

Madrid, 15 y 16 de junio de 2011

# 5 CONGRESO

**TRABAJO  
SOCIAL  
MADRID**

**Trabajo Social Hoy:**  
nuevos **contextos**,  
nuevos **compromisos**,  
nuevos **retos**



**colegio oficial  
de trabajadores  
sociales**

## JUNTA DE GOBIERNO

- Decano: Manuel Gil Parejo
- Vicedecana: Esther Rianza Barrena
- Secretaria: M<sup>a</sup> José Planas García de Dios
- Tesorera: Mar Ureña Campaña
- Vocales: Yolanda García Fernández, José Luis Gil Bermejo, Daniel Gil Martorell, Estrella González Vizcaíno, M<sup>a</sup> Isabel López Serrano, José Ignacio Santás García y M<sup>a</sup> José Sánchez Tera

## EQUIPO DEL COLEGIO

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

**EDITA:** Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social  
Y Asistentes Sociales de Madrid

Gran Vía, 16  
28013 Madrid  
Tel. 91 521 92 80  
Fax 91 522 23 80

**e-mail:** [secretaria@comtrabajosocial.com](mailto:secretaria@comtrabajosocial.com)

**Revisa, diseña y maqueta:** Equipo del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

**ISBN: 978-84-615-0811-2**

## PRESIDENCIA DE HONOR

SM La Reina

## PRESIDENCIA DEL CONGRESO

D. Manuel Gil Parejo

## COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidenta:** Dña. Blanca Azpeitia García

Dña. Gema Gallardo Pérez

D. Daniel Gil Martorell

Dña. Teresa Gómez Moraleda

D. Francisco Javier García Castilla

Dña. Berta Lago Bornstein

Dña. Santa Lázaro Fernández

Dña. Alfonsa Rodríguez Rodríguez

## COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidenta:** Dña. Mar Ureña Campaña

Dña. Miguela Arévalo García-Gasco

Dña. Lourdes Ayala Rey

Dña. M<sup>a</sup> Isabel López Serrano

D. Julián Martín Olea

Dña. M<sup>a</sup> José Planas García de Dios

D. José Ignacio Santás García

**Coordinación Técnica**

Dña. Estrella González Vizcaíno

## PRESENTACIÓN

Estimadas/os colegas y amigas/os:

Tengo el placer de presentaros la publicación del 5º Congreso Trabajo Social Madrid, organizado por el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid con el título "**Trabajo Social Hoy: nuevos Contextos, nuevos Compromisos, nuevos Retos**".

Han pasado quince años desde la celebración del 1er Congreso. Durante este periodo nuestros congresos se han ido consolidando como un espacio de reflexión y diálogo sobre la realidad actual, con el fin de diseñar nuevas líneas de acción en el Trabajo Social.

En esta 5ª edición, se ha pretendido **provocar la reflexión sobre la naturaleza y el papel del Trabajo Social de hoy** en su acción sobre los problemas sociales. Además, servirá para **mejorar la capacidad de las/os profesionales** para desarrollar procesos de intervención social de calidad que promuevan el bienestar de la ciudadanía.

El libro digital, al igual que el Congreso, se estructura en torno a tres ejes temáticos interrelacionados: **los nuevos contextos** sociales y profesionales que se dan en el momento actual, **los nuevos compromisos** del Trabajo Social con esta realidad y **los nuevos retos** a los cuales como profesión tenemos que dar una respuesta.

Desde estas líneas iniciales, quisiera agradecer el trabajo desarrollado por *el Comité Científico y el Comité Organizador*, así como el de todas las personas que con su bien hacer (ponentes, comunicantes, congresistas, equipo del Colegio, colaboradoras/es y patrocinadores) han contribuido al éxito de este Congreso.

Esperamos con ilusión que este Libro sirva para acompañar nuestra reflexión sobre nuestros compromisos con la sociedad y nuestros retos como profesionales del Trabajo Social.

Un afectuoso saludo,



**Manuel Gil Parejo**  
Decano del Colegio

Presidente del 5º Congreso

## INDICE

### Ponencias

Página

#### Ponencia Marco. Nuevos Contextos.

- **Evoluciones y Desafíos del Trabajo Social.** ..... 10  
*Cristina de Robertis.*

#### Nuevos Compromisos.

- **Derechos Económicos y Sociales: nuevos y viejos compromisos del Trabajo Social.** .... 23  
*Natividad de la Red Vega.*

#### Nuevos Retos.

- **Recuperando la intervención social.** ..... 37  
*Pedro M<sup>a</sup> Sánchez Amado.*

### Mesas Redondas

Página

#### Nuevos Contextos. Sociedad, Ciudadanía y Trabajo Social.

- **Evolución social de España a raíz de la crisis económica.** ..... 47  
*Carlos Pereda Olarte.*
- **Asistencia personal: La prestación económica para la autonomía y la vida independiente.** ..... 54  
*Javier Romañach Cabrero.*
- **Trabajo Social: la disciplina y la profesión en los nuevos contextos.** ..... 83  
*Silvia Perdomo Molina.*

#### Nuevos Compromisos. Desde el Trabajo Social: liderando el cambio.

- **Trabajo Social: soñando con ínsulas de Justicia y Libertad.** ..... 91  
*José Manuel Ramírez Navarro.*
- **La sociedad científica: una estructura necesaria para una profesión. Asociación de Trabajo Social y Salud.** ..... 97  
*Agustina Hervás de la Torre.*
- **La ilusión de un proyecto compartido: Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión (EAPN Madrid).** ..... 105  
*Gema Gallardo Pérez.*

#### Nuevos Retos. Implicaciones del Espacio Europeo de Educación Superior en la Formación de los/as Trabajadores/as Sociales.

- **La formación de segundo ciclo en la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid.** ..... 111  
*Marta Blanco Carrasco.*
- **Investigación y Trabajo Social: Investigando en el pasado las claves del futuro de la profesión.** ..... 118  
*Laura Ponce de León Romero.*

## Nuevos Retos. Retos para la innovación en la intervención profesional: ética, Nuevas tecnologías y participación.

- **Tecnologías Educativas Libres en Entornos No Formales de Aprendizaje**  
**Una reflexión desde la acción: Asociación Semilla para la Integración Social**..... 125  
*Carlos Flores Álvarez.*
- **En busca de los derechos de ciudadanía del enfermo mental grave:**  
**rescatando sujetos, liberando identidades.** ..... 149  
*Concepción Vicente Mochales.*
- **Un repaso a cuarenta años de trabajo social y la aplicación de la ética en el ejercicio profesional.** ..... 183  
*Mercedes Santamaría Pastor.*

## Talleres Página

### Nuevos Contextos

- **Nuevas formas de gestión de Sanidad en Madrid.** ..... 194  
*Cristina Alonso Salgado, Agustina Crespo Valencia y M<sup>a</sup> Luisa Pérez Pérez.*
- **Habilidades para la intervención.** ..... 198  
*Angel Luis Maroto Sáez y Carmen Arenas Carbellido.*
- **Atención a las crisis de claudicación en las familias. Una difícil arquitectura.** ..... 202  
*M<sup>a</sup> del Pilar Munuera Gómez, M<sup>a</sup> del Carmen Domínguez Rosingana, Gema Álvarez Idarraga y Carmen Alemán Bracho.*

### Nuevos Compromisos

- **Experiencia de talleres de empoderamiento con mujeres a través del arte.** ..... 207  
*África Jiménez Cabré y Gema Palomo Ramírez.*
- **"Apostando por los procesos" Experiencias de mujeres en un proyecto de empoderamiento, crecimiento personal y creación de redes.** ..... 216  
*María Montero Monferrer, Ana García Barbeito y Elia del Rey Puentes.*
- **Pararse a pensar, sentir y compartir: experiencias en torno a la reflexión sobre la identidad profesional.** ..... 218  
*Grupo de reflexión sobre Identidad Profesional del Colegio de Trabajadoras/es de Madrid.*

### Nuevos Retos

- **¿Y quién me atiende a mí? Un abordaje del cuidado profesional.** ..... 220  
*José Luis Gil Bermejo y Pilar Pérez Roldán.*
- **La visión de "maestros y alumnos" en Trabajo Social.** ..... 223  
*Francisco Javier Pomar Fernández y Antonio Jiménez Fernández.*
- **Autoliderazgo y empoderamiento desde un abordaje emocionalmente inteligente en trabajo social: coaching para brillar con luz propia.** ..... 226  
*Vicenta Rodríguez Martín.*

**Nuevos Contextos**

- **Las personas sin hogar en España y la visión desde Europa.** ..... 233  
*Inés Irene Abril Stoffels.*
- **Intervención familiar en situaciones de tecnoadicciones.** ..... 242  
*Gema Álvarez Idagarra.*
- **Redibujando el modelo de familia: atención social a las familias transnacionales.** ..... 249  
*Nuria Díaz Sánchez y Verónica Díaz Sánchez.*
- **Atención Sociofamiliar a Pacientes y Familiares en situación de Enfermedad Avanzada, desde las UCP de AECC J.P. Madrid durante los años 2008 y 2009.** ..... 255  
*Marta Escudero Iglesias, Ana del Amo Pinillos, Begoña de Cevallos de Diego y Mercedes de la Peña Escudero.*
- **Trabajo Social y la educación de las personas adultas.** ..... 266  
*Dolores Fernández Fernández.*
- **Autismo y Trabajo Social.** ..... 277  
*M<sup>a</sup> Cruz Herrero García, Rocío Esteras Calderón M<sup>a</sup> del Pilar de Tuero Gil-Delgado.*
- **La atención sociosanitaria en los nuevos contextos multiculturales.** ..... 285  
*Ana Moreno Moreno, Noemí Blanes Palomar, Marta de Bordons Bordallo y Emma Díez Fontan.*
- **Reconociendo la necesidad del trabajo social en A.I.E.** ..... 292  
*Tatiana Romero García.*

**Nuevos Compromisos**

- **¿Intervención relacional en Servicios Sociales? Un caso de familia alcohólica.** ..... 305  
*Manuel Antelo Brioso y Monserrat López Bayona.*
- **La intervención social a través del arte: Arteterapia y Trabajo Social.** ..... 312  
*M<sup>a</sup> Angeles Arquero Moreno.*
- **Trabajo Social narrativo e Intervención Social.** ..... 320  
*Pedro de la Paz Elez.*
- **El otro lado de la intervención social: Una aproximación a la violencia en el trabajo social.** ..... 328  
*José Luis Gil Bermejo.*
- **¿Sigue siendo la familia la principal cuidadora del enfermo mental?** ..... 337  
*Rosario Luis-Yague López.*
- **Hacia la movilización de la presencia terapéutica en Trabajo Social. Un enfoque basado en el Mindfulness.** ..... 342  
*Angel Luis Maroto Sáez.*
- **Mediación Familiar en situaciones de Dependencia: una apuesta por el derecho de cuidar sin conflictos.** ..... 347  
*M<sup>a</sup> del Pilar Munuera Gómez y Carmen Alemán Bracho.*
- **Intervención Social-Grupal con mujeres.** ..... 354  
*Soledad Sánchez Hernández, Raquel Millán Susinos, Esther Cuadrado Rodríguez, M<sup>a</sup> José Martínez Torrijos, Carmen Merino Gómez-Serranillos y Carmen Sanz Cabrero.*

## Nuevos Retos

- **Trabajo Social en Sanidad: el profesional de referencia en el maltrato infantil.** ..... 363  
*Noemí Blanes Palomar.*
- **El Servicio Social Internacional y de Restablecimiento del Contacto familiar: 40 Años de Protección a la Infancia y las Familias a través de las Fronteras.** ..... 369  
*Luis Carlos Chana García, Elena Girón Girón y Virginia Tapia Hompanera.*
- **Mayor Inversión en Gasto Social: Futuro del Estado de Bienestar.** ..... 375  
*Orlanda Díaz García.*
- **PRISMA, un servicio familiar innovador.** ..... 381  
*M<sup>a</sup> José Izquierdo Villaverde y Lourdes Fernández - Quintanilla Gallastegui.*
- **La Incapacitación Civil en Personas con Enfermedad Mental. A quién, por qué y para qué.** ..... 387  
*M<sup>a</sup> Rosario Luis-Yague López.*
- **El papel del Trabajo Social en los Equipos de Apoyo Social Comunitario.** ..... 392  
*M<sup>a</sup> Angeles Caneiro Villayandre, Juana Mancebo Muñoz, Raquel Munilla Rebollo, Luna Nieto Acero, Ignacio Paniagua Guijarro, Daniel Subirats Matías y Ruben Titos Rodríguez.*
- **Importancia de la prevención en la erradicación de la violencia a Mayores.** ..... 398  
*Rosario Paniagua Fernández.*
- **Evolución del Trabajo Social Forense.** ..... 405  
*Joaquína Sánchez Arenas y Silvia Jiménez López.*
- **Coaching: una nueva herramienta en el Trabajo Social.** ..... 413  
*Mercedes Sanjurjo Calatayud y Techu Arranz Bazagoiti.*
- **Reflexiones sobre la Intervención Social en ASP desde la experiencia de un Seminario sobre Trabajo Social de Casos.** ..... 419  
*Lucía Santos Santos, Araceli Cantero Sáiz, Juan Carlos Chans Pousada e Iefkiné Hamparzoomian Montilla.*
- **Trabajadores Sociales Solidarios (TRASS) una respuesta profesional en un mundo globalizado.** ..... 426  
*Mercedes Sundheim Losada.*
- **Investigación sobre los aspectos sociales de los trastornos de la conducta alimentaria en un grupo de estudiantes de Talavera de la Reina.** ..... 432  
*Miriam Valles Casas.*

## Posters

## Página

- **¿Es importante la figura del trabajador social en el hospital?** ..... 442  
*Noemí Blanes Palomar y Lourdes Calleja Gero.*
- **El diálogo permanente entre la teoría y la práctica.** ..... 444  
*Pedro de la Paz Elez.*



# 5 CONGRESO

TRABAJO  
SOCIAL  
MADRID

# PONENCIAS

# EVOLUCIONES Y DESAFÍOS DEL TRABAJO SOCIAL

## SITUACIÓN EN FRANCIA

Cristina De Robertis

*Trabajadora Social, Co-dirige la colección "Políticas e Intervención Social" en la Editorial EHESP (Ecole des Hautes en Santé Publique)*

Es un reto y un riesgo el intentar presentar las evoluciones, la dinámica y las fuerzas contradictorias en juego en el trabajo social francés. Es un desafío, pues en poco tiempo es muy difícil trazar un panorama a la vez claro y sintético. Es un riesgo puesto que puede ser considerado como la simplificación de una situación compleja y cambiante. Corro ese riesgo convencida de que el cambio es inherente al trabajo social, éste se construyó en el cambio y favorece el cambio<sup>1</sup> y la situación francesa lo confirma una vez más.

