se han criticado diversos elementos conflictivos del modelo de escalera:

- El estrés y el trastorno que causa esa necesidad de ir de un alojamiento a otro.
- La ausencia de la “elección” o la “preferencia” por parte de la persona usuaria, combinado con requisitos estándar y apoyos generalizados para todas las personas que se encuentran en los diferentes niveles de atención, independientemente de sus singularidades.
- Las decisiones sobre cuándo y dónde se aloja a una persona las toman técnicos, dejando a la persona casi sin capacidad de elección.
- Lo que se aprende para ir mejorando en alojamientos comunitarios o compartidos a veces no es útil para la vida independiente.
- Llegar al peldaño final de la vida independiente a veces lleva años, y hay muchos usuarios que se pierden por el camino.

En *Pathways To Housing* -entidad desde la que Sam Tsemberis creó el modelo Housing First y a la que nos referiremos más adelante- valoran que el Modelo en Escalera parece estar basado en suposiciones clínicas erróneas en relación a las capacidades de personas con diversas patologías, y esas suposiciones están cimentando tratamientos de salud mental y programas de alojamiento hoy en día. De entre estas suposiciones erróneas destacan:

- El/la paciente o usuario/a debe demostrar, primero, que es capaz de completar de forma exitosa una estancia en un alojamiento transitorio antes de estar preparado para acceder a una vivienda independiente.
- Los/as usuarios/as con patología dual deben acceder primero a tratamiento y tener adherencia al mismo y mantener abstinencia antes de poder ser alojados.
- Los/as usuarios/as valorarán el acceso a una vivienda mucho más si tienen que “ganársela” (la vivienda como un privilegio). En el modelo en escalera el acceso a una vivienda lo ganas demostrando adherencia al tratamiento, mantenimiento de la abstinencia y cumplimiento de las normas del programa.
- Los/as técnicos/as-profesionales deben de establecer objetivos y metas para los/as usuarios/as porque éstos son incapaces de tomar decisiones o establecer metas por ellos mismos.
- Los/as usuarios/as con trastornos de salud mental graves y duraderos necesitan estar alojados en centros donde haya personal cualificado porque requieren de supervisión 24 horas al día (Tsemberis, 2010:16).



Los sistemas que se han creado en base a estos modelos han sido criticados por estar pensados para gestionar el sinhogarismo en lugar de erradicarlo (Burt y Spellman, 2007).

De acuerdo con el *Modelo en Escalera o Staircase*, la vivienda estable es el objetivo final en el proceso de reintegración de las personas sin hogar.

Housing Led — Soluciones centradas en la vivienda

Paralelamente a este modelo en escalera, una línea de intervención que se viene abriendo paso de unos años a esta parte en la atención a personas sin hogar en España es el modelo que busca soluciones centradas en la Vivienda o *Housing Led*. Este enfoque concibe la vivienda como la solución primordial para resolver la situación de sinhogarismo, y defiende que debe ser obtenida tan rápido como sea posible. Desde esta perspectiva se reconoce la importancia de la vivienda como un elemento clave y fundamental para el proceso de integración de la persona.

Los enfoques *Housing Led* abarcan una amplia gama de estrategias de prevención y reintegración que apuntan principalmente a ayudar a las personas a acceder y/o mantener soluciones residenciales a largo plazo.

En la ciudad de Madrid hay numerosos ejemplos de programas que siguen la metodología *Housing Led*, tanto de iniciativa pública como privada. El Programa de Alojamientos No Institucionalizados (ANI) sería un ejemplo de recurso de titularidad pública pero gestión mixta. Se trata de un programa que cuenta con viviendas compartidas y plazas en pensiones ubicadas en el centro de la ciudad destinadas a personas sin hogar, ya se encuentren en situación de calle o alojados en algún recurso de la red. El acceso se hace mediante derivación de otros recursos de atención como pueden ser los Servicios Sociales o los Equipos de calle de SAMUR Social. A las personas que acceden a estos alojamientos se les asigna un Educador Social de referencia que les apoyará en el manejo del dinero y en las actividades básicas de la vida diaria. Junto con el/la usuario/a, el/la técnico/a establece una serie de objetivos a trabajar orientados a la recuperación de una vida autónoma. Como requisitos previos, la persona debe tener entre 18 y 65 años, ser válida para las actividades de la vida diaria, no tener consumos activos y contar con ingresos básicos y residencia legal.

Otro ejemplo, en este caso de iniciativa privada, sería un Programa de alojamientos transitorios en el que la persona se aloja en un piso compartido por un año, durante el cual no tendrá que pagar costes de alojamiento aunque sí de gastos de manutención. Uno de los principales objetivos es que la persona realice un plan de ahorro, por lo que un requisito previo es contar con una fuente de recursos económicos más o menos estable.

También existen programas en los que se ofrece alojamiento con seguimiento de un equipo técnico para perfiles específicos, como pueden ser jóvenes, personas en situación de dependencia o convalecientes y otros programas de alojamiento destinados a familias.

Algunas críticas al modelo

El hecho de que la intervención profesional esté condicionada a la permanencia en el recurso/programa es una de las limitaciones mayores que presenta este modelo de atención. El equipo técnico conoce a la persona por derivación de otro recurso o servicio y le prestará apoyo mientras ésta permanezca alojado en el suyo propio, finalizando dicha atención en el momento en el que el/la usuario/a accede de manera autónoma a una vivienda independiente.

Por otra parte, muchos investigadores y analistas de este tipo de programas han señalado que existe la posibilidad de problemas éticos en este modelo porque puede aparecer un elemento de coerción cuando la vivienda se ofrece sólo como una recompensa por la participación en el tratamiento de salud mental (Appelbaum et al., 2001). Mientras que tal coerción se justifica a menudo por motivos terapéuticos, programáticos, e incluso morales, ¿conlleva realmente un mayor cumplimiento con el tratamiento? La mayoría de los expertos en salud mental sostienen que no.

Housing First — La vivienda primero

La metodología *Housing First* se enmarca dentro del modelo *Housing Led* y da un paso más allá: no sólo reconoce la vivienda como un Derecho Humano básico y fundamental que debe estar garantizado para todos los ciudadanos sino que, además, concibe la prestación de servicios relacionados con la vivienda y los servicios de atención social por separado, de tal forma que el mismo equipo técnico continúa prestando apoyo aunque la persona haya dejado la vivienda.

La metodología *Housing First* nació en Estados Unidos a principios de los años 90 de la mano del psiquiatra Sam Tsemberis y su asociación *Pathways to Housing* y se basa en el respeto a la persona y su autodeterminación. Su modelo de intervención abarca la atención integral y personalizada de las necesidades de cada persona contando para ello con equipos especializados que están disponibles 24 horas 365 días al año y cuya intervención no está limitada en el tiempo.

Según la **metodología** *Housing First* de *Pathways to Housing* desarrollan la intervención principalmente dos tipos de equipos: los *Assertive Community Treatment- ACT* (Tratamiento Asertivo Comunitario) y los *Intensive Case Management-ICM* (Gestión Intensiva de Casos).

Son dos equipos que trabajan desde el mismo enfoque de intervención, basado en un abordaje comunitario



e interdisciplinar en el que la persona atendida es la directora de su propio proceso de inserción y los profesionales que la acompañan son los mismos de inicio a fin. Ambos equipos intervienen con las personas en su propio entorno para ofrecer de una forma flexible los apoyos que resulten necesarios.

La principal diferencia entre ellos viene establecida por el grupo de población al que dirigen sus servicios: mientras que los equipos ACT atienden a personas con trastornos de salud mental graves, los equipos ICM se encargan de las personas con trastornos de salud mental más moderados, pudiendo presentar todas ellas adicciones a sustancias tóxicas con consumo activo.

Los mismos técnicos, ya sean de equipos ICM o ACT, ejercen labores de detección en calle, creación del vínculo con las personas que viven en la calle, apoyo para el acceso a una vivienda y el propio traslado a la misma, para posteriormente continuar prestando la atención especializada hasta que la persona deja de necesitarla. Se trata de una atención integral a lo largo del proceso, cuyos servicios no tienen una limitación temporal, y en el caso de que la persona abandone la vivienda por iniciativa propia o por incumplimiento de los requisitos, el equipo seguirá trabajando con ella y se valorará una posible recolocación en otra vivienda. También se mantendrá el acompañamiento social y la vivienda en los casos de ingresos hospitalarios o penitenciarios. De esta forma se garantiza una atención continuada a la persona, sea como sea su recorrido hacia la autonomía y la integración comunitaria. Ambos equipos proporcionan atención continua y de guardia.

En el modelo *Housing First* los/as usuarios/as no se mudan a un piso ya acondicionado de un programa de alojamiento, como es común en el resto de programas *Housing Led*, sino que se mudan a su propio apartamento en el barrio de su elección, y habitualmente se afanan en convertir su propio piso en un hogar, en mantenerlo en condiciones, y en dedicarse tiempo también a ellos mismos.

En la transición entre la calle y su propia vivienda se dan cambios enormes en la persona. Algunas de forma espontánea empiezan a mantenerse sobrios o a buscar tratamiento para mejorar su calidad de vida aumentando, a la vez, las posibilidades de mantener la vivienda con éxito.

Aunque en Europa el modelo predominante de atención a personas sin hogar sigue siendo el *Staircase*, podríamos decir que existe una tendencia hacia la incorporación de proyectos piloto siguiendo el modelo *Housing First* e, incluso, en algunos países se está asumiendo este modelo como la base de sus Estrategias Nacionales de erradicación del sinhogarismo. Algunos de estos países son: Portugal, España, Francia, Bélgica, Reino Unido, Italia, Irlanda, Holanda, Dinamarca o Finlandia. No obstante, y a pesar de basarse en el mismo modelo de

atención, existen variaciones en la práctica relativas, por ejemplo, a la intensidad en la intervención o el tipo de viviendas utilizadas. Estos programas han cosechado un enorme éxito con un porcentaje medio de mantenimiento de la vivienda entre el 80 y el 90 %.

En el caso de España ya existen proyectos que siguen esta metodología desde el año 2014 a cargo de dos entidades en las ciudades de Madrid, Barcelona y Málaga, también con muy buenos resultados. Tras la inclusión de esta metodología en la I Estrategia Nacional Integral contra el sinhogarismo en España son varios los municipios que se han interesado y comprometido a implementar este modelo de atención, como es el caso de Sevilla o Bilbao.