En Francia, dicho cambio se imbrica en « las determinaciones histórico-sociales que se registran en el país, en un período particular<sup>2</sup> ». Así, la época actual ha creado un proceso de búsqueda profesional, de cuestionamiento ético, de creatividad y de ruptura. Los valores del trabajo social han sido reafirmados y revisitados. Los métodos tradicionalmente utilizados fueron adaptados a los nuevos contextos, formalizados y conceptualizados de manera diferente. En este sentido algunos de los aspectos de este período, evocan el proceso de «reconceptualización» de los años 60 en América Latina<sup>3</sup>.

Esta conferencia se propone presentar dichos cambios y las líneas de fuerza presentes. Serán abordados los siguientes puntos: las transformaciones sociales y la nueva cuestión social, las políticas sociales actuales y sus consecuencias sobre el trabajo social, la misión de inserción y de creación de vínculos, los métodos revisitados, el renuevo ético que incita a una nueva postura de los trabajadores sociales. También veremos cuáles son los desafíos y perspectivas actuales y terminaré abriendo utopías.

## I. Nuevos contextos, transformaciones sociales

### 1. La nueva cuestión social

Al final del siglo XIX, « la cuestión social » movilizó los países industrializados europeos y dará nacimiento al trabajo social que se profesionalizó poco a poco. Era época de grandes transformaciones técnicas y económicas, de éxodo rural y de miseria de los trabajadores de las fábricas que vivían en un medio urbano frecuentemente insalubre. Hoy, haciendo un paralelo con aquella época, se habla de una « nueva cuestión social » para indicar el proceso de transformación económica que acarrea el retroceso social que vive el país. En una economía mundializada, con el ascenso de una ideología individualista que atomiza las personas desconectándolas de sus lazos colectivos, asistimos a la pérdida progresiva de las conquistas sociales Históricas y a la erosión del Estado de Bienestar Social. Aun más, dicha ideología

<sup>1</sup> SALOMON Georges Michel *Travail social et changement : accompagnement ou dépendance* – en La Revue Française de Service Social N° 162 – Paris – 3<sup>e</sup> trimestre 1991

<sup>2</sup> ALAYON Norberto (organizador) *Trabajo Social Latinoamericano, a 40 años de la reconceptualización*, Ed. Espacio Buenos Aires 2005

<sup>3</sup> *Desafío al servicio social ¿está en crisis la reconceptualización ?* Ed. Humanitas Buenos Aires 1976

tiende a considerar las personas responsables, e incluso culpables, de su situación; lo cual es “agregar el insulto al mal”<sup>4</sup>.

Los nuevos problemas sociales ligados a dichos cambios estructurales se repercuten en las personas, las familias, la juventud. Principalmente asistimos a un aumento importante del número de personas pobres que se evalúan a más del 10 % de la población. La desocupación, pero también el trabajo precario (contratos de corta duración, ínterin), a tiempo parcial (a veces muy pocas horas por semana) han visto la aparición de una nueva franja de personas vulnerables: los « trabajadores pobres ». Se trata de aquellos que no pueden sustentarse correctamente con el producto de su trabajo. Los problemas ocasionados por la exclusión social y la desafiliación<sup>5</sup> han sido estudiados por sociólogos y se repercuten en las políticas sociales y en la labor de los trabajadores sociales.

## 2. Redefinición de las políticas sociales y sus consecuencias para los trabajadores sociales

Para endilgar el proceso de exclusión y de precariedad de esta franja de la población, fueron definidas nuevas políticas sociales descentralizadas (según el principio proclamado que cuanto más próximo más eficaz), y que han sido clasificadas en dos grandes grupos:

- sectoriales (por tipos de problemas: alojamiento, dependencia, recursos mínimos, programas específicos a ciertas edades: infancia, juventud, personas mayores...)
- territoriales o transversales (políticas urbanas, inserción, prevención).

Al mismo tiempo asistimos a una disminución de recursos financieros y humanos destinados a lo social en clara contradicción con el aumento de los problemas sociales y de las solicitudes de las personas en dificultad. El imperativo es entonces hacer más con menos medios. Para ello, los nuevos modelos de gestión y de organización de las empresas han sido introducidos en los servicios sociales con el objetivo de racionalizar el trabajo, pero asimismo han favorecido la burocracia, los procedimientos pre establecidos, los requisitos administrativos cada vez más exigentes y complejos.

Ciertos aspectos de lo social, hasta entonces organizados por el Estado, son transferidos poco a poco al sector privado. Así los servicios de la primera infancia, los de las personas mayores o discapacitadas, están cada vez más asegurados por las instituciones privadas con objetivos de lucro. El Estado favorece la solvencia de las personas pobres atribuyendo ayudas financieras diversas para que ellas las utilicen en contratar servicios de firmas privadas. (Ejemplo A P A – allocation personnalisée d'autonomie)

Las consecuencias de estos cambios han sido muy difíciles para los trabajadores sociales profesionales. Han producido pérdida de puntos de referencia, gran desconcierto y nuevas interrogantes. Esta crisis de identidad, muy dolorosa tanto en el plano individual que colectivo, abrió asimismo nuevas posibilidades tales como:

- Reajustar el quehacer profesional a las exigencias de nuevos problemas sociales y de nuevas misiones.

<sup>4</sup> Citación de Margot Breton en Conseil supérieur du travail social, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Editions ENSP, Rennes, 1998

<sup>5</sup> CASTEL Robert *Les métamorphoses de la question sociale Une chronique du salariat* Ed. Fayard Paris 1995

- Reorganizar los métodos de intervención en trabajo social y su enseñanza, estableciendo un nuevo referencial profesional y de estudios
- Revisitar el posicionamiento ético y la deontología.

Estos cambios están en curso y, como todo período de cambio, crean inestabilidad y también nuevas oportunidades. Así el trabajo social está atravesado por dinámicas y fuerzas contrarias, unas llevan a un repliegue defensivo y protector, otras a la movilización, la creación y la transformación.

## II. Evoluciones del trabajo social

### 1. Las nuevas misiones del trabajo social

Es en este contexto que la finalidad del trabajo social es la lucha contra la exclusión social, y sus misiones son definidas por las políticas sociales en términos de acceso a los derechos sociales, inserción y creación de vínculos sociales.

La misión de creación o restablecimiento de vínculos proviene de la constatación que todo proceso de exclusión conlleva rupturas, pérdidas y aislamiento. Las personas « desafiadas » son más vulnerables en la medida en que disponen menos de los primeros amortiguadores a las dificultades que son la familia, las relaciones, el vecindario, los amigos, los grupos de pertenencia. Son los que Robert CASTEL<sup>6</sup> llama “individuos en falta<sup>7</sup>”: aquellos que han perdido las protecciones sociales, el trabajo estable, los recursos y que no pueden asegurar su autonomía social. Así cuando las bases desaparecen el individuo queda invalidado, pierde su identidad social y vive en la precariedad permanente.

¿En qué consiste la creación de vínculos sociales? Se considera<sup>8</sup> que cada persona establece tres formas de vínculo: el vínculo individual, el vínculo comunitario y el vínculo con la sociedad.

El primero se refiere a la recomposición de los lazos de sí mismo hacia sí mismo (de soi à soi), es decir invertir el proceso de desvalorización y de discapacitación para transformarlo en un proceso de adquisiciones: reconciliación con su propia historia, afirmación personal, capacidad a asumir sus roles familiares y sociales, valorización de la cultura específica en caso de minorías culturales... la dinamización de las personas pasa necesariamente por esta etapa de reconciliación consigo mismo y de fortalecimiento de la confianza en sí y en sus propias capacidades. Esto puede ser muy difícil puesto que ciertas personas estigmatizadas interiorizan la imagen negativa de sí mismas vehiculada por la sociedad.

El segundo es la vinculación de la persona a sus sistemas de pertenencia: los grupos, el vecindario. Todo lo que relaciona al individuo con su red de proximidad, desarrolla el espíritu gregario, crea solidaridad, permite esparcimiento y realizaciones. La integración a dichos grupos establece una solidaridad horizontal, y refuerza el vínculo individual ya que genera consideración social, valorización personal, y experiencias positivas que van a su vez mejorar la imagen y la confianza en sí mismo. Es también una

<sup>6</sup> CASTEL Robert *La montée des incertitudes*, Editions du Seuil, Paris, 2009

<sup>7</sup> « Individus par défaut »

<sup>8</sup> Rapport présidé par Philippe NASSE *Exclus et exclusions, connaître les populations, comprendre les processus*, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française, 1992

Conseil Supérieur du Travail Social, *Intervention Sociale d'aide à la personne*, Editons ENSP, Rennes 1998

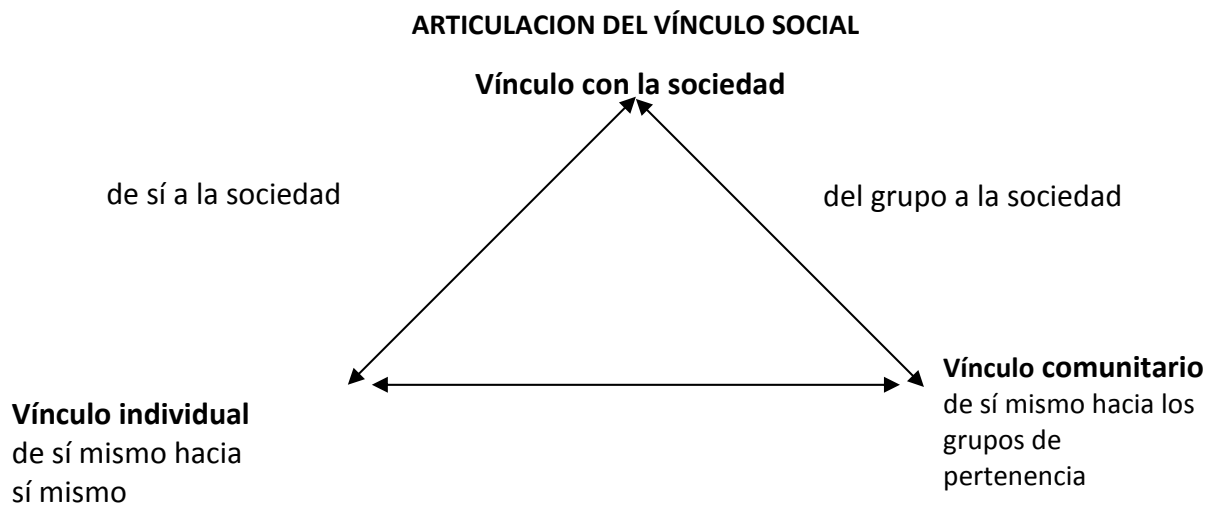
manera de modificar las representaciones colectivas y de luchar contra la relegación de ciertas zonas urbanas.

Estos dos tipos de lazos se relacionan a su vez con la sociedad fortaleciendo el vínculo con ella.

El vínculo de sí mismo hacia la sociedad incluye la reapropiación de sus derechos y de su lugar en la sociedad; pero quien dice derechos, dice también aceptación de sus deberes. Todos los derechos sociales y cívicos (protección social, recursos mínimos, salud, derecho de voto) tienen su contrapartida de obligaciones y exigencias, pues es este dar y tomar entre el individuo y la sociedad el que permite estar incluido y formar parte de la misma.

El vínculo entre el nivel comunitario y la sociedad aporta beneficios y obligaciones mutuas. Los grupos, redes, asociaciones y organismos locales no viven aislados, sino que forman parte de un conjunto y se articulan con otros grupos similares y con las autoridades competentes a nivel local, departamental, regional o nacional. Si un grupo de vecinos solicita un subsidio al municipio, deberá someterse a requisitos de presentación del legajo, a exigencias y controles, recibirá también, además del dinero, reconocimiento social.