Los **principios** en los que se basa esta metodología son:

- **Se reconoce la vivienda como un Derecho Humano básico** al que todo ciudadano debe tener acceso. Por ello, no se ofrece la vivienda como un incentivo para que la persona inicie un proceso de intervención, ni como una coacción para que una persona mantenga la abstinencia.
- **El respeto, la cercanía y la empatía con todos los/as usuarios/as** como valores que sustentan la comunicación y que crean relaciones de apoyo sanas, fuertes, positivas y más duraderas entre los miembros de los equipos y los usuarios, y que las sitúan en un plano de igualdad. Se pone especial atención en la comunicación no verbal ya que los mensajes más importantes como la esperanza, el respeto o la posibilidad de éxito se transmiten por esta vía.
- **Compromiso con los/as usuarios/as.** Dado que los/as usuarios/as llegan generalmente después de largas trayectorias de calle, de aislamiento, y habiendo pasado por numerosos recursos y equipos profesionales, se considera fundamental que el equipo transmita a la persona un mensaje de compromiso con ella y con su proceso, que se irá materializando día a día, especialmente en los momentos más críticos como puedan ser un ingreso en prisión, hospitalizaciones e incluso la vuelta a la calle.
- **Vivienda dispersa.** Las viviendas deberán ser dignas, adecuadas y asequibles. El principio de vivienda dispersa hace que las personas tengan mayor capacidad de elección de viviendas e incluso de barrios en los que puedan tener vínculos. Se establece un límite máximo del 20 % de las viviendas del mismo edificio, porcentaje que puede ser algo más reducido en zonas suburbanas o rurales donde la oferta está más limitada. Esto permite que las personas puedan integrarse más fácilmente en sus edificios y barrios, especialmente en los casos de personas con trastornos de salud mental graves.
- **Separación entre la vivienda y los servicios.** El propósito del apoyo y la intervención es ayudar a las



personas a abordar sus necesidades: salud física y mental, empleo, reconectar con familiares, su propia recuperación, problemas de adicción, etc. Estos asuntos se separan de los relativos a la vivienda: mantenimiento, problemas con el pago de la renta, renovaciones del alquiler, etc. De modo que si una persona tiene un episodio psicótico por el que tiene que ingresar en el hospital, por ejemplo, no corre el riesgo de perder la vivienda por la hospitalización. Podría perder su vivienda por los mismos motivos que el resto de inquilinos del edificio, e incluso en ese caso seguiría contando con el apoyo y los servicios del equipo en la vivienda en la que fuera realojado ayudando a prevenir una recaída en la situación de sin hogar.

A medida que un/a usuario/a va mejorando en su estado de salud y autonomía y haciendo más uso de los servicios comunitarios las visitas se irán haciendo cada vez menos frecuentes. Una vez que la persona es completamente autónoma continuará en su vivienda, pagando el alquiler, sin necesidad de los servicios de apoyo del equipo (Tsemberis, 2010: 23).

- **Capacidad de elección y auto determinación de los usuarios.** Un firme principio es que los/as usuarios/as saben cuáles son sus necesidades y tienen claras preferencias sobre lo que quieren para su vida y para su recuperación. Este enfoque dirigido por el usuario es la base del vínculo inicial con la persona y guía los servicios de apoyo y vivienda. El respeto a la autodeterminación significa que los usuarios son motivados y apoyados en el proceso de elección de sus prioridades a la hora de abordar la construcción de la vida que desean.

- **Orientación hacia la recuperación.** El informe de la *New Freedom Commission on Mental Health* (2003) define la recuperación como “el proceso por el que las personas son capaces de vivir, trabajar, aprender y participar de forma completa en sus comunidades”. Dado que el cumplimiento del itinerario de inserción o la abstinencia no están ligados al mantenimiento de la vivienda, los usuarios se sienten libres para hablar abiertamente de dificultades o consumos con el equipo sin miedo a perder su alojamiento.

Los miembros del equipo deben ser capaces de comunicar mensajes positivos sobre la recuperación, transmitir esperanza y evitar relaciones de poder. Desde la perspectiva de *Pathways to Housing*, la mejor forma de promover el concepto de recuperación es incluir en los equipos la figura del Peer Specialist.

- **Reducción del daño.** La reducción del daño es un enfoque centrado en la persona, que utiliza diferentes estrategias, entre las que se incluyen la abstinencia, para ayudar a las personas a manejar sus adicciones y los síntomas de los trastornos psiquiátricos. Permite empezar el proceso de intervención en el momento en que cada usuario/a se encuentra, y le ayuda a ir poco a poco tomando el control. Se centra en reducir las consecuen-

cias negativas de comportamientos dañinos relacionados con la adicción a las drogas y el alcohol, como la acumulación de deudas y los comportamientos sexuales de riesgo, por ejemplo. También incluye el manejo de las consecuencias potencialmente dañinas de síntomas psiquiátricos sin tratar.

Las personas que acceden al programa tienen que aceptar dos **requisitos** imprescindibles: una visita del equipo a la semana en el domicilio y el pago de un porcentaje de la renta que se acuerde, que será generalmente el 30 % de la prestación que estén cobrando o de sus ingresos si los hubiere.

Conclusiones

Como vemos, la elección del modelo o modelos a implementar como parte de unas políticas sociales concretas se hace una cuestión clave a la hora de abordar un problema social determinado. Esta decisión no solo determinará qué tipo de recursos y/o intervención se pone a disposición de las personas afectadas, sino desde qué prisma se aborda dicha problemática y qué valores se encuentran en la base de la misma.

Bibliografía

Appelbaum, P., et al. (2001). Mandated Community Treatment: Beyond Outpatient Commitment, *Psychiatric Services* 52 (pp. 1198–1205).

Burt, M. y Spellman, B. (2007). Changing homeless and mainstream service systems: Essential approaches to ending homelessness, en Dennis, D., Locke, G. y Khadduri, J. (eds.) *Toward Understanding Homelessness: The 2007 National Symposium on Homelessness Research*. (Washington DC: U. S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Housing and Urban Development).

Busch-Geertsema, V. (2010). Are Housing Led policy approaches the most effective methods of preventing and tackling homelessness? *Experts Contributions Consensus Conference on Homelessness* (pp. 58-68), FEANTSA, Brussels.

New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the promise: transforming mental health care in America-Final Report*. Rockville, MD: DHHS Pub. No. SMA-03-3832.

Shalin, I. (2005). The Staircase of Transition: Survival through Failure, Innovation. *The European Journal of Social Science Research* 18 (2) (pp. 115-135).

Tsemberis, S. (2010). *Housing First. The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Hazelden. Minnesota.



EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS DIFERENTES ABORDAJES DE ATENCIÓN AL SINHOGARISMO. RECORRIENDO EL CAMINO HACIA LA INNOVACIÓN EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS SIN HOGAR

Ania Pérez de Madrid Carreras y
Carmen Belchí García

Resumen

Ahondamos en la figura del/de la trabajador/a social dentro de cada modelo de intervención con personas sin hogar y hacemos una reflexión sobre el papel del/de la trabajador/a social dentro de cada abordaje. Para ello, haremos un recorrido desde el predominante modelo en escalera -Staircase- pasando por las soluciones centradas en la vivienda -Housing Led- hasta el modelo innovador de atención llamado Housing First.

Palabras clave: Sinhogarismo, Trabajo Social, Modelos de atención, Roles profesionales, Herramientas, Modelo en escalera, Soluciones centradas en la vivienda, Housing First.

Key words: Homelessness, Social Work, Approaches, Professional roles, Analytic tools, Staircase model, Housing Led; Housing First.

Contextualización

Después de la aproximación teórica que hemos hecho a los diferentes abordajes de intervención con personas sin hogar (Comunicación “Un nuevo modelo de atención a las personas sin hogar en España. Housing First”), pretendemos profundizar ahora en la labor del trabajador social en la intervención social con personas sin hogar.

Haremos un recorrido por los diferentes modelos y los servicios y recursos de atención para reflexionar sobre el papel del trabajador social en la intervención desde cada uno de los abordajes. Trataremos cuestiones como el rol principal que desempeña en cada caso, si trabaja como gestor individual de casos o dentro de un equipo, si va más allá de la intervención individual para adentrarse en lo grupal o comunitario; qué tipo de relación de ayuda prima con las personas con las que trabaja.

Continuaremos analizando las funciones que desarrolla en su ejercicio profesional, tomando como referencia las funciones profesionales establecidas en el artículo 6 del Estatuto de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 2001), a saber:

a) Función preventiva; b) Función de atención directa; c) Función de planificación; d) Función docente; e) Función de promoción; f) Función de mediación; g) Función de supervisión; h) Función de evaluación; i) Función gerencial.

Avanzaremos analizando en qué áreas de la intervención con personas sin hogar y en situación de exclusión residencial incide el profesional en su ejercicio. Para ello, tomaremos como referencia las tres áreas principales, consensuadas ampliamente y referenciadas principalmente por Cabrera y Rubio (2008: 67) y que son: La prevención; la satisfacción de necesidades básicas y la recuperación e inserción social.

Modelo en escalera (Staircase Model/ Continuum of Care)

El modelo en escalera es, como veíamos, el modelo predominante en la atención a personas sin hogar no sólo en España, también en Europa y Estados Unidos.

Recordamos que la premisa ideológica que subyace a este modelo es que la persona que se encuentra en situación de sin hogar debe ser “preparada” para llegar a tener un alojamiento estable, duradero y llevar una vida completamente autónoma.

Este proceso de “preparación” pasa por diferentes peldaños (recursos/servicios) por los que la persona debe transitar y que inciden sustancialmente en las funciones del/de la trabajador/a social, las posibilidades de trabajo con la persona, las ratios de atención, etc., por lo que analizaremos peldaño por peldaño el papel del trabajador social en este modelo de abordaje del sinhogarismo.

El papel del trabajador social en este modelo de atención

Como explicamos arriba, desde este abordaje son muchas y muy dispares las situaciones residenciales en las que puede encontrarse una persona y, por tanto, son muy dispares los entornos en los que va a desarrollar sus funciones un/a trabajador/a social.

Desde la atención en calle, pasando por los centros abiertos, los albergues o centros de acogida, otros recursos residenciales, etc.

Los dispositivos de **atención en calle** -tomando como ejemplo a los equipos de calle de SAMUR SOCIAL de la ciudad de Madrid- desarrollan las siguientes funciones



según Darío Pérez Madera (2014): Detección de casos nuevos; Seguimiento de casos conocidos; Canalización hacia los servicios especializados y la red de atención a personas sin hogar; Atención socio-sanitaria en calle.

Estos equipos, formados por trabajador/a social y auxiliar de servicios sociales, son un claro ejemplo de “despacho sin puertas”, llevando la atención social directamente a la calle. En caso de personas que padecen trastorno de salud mental grave y duradera -no todas las tipologías- las personas pueden ser atendidas por el equipo de calle de salud mental -servicio dependiente de Comunidad de Madrid-. Este equipo, multidisciplinar, también cuenta con trabajador/a social y su objetivo último sería el acceso de la persona a los servicios comunitarios de atención psiquiátrica.

Los equipos de trabajo en calle con personas sin hogar tienen una función primordial que incidirá en el proceso de inserción de la persona de forma tangencial: la creación del vínculo terapéutico.

El siguiente peldaño de la escalera lo conforman los centros de “baja exigencia” -siempre en nuestro ejemplo de la ciudad de Madrid- lo constituyen los centros abiertos, actualmente tres. Todos cuentan con trabajador/a social que desarrolla, fundamentalmente funciones orientadas a la cobertura de las necesidades básicas de la persona durante el tiempo que pernocta en el centro.

Si la persona accede a uno de los recursos de “media exigencia”, tercer peldaño de la escalera, el/la trabajador/a social del centro desarrollará con la persona un proceso de intervención social, siempre vinculado a la permanencia de la persona en el recurso y al cumplimiento de los compromisos adoptados por ésta. En estos centros, la persona contará además con la posibilidad de ser atendido por otros profesionales -DUE, terapeuta ocupacional, etc.-.

Todavía queda un cuarto peldaño, conformado por los recursos de “alta exigencia”, en la ciudad de Madrid el centro Juan Luis Vives y programas de alojamiento en pensiones o pisos compartidos/tutelados. Si la persona alcanza este peldaño se le supone un alto nivel de autonomía, por lo que tendrá más capacidad de decisión y de elección y menor nivel de supervisión. En estos recursos, el/la trabajador/a social y otros profesionales de otras disciplinas acompañan a la persona en su proceso de inclusión siempre y cuando permanezca alojado en el recurso.

En estas tres últimas etapas el/a trabajador/a social irá más allá de la intervención puntual, a desarrollar un proceso de acompañamiento social que abrirá un itinerario personalizado de inserción¹, proceso, de

nuevo, condicionado a la permanencia de la persona en el centro de acogida o recurso de alojamiento.

Los objetivos de intervención en estos peldaños de la escalera se amplían englobando, de forma generalizada, la cobertura de necesidades básicas (alojamiento, mantenimiento, higiene y vestido) de las personas que acceden a los recursos y, en algunos casos, dirigen a la intervención a posibilitar procesos de mejora a nivel personal, social y sanitario desde una perspectiva bio-psico-social.

A medida que la persona avanza en la escalera, estaríamos ya en los últimos peldaños, sus planes de intervención pueden incluir objetivos más holísticos, por ejemplo conseguir su integración en el resto de sistemas de protección social: sociales, sanitarios, educativos, y posibilitar el ejercicio de acceso a otros derechos sociales o de áreas como la laboral u ocupacional que incrementen su autonomía.

En todo caso, el/la trabajador/a social en estos niveles de intervención mantiene una parcela profesional clara, con funciones establecidas por la institución/entidad en la que desarrolla su trabajo. Ejecuta funciones de atención directa y en algunos casos de planificación, teniendo más limitada la capacidad de ejecutar funciones de prevención, promoción, o evaluación.

Desde este modelo se abordan dos de las áreas principales de intervención con personas sin hogar, la cobertura de necesidades básicas y ya en los últimos peldaños la recuperación e inserción social.

Si ahondamos en la “caja de herramientas” que tiene el/la trabajador/a social en los diferentes recursos y servicios de atención desde este modelo es de esperar que encontremos cierto bagaje ecléctico en su formación. Sería recomendable que estuviera familiarizado con el modelo centrado en la persona, desarrollado ampliamente por Carl Rogers (1981) y que nos será útil para intentar comprender las vivencias de la persona con la que trabajamos y desarrollar las tres actitudes básicas que propone: la empatía, la congruencia y la aceptación. Es cada vez más habitual que trabajadores/as sociales que ejercen su profesión estén familiarizados con el enfoque hacia la recuperación, que se basa en creer que cada persona es capaz de construir un proyecto de vida, independientemente de sus dificultades y que pone el foco en las fortalezas de la persona, más allá de sus patologías. De entre todos los desarrollos en torno a la recuperación nos quedamos con el de Laurie Davidson (2008). En los últimos años, además, se ha generalizado la utilización del modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1984), cuya base se asienta en que al cambio -de cualquier conducta- se llega tras un proceso relacionado con el progreso a través de cinco etapas

1 Proceso ampliamente desarrollado en el Manual para el Trabajo Social de acompañamiento en los itinerarios de inserción. (2006). Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.



que transcurren desde la precontemplación hasta el mantenimiento de la conducta modificada. Todas ellas son aportaciones que entendemos fundamentales para el Trabajo Social con personas sin hogar en cualquiera de los modelos de abordaje de la intervención.

El trabajo en el primer peldaño de la escalera se lleva a cabo en la calle, a través de la entrevista con esa finalidad primordial de la que hablábamos de creación del vínculo terapéutico. A partir del segundo peldaño la intervención profesional se desarrolla, igualmente a través de entrevista en el entorno de trabajo, que coincide con el de alojamiento, siempre que la persona mantenga ese alojamiento.

El usuario, desde este abordaje, tiene nula o poca capacidad de elección sobre el lugar en el que va a alojarse, éste viene determinado por los técnicos en función de su “perfil”. A medida que va ascendiendo peldaños en la escalera su capacidad de participación en su propio proceso de mejora aumenta. Cada vez es más habitual que los usuarios de alojamientos colectivos, albergues y centros de acogida tengan “voz” sobre la forma de funcionamiento del centro, es muy recomendable que se continúe en esta línea.

En los peldaños más altos de la escalera, en los centros de media y alta exigencia, es muy habitual que el/la trabajador/a social forme parte de un equipo multidisciplinar de profesionales en los que, por lo general, encontramos además de trabajador/a social, auxiliares de servicios sociales, DUE, terapeuta ocupacional, más raramente psicólogo, etc.

Siguiendo los modelos de coordinación establecidos por Navarro y Darder (2010: 381-401) en los primeros peldaños de la escalera prima el modelo perverso de coordinación en el que la comunicación es unidireccional técnico/a-usuario/a y rara vez se establece un diagnóstico compartido con otros profesionales que puedan estar atendiendo a la misma persona en otros servicios. Ascendiendo peldaños encontramos recursos -especialmente el alojamientos colectivos- en los que aparece el modelo ecléctico de coordinación, el que, en palabras de Navarro y Darder la “comunicación es bidireccional entre los/as técnicos que intervienen y unidireccional respecto al usuario”. Es habitual en estos recursos y servicios que la valoración sobre un usuario se haga de forma conjunta pero raramente se hace partícipe a la persona de su propio “proceso evolutivo”.

Housing led

Entre las soluciones centradas en la vivienda podemos encontrar, como veíamos, múltiples programas, servicios y recursos de alojamiento para personas sin hogar o en riesgo de exclusión residencial. Entre ellos es habitual contar con plazas en pensiones, pisos compartidos, pisos tutelados, y suele llevar aparejada una intervención social de intensidad variable, siempre condicionada a la permanencia en el recurso de alojamiento.

El papel del trabajador/a social en este modelo de atención

El/la trabajador/a social en estos recursos desarrolla, junto con la persona, planes o itinerarios de inserción social que superan la esfera residencial para abordar cuestiones sanitarias, de redes familiares o sociales, y laborales. Se inicia, pues, más un proceso de acompañamiento social que supera las intervenciones puntuales, y los objetivos también se amplían, como decíamos.

En algunos recursos, los técnicos de apoyo son educadores sociales y la persona acude a los Centros de Servicios Sociales de Atención Social Primaria donde cuenta con un/a trabajador/a social de referencia como el resto de ciudadanos.

Estamos ante nivel mayor de autonomía de la persona por lo que se establecen objetivos más a largo plazo con la meta última de la autonomía plena y la salida del recurso.

Las ratios de atención por profesional suelen ser altas, con lo que necesariamente disminuye la posibilidad de flexibilizar la intensidad de la atención en función de las necesidades de la persona.

El/a trabajador/a social desde este modelo, también mantiene una parcela profesional clara, con funciones establecidas por la institución/entidad en la que desarrolla su trabajo. Este abordaje permite al/a la trabajador/a social desarrollar las funciones de atención directa, planificación, promoción, y, en algunos casos, prevención. En los casos de programas de vivienda, ejecuta además, funciones de mediación con la propiedad o con la institución que tiene título sobre la vivienda.

La “caja de herramientas” desde este abordaje es recomendable que sea similar a la que pueda tener un trabajador social del modelo anterior. Cobra importancia en este caso, además de la entrevista, utilizar herramientas como la Historia de Vida como herramienta de empoderamiento y ampliamente explicada por Carmen E. Karen Villen Molina (2008:87-96).

La intervención profesional en este caso se desarrolla más en los lugares donde vive temporalmente la persona (pensiones, pisos compartidos, pisos tutelados), es habitual el desarrollo de intervenciones grupales y la intervención continúa vinculada a la permanencia en el recurso de alojamiento.

El/a trabajador/a social en estos recursos suele trabajar también en equipo aunque se percibe de forma generalizada que éstos son más homogéneos, generalmente formados por educadores/as sociales y trabajadores/as sociales.

Como en el abordaje anterior y siguiendo los modelos de coordinación, es habitual desde este enfoque encontrar tanto el modelo perverso como el modelo ecléctico de coordinación.



Housing First

El modelo *Housing First* “clásico”, el elaborado por *Pathways to Housing*, establece dos elementos primordiales para la intervención con personas sin hogar: la vivienda y los apoyos especializados. En este modelo desarrollan la intervención principalmente dos tipos de equipos multidisciplinares de apoyo: los *Assertive Community Treatment-ACT* (Tratamiento Asertivo Comunitario) y los *Intensive Case Management-ICM* (Gestión Intensiva de Casos).

Ambos trabajan con el mismo enfoque, basado en un abordaje comunitario e interdisciplinar, en el que la persona atendida es la “directora” de su propio proceso de inserción y los profesionales que la acompañan son los mismos de inicio a fin. Ambos equipos intervienen

con las personas en su propio entorno -offsite- para ofrecer de una forma flexible los apoyos que resulten necesarios. En ambos casos, se trata de equipos especializados, flexibles y con gran capacidad de adaptación, que prestan a su vez una atención continuada a lo largo de todo el proceso de inserción de la persona. Estos apoyos se implementan al ritmo que marque la persona, porque es el usuario quien determina el tipo de servicios que necesita, la frecuencia con la que los usa y su intensidad.

La principal diferencia entre ellos, en el modelo clásico, viene establecida por el grupo de población al que se dirigen sus servicios, ya que las especificidades de atención que éstos requieren marcan tanto la composición técnica de los equipos y los ratios de atención como la estrategia de intervención del equipo.

	Abordaje de intervención	Técnicos que componen el equipo	Ratio	Perfil atendido	Trabajo en red
ACT	Equipo como grupo	Trabajador/a Social, ATS, especialista en adicciones, peer specialist, psiquiatra, especialistas en vivienda...	1:10	Trastorno de salud mental grave con o sin adicciones	Proveen servicios directamente
ICM	Profesional/usuario	Coordinador/a y gestores de casos, que pueden ser: trabajador/a social, enfermero/a, especialista en adicciones y peer specialist	1:20	Trastorno de salud mental moderado con o sin adicciones	Gestión y coordinación de recursos comunitarios

Fuente: elaboración propia.

Los miembros del equipo asumen la responsabilidad del éxito en el vínculo con la persona, y en el caso de que la persona abandone la vivienda por iniciativa propia o por incumplimiento de los requisitos, el equipo seguirá trabajando con ella y se valorará una posible recolocación en otra vivienda. De esta forma se garantiza una atención continuada a la persona, sea como sea su recorrido hacia la autonomía y la integración comunitaria.

Tanto los equipos ACT como los ICM están continuamente adaptándose a las necesidades de las personas con las que trabajan y comparten una filosofía de intervención orientada hacia la recuperación, aportando de forma continua apoyo, dando capacidad de elección, reforzando la esperanza en el cambio y la aceptación, y apoyando a las personas a recuperar una vida productiva y con sentido (Tsemberis, S. 2010:80).

Dado que son los mismos profesionales los que acompañan a la persona en todo su proceso, los equipos trabajan de una manera muy cercana y llegan a cono-

cerla muy bien. Esto permite una atención altamente individualizada, que está en la base de una intervención centrada en la recuperación. Se trabaja desde el convencimiento de que no hay dos personas iguales y que el camino hacia la recuperación de cada persona es único.

Ambos tipos de equipos, ACT e ICM, promueven la integración comunitaria. Ambos conectan a los usuarios con soportes de autoayuda, apoyo grupal, y servicios de apoyo que complementan el proceso de recuperación, incluyendo redes familiares, espirituales y servicios comunitarios.

El modelo clásico de *Pathways to Housing* incluye en ambos tipos de equipos la figura del *Peer Specialist*, una figura que se asimilaría a la de un/a mentor/a. Se trata de una persona que ya ha pasado por la situación de sin hogar y ha realizado su proceso de inclusión hasta recuperar su autonomía. Esta persona realizará una labor muy valiosa dentro del equipo porque puede aportar los puntos de vista y los consejos de una persona que ha



vivido la situación que se está tratando. Ha estado en las dos caras del equipo de trabajo, por lo que está en una muy buena posición para ayudar a garantizar que el equipo está trabajando centrado en el/la usuario/a. El *peer specialist* es una excelente referencia de autoayuda para los/as usuarios/as y otros grupos de apoyo, y es un codiciado educador o facilitador de grupo para ayudar a otros usuarios/as a aprender las habilidades necesarias para apoyar su propia recuperación.