Podemos representar la articulación de estos tres niveles de vínculo social de la manera siguiente:



## 2. Redefinición y reorganización de los métodos: qué y cómo

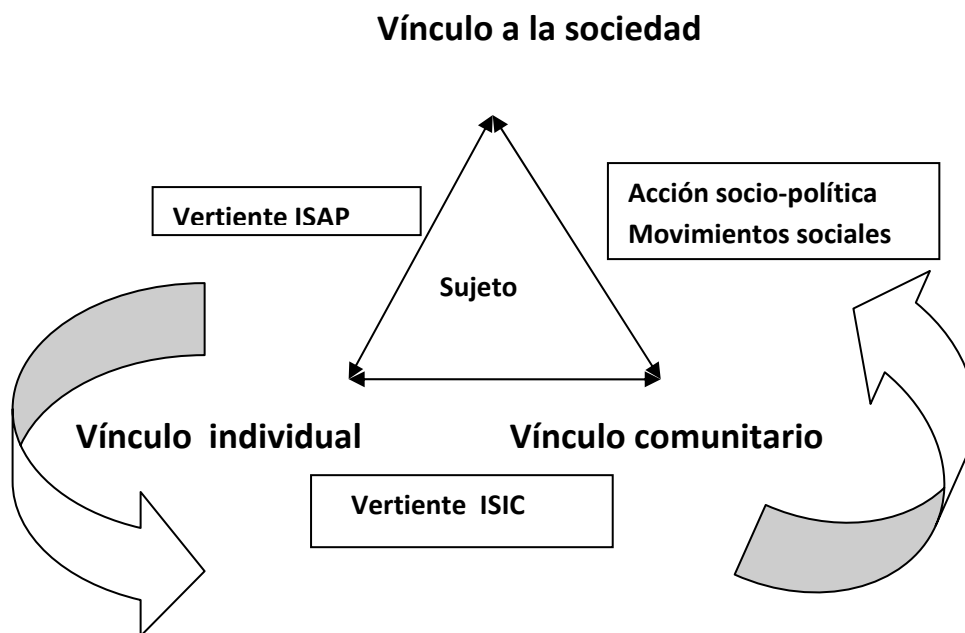
El referencial de formación de 2004 retomó la formalización de los métodos producida por el Consejo Superior del Trabajo Social: Intervención social de ayuda a la persona (ISAP) e Intervención social de interés colectivo (ISIC). Estos dos métodos constituyen el qué y el cómo de la intervención profesional y se sitúan a la vez en continuidad y en ruptura con las teorizaciones anteriores. En continuidad, pues se trata de métodos de intervención tanto a nivel individual y familiar, con personas consideradas en sus contextos de vida como seres sociales, que a nivel colectivo con grupos que asumen diferentes grados de implicación personal o social. En ruptura también, puesto que dichos métodos reactualizados no son separados, diferenciados, distanciados, jerarquizados y se trata de llevar adelante una ayuda en continuidad, mezclando diversos procedimientos y técnicas, utilizando aproximaciones tanto individuales como colectivas en interacción, con flexibilidad, utilizando toda una gama de posibilidades

diferentes. Es la finalidad de ayuda a las personas y de lucha contra la exclusión la que orienta esta articulación metodológica. En este sentido de continuidad y ruptura veo un paralelo posible con lo que fue en América latina el movimiento de reconceptualización del servicio social que hizo nuevos aportes y ajustó conceptos y teorías a los propios contextos latinoamericanos de la época.<sup>9</sup>

En el nuevo programa de estudios, ambos métodos tienen, por primera vez, idéntico volumen horario de estudio teórico y práctico. Esto es nuevo en la formación francesa que hasta ahora había dado poco espacio durante los estudios a los métodos de grupo y comunidad. Sobre todo la exigencia de prácticas de campo en dichos métodos impone nuevas obligaciones a los profesionales y a las instituciones que acogen los estudiantes para sus prácticas. Así los futuros profesionales tendrán una mayor capacitación en métodos de trabajo colectivos (grupo, comunidad, redes...).

Esta estructuración permite implantar el quehacer profesional en las misiones de creación de vínculos sociales, así como poner la persona al centro de la intervención. El esquema siguiente, que puede superponerse al anterior, nos presenta la dinámica de creación de vínculos y los métodos de trabajo social:

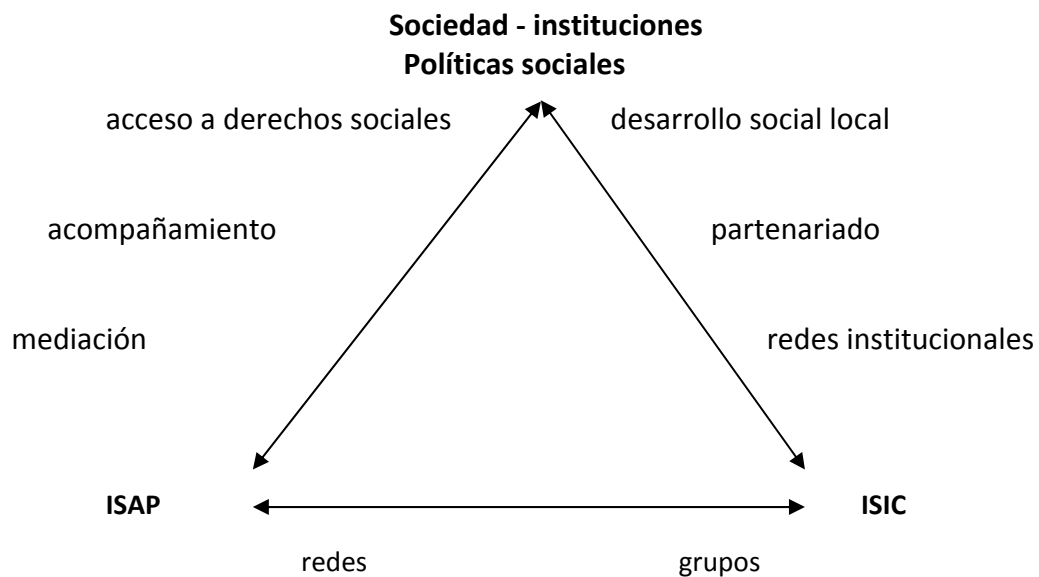
### Vínculo social y métodos profesionales



Esta recomposición en dos grandes bloques no excluye una diversificación de aproximaciones multiformes, flexibles y dinámicas, adaptadas a las diferentes situaciones particulares. Al contrario, vemos florecer al mismo tiempo teorizaciones de técnicas y procesos tales como el acompañamiento, el trabajo con redes, la mediación, el partenariado... Asistimos así a un doble movimiento de concentración y de diversificación de las referencias metodológicas que proponen métodos más integrados, mejor articulados, mejor coordinados, más flexibles.

<sup>9</sup> DE ROBERTIS C. Herman C. KRUSE, *un reconceptualizador del servicio social*, Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2011

Este conjunto de métodos y técnicas puede visualizarse de la manera siguiente:



Los métodos ISAP e ISIC pueden teorizarse como organizando diferentes dinámicas relacionales. Así la intervención de ayuda a la persona cuenta con varios escalones que pueden visualizarse de la siguiente manera:

**Dinámica**

**personal**

| \_\_\_\_\_ |

**Dinámica familiar**

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

**Dinámica de las redes primarias**

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

En el primer escalón sólo se trabaja con la persona, en cambio en el segundo se trabaja también con la familia. En la tercera dinámica estarán incluidos en la intervención los lazos con las redes primarias más cercanas. Cada escalón permite pasar de uno al otro, y analizar las fuerzas e interacciones movilizadas en cada uno.

En la intervención social de interés colectivo, esta misma percepción de las diferentes dinámicas relacionales en juego nos permite de ver los niveles de complejidad de la intervención.

5º Congreso Trabajo Social Madrid (2011). ISBN 978-84-615-0811-2

## Dinámica

### personal

| \_\_\_\_\_ |

### Dinámica

#### .... Interna al grupo

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

### Dinámica

#### .... .... Externa al grupo

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

### Dinámica

#### .... .... .... territorial

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Así en el primer escalón, el grupo tiene poca interacción, las personas están presentes pero no comunican o elaboran juntas. En el segundo rellano existe una dinámica de interacción interna, las personas comunican, intercambian, pueden así compartir momentos importantes, iniciar procesos de ayuda mutua. En el tercer tramo el grupo se abre al exterior, trabaja con otros, se integra en las actividades de la institución o del barrio. La dinámica territorial, que no todos los grupos alcanzan, exige una implicación en proyectos colectivos con diferentes actores. Esta construcción teórica nos permitió a la vez articular y diferenciar los diversos tipos de intervención social tratando así de clarificar conceptos y organizar de otra manera las referencias metodológicas.<sup>10</sup>

### 3. Un renuevo ético – para qué, porqué

A medida que los cambios erosionan las certezas, las costumbres, los preceptos, las obligaciones, la cuestión ética se ha puesto al orden del día en todos los ámbitos de la sociedad. El cuestionamiento de las normas sociales y sus instituciones fundamentales (la familia, la religión, la educación...), iniciada hace ya más de 40 años en mayo del 68, se prosigue con cambios importantes a nivel de la familia, del rol de las mujeres, de la juventud...

El trabajo social no escapa a esta interrogación ética y sus valores han sido revisitados y afirmados como invariantes del ejercicio profesional. Los valores del trabajo social son definidos por Brigitte BOUQUET<sup>11</sup> en tres categorías:

- *Valores humanistas* : respeto de la dignidad de la persona y la igual dignidad de todos, empatía, tolerancia, compasión, confianza en la persona y en sus capacidades y potencialidades, confianza en su capacidad de cambio y de autonomía

<sup>10</sup> DE ROBERTIS Cristina ORSONI Marcelle, PASCAL Henri, ROMAGNAN Micheline  
*L'intervention sociale d'intérêt collectif Du groupe au territoire*, Rennes Presses de l'EHESP Collection Politiques et interventions sociales 2008

<sup>11</sup> BOUQUET Brigitte *Ethique et travail social, une quête de sens* DUNOD, Paris, 2003

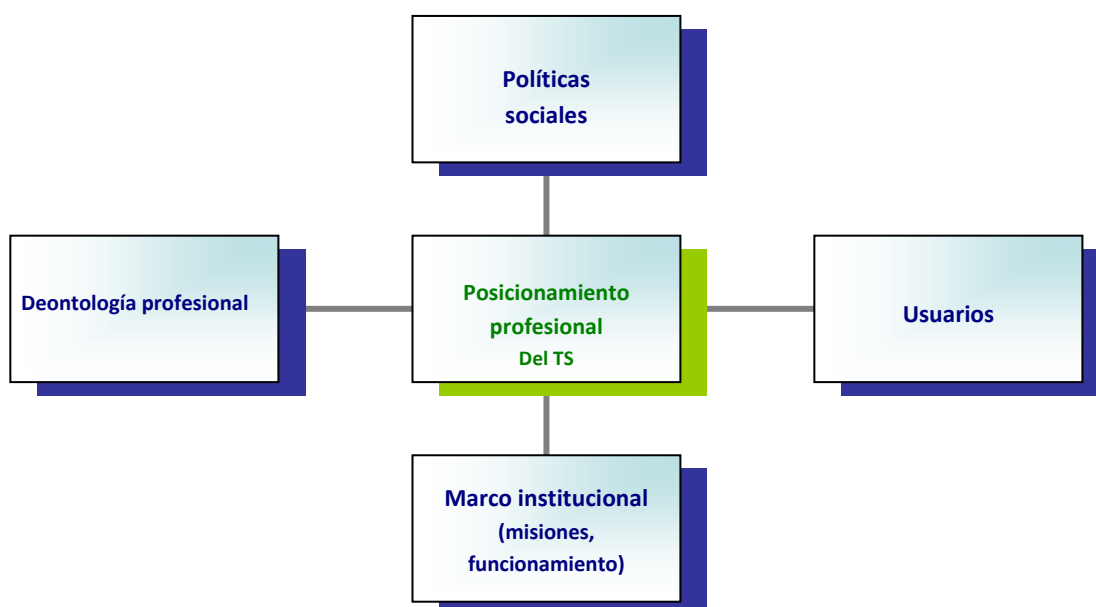


- *Valores republicanos y democráticos*: con la tradicional trilogía francesa proveniente de los fundamentos de la revolución de 1789: *fraternidad* (pertenencia a la misma familia humana, solidaridad); *libertad* (de opinión, de elección, autodeterminación); *igualdad* (de los ciudadanos ante la ley, idénticas oportunidades para todos). De estos valores democráticos surgen otros valores como el derecho, la justicia social, la cohesión social, la participación, la promoción, la ciudadanía;
- *Valores de competencia profesional* hacen referencia a obligaciones deontológicas de competencia, de conocimientos, de rigor, de eficacia, responsabilidad, creatividad, organización, de implicación y compromiso en su quehacer cotidiano. Los trabajadores sociales se dan como meta el de humanizar la sociedad, hacerla más llevadera a los más débiles pero también transformándola con ellos.

A partir de dichos valores éticos, el trabajo social ha definido su posicionamiento (o postura) profesional. Es decir cómo logra mantener un equilibrio inestable dentro de las contradicciones y tensiones existentes en su situación de práctica. El posicionamiento profesional puede definirse como la manera en que un trabajador social se sitúa al interior de lo que pueden considerarse los ejes constituyentes de su intervención:

- El usuario, la persona con sus diferentes dimensiones (individuo, grupo, colectivo, comunidad).
- El marco jurídico y legislativo de las políticas de acción social que a su vez se refieren a las grandes convenciones internacionales de protección de los derechos humanos.
- La institución que lo emplea, sus misiones, su funcionamiento, sus recursos.
- La deontología y la ética profesional basada en valores humanistas y democráticos.

Se trata de polos en tensión constante que obligan a un ajustamiento permanente y una reflexión ética sobre la práctica. Pueden representarse en el siguiente esquema:



Los trabajos del CSTS<sup>12</sup> han afirmado la persona, el usuario, como centro de la acción social y de las políticas sociales. La ley de 2002 que renueva la acción social y médico social ha reglamentado los derechos de los usuarios en términos de libertades individuales fundamentales: libre ejercicio de la libertad individual, respeto de la dignidad, de la integridad y de la vida privada e intimidad de la persona, se le ofrece la posibilidad de elegir entre las prestaciones propuestas, de acceder a la información, se le garantiza confidencialidad...