El papel del trabajador social en este modelo de atención

En el modelo clásico, el/la trabajador/a social suele ser uno de los miembros del equipo técnico, tanto del ACT como del ICM. A diferencia del funcionamiento de los recursos y servicios que conocemos en España, Pathways to Housing no tiene tasados de antemano los perfiles profesionales de los equipos. Suele haber técnicos de lo social y de lo sanitario, siempre hay un *peer specialist* y es habitual que cuenten con alguna persona más especializada en vivienda o en empleo.

Desde nuestra interpretación del modelo Housing First y el conocimiento del contexto español, valoramos imprescindible que haya trabajador social en los equipos.

A diferencia de los abordajes anteriores, esta metodología requiere de una formación muy especializada a todos los miembros de los diferentes equipos ACT e ICM, por lo que, en este caso, además del bagaje profesional que aporte el/la trabajador/a social por su experiencia será formado en: enfoque centrado en la persona, modelos de recuperación y de reducción del daño e intervención en crisis, todas piedras angulares de la metodología Housing First. Como novedades, se realiza una formación exhaustiva en el modelo de fortalezas de Rapp (1993) y en la herramienta de valoración y trabajo en equipo, el Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar o WRAP en sus siglas en inglés (Wellness Recovery Action Plan).

La forma de trabajar los equipos en esta metodología ayuda mucho al reciclaje profesional constante. Todos los perfiles profesionales mantienen su esfera de especialización propia, es decir, realizan las tareas específicas de su profesión, y, a la vez, hay muchas otras tareas “no especializadas” que podrá realizar cualquier miembro del equipo, independientemente de su perfil.

Así, entendemos que el/la trabajador/a social aporta a los equipos su pericia en la realización de diagnósticos sociales y su visión holística, aporta su especialización en visitas a domicilio, su capacidad de observación global y de coordinación con otros recursos y servicios. Por su componente comunitario y de conocimiento de las redes de apoyo, aportará también información crucial al resto de miembros del equipo.

Dentro de los modelos de coordinación de Navarro y Darder, en estos equipos sólo se da el modelo Coordi-

nado de Intervención: la comunicación se produce en todos los sentidos: usuarios/as y técnicos que intervienen. El/la usuario/a es el centro de su propio tratamiento, rehabilitación y reinserción. Existe comunicación fluida en todos los sentidos y los objetivos son planteados y elaborados en consenso, respetando en todo momento las decisiones, ritmos y deseos del usuario.

La metodología Housing First tiene, además, un alto componente científico, de sistematización de datos, evaluación interna y externa y de medición de fidelidad con el modelo original, lo que permitirá al/a la trabajador/a social profundizar en el componente científico que seguimos reclamando para nuestra profesión.

Los fundamentos de la metodología propician, además, poder desarrollar una intervención social y en equipo que realmente marque el cambio para la persona. El/la trabajador/a social, como el resto de miembros del equipo, asume un rol de catalizador de cambios, de motivador, de acompañante, partiendo de entrada con una gran estabilidad residencial de la persona, que tiene la posibilidad, una vez haya accedido a una vivienda, de mantenerla sin duración determinada siempre y cuando cumpla con dos requisitos básicos: su aportación al pago de la vivienda y permitir la visita, al menos semanal, del equipo de apoyo.

Desde esta metodología, se trabaja con un fuerte componente preventivo y, sobre todo, se incide en el área de recuperación e inserción social, asegurando a la persona un entorno de convivencia estable, digna y asequible, con apoyos especializados no sujetos a la permanencia en la vivienda y de duración no determinada. Todo ello, entendemos, actúa como un potente catalizador de cambio en la persona y, por tanto, de recuperación de su condición de ciudadano, fin último de nuestra labor profesional.

Conclusiones

En el contexto actual no nos es difícil concluir que los recursos de atención a personas sin hogar en las grandes ciudades no son suficientes para atender a la problemática, ni en espacio, ni como garantes de derechos humanos básicos de dignidad o privacidad.

Ante una realidad tan heterogénea como el sinhogarismo, hablamos de alrededor de 40 000 realidades diferentes, parece necesario que sean los recursos y servicios de apoyo los que se adapten a las diferentes circunstancias vitales, las diferentes historias de vida y procesos, los diversos problemas sociales y necesidades personales. Pero la realidad de atención a las personas en situación de sin hogar en España sigue constituyéndola una sola mirada, una sola forma de responder a esta lacra, en alojamientos comunitarios, masificados, con normas y “peldaños” a los que toda persona, independientemente de su situación, debe adaptarse si quiere salir de la espiral del sinhogarismo.



Nuestra labor como trabajadores sociales, siguiendo a la FITS (Federación Internacional de Trabajadores Sociales), debe estar sustentada en los principios de los derechos humanos y la justicia social, y debe ser promover CAMBIOS.

De entre los diferentes abordajes del sinhogarismo surge la metodología Housing First, afianzada en la defensa del derecho a la vivienda para cualquier persona, independientemente de sus limitaciones o problemáticas. Y viene a demostrar, científicamente, que incluso las personas con mayores dificultades, las personas más “crónicas” de calle, con trastornos de salud mental graves y duraderos, con discapacidades o adicciones, incluso en esos casos, con una vivienda y unos apoyos técnicos especializados, cualquier persona puede recuperar su condición de ciudadano.

Entendemos que esta metodología de trabajo es ampliable a cualquier persona en situación de exclusión residencial.

Valoramos que en cierta medida, el que metodologías de este tipo puedan llevarse a cabo depende de voluntades políticas, la vivienda sigue siendo un bien inalcanzable para muchos.

Pero en otra proporción grande, muy grande, depende de nosotros, trabajadores/as sociales, perfil profesional mayoritario en la atención a personas sin hogar, reivindicar la implementación de modelos y abordajes de intervención que supongan un cambio real, que tiendan a la erradicación del sinhogarismo y no se limiten a gestionarlo.

Bibliografía

Cabrera, P. J. y Rubio, M. J. (2008). *Las personas sin hogar, hoy*. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración N.º 75 ISSN 1137-5868, págs. 51-74.

Davidson, L. (2008). *Recovery-Concepts and Application*. Devon Recovery Group. Estatuto de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social/Asistente Social, elaborado por el Consejo General de Colegios de Trabajo Social y Asistentes Sociales (2001).

Karen Villen Molina, C. E., (2008). *Historias de Vida*, una herramienta para el empoderamiento DTS Núms 43-44. Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga, págs. 87-96.

Navarro Fernández, M. y Darder Mayer, M. J., (2010). *Trabajo Social en la calle con personas sin hogar con enfermedad mental*. Cuadernos de Trabajo Social Vol. 23 págs. 381-401.

Pérez Madera, D. (2014). *La atención a las personas sin hogar en la ciudad de Madrid: un modelo de respuesta a las situaciones de Extrema Exclusión Residencial*. Presentación realizada en las I Jornadas sobre Exclusión Residencial en Euskadi el 18 de marzo de 2014.

Rogers, C. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*, Editorial Paidós Ibérica, Barcelona.

Tsemberis, S. (2010). *Housing First. The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Hazelden. Minnesota.



BULLYING HOMOFÓBICO: APROXIMACIÓN Y ABORDAJE DESDE LA PREVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO

Gerardo González Stréfani
Victoria Ramos Saldaña
Miriam Valles Casas

Resumen

El acoso escolar por razón de orientación sexual es una realidad cada vez más latente en los centros educativos. Según Schoolmates (2008), entendemos por bullying homofóbico por aquél acoso cuyos motivos del mismo son por razones puramente homofóbicas, pudiendo ser de diferentes caracteres: verbal, psicológica, y/o física. Un dato escalofriante que nos lleva al abordaje del presente tema es el que nos proporciona COGAM (2013), el cual refiere que un 91 % de las personas encuestadas LGTB (lesbiana, gay, transexual o bisexual), han sufrido conductas negativas por razón de orientación sexual en su etapa escolar. Por ello este artículo se basa en la formulación de una crítica ante el desconocimiento y la falta de atención a una problemática que el Trabajo Social debería dar cobertura, pues el abordaje desde nuestra profesión ante estos casos requiere una atención especializada para su prevención.

Palabras Clave: Bullying, Homofobia, Acoso escolar homofóbico, Prevención, Intervención comunitaria.

Keywords: Bullying, Homophobia, Homophobic bullying, Prevention, community intervention.

Contextualización del Bullying o Acoso Escolar

El acoso escolar se produce cuando las/os menores se encuentran en la fase de la adolescencia. Para poder ahondar en el tema, debemos comprender el periodo, pues es una etapa convulsa, donde se producen una infinidad de cambios en todas las etapas del sujeto, ya sea a nivel físico como a nivel emocional. Por ello, todos estos cambios generan en las/os menores una fuerte confusión e inestabilidad (Serrano, 2006).

Un aspecto, según la misma autoría, que nos parece de gran interés destacar es la conformación de la identidad individual de las/os sujetos/as, pues se refleja del entorno cultural y social, construyendo, así, su propia identidad. De esta forma, la/el menor, en su etapa intermedia de la adolescencia, tendrá una fuerte guía de construcción personal por parte de diferentes factores sociales, configurando, así, el proceso de socialización, siendo la familia, el colegio, los medios de comunicación y el grupo de iguales.

Según refiere Fernández (2013: 1), y como mencionamos anteriormente, en la etapa de la adolescencia se producen una serie de cambios tanto psicológicos como físicos, provocando cambios o alteraciones en la relación con sus compañeras y compañeros y en el propio colegio, entrando en juego la autodefinición de sí mismas/os, pues el cambio de la educación primaria a la secundaria genera la toma de decisiones sobre su futuro. Es aquí donde influye, notoriamente, la comparación social con su entorno, condicionando su forma de comportamiento así como el comportamiento con el entorno que le rodea.

Aproximación al concepto: ¿qué es la homofobia?

Entendemos la homofobia como esa actitud hostil de ciertos sujetos que conciben la orientación sexual contraria a la “norma heterosexual” como inferior o anormal. Es decir, concibiendo de este modo a las personas cuya orientación sexual es diferente a la heterosexualidad, tachándoles inclusive de enfermos o personas desequilibradas y en casos extremos despojándoles de la condición de ser humano (Pichardo et al., 2007: 7).

Esta actitud negativa de aversión, rechazo e intolerancia racional, esa práctica de expresión del miedo hacia las personas con orientación sexual diferente a la norma mediante diferentes formas de violencia, se produce por un estado de ansiedad previamente creado por el proceso de socialización del sujeto.

Parfraseando a Núñez (s.f.:1), la homofobia puede entenderse de la siguiente manera:

“Tenemos miedo a amar a nuestros semejantes, esa es la raíz profunda y más personal de la homofobia”.

Los agentes de socialización juegan un papel primordial dentro de estos procesos de rechazo entre pares, influyendo en la construcción y/o perpetuación de mitos y estereotipos que coartan la libertad de acción y pensamiento de los sujetos.

Así, según la web Educadiversa (2012), la homofobia no afecta únicamente a las personas que están fuera de las normas de orientación sexual, sino que abarca a todas aquellas personas que rompen con los roles de género



establecidos, es decir que no siguen las pautas de actuación concebidas históricamente para ser realizadas por hombres o por mujeres.

La misma autoría refiere que vivimos en una sociedad dominada por el machismo, pero este no solo daña la forma en la que la mujer puede desenvolverse, sino que, también, estigmatiza a todos los varones impidiéndoles desarrollarse plenamente como deseen. Es decir, este sexismo procede a la jerarquización de las sexualidades y fundamenta de ese modo la homofobia, colocando a la heterosexualidad como superior en relación al resto de sexualidades. Pero la realidad social actual es muy diversa, las diferentes formas de vivir la feminidad y la masculinidad o la no creencia en la estereotipación de los roles de género están presentes en el día a día de los seres humanos “difuminando las fronteras entre lo masculino y lo femenino”.

La Educación en diversidad: definición de conceptos básicos

Es necesario definir algunos conceptos básicos que se centran en la sexualidad de las personas. Así, la sexualidad es un aspecto fundamental para el desarrollo de las personas, siendo de máxima utilidad tanto en los centros escolares para que puedan conocer cada una de las siguientes nociones recuperadas de la Asociación Acción Diversa (s.f.:14):

- **Identidad sexual:** es la conciencia de sentirse como hombre o como mujer. Esta percepción puede coincidir (o no) con los caracteres sexuales con los que se nace así como asignados al sexo al que un/a individuo/a se identifica. Resulta interesante aclarar, en este sentido, el término técnico de disforia de género, designado a aquellas personas que creen que tienen una contradicción en cuanto a su identidad sexual en oposición al sexo con el que nacen.

- **Teoría Queer:** siendo de gran interés, pues este concepto reflexiona de forma hipotética sobre la sexualidad y el género, pues refiere que las orientaciones e identidades sexuales y el propio género son construcciones sociales, no estando inscritos en la naturaleza de las personas.

- **Transgénero:** es la identidad de género de una persona en concreto, sea mujer u hombre, y no corresponde con el género asignado por parte de la sociedad. Es decir, una persona se puede autoidentificar como mujeres, hombre o ambos sexos y no guarda relación con el género asignado por parte del entorno social (siendo una consideración por parte de dicho entorno de si es mujeres u hombre de acuerdo a las características biológicas y/o físicas).

- **Orientación sexual:** es la atracción emocional, afectiva, sexual de las personas de acuerdo a su sexo. La orientación sexual puede estar dividida en tres variables diferentes:

a) **Heterosexualidad:** cuando una persona tiene atracción al sexo opuesto.

b) **Homosexualidad:** cuando una persona tiene atracción por su mismo sexo.

c) **Bisexualidad:** cuando una persona tiene atracciones por cualesquiera de ambos sexos.

Tipos de discriminación: ideas por las cuales existe discriminación hacia las personas homosexuales

Una vez llegados a punto cabe preguntarnos, ¿por qué existe la homofobia? ¿Qué construcciones sociales existen y se han creado que potencien la discriminación a las personas homosexuales? Según Cogam (s.f.:12), existen diferentes causas que ayudan a mantener la homofobia, como por ejemplo:

- La visión de la “heterosexualidad” como normalidad negando, así, la homosexualidad. De esta forma, se reduce la homosexualidad a los aspectos genitales, no dando por hecho que las personas homosexuales también tienen los mismos sentimientos afectivos y personales que las personas heterosexuales.

- Rechazo social hacia el colectivo homosexual por razones de “procreación”. Dado que las personas homosexuales no son “procreadores” (aún siendo realidad que muchas personas homosexuales son madres y/o padres), se tiene la idea preconcebida que el futuro de la especie está en peligro por esta razón.

- La idea de que el mantenimiento de los valores y normas sociales están en peligro dado que existe la concepción de que las prácticas entre personas homosexuales son inmorales.

- Las personas homosexuales no pertenecen a ninguno de los roles estereotipados por parte de la sociedad, no comportándose como la sociedad estipula que se tienen que comportar los chicos y las chicas. De esta forma, vemos que esta adquisición de roles va muy ligado a los estereotipos de género.

- Otra de las causas que ayudan a preservar la homofobia es que existe la idea de identidad de género masculina y cómo éste ha de comportarse de acuerdo a patrones sociales y culturales con los cuales nos criamos desde pequeñas/os. Es decir, el sexo entre dos hombres pone en peligro la masculinidad. Esta interesante teoría puede surgir, como refiere Cogam, puede surgir como una reacción de carácter intolerante hacia la diversidad.

- La “lesbofobia” (o discriminación por razón de orientación sexual a las mujeres), añade una doble carga de exclusión hacia las mujeres homosexuales: la primera de ellas es la discriminación por razón de orientación sexual así como la discriminación que ya sufren de por sí (siendo tanto heterosexuales como homosexuales esta última). Guardando también relación con los estereoti-



pos de género, el hecho de que una mujer pueda prescindir de un hombre, se categoriza como un desorden y desobediencia a los patrones culturales y sociales.

- Tras la aparición del Sida, se entiende la homosexualidad como factor de riesgo, identificando al colectivo como una fuente de contagio, llevando a la exclusión del colectivo. Aunque existan diferentes investigaciones que determinan que la enfermedad no va relacionada con la orientación sexual, sigue existiendo rechazo hacia las personas homosexuales por esta razón.

Como hemos visto, todo ello nos ayuda a entender mejor el fenómeno de la homofobia en nuestra sociedad, muy ligados a los patrones de género y a una violencia directa que sufre el colectivo por múltiples razones. Efectivamente, tanto la homofobia como el sexismo se construyen mutuamente y se combinan entre sí, pues se intimida siempre a las chicas y chicos más vulnerables (Platero, 2008: 81).

Entendemos, por tanto, que las concepciones existentes como motivo de discriminación son totalmente creadas por una sociedad fuertemente arraigada a esquemas androcéntricos, como forma de preservación de la identidad masculina, principalmente, y donde el hombre es la figura clave en la humanidad.

Una nueva forma de acoso escolar: el bullying homofóbico

Habiendo sido relacionados ambos conceptos (bullying y homofobia) de forma muy resumida, dado que ambos temas son amplios, cabe preguntarse, ¿qué se entiende por bullying homofóbico?, ¿acaso existe algún tipo de discriminación o acoso a las/os niñas/os homosexuales, transexuales, bisexuales en el ámbito escolar?

Debemos mencionar que el bullying homofóbico, según Schoolmates (2008: 15), es aquél acoso que está motivado por prejuicios homofóbicos. Este acoso puede ser de diferentes tipos: psicológico, verbal o físico hacia aquellas personas que sean homosexuales o perciban homosexualidad. Así, de esta forma, los valores sexistas también se encuentran en los centros educativos. Según Acción Diversa (s.f.:19), es por esta razón que hablamos de bullying homofóbico o acoso escolar homofóbico, produciendo actos de agresión de diversa índole por parte, ya no sólo de estudiantes, sino, en algunos casos, de docentes, desplegando pautas de rechazo, ignorancia e, incluso, inducción al suicidio. La misma autoría defiende la educación en valores de sexualidad diversa y que incluya a todos los colectivos, ofreciendo la pluralidad de las diversas formas de vivir la sexualidad de las personas, siempre, como es evidente, desde el respeto.

Sin embargo, es necesario también prevenir en las nuevas formas de acoso escolar que, con el avance de las tecnologías, muchas/os menores no reciben ningún tipo de asesoramiento sobre su uso dado que tienen

facilidad de acceso a las mismas. Por ello, es necesario recalcar este punto debido a que ninguna/o de ellos/as está exento de sufrir acoso escolar, con interdependencia de su identidad u orientación sexual. Esta nueva forma de acoso son las nuevas tecnologías. Así, Acción Diversa (s.f.:20), define unas cuantas que son de gran interés recalcar:

- Cyberbullying: es la forma de extorsionar, humillar o amenazar, de una persona a otra a través de internet o teléfonos móviles o cualquier otra tecnología.

- Sextorsión: es la acción que desarrolla una persona utiliza material sexual con el objeto de conseguir algo de ella. En aquellos casos en los que no consigue su objetivo, utiliza la amenaza con publicarlo.

- Grooming: es aquella acción por la que una persona adulta utiliza las nuevas tecnologías que intenta ganarse la confianza de otra persona (pudiendo ser menor), tratando de conseguir datos de ésta última persona, como por ejemplo personales, así como material de contenido explícito o levemente sexual (por ejemplo, en ropa interior).

- Sexting: es la acción por la que una persona envía a otra imágenes o vídeos de carácter sexual o levemente sexual. Generalmente se lleva a cabo desde los teléfonos móviles. El riesgo de esta acción aumenta si la persona que envía el contenido es menor, pues en muchas ocasiones no se conoce el alcance que pueda llegar a tener aquellas imágenes o vídeos que se publican de un/a mismo/a.

Resulta interesante destacar que, según refiere COGAM (2013), la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea reveló que, en el año 2012, el 91 % de las personas encuestadas LGTB (lesbiana, gay, transexual y/o bisexual) de la Unión Europea han sufrido conductas y comentarios negativos en su etapa escolar. Por ello, la misma autoría manifiesta que es el Sistema Educativo quien debe garantizar y preservar el respeto hacia la diversidad, educando en convivencia, aportando aquellas medidas que se precisen para paliar la discriminación en los centros escolares, así como la intolerancia por razón de orientación sexual.

En este sentido, según FELGTB (2013: 4), (Federación Española de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales), el Sistema Educativo en nuestro país no es precisamente un espacio acogedor a sus alumnas/os que no reconoce las expectativas de género. Así, la homofobia o la transfobia, siguen siendo motivo de odio en los centros educativos.

Siguiendo con la misma autoría, en el año 2013, en el Sistema Educativo español, escogieron a 653 menores de 25 años que reconocieron haber sufrido acoso por razón de orientación sexual. De ellos, un 35 % ha planificado la manera de suicidarse y un 17 % lo ha intentado llevar a cabo en una o más ocasiones. Son datos



escalofrantes que ponen en evidencia la importancia de abordar este asunto, ofreciendo soluciones y alternativas para paliar la lacra de la discriminación en las aulas.

Intervención comunitaria desde el Trabajo Social frente al Bullying Homofóbico

Si partimos desde la premisa que desde el conocimiento de lo individual de las situaciones se llega a una intervención colectiva, podemos justificar el abordaje de la problemática que supone el bullying homofóbico desde el Trabajo Social, ya que partiendo de los análisis estadísticos que estos casos individuales nos proporcionan podemos declarar como necesaria una intervención colectiva. Como se puede apreciar en apartados anteriores, la homofobia tiene su base en una construcción social muy arraigada históricamente, siendo un 91 % de las personas LGTB las personas que han sufrido en algún momento acoso con interdependencia de la forma en la que se haya producido.

Habríamos de basar la intervención desde un punto de vista comunitario, que permita la generación de estructuras de superación de las necesidades y problemas presentados. Las bases sociales en las que se fundamenta este tipo de acoso han de ser rotas para fomentar la prevención de la problemática. En este proceso de intervención hemos de contar con la participación de la comunidad con la que vamos a trabajar, en este caso no sólo el colectivo que sufre el bullying homofóbico sino el contexto que les rodea: grupos de pares, contexto familiar del/de la acosador/a y el/la acosado/a, los/as acosadores/as y el/la acosado/a, comunidad educativa, la cual está igualmente condicionada por esas estructuras sociales que se han venido considerando como normales, siendo los propios agentes educativos quienes inician y/o toleran las acciones acosadoras contra el sujeto por su condición sexual.