Esta reformulación ética, legitimada por ley, conduce a una nueva postura para el trabajador social quien está sometido a fuerzas a veces convergentes pero frecuentemente contrarias. El TS tiene constantemente que situarse entre las políticas sociales, las instituciones, los usuarios con sus problemas y su ética profesional. Vive así una situación de equilibrio inestable, siempre a reconquistar.

Para cumplir con las exigencias de la ley 2002, el CSTS propone una postura de alianza entre el trabajador social y el usuario. Una «práctica de alianza supone que, en la difícil posición de intermediario en la cual figura como asalariado de una institución, el trabajador social se sitúa del lado del usuario.<sup>13</sup>» Eso sí, «evitando complicidad, connivencia, fusión, pero también sometimiento, dominación o dependencia»<sup>14</sup>. Así la alianza entre el trabajador social y la persona busca una relación de proximidad, una relación horizontal sin por ende negar la situación asimétrica de cada uno.

Esta alianza ha sido analizada en otros términos por Michel AUTES quien afirma que el trabajo social tiene una doble y paradójica referencia<sup>15</sup>: por un lado la asistencia frente al sufrimiento social, es decir la responsabilidad de la sociedad de aportar ayuda y posibilidades a sus miembros más frágiles, y por otro los ideales democráticos de promoción, de auto-organización y de emancipación de las personas. Para llevar a cabo esta doble referencia el trabajador social debe asumir una cierta distancia: no estar completamente identificado con las instituciones sociales aunque éstas sean su empleador y estar en resonancia con las personas que se trata de ayudar. El trabajador social recibe su misión de las instituciones y las políticas sociales, pero su legitimidad la debe a las personas al servicio de quienes ejerce su profesión. El renuevo del trabajo social pasa entonces por un ideal de promoción de las personas, un proyecto emancipador y productor de cambios sociales. ¡Y una postura de alianza...!

### III. Desafíos y perspectivas

Así, en Francia, estamos viviendo un proceso de deconstrucción / reconstrucción tanto al nivel ético que a nivel metodológico. Los trabajadores sociales, se encuentran frente al dilema siguiente: dejarse desorientar por los cambios en curso y las dificultades del ejercicio profesional o intentar reapropiarse su devenir, transformarse en fuerza de proposición y de promoción de las personas más vulnerables.

Es esta segunda opción que pretendo promocionar. Tres propuestas me parecen poder recentrar el rol profesional en el contexto de cambios actual: la vigilia social, el acceso a los derechos individuales y colectivos y la promoción de la solidaridad.

<sup>12</sup> CSTS – *Intervention sociale d'aide à la personne* op cit

CSTS – *L'usager au centre du travail social*, ENSP, Rennes 2007

<sup>13</sup> CSTS *Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et de l'exclusion*, ENSP, Rennes 2007

<sup>14</sup> CSTS *L'usager au centre du travail social*, op cit.

<sup>15</sup> AUTES M., *Les paradoxes du travail social*, Ed Dunod, Paris, 1999

## 1. Vigilia social

El trabajador social se encuentra en contacto directo con las personas que padecen dificultades sociales, es este un lugar privilegiado para una vigilancia constante ante los problemas sociales emergentes. Muchos ejemplos nos muestran que son los trabajadores sociales quienes, los primeros, reciben elementos sobre dichas situaciones. En su tiempo, en Francia, fueron los asistentes sociales los que al inicio diagnosticaron los problemas de endeudamiento familiar, de éxodo al campo de las familias con subsidios de recursos mínimos...

El rol de vigilia, de vigilancia social, solicita nuestra capacidad diagnóstica y nuestra capacidad de investigación. Debemos así estudiar los nuevos problemas emergentes, definirlos, observar su impacto, su frecuencia, sus características... Dichas investigaciones, a partir de las situaciones concretas de terreno, serán una fuente de información y de proposición a las instituciones y a las autoridades encargadas de las políticas sociales. Esta posición de vigilia y de “hacer saber” nos instala en una dinámica de proyectos, de proposiciones, de experimentación.

## 2. Acceso a los derechos

En una época en que el derecho prima y que la desafiliación es sinónimo de pérdida y de ruptura, el trabajador social se apoya en el derecho y en la legislación para ayudar las personas a acceder a lo que les corresponde. ¿Cuántas personas ignoran sus derechos? ¿Cuántas solicitan un apoyo jurídico? Sin pretender remplazar un abogado o consejero jurídico, el trabajador social aportará orientación y acompañamiento, facilitando el acceso a las posibilidades de las instituciones y orientando hacia los profesionales especialistas en caso de necesidad. También velará a orientar las personas en los trámites de recurso ante las decisiones institucionales que les son desfavorables.

La asociación nacional de asistentes sociales (ANAS) en Francia ha lanzado un grupo de trabajo sobre “el derecho a los derechos” (Droit aux droits). Se trata de hacer estudios técnicos y recomendaciones a los profesionales y a las instituciones en caso de transgresión o incumplimiento de los derechos de las personas. Un primer dossier ha sido publicado<sup>16</sup> sobre la manera muy diferente en la que los consejos departamentales aplican la obligación legal de ayuda al alojamiento de las familias seguidas en el marco de la protección de la infancia, dichas disparidades causan perjuicio a las personas y hasta pueden llegar a ser ilegales. Otro llamado a la vigilancia de la profesión se refiere a los “servicios integrados de acogida y orientación” de las personas sin domicilio, esta nueva organización pretende re-censar las plazas disponibles de albergues y las personas solicitantes. Bajo argumentos de mejor gestión de recursos, la organización prevista interroga los profesionales sobre varios temas: control informático, ruptura del secreto profesional, fichaje de la población, discriminaciones posibles...

## 3. Promoción de la solidaridad

En nuestra sociedad actual y frente a una ideología individualista al extremo, promover la solidaridad y la cooperación es como remar contra la corriente. Sin embargo es lo que hace el trabajador social cuando utiliza métodos de intervención colectiva, favorece la ayuda mutua y la colaboración, promueve el trabajo con redes y el partenariado.

<sup>16</sup> [www.anas.fr](http://www.anas.fr) en La Revue française de service social N° 240 /2011 - 1

Articular los métodos individuales, familiares y colectivos, favorecer el trabajo con grupos, la ayuda mutua entre los miembros, solicitar la participación de las personas, trabajar hacia el “desarrollo del poder de actuar” (pouvoir d’agir = empowerment) son formas de implicarse e involucrar a las personas en dicho proceso. La solidaridad no se decreta pero si se aprende y se desarrolla, lleva tiempo, necesita constancia, permanencia y orientaciones claras.

Es en dicho proceso que el trabajo social ayuda al advenimiento del ciudadano: aquel comprometido en la vida de la ciudad, partícipe y capaz de producir una mejora de sus condiciones de vida individuales y colectivas.

Pasar de la persona al sujeto y del sujeto al ciudadano es nuestra tarea de promoción y de solidaridad. Un ejemplo son las redes locales de intercambios de servicios y conocimientos que, sin mediación financiera, aportan relaciones humanas, dinamismos locales, multiplicación de posibilidades, valorización de las iniciativas, nuevas experiencias...

#### 4. ¡Abriendo nuevas utopías!

Más que nunca el trabajo social necesita nutrirse de nuevas utopías. La dinámica creativa del período de la reconceptualización del trabajo social en América latina está siempre presente en las nuevas generaciones. Pero ciertamente el contexto político – social, es muy diferente.

El trabajo social debe afrontar *dos riesgos* mayores: la mercantilización de la acción social y el retroceso social<sup>17</sup>. El primer riesgo está ya en marcha con la privatización de los servicios sociales, la merma del financiamiento público, la multiplicación de los “servicios” a las personas en términos únicamente de bienes materiales. El segundo riesgo posible engendra retroceso social en el sentido que se multiplican las acciones simplemente caritativas y filantrópicas como las que precedieron a la aparición del trabajo social. La solidaridad familiar, la proximidad entre pares, no pueden ser consideradas suficientes en un Estado de derecho donde el ideal republicano prona la igualdad de todos y la responsabilidad del Estado en materia de cohesión social.

Para enfrentar dichos riesgos, se trata de retomar un rol pionero. El trabajo social tiene que *reanudar con prácticas inventivas*, como lo fueron las de sus orígenes, apropiadas a los nuevos contextos y a los problemas actuales.

Hoy en día, el auge del *trabajo social colectivo* abre nuevas posibilidades de intervención a los trabajadores sociales. Una intervención más cercana de las personas, mejor articulada con la problemática actual y que facilita la inscripción de las personas en la sociedad y la adquisición de un rol ciudadano. El trabajo social no puede resumirse a un rol paliativo de redistribución, ciertamente necesario, pero no suficiente. Debe aspirar a una acción con las personas, al servicio de las personas y de sus proyectos. El incremento de la capacidad de acción de las personas (pouvoir d’agir = empowerment) es el corolario de estas formas de intervención para la cual la postura de alianza planteada por el CSTS, me parece esencial y llena de promesas.

El *desarrollo social local* representa la posibilidad de un trabajo social inserto en el territorio, en el barrio, en el vecindario. Se trata de diagnosticar los problemas sociales existentes, los recursos y las

<sup>17</sup> CSTS *Le travail social aujourd’hui et demain* Presses de l’EHESP, Rennes, 2009

fuerzas vivas presentes en el lugar y de movilizar los esfuerzos colectivos entre todos los actores presentes: instituciones, asociaciones, habitantes, autoridades, etc. La acción conjunta y de concierto podrá multiplicar las posibilidades de soluciones y recursos.

En este marco de prácticas creativas, *la investigación social profesional* es muy importante. El estudio sistemático de la práctica, de sus diferentes modelos, de sus variables, permite la construcción de conocimientos profesionales propios, operativos y generalizables. La posición de “praticien – chercheur” (práctico – investigador) genera cada día más investigaciones, reflexión y sistematización de la acción profesional. El control, evaluación y transmisión de la práctica profesional debe ser una tarea prioritaria de los mismos profesionales.

Al límite entre trabajo social y militancia social asistimos actualmente a una serie de *formas de resistencia* de las personas desfavorecidas, a menudo acompañadas por los trabajadores sociales. Ocupación de locales vacíos para albergar personas sin techo, denuncia de las condiciones de los desocupados, restablecimiento ilegal de la energía (gas – electricidad) a las personas pobres con corte de luz por falta de pago... En general estas formas de acción son más de denuncia y de concientización del público a través de la repercusión en los medios de comunicación, que verdaderas soluciones a término. Pero no se debe despreciar la fuerza de esta solidaridad en la adquisición de una visión más positiva de sí mismo. Recientemente en Toulouse, un grupo de trabajadores sociales denunció el cierre del albergue para personas sin techo del centro de la ciudad y su traslado lejos en los suburbios. La población de los sin techo en gran precariedad sufre también de problemas de salud. Unas 22 personas fallecieron en la calle en Toulouse el último año. Un “colectivo de defensa del trabajo social” decidió ocupar un local del Estado, vacío desde hace más de 2 años, allí instalaron un lugar de acogida, funcionando las 24 horas del día. El grupo de trabajadores sociales y militantes están dispuestos a mostrar a las autoridades que cuando hay voluntad se encuentran soluciones.

En el contexto social actual, tan difícil, la búsqueda de otro modelo de sociedad forma parte de los sueños, de las tentativas y experimentaciones. Una utopía ciertamente es algo que no existe, es una proyección, una esperanza. Pero la utopía marca la dirección hacia la cual queremos dirigirnos. A veces la utopía de ayer se encarna en el presente y se transforma en una nueva realidad.

## BIBLIOGRAFIA

- BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte, CHANTREAU André, LASSUS Pierre, *Dictionnaire critique de l'action sociale*, Bayard éditions, Coll. Travail Social, Paris, 1995
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL *Mutations de la société et travail social*, Rapport présenté par M. Daniel LORTHOIS, Les éditions des Journaux officiels, Paris, juin 2000
- CONSEIL SUPÉRIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rapport au Ministre, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Editions ENSP, Coll. Politiques et interventions sociales, Rennes, 1998
- CONSEIL SUPÉRIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, *Développer et réussir l'intervention sociale d'intérêt collectif*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2010
- CONSEIL SUPÉRIEUR DU TRAVAIL SOCIAL, *Le travail social aujourd'hui et demain*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2009
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL *L'usager au centre du travail social* Ed. ENSP, Rennes, 2007
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL *Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et de l'exclusion*, Ed. ENSP, Rennes, 2007
- BOUQUET Brigitte *Ethique et travail social, une quête de sens* DUNOD, Paris, 2003

- DE ROBERTIS Cristina, *Métodologie de l'intervention en travail social*, Bayard Ed., Paris, 1981 (en castellano Ed. Lumen Humanitas)
- DE ROBERTIS Cristina Herman C. KRUSE un reconceptualizador del servicio social, Ed. Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2011
- DE ROBERTIS Cristina, PASCAL Henri, *L'intervention collective en travail social, l'action auprès des groupes et communautés*, Le Centurion, Paris, 1987 (en castellano Ed. Lumen Humanitas)
- DE ROBERTIS Cristina, ORSONI Marcelle, PASCAL Henri, ROMAGNAN Micheline  
*L'intervention sociale d'intérêt collectif Du groupe au territoire*, Rennes, Presses de l'EHESP Collection Politiques et interventions sociales, 2008
- DUMAS Bernard et SEGUIER Michel, *Construire des actions collectives, développer les solidarités*, Chronique sociale, Lyon, 1997
- FREYNET Marie-France, *Les médiations du travail social, Contre l'exclusion, reconstruire des liens*, Chronique sociale, Lyon, 1995.
- INFORMATIONS SOCIALES, n° 83, *Travail social : l'individu, le groupe, le collectif*, CNAF, Paris, 2000.
- REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL *Le grand chambardement. Comprendre le changement, des clés pour reconstruire* n° 210 septembre 2003 ANAS Paris.
- REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL *Service social en 2005 : les fondements de la méthode, méthodologie et techniques*, n° 217 juin 2005 ANAS Paris.
- REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL *Ethique et responsabilité* n° 220 mars 2006 ANAS Paris
- REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL *Osons le collectif : changer de regard, changer de positionnement !* n° 232 mars 2009 ANAS Paris.
- REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL *Développer notre pouvoir d'agir : individuel, professionnel, institutionnel* n° 234 mars 2006 ANAS Paris.

## DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES: NUEVOS Y VIEJOS COMPROMISOS DEL TRABAJO SOCIAL

Natividad de la Red Vega

*Trabajadora Social. Doctora en Ciencias Políticas y Sociología.*

*Catedrática de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Valladolid.*

### 1.- Introducción: Relación entre Derechos Económicos y Sociales y Trabajo Social

Los derechos sociales y económicos<sup>1</sup> son una referencia constante en el trabajo social. Podemos afirmar que, el trabajo social, se ha ido desarrollando al compás y ritmo, aunque no solo, de los derechos sociales<sup>2</sup>. No solo, porque en la fundamentación del trabajo social como disciplina y como profesión, ha influido también el desarrollo de las ciencias psicosociales.

El trabajo social coincide con los derechos económicos y sociales, en el objetivo general que unos y otro se proponen; esto es, la garantía o el logro del mayor bienestar posible. Un bienestar que se pretende alcanzar desde el reconocimiento de la dignidad humana que entraña libertad, igualdad y justicia. Por ello, tal como se recoge al respecto en la Declaración del programa de acción de la ONU en Viena (1993), la diversidad de derechos humanos que se han ido desarrollando, son *universales, indivisibles e interdependientes, y están relacionados entre sí*, (punto5) y que *la democracia, el desarrollo y el respeto de los derechos fundamentales son conceptos interdependientes que se refuerzan mutuamente* (punto8).

Resulta de particular interés, como referencia en el tema que nos ocupa, el punto 10 de la Declaración del Derecho al Desarrollo que se expresa como sigue: *la persona humana es el sujeto central del desarrollo y debe ser el participante activo y el beneficiario del derecho al desarrollo*". (Resolución 41/128, 4 de diciembre de 1986).

Los derechos sociales, en el logro del bienestar social (mundo del utopos) se concretan, en cada contexto, a través de las políticas sociales (mundo del topos). El trabajo social contribuye a dicha concreción, desde el marco de las políticas sociales, traduciendo éstas a servicio operativo. Para un mayor bienestar social y, en el mejor de los casos, el trabajo social, contribuye también desde la experiencia acumulada de intervención, a la fundamentación del diseño de políticas sociales en las que se sitúa. De aquí, el compromiso clave y constante del trabajo social con los derechos humanos y sociales, a través de la concreción.

<sup>1</sup> Considerar los *derechos sociales*, hace imprescindible la referencia general al desarrollo y configuración de los *derechos humanos*; máxime si nos sumamos a las orientaciones que sostienen que ambos forman una unidad coherente, interrelacionada, e incluso indivisible, sin embargo, podemos convenir aquí en que los derechos humanos se configuran en el reconocimiento de aquellas exigencias necesarias para que toda persona humana pueda vivir de una manera digna. Los derechos sociales concretan los derechos humanos en una sociedad y por tanto en unas coordenadas histórico situacionales.

<sup>2</sup> Es ineludible tener aquí presente La *Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)* es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París, que recoge los derechos humanos considerados básicos.



De hecho, resulta evidente que, formular grandes principios, ideales o normas, suele ser inútil o ineficaz cuando no se concretan. Si a lo abstracto no le sigue la acción puntual, la teoría y las normas, por más altruista que sean, quedan vacías. Hace siglos los ilustrados propagaron la libertad, la igualdad y la fraternidad. Pocos gobiernos del mundo dejaron de suscribir la Declaración de los Derechos Humanos. Sin embargo su incumplimiento sigue siendo palpable.

En ese propósito de concreción, el trabajo social en cada sociedad, se ha ocupado más de aquellas personas, grupos y realidades, donde no llegan con regularidad los derechos sociales y las políticas sociales. La relación entre derechos y política sociales con la intervención social, parece derivarse de la saludable dinámica burocrática: descendente, ascendente y circular. Esto es aún más evidente cuando se trata de situaciones dinámicas y cambiantes lo que exige, no solo por razones democráticas, también por motivos de eficiencia, adecuar las orientaciones de las políticas y derechos sociales a las necesidades de bienestar de las personas.

Ello es así, porque las necesidades y demandas evolucionan y a veces desaparecen algunas; también pueden surgir otras nuevas, de aquí la necesidad de las continuas adecuaciones de unas y otras con los sistemas de protección social.

Recientemente escribe el profesor E. Gil, “La agenda social europea está en tela de juicio, no por el debate entre neoliberalismo y socialdemocracia, sino a causa de un hecho imprevisto: los vigentes sistemas de protección pública ya no responden a las nuevas demandas ciudadanos emergentes del cambio social...la sociedad busca una nueva protección social que aún no existe, mientras que las administraciones buscan unos servicios públicos que ya no protegen adecuadamente” (Gil, E. 2009: 151). Esto, que ocurre en todos los ámbitos de la protección social, se produce también en el campo específico del trabajo social.

Para adecuar los recursos y las intervenciones a las necesidades, en esa dinámica democrática, son necesarios profesionales capacitados que, por una parte, contribuyan a hacer efectivos los derechos reconocidos y las respectivas políticas sociales a través de proyectos operativos; pero también se hace necesaria, la presencia de profesionales capaces de detectar el surgir de nuevas necesidades, para las que no existen recursos, éstos no son adecuados para la respuesta a los derechos reconocidos o se hace preciso el reconocimiento y la dotación de otros nuevos. La investigación, el desarrollo y la innovación (I+D+I) son importantes en este proceso.

## 2.- Evolución y reconocimiento de los derechos.

Los derechos humanos y sociales, como categoría histórica, nacen y se desarrollan con la evolución de la sociedad, no sin obstáculos e incertidumbres y según momentos y circunstancias. Pueden diferenciarse, en su itinerario, al menos, tres generaciones: 1ª) los derechos civiles y políticos; 2ª) los derechos sociales, económicos y culturales; 3ª) los derechos colectivos y de los pueblos.

Los derechos *civiles y políticos*, son derechos individuales, de autonomía, de libertad, fundamentales. Constituyen los derechos llamados de primera generación. Están vinculados a una concepción formal de democracia. Se concretan en: derecho a la vida; a la igualdad; a la libertad; a la seguridad personal; a la integridad física y moral; a la intimidad; a la nacionalidad; a la propiedad; a la tutela y protección jurídica en pie de igualdad; a la libertad religiosa y de conciencia; a la libertad de movimiento dentro del Estado y fuera de él; a la libertad de pensamiento; de reunión u asociación; al electorado activo y pasivo; a acceder



a los órganos de gobierno y administración.

Los derechos de segunda generación, *derechos sociales, económicos y culturales*, constituyen una amplia categoría de derechos humanos, garantizados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>3</sup> y en otros tratados internacionales y regionales sobre derechos humanos jurídicamente vinculantes... Entre éstos se encuentran:

el derecho al *trabajo*, en concreto a condiciones laborales justas y equitativas, a la protección contra el trabajo forzado y obligatorio y a crear sindicatos y formar parte de ellos; el derecho a la *educación*, garantizando, por ejemplo, el derecho a una educación primaria gratuita y obligatoria y a una educación suficientemente disponible, accesible, aceptable y adaptable a cada persona concreta; El derecho a un *nivel de vida* adecuado; los derechos *culturales* de las minorías y de los pueblos indígenas; el derecho al disfrute del más alto nivel posible de *salud* física y mental, incluidas unas condiciones de vida saludables y la disponibilidad de servicios de salud accesibles, aceptables y de buena calidad; el derecho a una *vivienda* adecuada, que incluye la seguridad de tenencia, la protección contra desalojos forzosos y el acceso a una vivienda asequible, habitable, bien situada y culturalmente satisfactoria; el derecho a la *alimentación*, que incluye el derecho a no pasar hambre y el acceso permanente a comida nutritiva suficiente o a los medios para obtenerla; el derecho al *agua*, es decir, el derecho a disponer de agua suficiente y a contar con instalaciones higiénicas seguras y accesibles.

A pesar de las garantías internacionales respecto a estos derechos, en todo el mundo, no decrecen los millones de personas que padecen el hambre y la desnutrición de manera crónica, viven en barrios o asentamientos inadecuados para una vida digna, no tienen acceso a la educación primaria....

La tercera generación de derechos, viene dada por los llamados *derechos colectivos y de los pueblos*. Responden a los problemas de las sociedades actuales con sus necesidades e intereses relacionados con la solidaridad mundial. Incluyen los derechos relacionados con la libre determinación de los pueblos, la libre disposición de sus riquezas y recursos naturales, el derecho de las minorías étnicas, religiosas o lingüísticas a su religión y a su lengua, el derecho de los trabajadores migrantes a trabajar en otros países en condiciones dignas; el derecho a un medio ambiente sano, el derecho a la paz, al desarrollo, a la cooperación...

El avance de reconocimiento de derechos, sigue abierto hacia una cuarta y una quinta generación que incluyen, tanto los derechos de las generaciones futuras, como aquellos vinculados al avance tecnológico, científico, informático e ingeniería genética. También merecen atención los derechos vinculados a nuevas sensibilidades y nuevas reivindicaciones como son los derechos relacionados con la bioética (eutanasia, aborto, etc.), los derechos de los animales o los ecológicos (plantas, ríos, rocas y montañas).

La configuración de los derechos sociales, tal y como hoy los conocemos, ha evolucionado, según indican

---

<sup>3</sup> Es un tratado multilateral general que reconoce Derechos económicos, sociales y culturales y establece mecanismos para su protección y garantía. Fue adoptado por la Asamblea de las Naciones Unidas en la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976. Se compromete a las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado.

autores varios, conforme han ido sucediéndose tres momentos fundamentales (De Asís Roig, 1992: 34-38):

*positivación* o incorporación de los mismos al derecho positivo;

*generalización* o extensión de la titularidad de los derechos a todos los individuos;

*internacionalización* o instauración de un poder común por encima del estatal que reconoce estos derechos, los salvaguarda y garantiza frente al Estado.

Nos interesa aquí acercarnos a la consideración del cumplimiento de los derechos sociales reconocidos en los servicios sociales al ser, como es sabido, el contexto específico más habitual del ejercicio del trabajo social<sup>4</sup>.

## 2.1. El desarrollo de los derechos en los servicios sociales como marco específico del trabajo social<sup>5</sup>.

*La garantía de derechos y deberes esenciales* del sistema de servicios sociales sigue siendo una *cuestión clave* y conlleva al menos:

- a) que se trate de *derechos subjetivos* que puedan ser exigidos administrativa y judicialmente por las personas que cumplan los requisitos;
- b) que sean *universales*, comunes a todos los ciudadanos, sin agravios comparativos y por tanto sin que el nivel de renta o el territorio en el que vive cada ciudadano pueda ser excluyente.

Dada la naturaleza de las necesidades a las que responden, es también esencial que los servicios sociales, respeten y no renuncien a su identidad, desde la especificidad de cada situación en cada contexto.

Esto reclama el obligado *compromiso* del trabajo social en el cumplimiento de derechos. Y cabe preguntarnos ¿qué marco normativo ha de garantizar o garantiza esos derechos?

En el ordenamiento jurídico actual, ¿hasta qué punto vienen recogidas las exigencias de derechos subjetivos *universales de los servicios sociales*? *No resulta fácil la respuesta*, y ello por varios motivos:

Un primer motivo se debe a la existencia de *diversas formas de producción jurídica*, CC.AA., Administración General del Estado, Ciudades Autónomas, Territorios Históricos, Diputaciones Provinciales, Consejos Insulares, Comarcas, Mancomunidades, Ayuntamientos.

Además, el contenido material de los *servicios sociales está cambiando*, unas veces por exclusión (inmigración, drogadicción... antes sólo de los servicios sociales, ahora más de educación, salud...) y otras por adición (los enfermos mentales y crónicos).

<sup>4</sup> Sobre las normas y fundamentos internacionales, de los derechos sociales reconocidos, relacionados con los servicios sociales, puede verse A. VILA, "Los cambios legislativos en materia de servicios sociales", en D. CASADO (coordinador y coautor), 2010: *Leyes de servicios sociales del siglo XXI*, Madrid: Fundación FOESSA. Pp. 17 – 48.

<sup>5</sup> El contenido de este apartado, salvo leves cambios, coincide con el de la ponencia que presenté en el V Congreso de Servicios Sociales organizado por la FEMP, Zamora, junio de 2009. Servicios Sociales y derechos sociales.

Por otra parte, se *diferencia entre los servicios sociales generales o de atención primaria, y servicios sociales especializados*, que deberían ser únicamente dos niveles organizativamente diferenciados del mismo sistema y por tanto entrelazados entre sí<sup>6</sup>.

Cabe añadir también la *gran diversidad* de servicios sociales que además se han de centrar, con frecuencia, en las necesidades no cubiertas por otros sistemas (educación, salud, vivienda, empleo...) sin contar con dichos sistemas en la búsqueda de soluciones.