Todo esto facilita la consecución de la modificación de la estructura social perseguida, sin perder de vista la interrelación de los diferentes niveles de actuación, ayudando así a conseguir el empoderamiento de las personas y grupos dentro de la comunidad. Una metodología basada en el auto-gestión de las necesidades de la colectividad, tratando de conseguir concienciar a la comunidad con la que estamos trabajando y promoviendo la movilización social que permita la resolución de los conflictos.

Por tanto, un problema como el bullying homofóbico en el ámbito escolar y dadas las características concretas que tiene esta tipología, así como el radio de sujetos afectados y participantes de manera directa e indirectamente en el acoso, alumnado o comunidad educativa, fundamenta la necesidad de acciones preventivas. Convenientemente diseñadas desde la perspectiva comunitaria que implique a los diferentes agentes, generando un cambio en los roles asignados de los seres humanos en base a unos valores que permitan la convivencia de unos sujetos con otros, permitiendo, de este modo,

su prevención y por ende las consecuencias altamente negativas que del acoso se derivan, pudiendo acabar en suicidio.

Bibliografía

Asociación Acción Diversa LGTBH (s.f.). Guía contra el bullying homofóbico. Herramientas para el profesorado. Sevilla.

Bullying homofóbico en las escuelas. Guía para profesores. (2008). Schoolmates.

Cogam (s.f.). Homofobia en el sistema educativo.

Educadiversa (2012). *La homofobia*. Extraído el 2 de Diciembre, de 2015, de <http://www.educadiversa.org>.

FELGTB (2013). Acoso escolar y riesgo de suicidio por orientación sexual e identidad de género: Fracaso del sistema educativo. Informe realizado por la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) para el Defensor del Pueblo.

Fernández, M. M. (2013). Estudio de los roles en el acoso escolar: Adopción de perspectivas e integración en el aula. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Grupo educación COGAM. (2013). Homofobia en las aulas 2013. ¿Educamos en la diversidad afectivo-sexual?.

Homofobia en las aulas. (2013). Grupo educación COGAM.

Núñez, G. (s.f.). Deconstruyendo la homofobia. Una lectura política del erotismo.

Pichardo, J. I. Molinuevo, B.; Rodríguez, P.O. Martín, N. y Romero, M. (2007). Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria). Ayuntamientos de Coslada y San Bartolomé de Tirajana, FELGTB.

Platero, R. (2008). La homofobia como elemento clave del acoso escolar homofóbico. Algunas voces desde Rivas Vaciamadrid, Madrid: Talasa (2ª ed.). *Información Psicológica*, n.º 94, pp. 71-83.

Serrano. R. M. (2006). La adolescencia una etapa para el desarrollo de un proyecto de vida existencial. Universidad de La Sabana. Colombia.



CONVIVE EN DIVERSIDAD. PROYECTO DE CONVIVENCIA INTERGENERACIONAL LGTB (LESBIANAS, GAYS, TRANS Y BISEXUALES)

Juana Ramos Cantó

Resumen

En esta comunicación se presenta el proyecto de convivencia intergeneracional LGTB “Convive en diversidad”, resultado de dos talleres que se realizaron en la sede de la Fundación 26D, donde se exploraron las necesidades de las personas mayores LGTB (lesbianas, gays, trans y bisexuales). En el primer taller se identifica la soledad no deseada como uno de los principales problemas que preocupan a este colectivo. Focalizando la atención en esta necesidad y siguiendo la metodología del Enfoque del Marco Lógico, se realiza un segundo taller, cuyos resultados sirven para diseñar un proyecto de convivencia intergeneracional LGTB, aportando nuevas alternativas para la intervención social con este colectivo.

Abstract

In this communication the LGBT intergenerational cohabitation “Convive en diversidad” is presented, like the result of two workshops held at the headquarters of the Fundación 26D, where the needs of the older LGBT (lesbian, gay, bisexual and trans) people were explored. In the first workshop unwanted loneliness was identified as one of the main problems of concern to this group. Focusing attention on this need and following the methodology of the Logical Framework Approach, a second workshop was made, whose results have been used to design a project of LGBT intergenerational cohabitation, providing new alternatives for social intervention with this group.

Palabras clave: Personas mayores LGTB, Convivencia intergeneracional, Soledad, LGTBfobia, Edadismo.

Key words: Older LGBT people, Intergenerational cohabitation, Loneliness, LGBT discrimination, Ageism.

Introducción

En las últimas décadas han tenido lugar en el Estado español importantes avances en materia de igualdad de derechos y no discriminación de la población LGTB. Dos leyes han sido los principales hitos que han encabe-

zando estos avances: la Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio y la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas transexuales.

Los avances representados por estos cambios normativos han hecho posible que la actividad realizada por el movimiento asociativo del colectivo se haya ido especializando en objetivos que hasta ese momento habían permanecido en un segundo plano. Hablamos de sectores y acciones dirigidas a menores, mayores, migrantes, diversidad funcional, y derechos reproductivos, entre otros; sin embargo, las actuales cohortes de personas mayores LGTB, que vivieron la dictadura franquista, estuvieron sometidas a graves situaciones de hostilidad, discriminación social y persecución institucional durante esos años, circunstancias que han marcado las vidas de muchas de ellas, incrementando su vulnerabilidad social con respecto a la población general.

En la actualidad, las personas mayores LGTB han comenzado a organizarse creando sus propias entidades, como el Grupo de Mayores de Cogam, la Fundació Enllaç o la Fundación 26D, en cuya sede se organizaron los talleres en los que se fundamenta el proyecto “**Convive en diversidad**”, en el que participaron miembros de su Junta Directiva, profesionales, voluntarios, y personas jóvenes universitarias.

La Fundación 26D, cuyos objetivos son la defensa de derechos y prestación de servicios orientados a este colectivo, fue creada en 2010 y desde febrero de 2014 cuenta con un local en el municipio de Madrid, ubicado en el barrio de Lavapiés. Desde la apertura del local han sido innumerables los proyectos que se han puesto en marcha y que están aportando importantes beneficios para la población de mayores LGTB del distrito Centro de Madrid, llegando incluso a personas de otras zonas de la Comunidad de Madrid, que se desplazan al centro para participar en sus programas y actividades.

Contexto de la intervención

La población humana viene experimentando un proceso creciente de envejecimiento a nivel mundial, más acusado en algunos países como España, fenómeno que está ocasionando la necesidad de un reajuste de los sistemas de protección social dirigidos hacia ese sector de la población. En la ciudad de Madrid residen actualmente 643 794 personas mayores (65 y más años), lo que representa un 20,49 % de media, y en el Distrito Centro un 16,68 %, según datos del Ayuntamiento de Madrid, publicados en la web www.madrid.es, para la fecha 1/1/2015. Habitualmente se utiliza el porcentaje del 10 % para estimar la población LGTB, cifra basada en el Informe Kinsey, que muestra los resultados de un estudio científico sobre la conducta sexual humana, publicado en los años 50 del siglo XX, aunque estas cifras actualmente están siendo discutidas, entre otras cosas porque no se utilizaron muestras representativas



y porque el estigma que conllevan las prácticas sexuales no normativas indica resultados por debajo de los reales. Para este estudio se ha decidido utilizar el intervalo entre el 3 % y el 10 %, según datos obtenidos de varias fuentes (INE, 2003), (Kontula, 2004), de lo que se puede deducir que en la ciudad de Madrid, de forma orientativa, podrían existir entre 19 313 y 64 379 de personas mayores LGTB y en el distrito Centro entre entre 3 933 y 13 112.

La **complejidad de la atención** a las personas mayores, el incremento de la esperanza de vida y la propensión a la dependencia que aumenta con la edad, hacen necesaria una especialización por sectores de población, siendo el de mayores LGTB uno de los que pueden experimentar mayor vulnerabilidad social y por ello es razonable que se vaya incorporando la perspectiva LGTB de manera transversal en las políticas sociales y los servicios públicos de atención a las personas mayores.

La soledad como problema

Como señala el IMSERSO (2014), la soledad es uno de los principales problemas que afectan a las personas mayores. En su *Informe 2012: las personas mayores en España*, el 23 % de estas personas afirman que se encuentran solas durante las actividades de cada jornada, y se indica que este porcentaje es casi el doble en mujeres que en hombres y que se incrementa sobremanera en el grupo de 80 o más años. Esta circunstancia también se relata en el *Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo* del IMSERSO (2011) refiriendo que las personas mayores de 80 años que viven solas se ha incrementado del 20,83 % al 28,36 % entre los años 1991 y 2001. Así mismo se expresa que en general las personas mayores confieren mucho valor a la autonomía y la permanencia en el hogar, de tal forma que un 87,3 % de las personas mayores prefieren vivir en su casa, aunque sea sola y a sabiendas de los posibles riesgos que tal decisión conlleva.

Al concepto de soledad objetiva se puede sumar el de soledad subjetiva, interna o sentimiento de soledad, que afecta de manera desigual a las personas mayores, siendo especialmente preocupante el sentimiento de soledad por déficit de integración, que puede darse incluso en personas mayores que viven acompañadas y que afecta al 9 % de estas personas. Por tanto, la soledad constituye una de las principales situaciones de riesgo para las personas mayores, especialmente cuando se trata de una soledad no deseada y cuando se dan situaciones de dependencia.

Personas mayores LGTB

Un reciente estudio sobre las personas mayores LGTB afirma que “la soledad ha aparecido como una fuente frecuente de malestar” (Mesquida, Quiroga y Boixadós, 2014: 186).

Así mismo, Fredriksen-Goldsen et al. (2011: 3, traducción propia) indican que “la soledad en las personas mayores LGTB se da con mayor frecuencia y con características diferentes respecto a la población general”. En términos generales, la soledad en las personas mayores LGTB adquiere unas características especiales, derivadas de una mayor carencia de redes familiares y de redes sociales, que pueden estar causadas al haber tenido menos descendencia y más rechazo familiar; mientras que la mayor carencia de redes sociales está asociada a la discriminación social por su condición LGTB, así como a otros factores como la evitación del contacto social por miedo al rechazo, los sentimientos de culpabilidad que dificultan las relaciones sociales, y la falta de espacios de socialización para estas personas.

En este colectivo, la discriminación específica hacia las personas mayores, conocida como *edadismo*, se suma a la discriminación por orientación sexual e identidad de género, o *LGTBfobia*. El edadismo y la *LGTBfobia* producen una serie de estereotipos que conllevan que este colectivo sea un grupo social invisible (Mesquida et al., 2014: 184). A este cruce de discriminaciones pueden añadirse otras en función de características como la clase social, el género y la nacionalidad, conformando el fenómeno conocido como la *interseccionalidad* de la *discriminación*, que según afirma Lucas Platero (2012), “se utiliza para señalar cómo diferentes fuentes estructurales de desigualdad mantienen relaciones recíprocas”. La coexistencia de tales elementos de discriminación puede elevar notablemente la vulnerabilidad social de estas personas (Gracia, 2011: 3).