En este contexto *surge la Ley 39/2006*, de Promoción de la Autonomía y Atención a Situaciones de Dependencia. Esta Ley sí nace con pretensiones de universalidad y como reconocimiento de derechos subjetivos, justificado en la competencia del Estado para regular, al amparo del artículo 149.1.1.ª de la Constitución, las condiciones básicas en aquellas materias que guardan una relación directa o indirecta con los derechos reconocidos en la Constitución. Pudo haber nacido por vía de la legislación básica en Sanidad o en Seguridad Social, que sí tienen ya carácter universal en sus fines. Pero lo hace por vía de servicios sociales, lo que puede suponer una *oportunidad en el avance del reconocimiento de la universalidad* en el mismo sistema al que se inscribe la citada ley. Tenemos así una parte de servicios, correspondientes a dicha Ley, con reconocimiento y exigencia de universalidad, y otros no.

En el proceso hacia la universalización, encontramos además otras *oportunidades en el marco de los servicios sociales*<sup>7</sup>:

El avance, en los *nuevos estatutos de las autonomías*, en el que se *potencia el reconocimiento de los derechos y deberes* de los ciudadanos y los *principios rectores*, que repercuten de forma directa en los aspectos competenciales y organizativos en los servicios sociales.

La misma Ley 39/2006, del 14 de diciembre, que afirma expresamente en el preámbulo que “se trata ahora de configurar un nuevo *desarrollo de los servicios sociales* del país que amplíe y complemente la acción protectora (...) y dotar los recursos necesarios *para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantista y plenamente universales*”. Esto ha colocado a LPAASD en un lugar central de la reforma de los servicios sociales y, por ello, su impacto en los mismos ha sido fuerte.

*Las leyes de las CC.AA.* posteriores a la LPAASD incorporan importantes cambios que afectan a los contenidos, procesos y organización de los servicios sociales, derivados fundamentalmente del reconocimiento del acceso a los servicios sociales, como derechos subjetivos, lo que comporta la ampliación de los derechos y deberes de los destinatarios y usuarios de los mismos servicios sociales, que completan unas veces y fundamentan otras los procesos normativos<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> A todos los aspectos anteriores podemos añadir el problema competencial de las distintas Administraciones Públicas, lo que constituye un aspecto jurídico característico en el momento actual. Existe una tendencia evidente por parte de las Entidades Locales a sumir más servicios y prestaciones sociales, sin contar con los recursos propios para ello y sin que se avance en las modalidades de integración de servicios en el territorio entre servicios sociales y otros servicios afines.

<sup>7</sup> Sobre este punto puede verse VILA, A. (2009), “Derechos y deberes de los profesionales en la nueva legislación de servicios sociales”, en *Rev. Servicios sociales y política social*, nº 86: 71 -87.

<sup>8</sup> Al respecto nos advierte Alonso Seco que “las mejoras jurídico – institucionales en servicios sociales, no pueden realizarse en paralelo a las reformas de prestaciones y organización que los nuevos tiempos están exigiendo. Es prioritario prever cuales son los nuevos escenarios de actuación, su naturaleza en la sociedad actual, para luego llegar a objetivar esas normas jurídicas en los nuevos escenarios. De ahí la dificultad en concretar cuáles deben ser la mejoras jurídicas sin antes tener configurados los

## 2.2. La universalidad de los servicios sociales o la nostalgia de lo que aún queda por lograr

Como es sabido, *cada pilar* del sistema de bienestar social comprende un conjunto de actividades o áreas de actuación que *se ocupa de un bien básico*, al que pueden acceder *todos los ciudadanos*; así por ejemplo, el pilar de sanidad se ocupa de la salud, el de educación del aprendizaje y la formación... El bien y las actividades de ambos sistemas se han ido *extendiendo progresivamente en clave de universalidad*.

También los servicios sociales, para su configuración como cuarto pilar de bienestar, han de garantizar derechos universales. Todas las leyes de *servicios sociales incluyen* esta dimensión en la exposición de motivos. Se pretende así, que los servicios sociales sean una referencia a necesidades sociales universales, es decir, que todas las personas pueden considerarse con derecho a su satisfacción.

*Sin embargo*, el proceso de universalización en el caso de los servicios sociales *queda circunscrito al ámbito* de cada comunidad autónoma, e incluso en esa delimitación es aún endeble y, en algunos aspectos, confuso. De hecho, se encuentran situaciones en las que el sistema de servicios sociales actual *transgrede* frecuentemente este principio de *universalidad* y normalización, al limitarse a la atención de los que considera en situación de mayor necesidad, lo que por una parte estigmatiza a algunos y, por otra, excluye a otros. Esto no ocurre en la educación, ni ocurre en la sanidad.

Tal como nos indica Fantova, F. “los colectivos que encontraban y siguen encontrando barreras para disfrutar de los bienes, lo que han ido reclamando y reclaman cada vez más, es la accesibilidad universal, la no creación, y en su caso la eliminación, de barreras de todo tipo que les impide ejercer los mismos derechos sociales de los que disfrutaban otras personas. Además, los diferentes sistemas (sanitario, educativo, de transporte....) en la medida que se han ido construyendo y se van haciendo más accesibles, no sólo están beneficiando a las personas a las que antes discriminaban y excluían, sino al conjunto de la colectividad y a todos sus miembros” (2008: 29).

Conviene recordar que el reconocimiento de un *derecho social como derecho subjetivo* se construye a través de la delimitación de *cuatro elementos esenciales*: “Los sujetos titulares de derecho, los *requisitos* objetivos de acceso a la prestación, el *contenido de las prestaciones* a las que se tiene derecho y el *carácter gratuito o no* de esta prestación” (Tornos, 2005: 381)<sup>9</sup>.

En definitiva, - incide Alonso Seco - el reconocimiento de los derechos subjetivos y su exigibilidad desde los servicios sociales, encuentra su *garantía en un Estado de Derecho*, en las exigencias normativas y jurídicas, institucionales y sociales. El objeto material de los servicios sociales está incluido en el Capítulo III Título I de la Constitución en el que se contemplan los derechos y deberes fundamentales de la familia (art. 39.1), la infancia (art. 39.4), los emigrantes retornados españoles (art. 42), la juventud (art. 48), las personas con discapacidad (art. 49), las personas mayores (art. 50), etc. Por ello, “la competencia en la que se basa el Estado para regular las condiciones básicas en la atención a la dependencia, poniendo en

---

servicios sociales que exige la sociedad del momento” (Alonso Seco, 2007: 274). Ciertamente existen cambios motivados por las normas, pero no puede olvidarse que las normas han de facilitar y orientar adecuadamente los cambios.

<sup>9</sup> A su vez, en el documento CEPAL, Robert Alexy nos indica que para que los *derechos sean exigibles* ante la justicia, se necesita: a) que los derechos estén sometidos al control constitucional; b) que las normas consagren deberes objetivos (obligación general del Estado a proveer programas adecuados) o derechos subjetivos (el derecho personal a reclamar individualmente el acceso a un programa o una prestación); c) en tercer lugar, si los derechos se formulan como reglas absolutas o sólo como principios (que sólo se aplican hasta donde sea jurídica y fácticamente posible), y d) si la noción de derechos sociales apunta a un máximo o a un mínimo de bienestar (2006).

relación los artículos 49 y 50 con el 149.1.1 de la Constitución, es válida, a nuestro juicio, para el resto de los servicios sociales” (2007: 379).

Así pues, para la garantía de derechos en servicios sociales, se plantea aquí la necesaria consolidación del llamado en España, el IV pilar del Estado de Bienestar Social a través del marco *normativo básico*, con garantías comunes de universalidad de derechos reconocidos y criterios de homogeneidad en materia de servicios sociales, dejando el desarrollo normativo y las formas de organizarse en los ámbitos autonómicos y locales. Las vías efectivas podrían ser diversas:

- a) el desarrollo en la línea de la Ley 39/2006
- b) la inclusión en una Ley de Bases de Régimen Local<sup>10</sup>
- c) una Ley básica de garantías comunes en materia de servicios sociales.

El hecho es que, la ausencia de criterios normativos básicos, repercute en el propio sistema de servicios sociales y en su relación con otros servicios de bienestar social. Y también es un hecho que el trabajador social, como profesional clave en el sistema de servicios sociales, se encuentra ante el compromiso de colaborar a la dinámica más adecuada que garantice más servicios sociales y económicos a la ciudadanía.

### 3. Compromisos profesionales del trabajo social con los derechos sociales – antes y ahora.

Desde el marco próximo de los servicios sociales, el trabajo social, desde sus dimensiones operativas, viene contribuyendo a la concreción los derechos sociales. Estos, por ser humanos son universales, innegociables e inalienables<sup>11</sup>. Conviene recordar, que dichos derechos (Contreras Pelaéz, 1994):

- a. Suponen un protagonismo activo – prestacional por parte de los poderes públicos.

Es evidente la aportación del trabajo social a esta especificidad, no únicamente aplicando los recursos existentes, sino también aportando elementos conceptuales y operativos, para una organización más eficiente de los mismos recursos y para una política social *más activa*, que contribuya a la concreción de estos derechos.

Estas aportaciones constituyen una constante en el trabajo social, desde sus orígenes. Baste recordar

<sup>10</sup> El art. 18 de la actual Ley de Bases de Régimen Local, de 2 de abril de 1985, contempla el derecho de los vecinos a utilizar los servicios municipales y a exigir las prestaciones, o en su caso el establecimiento del servicio público cuando se trata de una competencia propia de carácter obligatorio, lo que comporta, en definitiva, el derecho a exigir la creación y funcionamiento de los servicios mínimos municipales. Esto se ha aplicado en transportes públicos, en suministros de agua o recogida de basuras; no parece tan claro cuando se trata de servicios sociales.

Uceta-Maza F.X. y García Muñoz, M., nos indican en la nota 14 del artículo, “Los servicios sociales en España: itinerarios comunes, escenarios divergentes”, Rev. *Servicios Sociales y Política Social*, nº 89, : El Tribunal Constitucional en su sentencia 148/86, consideró que no había conflicto de competencias en una posible Ley Nacional de Servicios Sociales puesto que en el ámbito de acción social o complementariedad de intereses y competencias y la “acción social puede así realizarse por el Estado, y a cargo de sus propios fondos y éste puede regular el procedimiento y requisitos formales para su concesión. Al hacer esto el Estado no invade el ámbito competencial de la Comunidad, no concurre con ella a la realización de los programas generales y normales de Asistencia Social, que le corresponden en exclusiva a ésta, y actúa dentro de sus competencias y atribuciones”. (2010: 89).

<sup>11</sup> Por su naturaleza, “pueden entrar en conflicto con otros derechos”. Así por ejemplo, los impuestos fiscales, de los que se nutren los derechos sociales, puede ser visto como un recorte del derecho de propiedad.

las experiencias de O. Hill desde la C.O.S y las mismas iniciativas de J. Shaw Loell, los esposos Barnett, J. Addams, etc.

R. Maurandi nos resume a este propósito las aportaciones de M. Richmond, cuando nos recoge la síntesis del enfoque de la Escuela de Antropología Aplicada, afirma, “sus intervenciones se dirigen a lo individual (venta al por menor) dice, y las reformas sociales exigidas por la sociedad (venta al por mayor) las llama; porque como en algunas ocasiones comenta, el trabajo social tiene siempre un desarrollo en espiral” (2009: 219).

**b.** Los derechos sociales tienen en cuenta las circunstancias específicas que condicionan la vida de los ciudadanos (nivel de renta, categoría profesional, edad, sexo, situación familiar, minusvalías...), son *derechos de la persona contextualizada*: se concretan en una circunstancias históricas, culturales y económicas; ello implica *estrategias de intervención y protección diversificadas* para, de esta forma, tratar de satisfacer las necesidades de todos.

Es aquí donde tiene un protagonismo importante, hoy como en el pasado, el trabajo social, puesto que contribuye a concretar los derechos en prestación sociales desde una intervención psicosocialmente fundamentada, o la multidimensión de las necesidades y no sólo desde la lógica normativa y burocrática.

**c.** La persona existe y es en permanente interacción y corresponsabilidad con sus semejantes. Los derechos sociales se *basan en la convivencia y la solidaridad comunitaria*.

Se ha repetido frecuentemente que el desarrollo de los derechos humanos, sociales, económicos, se desarrollan a medida que se despliegan los valores de la libertad, de la igualdad y la fraternidad; en ese proceso, la libertad y la igualdad han disfrutado de mayor atención en nuestras sociedades democráticas en las que se apostó por la individualidad de los sujetos en detrimento de la fraternidad que implica potenciar el nosotros (Camps, 1996).

El trabajo social, nace con pretensiones operativas y se inserta en el itinerario de la intervención social. Como afirma B. Lorente, “la intervención social, no puede pensarse como una práctica de la modernidad hija de la cuestión social; antes bien, hay que decir que su historia es vieja por lo que abundan en ella reminiscencias cristiana secularizadas” ( Lorente B. 2010: 54). En su trayectoria, la intervención social, impulsa lo colectivo, lo comunitario, el tejido social; en este sentido influye en la acción democratizadora en las necesidades de los sujetos y grupos, la solidaridad.

Nos dice V. Camps que “La solidaridad es una virtud sospechosa porque es la virtud de los pobres y de los oprimidos. El desahogo y el bienestar materiales al parecer, producen individuos egoístas e insolidarios, despreocupados de la suerte del otro y de los otros. Pero mi tesis no es esa. Lo que pretendo demostrar es que, incluso donde hay justicia, tiene que haber caridad. Mi objetivo es explicar la solidaridad como condición, pero, sobre todo, como compensación y complemento de la justicia. No me refiero, por supuesto a una “caridad” que ha servido demasiadas veces para encubrir lacerantes injusticias, sino a una solidaridad bien entendida que venga a contrarrestar, por la vía del afecto, las limitaciones de lo justo. La solidaridad es una práctica que está más acá de la justicia, pero también va más allá de la justicia: la fidelidad al amigo, la comprensión del maltratado, el apoyo al perseguido, la apuesta por causas impopulares o perdidas, todo eso puede no constituir un deber de justicia, pero si es un deber de solidaridad”. (Camps, 1996: 33-34).



Por otra parte, no hemos de olvidar que el avance de los *derechos sociales*, también desde su dimensión de justicia, se concretan *en la vida cotidiana*; de aquí la importancia de los procedimientos de gestión desde de las instituciones responsables, a través de la intervención social. Intervención, que ha de tener presente, tal como señala Banks (1997): 1) la *tensión entre derechos*, individuales, colectivos y bienestar; 2) cómo concebir el bienestar público cuando los *derechos e intereses de otras partes*, distintas al sujeto individual o colectivo, se encuentran afectados y 3) la dificultad de sustraerse a los *principios de la institución* desde la que se interviene.

Las dificultades a superar al respecto, comportan algunos *compromisos del trabajo social*, también antes y ahora. Así M. Richmond se preocupa e insiste en cómo ha de abordarse la ayuda desde la intervención profesional, para que no quede en mera burocracia y para que su aplicación genere promoción humana. Insiste en la importancia de disponer de *formación y tiempo* suficientes para que el profesional, desde su interés educativo, ejerza correctamente la función de “enseñar a auto –ayudarse”.

Desde sus orígenes, el trabajo social, considera la persona el centro de la intervención profesional, de acuerdo con la filosofía de los derechos económicos y sociales. Ello hace necesario, *reivindicar respuestas no previstas* en los derechos, unas veces, y otras, *cambiar* el modelo de intervención previsto en los *procesos* y procedimientos de la aplicación de los mismos derechos ya reconocidos. Por ello, el enfoque del compromiso correcto del trabajo social, también desde sus orígenes, ha tenido una intervención *reactiva*, de respuesta a carencia y necesidad (a través de la asistencia y la rehabilitación) y una dimensión *proactiva* (de promoción, prevención y sobre todo de desarrollo de posibilidades), de denuncia y previsión de necesidades y de recursos necesarios para su satisfacción.

Actualmente, estos compromisos, por parte del trabajo social, requieren de la *interdisciplinariedad y la investigación* y también, presentes en la preocupación de los profesionales desde sus orígenes. La interdisciplinariedad aparece ya en la preocupación en la intervención social de Mary Ellen Richmond, quien considera el trabajo social como una profesión educativa y curativa que interviene, según ella, desde los fundamentos psicológicos, sociológicos, filosóficos, cercana a la religión, por su carácter vocacional y respetuoso con la dignidad de los seres humanos.

Desde la atención a los compromisos del trabajo social, no podemos olvidar la importancia clave que se ha concedido en sus orígenes a la *sistematización de la práctica y a la investigación*. Se ha dicho que el trabajo social se ha pensado poco a sí mismo y que su relación con las ciencias sociales son más de deuda que de aportación, porque no devuelve tanto producto o conocimiento cuanto recibe de esas ciencias. Sin embargo, no siempre fue así. Podemos recordar como ejemplo, el libro de M E. Richmond, *El diagnóstico social* (1917) en cuya obra relata no sólo las actitudes y aptitudes del trabajo social, sistematiza además los métodos y técnicas aplicadas y unos años más tarde, en 1922 se ocupa de la sistematización de la metodología de la relación de ayuda, en su obra *El caso social individual*.

Nos indica al respecto R. Murandi, “el cuerpo teórico que M. Richmon sistematiza en su obra está en lo social... la universalidad de sus ideas y la comprobación de sus hipótesis de trabajo, junto a la honradez autocrítica, hablan de una científica de las ciencias sociales no al uso”. (Maurandi, R. 2010: 219).

La interdisciplinariedad, actualmente, es incuestionable para pasar de un modelo asistencial de intervención a *un modelo centrado en la calidad de vida* de la persona. Por otra parte, a lo largo de toda la trayectoria del trabajo social, se ha considerado que el centro de atención es la persona, que puede tener una carencia o una necesidad, pero no lo son, ni ésta ni la pobreza. De hecho, un sistema de

servicios sociales centrado solo en la pobreza o solo en las carencias y no en las posibilidades de las personas, no dejará de ser un sistema pobre.

Octavia Hill de quien M. Richmond había dicho “todo lo aprendí de Octavia Hill”, nos indica que desconfía del Estado Social en tanto que, interventor en exceso, porque anula la iniciativa y la responsabilidad individual. De igual forma se reveló contra cualquier dependencia desde un espíritu crítico, empezando por la C.O.S.: los pobres deben ser ayudados a ayudarse a sí mismos. Esa era su *premisa metodológica básica*. Desde ahí fomentó la perfectibilidad y la autorrealización como principios básicos del trabajo social” (Maurandi, 2010: 217).

El trabajo social, antes y ahora, se compromete con las *posibilidades* y las *potencialidades*, que constituyen el soporte de las dinámicas de calidad de vida, en cualquiera de las situaciones. Esto es más complejo para la intervención social, desde el trabajo social, que la intervención únicamente en las prestaciones o los servicios, pero es lo que constituye el eje de la profesionalidad.

Ello supone la atención a la asistencia y la rehabilitación, pero se hace preciso, desde la centralidad de la persona, prestar atención al modelo de calidad de vida de cada cual. En la actualidad este cambio de modelo, a medida que se desarrollan los derechos sociales, se hace mucho más evidente y ello, actualmente pasa por la interdisciplinariedad y es más congruente con el enfoque y contenido de los nuevos paradigmas.

Particular atención se ha prestado siempre desde el trabajo social a la *autonomía* y a la *autodeterminación* de la persona.

Marina, J.A., nos ofrece una definición de autonomía, como la “capacidad de un artefacto o un organismo para mantener su integridad y realizar operaciones dirigidas por metas propias atendiendo a las informaciones recibidas, a los contenidos de la memoria y a los propios criterios de evaluación” (1997: 29). Lo específico de la autonomía de las personas consiste en buscar *respuestas nuevas en función de las metas*. Y es algo propio de cada persona. Nos dice Ricoeur P. (2008: 70) que puesto que el ser humano es por hipótesis autónomo, debe llegar a serlo. La autonomía, como principio de acción en el trabajo social, ha estado siempre presente, y también la autonomía como resultado a través de la superación de las vulnerabilidades y condicionamientos, ha sido una característica constante en los propósitos de la intervención profesional. Volvemos aquí a la importancia de la persona como centro y protagonista del proceso de intervención social.

Y para ello como nos dice López, M.A., “A los seres humanos, para ser eficaces en lo que hacemos, nos hace falta *encontrar significado* a lo que hacemos y a lo que pretendemos. Podemos funcionar sin significados, con automatismos, rutinas, repeticiones de lo que hemos hecho otras veces, o con recetarios de actividades nuevas que nos proponen otros, pero si no encontramos el sentido de lo que hacemos, lo haremos mal, no aprenderemos y no indagaremos en cómo hacerlo mejor y tener un éxito mayor, en resumen, no avanzaremos”. (2009: 20).

Para que el profesional facilite el avance del significado que cada persona ha de buscar y alimentar en su capacidad de decisión, nos sigue diciendo López M.A., necesita *superar algunos mapas mentales de tipo disyuntivo* muy presentes en nuestra cultura. Así por ejemplo, no es infrecuente que tendamos a ver una situación personal, grupal o comunitaria, autónoma, carente o dependiente. Posiblemente, en casi todas las situaciones, existe mezcla de las tres dimensiones.



En la definición de derechos por ejemplo, en la misma Ley 39/2006, se especifica la cartera de servicios como derechos subjetivos ante situaciones concretas de dependencia; es mucho menor la previsión y descripción de respuestas para la promoción de la autonomía<sup>12</sup>. Desde una perspectiva pro activa, el comportamiento profesional, ha de partir de las *posibilidades de autonomía y autodeterminación en cualquier situación*.

De hecho, en la vida de cada cual, nadie somos autónomos, autosuficientes o independientes completamente. Vivir, implica una considerable cantidad de dependencias de distintos tipo, que cada cual se busca y que son queridas, porque son, para cada uno, necesarias en la realización de su proyecto de vida. Se trata de procesos y de grados de autonomía o de dependencia en cada caso (López M.A. 2009: 22). Existen ya actualmente, buenas prácticas desde el trabajo social, que serán muy favorables para avanzar en una intervención social, centrada en la persona, en sus posibilidades de autonomía.

En situaciones de vulnerabilidad y condicionamientos, que dificultan el acceso o el disfrute de los derechos sociales, comúnmente disfrutados por los ciudadanos, y obstaculizan la autodeterminación, no dejamos de poder tener poder efectivo si las cosas ocurren tal y como querríamos que ocurriesen, aunque no tengamos control sobre ellas.(Sen, A. 1997).

#### 4.- Compromisos del trabajo social y derechos: algunos dilemas

Los viejos y nuevos compromisos sociales del trabajo social, comportan algunos dilemas, en el marco de los derechos sociales que además se pueden ver agudizados en situaciones de cambio.

Así por ejemplo, en los procesos de autodeterminación, en el sistema de servicios sociales, surge con frecuencia el dilema de *cuanto apoyo* se ha de proporcionar al disfrute de los derechos humanos, sociales y económicos y *cuanta responsabilidad* e implicación se ha de pedir al ciudadano usuario del servicio o prestación. Cómo se combinan ambos procesos?. En este dilema, y para su aclaración, ha tenido una influencia considerable la llamada Tercer Vía, uno de cuyos exponentes es Etzioni A (2000: 51) quien afirma que, algunas personas abanderan los derechos humanos y personales y las libertades públicas, como principios inalienables, en los que sólo cabe tolerar excepciones bajo condiciones muy especiales; otras demandan que la gente viva con arreglo a sus obligaciones (ya sean de origen estatal o religioso), concediendo muy poca atención a sus derechos. En el núcleo de la Tercera Vía tiene que darse el reconocimiento de que una buena sociedad, combina el respeto de los derechos individuales y la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, con la expectativa de que sus miembros, vivan con arreglo a sus responsabilidades, para con ellos mismos, su familia y amigos y la comunidad en general.

¿Qué se quiere exactamente decir cuando hablamos de derechos y responsabilidades? Los *derechos individuales básicos son inalienables*, del mismo modo que no pueden ignorarse las obligaciones individuales de cada cual. Ello no significa que no haya derechos sin responsabilidades y viceversa. Así por ejemplo, nos indica Etzioni A., “ una persona que evade los impuestos, se despreocupa de sus hijos o falla a la hora de vivir conforme a sus obligaciones sociales, goza del derecho a tener un juicio justo, del derecho a la libre expresión y de otros derechos básicos”... “ a nadie se le puede negar lo necesario para vivir”. Y, en consecuencia, alguien a quien se le han limitado sus derechos – está en prisión y tiene limitados ciertos derechos -, no está exento de cumplir sus obligaciones de pagar impuestos, atender a sus hijos, no arrojar basura y otras responsabilidades sociales” (2000: 52-53).

<sup>12</sup> Puede verse sobre este punto concreto CASADO D. (2010) en los capítulos referentes a la Ley 39 /2006.

Todo ello nos conecta también con los viejos y nuevos compromisos del trabajo social. La complejidad de esos compromisos aumenta con la *complejidad de las situaciones* que demanda sin duda una mayor responsabilidad de *formación permanente*, para responder con eficiencia a las responsabilidades profesionales que el trabajador social tiene contraídas con la sociedad.

También parece abierto el *dilema* en la intervención social entre cuanto se han de promover, desde el trabajo social, los *derechos individuales o los derechos sociales*.

Desde la perspectiva de derechos económicos y sociales, viejos y nuevos compromisos, aquí como en la canción, los viejos y nuevos compromisos, siguen siendo los que exigen los tiempos, porque en cada circunstancia, cuando se considera a la persona como centro, la intervención basada en las alternativas entre lo asistencial, la rehabilitación, la prevención o la dualidad entre funciones profesionales, es una deformación de la respuesta coherente, como ya señalamos más arriba, lo que no significa que no prevalezca alguna de ellas sobre otras.

Si nos situamos en la ciudadanía que con más dificultad accede a los recursos de las política sociales y al disfrute de los derechos sociales, antes y ahora, constatamos que siguen prevaleciendo determinadas colectividades de riesgo: mujeres, niños, mayores... y otros nuevos como los migrantes.

Los cambios, en la realidad actual a los que hemos aludido, tienen claras implicaciones en la protección social y en las exigencias de los derechos económicos y sociales. Y tienen también claras repercusiones en el cómo el trabajo social se compromete con dichos derechos en la nueva realidad. De hecho, permanece el objeto y los fines del trabajo social, pero cambian los paradigmas, metodologías y técnicas por lo que la intervención social se ha de adaptar a los nuevos tiempos.

Otro de los *dilemas* presentes actuales en el tema que nos está relacionado con *cuánto de derechos ciudadanos individuales y cuanto de derechos de la familia*.