En un estudio se afirma que “en las sociedades de rápidos cambios como la nuestra, la pertenencia a una **cohorte** de nacimiento particular, expone a los individuos a diferentes mundos históricos, con sus limitaciones y oportunidades”, (Fredriksen-Goldsen y Muraco, 2010: 396, traducción propia), condicionadas por lo que se conoce como “determinantes sociales de la salud”: pendiente social, estrés, primeros años de vida, exclusión social, condiciones de trabajo, desempleo, apoyo social, adicciones, alimentación, transporte (Wilkinson y Marmot, 2006). Las actuales cohortes de personas mayores LGTB en España han vivido una historia plagada de discriminaciones, miedo y persecuciones debido a la hostilidad del régimen franquista con legislaciones que criminalizaban la homosexualidad. Estas experiencias han dejado marcadas a muchas de estas personas. Con frecuencia han pasado gran parte de su vida teniendo que ocultar su condición sexual hasta tiempos recientes de mayor apertura. Y al llegar a la vejez se pueden ver expuestas a tener que ocultar de nuevo su orientación sexual o identidad de género, tal y como señalan Coll-Planas y Missé (2009: 50-51). Otro estudio ha identificado la existencia de prejuicios contra las personas LGTB entre quienes viven en residencias, señalando que “la mayoría de participantes en este estudio (68,0 %) expresaron algún tipo de reacción negativa hacia una hipotética situación de contacto sexual entre



residentes del mismo sexo” (Villar et al., 2015: 1009). Debido a esta situación muchas personas mayores LGTB retrasan su traslado a centros residenciales por temor a sufrir discriminación o tener que ocultar de nuevo su condición sexual y en consecuencia se puede incrementar el número de estas personas que viven solas, incluso en situaciones de dependencia.

El proyecto

A la hora de plantear una intervención social sobre las necesidades y problemáticas de las personas mayores LGTB se debe incluir, como premisa básica, el más absoluto respeto a la diversidad de opciones de vida en relación a la orientación sexual e identidad de género. Hasta tiempos relativamente recientes, desde la profesión y disciplina del trabajo social no se ha prestado especial atención hacia la realidad de las personas LGTB (Mesquida et al., 2014). Afortunadamente, la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS), ha aprobado el documento de trabajo titulado *Sexual Orientation and Gender Expression*, en su Asamblea de julio de 2014, en el que “reconoce que las personas cuya identidad sexual, orientación sexual o expresión de género difiere de la norma son vulnerables a la opresión y a la marginalización invitando a la profesión a mejorar el nivel de respeto social hacia ellas” (IFSW, 2014: 1, citado en Mesquida et al., 2014).

El proyecto objeto, haciéndose eco de la recomendación de la FITS, se concibe para **paliar la situación de soledad no deseada en las cohortes actuales de mayores LGTB y en las de los próximos años y lo hace basándose en los principios del envejecimiento activo**, que orientan las políticas sociales dirigidas a las personas mayores, desde las que se busca retrasar la aparición de la dependencia para favorecer una mejor calidad de vida en esta etapa del ciclo vital (IMSERSO, 2011: 592). Actuaciones que en el futuro podrían caracterizarse como creación de guetos, e ir en contra de principios básicos de integración, se consideran adecuadas para los tiempos presentes, en tanto las cohortes que envejecen continúen expuestas al rechazo social por hacer pública su orientación sexual o identidad de género.

Convive en diversidad. Proyecto de convivencia intergeneracional, basado en el modelo de Enfoque del Marco Lógico contemplado por Gómez y Sainz (2013), tiene como **objetivos generales** mejorar el bienestar psicosocial de las personas mayores LGTB del municipio de Madrid, favoreciendo un mayor tiempo de permanencia en su domicilio; retrasar la aparición de situaciones de dependencia y reducir el número de casos de aislamiento social en el colectivo meta. En cuanto a sus **objetivos específicos** son dos: paliar o eliminar el problema de la soledad no deseada en las personas mayores LGTB del municipio de Madrid y solucionar el problema de vivienda en jóvenes universitarios LGTB que estudian en las Universidades madrileñas, en un entorno de cooperación, aceptación y familiaridad respecto a su condición LGTB, si bien la filosofía del

proyecto está centrada en los problemas y necesidades de las personas mayores LGTB, considerando que es un colectivo con mayor vulnerabilidad social y siendo el objeto de trabajo de la entidad.

El proyecto se asemeja a los programas generalistas de **convivencia intergeneracional** realizados por muchos ayuntamientos, entre ellos el de Madrid, sobre los que existe amplia experiencia en cuanto a procedimientos empleados y a sus efectos positivos. De los diferentes tipos de programas intergeneracionales, los de convivencia intergeneracional son los que más se acercan al ideal de una sociedad para todas las edades, tal y como señalan Newman y Sánchez (2007).

Los programas intergeneracionales posibilitan experiencias de relación y cooperación entre personas de diferentes edades, orientadas a favorecer la transmisión e intercambio de conocimientos, competencias y valores, y que además de posibilitar el enriquecimiento personal y grupal, pueden contribuir activamente a la cohesión y desarrollo comunitarios, (Centro del Conocimiento de Fundación EDE, 2015).

En el mismo sentido se expresan autores como Mesquida et al., (2014) que recomiendan “proporcionar espacios de relación intergeneracional entre personas LGTB para tratar de mejorar la consideración de los más jóvenes en relación a sus mayores”, (p. 189). Otros autores coinciden en señalar que los programas intergeneracionales “no sólo tienen un impacto positivo para las personas implicadas directamente en ellos sino también para aquellos que lo están de manera indirecta” (Gutiérrez y Hernández, 2013).

La filosofía del proyecto es acorde con la **Misión de la Fundación 26D**, que expresada por Eduardo Mendicutti, uno de sus patronos, incluye una “apuesta por la intergeneracionalidad, básica para validar y sellar en el tiempo la experiencia vital que nuestros mayores han generado y que estamos obligados a perpetuar”, la creación de espacios abiertos de tipo residencial en los que “por el hecho de ser homosexuales, los afectos, los recuerdos, el lenguaje, las aficiones y la sexualidad no cosechen ni una brizna de desprecio, de burla, de precariedad, de desconsuelo o de desamparo” y, en general, “la salvaguardia de la dignidad y del respeto a las lesbianas, los gays, los transexuales y los bisexuales en la vejez”.

Estrategia

Se comenzará con una experiencia piloto en la que participarán 15 personas mayores y 15 personas jóvenes, durante el curso 2016/2017, preferiblemente residentes en el distrito Centro. Si los resultados de la evaluación final son positivos, se planteará ampliar el proyecto para la población del municipio de Madrid, valorando el número de participantes en función de los recursos con los que se pueda contar. También se podrá considerar su ampliación a otros perfiles, como el de jóvenes que no sean necesariamente estudiantes universitarios.



Resultados esperados

Los participantes viven acompañados.
Ampliadas las redes sociales de los participantes.
Mejoradas las relaciones familiares de los participantes.

Actividades

En este apartado se incluyen las actividades necesarias para obtener los resultados esperados. El itinerario se ha dividido en tres fases: preparación, convivencia y finalización.

Fase de preparación

En esta fase se darán los pasos necesarios para facilitar que la convivencia se inicie con mayores garantías de éxito.

- 1.- Reunión de constitución del Equipo Técnico del Proyecto (ETP), formado por profesionales y personal voluntario de la entidad y representantes de su Junta Directiva.
- 2.- Curso de formación para los miembros del ETP.
- 3.- Difusión del proyecto para localizar candidatos, a través de redes de contactos previamente seleccionadas en función de los objetivos y filosofía del proyecto.
- 4.- Crear un espacio de socialización presencial entre candidatos a la convivencia, en el local de la Fundación 26D, para que se conozcan previamente.
- 5.- Recepción individual de candidatos.
- 6.- Asistencia de los candidatos a cursos de formación para habilidades de convivencia y otros contenidos que se consideren necesarios, a cargo de profesionales del ETP.
- 7.- Reuniones de socialización entre candidatos, con presencia del ETP, que se iniciarán con una presentación del proyecto.
- 8.- Selección de candidatos para las unidades de convivencia (UC) por el ETP
- 9.- Constitución de las UC.
- 10.- Redacción de un compromiso de convivencia, de común acuerdo entre los candidatos seleccionados y el ETP.
- 11.- Prueba de convivencia durante un mes, sin traslado definitivo de la persona joven.
- 12.- Entrevistas de los candidatos, tanto individuales (a) como en pareja (b): una individual al comienzo, otra al finalizar cada semana del mes y una conjunta a mediados de cada semana. En las últimas entrevistas se decide si se desea continuar o no con la convivencia.

- 13.- Firma del compromiso de convivencia por las partes de cada UC.

Fase de convivencia

- 14.- Constitución del Grupo de Participantes de la Convivencia (GPC).
- 15.- Constitución de la Asamblea Integral del Proyecto (AIP) formada por el GPC y el ETP.
- 16.- Comienzo de la convivencia.
- 17.- Reuniones semanales de cada UC con el ETP, durante el primer mes.
- 18.- Reuniones semanales colectivas de la AIP, durante el segundo mes para evaluar la convivencia y compartir ideas orientadas a la resolución de problemas.
- 19.- Visitas domiciliarias del ETP: 2 el primer mes, 1 a los 3 meses, 1 a los 6 meses y 1 en la semana última de la convivencia.
- 20.- Reuniones mensuales colectivas de la AIP desde el tercer mes hasta finalizar la convivencia.
- 21.- Siempre que se desee se podrán solicitar entrevistas individuales o de cada UC con los profesionales del ETP.

Fase de finalización

Al finalizar el periodo programado para la convivencia se realizarán una serie de actividades orientadas a que los participantes compartan su experiencia y puedan tener una despedida positiva, reduciendo el impacto de la separación. También servirán para valorar si en alguna UC se desea continuar la convivencia con las mismas personas, y en su caso dar los pasos necesarios para que puedan realizarlo.

- 22.- Reunión final de despedida, contemplando la posibilidad de continuar la convivencia si existiera acuerdo entre ambas partes, tanto para el curso siguiente como para un periodo mayor.
- 23.- Con los datos obtenidos en la reunión final se redactará el **documento de evaluación final o de resultados**.
- 24.- Reunión del ETP con cada UC que decide continuar, a fin de reformular los parámetros de la convivencia en función de la experiencia adquirida, modificando si se considerara necesario el compromiso de convivencia para futuras UC.
- 25.- Redacción de la **memoria del proyecto**.



Recursos

Se diferencian aquellos relacionados directamente con el proyecto de otros que pueden ser complementarios o alternativos.

Relacionados directamente con el proyecto

- Fundación 26D, entidad propuesta para iniciar la experiencia piloto.
- Profesionales de la entidad.
- Personal voluntario de entidad.
- Local de la entidad.
- Equipos informáticos y software de gestión de proyectos.
- Grupo de mayores de Cogam.
- Personas mayores participantes.
- Personas jóvenes participantes.
- Viviendas de las personas mayores participantes.
- Profesionales del Programa LGTB de la Comunidad de Madrid.
- Asociaciones universitarias LGTB de Madrid (Arcópoli, UAMentiende, Entendidos URJC y Rqtr).
- Universidades ubicadas en la Comunidad de Madrid.
- Centros de servicios sociales y centros salud de Madrid.

Recursos complementarios o alternativos

A diferencia de otros países en España existen muy pocos servicios de intervención social orientados a la población de mayores LGTB, y los que existen son habitualmente realizados desde entidades privadas, como la Fundación 26D, la Fundació Enllaç y el Grupo de Mayores de Cogam.

De entre los recursos existentes, tanto especializados como generales, se recogen los siguientes con la idea de que puedan ser utilizados como complementos o alternativas a la estrategia central del proyecto:

- Programa “Vivir CONtigo”, de convivencia entre personas mayores LGTB, gestionado por la Fundación 26D, en cuatro pisos cedidos por la Empresa Municipal de Vivienda y Suelo del Ayuntamiento de Madrid. Para personas de 50 ó más años.
- Actividades de socialización de la Fundación 26D (“No comas solo”, “La comida de la abuela” y “Grupo de teatro”, entre otras). Diferentes actividades, cuyo objeti-

vo principal es la creación y mantenimiento de vínculos sociales en las personas mayores LGTB.

- Programa “Convive”, del Ayuntamiento de Madrid, de convivencia intergeneracional entre personas mayores solas y jóvenes estudiantes de otras ciudades o países, con la colaboración de la ONG Solidarios y la participación de siete Universidades madrileñas.

Bibliografía

Centro del Conocimiento de Fundación EDE. (2015). *Hacia una sociedad intergeneracional: ¿cómo impulsar programas para todas las edades? Guía práctica*. Bilbao-Bilbo: Diputación Foral de Bizkaia.

Coll-Planas, G. y Missé, M. (2009). *Diagnóstico de las realidades de la población LGTB de Barcelona*. Barcelona: Bellaterra. Recuperado el 7/1/2015, de <http://w110.bcn.cat/fitxers/dretscivils/2diagnosticorealidadesLGTBbcn.301.pdf>

Fredriksen-Goldsen, K. I. y Muraco, A. (2010). Aging and Sexual Orientation: A 25-Year Review of the Literature. *Research on Aging*, 32 (3), 372-413.

Fredriksen-Goldsen, K. I. et al. (2011). *The Aging and Health Report: Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults*. Seattle: Institute for Multigenerational Health.

Gómez Galán, M. y Sainz Ollero, H. (2013). *El ciclo del proyecto de cooperación al desarrollo. El marco lógico en programas y proyectos: de la identificación a la evaluación*. Madrid: CIDEAL.

Gracia Ibáñez, J. (2011). Los derechos humanos y la posición social de las personas mayores LGBT. Un supuesto específico: los malos tratos. Edita Universidad Carlos III de Madrid. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Recuperado el 8/1/2015, de <http://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/19305>

Gutiérrez Sánchez, M. y Hernández Torrano, D. (2013). Los beneficios de los programas intergeneracionales desde la perspectiva de los profesionales. *SIPS-Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (21), 213-235.

IMSERSO. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

IMSERSO. (2014). *Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE. (2003). *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.



Kontula, O. (2004). Bi-and Homosexuality in the National Surveys in Europe. En Digoix, M. y Festy, P.(Eds.). *Same-sex couples, same-sex partnerships, and homosexual marriages: A Focus on cross-national differentials*. Documents de travail n.º 124, INED, París, pp. 211-223.

Mesquida González, J. M., Quiroga Raimundez, V. y Boixadós Porquet, A. (2014). Trabajo Social, diversidad sexual y envejecimiento. Una investigación a través de una experiencia de aprendizaje-servicio. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 21, 177-192. DOI: 10.14198/altern2014.21.09

Newman, S. y Sánchez, S. (2007). Los Programas Intergeneracionales: Concepto, historia y modelos. En Sánchez, M. (dir.). *Programas Intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades (37-69)*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.

Villar, F., Serrat, R., Fabà, J. y Celdrán, M. (2015). As Long as They Keep Away From Me: Attitudes Toward Non-heterosexual Sexual Orientation Among Residents Living in Spanish Residential Aged Care Facilities. *Gerontologist*, 55(6), 1006-1014. DOI: 10.1093/geront/gnt150

Wilkinson, R. G. y Marmot, M. (Eds.). (2006). Los Determinantes sociales de salud: los hechos probados. Organización Mundial de la Salud: Ministerio de Sanidad y Consumo.



TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES Y DEPRESIÓN DEL ANCIANO

David Bueno Montero, Isabel Méndez Cardoso

Resumen

El Trabajo Social como profesión va encaminado a conseguir el bienestar social de la población. Promoviendo la capacidad de los individuos para intervenir en la propia comunidad activa y conscientemente para lograr la satisfacción de las necesidades sociales. La participación de este grupo de personas en las terapias con animales es un camino más para alcanzar mejorar la calidad de vida de las personas que atendemos.

Abstract

Social work as a profession is going to get the wellness of population. Promoting the capacity of the people to work active and consciously in their own community to meet the social needs. The group work in these kinds of therapies with animals is a new way to get a better quality of life the people whom attend.

Palabras claves: Depresión, Anciano, Terapia, Autoestima.

Key Words: Depression, Elder, Therapy, Esteem.

Epidemiología depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad.

En España los datos muestran una prevalencia de depresión en población general de entre 5 y 10 % a lo largo de su vida.

Epidemiología depresión en el anciano

La patología psiquiátrica tiene una elevada incidencia en las personas ancianas, y la depresión constituye el diagnóstico más frecuente con una prevalencia entre el 6 y el 20 %.

La depresión puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad, suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida.

La sintomatología de la depresión cursa con estado de ánimo bajo, disminución del interés en casi todas las actividades. Anhedonia y apatía. Alteraciones importantes en el peso y en el patrón del sueño. Pueden presentar además síntomas cognitivos como la disminución de la capacidad de concentración y atención.

Existen factores que tienden a enmascarar la depresión en el anciano, como la dificultad para quejarse o reconocer que están tristes, que los síntomas propios de la depresión se atribuyan erróneamente al envejecimiento, o que el humor deprimido se interprete como serenidad. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que hace que se complique el diagnóstico y pronóstico.

El suicidio en el anciano depresivo aumenta la incidencia respecto a otras etapas de la vida, se multiplica por dos la tasa general. Existen algunos factores de riesgo identificados: el sexo masculino, no tener pareja, soledad, cambios de residencia, consumo de alcohol, patología médica, entre otros.

Teniendo en cuenta que la pirámide de población ha experimentado una progresiva inversión, que las cifras de incidencia de enfermedades psiquiátricas están en aumento y que los síntomas propios de la depresión son tan devastadores, es todo un reto replantearse nuevas perspectivas terapéuticas.

Terapia asistida con animales y depresión, recorrido histórico

La Terapia Asistida con Animales consiste en una intervención en la que un animal es incorporado como parte integral del proceso de tratamiento, con el objetivo directo de promover la mejora en las funciones físicas y psicosociales de las personas tratadas. El afecto incondicional, la aceptación plena y la mejora de autoestima entre otros beneficios, han favorecido la implantación de esta práctica.

Los animales como seres vivos que son, se convierten en un estímulo multisensorial muy fuerte ya que son capaces de captar la atención y motivación del paciente.

Samuel y Elisabeth Corson realizaron un programa para evaluar la viabilidad de la TAA en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Estatal de Ohio obteniendo excelentes resultados. En 50 pacientes que no respondían al tratamiento tradicional incrementó la autoestima y mejoró la independencia y la capacidad de asumir responsabilidades para el cuidado de los animales.



Ian Robinson afirmó que estar con mascotas tiene influencias significativas disminuyendo los indicadores psíquicos de estrés y ansiedad. Además comprobó que el uso de animales de compañía en población anciana alivia los sentimientos de soledad.

McCurdy (1986), señala que las visitas de animales de compañía a pacientes ingresados en residencias de ancianos reducen la ansiedad, la tensión arterial y la soledad.

Se pueden destacar como beneficios de la TAA los siguientes:

- Mejora las habilidades de comunicación e interacción, potenciando las relaciones sociales.
- Reduce la ansiedad y la clínica depresiva. Aumento de autoestima y de autoconcepto.
- Fomenta la motivación y la participación, disminuyendo los sentimientos de inutilidad y de soledad.
- A nivel cognitivo estimula la memoria, la atención y la concentración.
- Disminuye la tensión arterial y la frecuencia cardiaca.

Objetivos

Los objetivos a alcanzar en las sesiones de Terapia Asistida con animales en ancianos con depresión son, entre otros, los siguientes:

- Estabilización clínica de la sintomatología depresiva, disminución de la ansiedad y tristeza.
- Potenciar las relaciones interpersonales y favorecer las habilidades de comunicación.
- Mejora del autoconcepto y de la autoestima, reduciendo las vivencias de impotencia y dependencia.
- Aumento del rendimiento cognitivo.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 60 años.
- Sintomatología depresiva activa.
- Repercusión en la funcionalidad e interferencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
- Asilamiento social y deterioro de las habilidades interpersonales.

Características del grupo

- Grupo abierto, en el que los pacientes pueden incorporarse en cualquier momento, con un mínimo de 8 participantes y un máximo de 10 participantes.
- La derivación al grupo ha sido realizada por el profesional de referencia (Psicólogo/Psiquiatra) de la Unidad de Salud Mental.
- Las sesiones han sido programadas con una duración de nueve meses, con una frecuencia de dos veces a la semana. MARTES Y JUEVES DE 11:30 h a 12:30 h.
- La duración de las sesiones es de 60 minutos.
- Las sesiones de terapia se desarrollan en el Aula de formación número 3, de la primera planta del Centro de Especialidades de Torrejón de Ardoz.

Metodología y estudio

- Selección de participantes y explicación del funcionamiento de las sesiones.
- Reunión inicial con los terapeutas caninos, para elaborar metodología y objetivos de las sesiones de terapia.
- Se llevarán a cabo reuniones de coordinación entre los profesionales de la Unidad de Salud Mental y los terapeutas integrantes de la TAA, frecuencia:
 - Antes de iniciar el grupo, presentación de pacientes.
 - Tras finalizar la intervención grupal.

Grupo de pacientes y diagnóstico

A continuación se detallan los diagnósticos médicos de cada uno de los pacientes que acuden a esta terapia.

	Diagnóstico
Antonio	Síndrome depresivo reactivo
Isidra	Síndrome ansioso depresivo
Carmen	Distimia
Agustina	Trastorno de adaptación mixto
Lourdes	Reacción depresiva prolongada
Francisco	Trastorno de adaptación depresivo
Josefa P.	Trastorno de ansiedad sin especificar
Josefa V.	Depresión neurótica
María	Reacción depresiva prolongada
Emericiano	Reacción depresiva prolongada



Conclusiones

La TAA no ha podido ser aun demostrada como una terapia ampliamente eficaz, aunque existen indicios que pueden llegar a plantearnos que podría ser un tratamiento conjunto en las Unidades de Salud Mental, como un proceso más de la atención sanitaria en ancianos con depresión.

Los beneficios de este tipo de terapia, no están todavía contrastados con estudios científicos y metodológicamente apropiados, pero los resultados objetivos, demuestran una mejoría clara en la clínica predominante en los pacientes diana de estas terapias. Se pueden objetivar mejoría en la autoestima, en la disminución de la tristeza y ansiedad propia de las depresiones en ancianos, disminución de las pautas de medicación.

Lo que sí resulta llamativo, es la alta vinculación a las TAA por parte de los participantes de los grupos, tanto es así, que llegan a formar grupos fuera del centro donde se realizan las terapias para compartir charlas, paseos, cafés.

Esto nos puede llevar a pensar, que la introducción de animales en el tratamiento habitual de las depresiones en ancianos, resulta un catalizador idóneo de las emociones y sentimientos, que permiten trabajar aspectos propios de la patología.

Bibliografía

La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención de la diversidad. Martínez Abellán, R. Universidad de Murcia.

Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.

Terapia Asistida con animales. Buil Martínez, I. Canals Sisteró, M. Universidad Autónoma de Barcelona. 2012.

Cusack O. Animales de compañía y salud mental. Fondo editorial de la Fundación Affinity, Barcelona.2008.

La terapia asistida por animales: el animal como co-terapeuta. Minguell Martín, F .

Organiza:



Patrocinan:



CONGRESO
TRABAJO SOCIAL
MADRID

trabajo social hoy:
una profesión,
múltiples ámbitos

Colabora:



#6CongresoTSMadrid