El avance de los *derechos de cada ciudadano*, del derecho individual, no solo de las familias, implica considerar a la persona en sí. Esto queda claro ante situaciones en las que, por ejemplo, las familias maltratan a los menores o a los mayores para expoliarlos económicamente o a través de la violencia doméstica. Sin embargo, y aquí la paradoja, para proteger eficazmente a una persona, se ha de *restaurar y reforzar su red de apoyo social*, con un papel principal de la *propia familia* y con importancia también de la red de apoyo comunitario. Parece que se trata de combinar ambas dimensiones; en los países donde más ha avanzado el Estado de Bienestar social, ha avanzado la protección social basada en los derechos individuales, y observamos que existe un mayor índice de suicidios, violencia de género y maltrato. Las dos dimensiones se hacen pues necesarias, la individual y la red de apoyo para el avance efectivo de los derechos de las personas (Gil, E. 2009: 161-163).

Por otra parte, y también en el apartado de los dilemas o paradojas, podemos ver que la exclusión social y la disminución del tejido social, parecen estar reclamando la atención a nuevas estrategias de cohesión social y al refuerzo de las redes de apoyo comunitario que comportan determinadas contradicciones; así por ejemplo, no es infrecuente que la organización de determinadas prácticas comunitarias conduzcan a ghettos y grupos excluyentes y cerrados. De aquí la importancia de los mediadores, no únicamente de cara a la inclusión intercultural, también con vista a que todo grupo, colectivo, que se incluye sea también agente de cohesión social, avanzando en la confianza y la ciudadanía, en la sociedad de la que forma parte.

.....

Como conclusión a tener presente, en los *compromisos del trabajo social*, antes y ahora, con los derechos económicos, sociales y culturales, podemos destacar su relación con:

- a. La cualificación y formación permanentes, para ser eficientes en b) y en c) en el logro de un mayor bienestar para todos, desde la dignidad, libertad, igualdad y fraternidad - solidaridad.
- b. La implicación de los derechos sociales económicos y culturales, los reconocidos, para su cumplimiento y los aún no reconocidos normativamente o reglamentariamente así como la atención para que, en uno y otro caso, tengan como centro la persona.
- c. La realización de estudios e investigaciones de todo tipo, particularmente a través de la sistematización de la práctica considerada esta también, fuente de conocimiento.

## BIBLIOGRAFIA

- ALONSO SECO, J. M. (2007)., "Mejoras jurídico-institucionales en los servicios sociales", en D. Casado y F. Fantova (coord.), *El perfeccionamiento de los servicios sociales*, Madrid: Fundación FOESSA y Caritas española.
- AÑÓN ROIG, M.J., (1994). *Necesidades y derechos. Un ensayo de fundamentación*. Madrid: Centro de Estudios constitucionales.
- ARA PINILLA, I., (1990). *Las transformaciones de los Derechos Humanos*. Madrid: Tecnos.
- ARTAL LA CASTA, M., EDGAR, M. y PÉREZ, J (1995). "Individualismo y análisis comunitarista. Una presentación del Comunitarismo a través de la obra de Amitai Etzioni y Alasdair MacIntyre", en *Revista Sistema*, nº124, 1995, pp.79-100.
- ASÍS ROIG, R. DE, (1992). *Las paradojas de los derechos fundamentales como límites al poder*. Madrid: Editorial Debate.
- BANHKS, S. (1997). *Ética y valores en trabajo social*. Madrid: Paidós.
- BENGOA RUÍZ DE AZÚA, J. (1992), *De Heidegger a Habermas. Hermeútica y fundamentación última en la filosofía contemporánea*, Herger, Barcelona.
- CABO MARTÍN, C.DE, *Democracia y derecho en la crisis del Estado Social*, *Sistema*, nº118-119, 1994, pp. 63-77.
- CAMPS, V. (1966). *Virtudes públicas*. Madrid: Austral. Espasa Calpe.
- CASADO, D., (2010), "La promoción de la autonomía y la atención a la dependencia" en RED, N. de la, CASADO, D, LORENTE, R. RUEDA, R. *La promoción de la autonomía y la atención a las situaciones de dependencia. Su aplicación en Castilla y León*. Valladolid: Comité Económico y Social Castilla y León.
- COLOM, D., (2008): *El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI, Consejo General de Trabajo Social.
- CONTRERAS PELÁEZ, F.J.,(1994): *Derechos sociales: teoría e ideología*. Madrid: Tecnos.
- CORTINA, A., 1994) "Del Estado de Bienestar al Estado de Justicia", *Claves de Razón Práctica*, Promotora General de Revistas, nº41, Madrid, , pp. 12-20.
- ETZIONI A (2000), *La tercera vía hacia una buena sociedad. Propuestas desde el comunitarismo*. Madrid: Trotta.
- FANTOVA, F. (2008), *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*, Universidad de Deusto, Bilbao.
- GARCÍA ROCA, J., "El desarrollo de los derechos sociales en un Estado de Bienestar", en VV.AA., *Bienestar Social y Desarrollo de los Derechos Sociales*, Ed. San Esteban, Salamanca, 1991.
- GARCIA ROCA, J. (2004). *Políticas y programas de participación social*. Madrid: Editorial Síntesis.

- GIL, E., (2009). "Cambio global y protección social" en Beltrán F. (coordinador). *Modelos sociales europeos*, Madrid: Fundación Rafael del Pino, pp. 151 -164.
- LOPEZ, M.A. (2010). "Autonomía personal", en *Revista Autonomia Personal* nº 1, pp. 18- 61.
- LORENTE B. (2010). "Intervención social como espacio polifónico", en MOSQUERA, C., MARTINEZ, M.J., LORENTE B. *Intervención social, cultural y ética: un debate interdisciplinario*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Pp. 39-61.
- LUCAS, J. DE, "Derechos humanos, legislación positiva e interculturalidad", *Rev. Documentación Social*, nº97, Madrid, 1994, pp. 73-90.
- MARINA, J. A.(1997), *El misterio de la voluntad perdida*, Barcelona: Anagrama.
- MAURANDI, R., (2010). "Hacia la profesionalización del trabajo social. Una profesión con rostro de mujer", en GUTIERREZ, A., *Orígenes y desarrollo del trabajo social*. Madrid: Ediciones Académicas. Pp. 213-248.
- RICHMOND, M. E. (2005 e.o. inglés 1917). *Diagnóstico social*. Madrid: Siglo XXI, Consejo General de trabajo social.
- RICOEUR P., (2008), *Lo justo*. Madrid: Trotta.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2008), "Los pilares de la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a situaciones de dependencia", en CASADO PÉREZ, D, *Coordinación de servicios sanitarios y sociales*, Barcelona: Hacer, 75-98.
- SEN A. (1997). *Bienestar, Justicia y Mercado*. Barcelona: Paidós.
- SOTO VALLE. J. I. (2009), "Transparencia y participación ciudadana en los gobiernos locales", *Revista de Estudios Locales*, nº 116, enero de 2009, 18-27.
- TORNOS, M. J. (1995), "Sistema català de serveis socials i organització administrativa", en *Fòrum*, n.º 11, 10-19.
- TORNOS, M. J. (2005), "Efectividad de los derechos y exigibilidad de los derechos sociales", en *Documentación Administrativa*, n.ºs 271-272, enero-agosto, 371-381.
- VILA, A.,(2010) "Los cambios legislativos en materia de servicios sociales", CASADO, D. (coordinador y coautor). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI*, Madrid: Fundación FOESSA. Pp. 17 – 48.
- VILA, A. (2009), "Derechos y deberes de los profesionales en la nueva legislación de servicios sociales", en *Rev. Servicios sociales y política social*, n.º 86: 71 -87.

## RECUPERANDO LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Pedro M<sup>a</sup> Sánchez Amado

*Trabajador Social.*

*Director de Formación para el Empleo de Lanbide-Servicio Vasco de Empleo.*

### INTRODUCCIÓN

En primer lugar quiero agradecer al Colegio de Madrid su invitación, a través del Comité científico del 5º Congreso, y de forma especial a Berta Lago por su interés mostrado por el proceso de reforma del Sistema Vasco de Garantía de Ingresos que impulsa el actual Gobierno Vasco desde su Departamento de Empleo y Asuntos Sociales.

Este Sistema, que tiene su actual referencia legal en la Ley 18/2008 del Parlamento Vasco Para la Garantía de Ingresos y Para la Inclusión Social, dispone de más de 20 años de trayectoria, cuando se impulsó en Euskadi la primera experiencia de renta de garantía de ingresos a través del Plan de Lucha contra la Pobreza de 1989. Aquel Plan creó el denominado IMI (Ingreso Mínimo de Inserción), que tuvo su refrendo definitivo en la Ley contra la Exclusión de los años noventa, que transformaba el IMI en Renta Básica, y su colofón en 2008, con la vigente Ley que pretendemos reformar.

Durante los últimos 21 años mi relación con este Sistema ha sido íntima. Desde 1990, año de mi diplomatura, hasta comienzos de 1995, mi ejercicio profesional estuvo ligado a servicios especializados relacionados con mayores, personas con discapacidad y, fundamentalmente, protección de menores. A comienzos de ese 1995 comienzo a trabajar en el Ayuntamiento de Ermua, municipio del interior de Bizkaia, limítrofe con Gipuzkoa, de unos 17.000 habitantes y cuyo contexto socioeconómico está ligado a la inmigración proveniente del resto de España en los 50, 60 y 70, como mano de obra para la industria metalúrgica (auxiliar del automóvil, armera y máquina herramienta). Desde ese instante hasta 2000 como trabajador social, y desde 2000 hasta finales de 2009 como Técnico de Servicios Sociocomunitarios, mi relación con el Sistema Vasco de Garantía de Ingresos ha sido constante e intensa, como he explicado.

Como en mi caso, en el de muchas personas, profesionales del Trabajo Social en Euskadi, la existencia de un potente sistema como este, residenciado en los servicios sociales municipales y forales, ha sido toda una oportunidad de empleo. De forma paralela, la incorporación de profesionales a los servicios sociales con este motivo, con fuertes subvenciones para gastos de personal a los municipios por parte de los sucesivos gobiernos autonómicos y forales, ha permitido la extensión por todo el País de una tupida red de Servicios Sociales de Base que han llevado el Trabajo Social municipal a todos los rincones de Euskadi.

Pero, ¿qué Trabajo Social?. ¿Con qué coste en nuestra credibilidad como agentes de cambio? ¿Para qué hemos estado en los ayuntamientos? Una parte de la respuesta la podemos obtener de lo que el alumnado de nuestras escuelas universitarias cree que es el Trabajo Social cuando comienza su formación. Me decía una profesora de primero de Trabajo Social de una universidad vasca que a la pregunta en el primer día de clase a sus alumnas y alumnos de “qué es un trabajador social”, la respuesta más repetida consistía en “la profesional que reparte ayudas económicas en los ayuntamientos”. ¿Es esto lo que somos? ¿Es lo que queremos ser?. ¿Cómo nos ve la ciudadanía que utiliza nuestros servicios? Solo recientemente, en algunos municipios como Ermua, nos habíamos

empezado a despegar de tareas administrativas y a preguntarnos si otra forma era posible. Si el Trabajo Social era posible.

Soy consciente de la simplificación a la que someto esta cuestión: desde mi experiencia profesional, en el estrecho, o ancho, margen de una administración pública, local, en Euskadi. Pero creo que muchas compañeras y compañeros entenderán algunas de las reflexiones que me llevan a escribir lo que escribo.

En septiembre de 2009 soy invitado a participar en el nuevo Gobierno Vasco, que se había constituido en abril de ese mismo año, como Director de Inclusión Social. La principal responsabilidad del cargo: la gestión del Sistema Vasco de Garantía de Ingresos. El principal impulso del Departamento y, probablemente, uno de los motivos de la invitación al Gobierno: la necesidad de transformar un Sistema de doble derecho: a la renta y a la inclusión, que solo había venido cumpliendo con el primero de ellos. El reto: hacer esa transformación reformando el Sistema manteniendo sus coberturas. La oportunidad: en colaboración con la Dirección de Servicios Sociales, aprovechar este cambio para reformar a su vez el Sistema de Servicios Sociales, que aprobó su tercera Ley en el mismo mes de diciembre de 2008 en que fue aprobada la de Garantía de Ingresos.

Dos reformas compatibles que deben servir para dotar a los Servicios Sociales y a sus profesionales de un contenido más relacional y comunitario, menos administrativo y burocrático. Hacerlo simplificando los trámites para el acceso a las prestaciones y trasladando su gestión de los servicios sociales a los de empleo, como complemento de una potentes políticas activas recién llegadas a Euskadi, que garanticen el derecho a la inclusión y la corresponsabilidad de la ciudadanía y la administración en el sostenimiento de un sistema público, desde premisas profundamente republicanas y laicas de gestión de las prestaciones económicas.

Y en estas estamos: la reforma de la Ley, que aprobará en el entorno del verano el cuarto hito (el tercero en forma de Ley) del Sistema Vasco de Garantía de Ingresos, ubicándolo en Lanbide-Servicio Vasco de Empleo, y relacionándolo con políticas activas de empleo innovadoras y potentes. Por eso no es de extrañar el cometido político que estrené en enero, con la creación de Lanbide, como director de Formación para el Empleo, y que la política vasca en esta materia resida en este ámbito. Euskadi se juega mucho con esta transformación. Y con el País, los profesionales que hemos gestionado estas prestaciones en la mayor parte de nuestra jornada de trabajo y que, por fin, dispondremos de tiempo para nuestro “viejo” trabajo social. La única oportunidad de sentirnos orgullosos de lo que somos, de recuperar el espíritu transformador que algunos respiramos en las frías mañanas del Casco Medieval de Vitoria, cuando acudíamos cada día a la Escuela, desde la vecina, pero lejana, Bizkaia, allá por 1987. Cuando vuelva a mi puesto de trabajo en Ermua, quiero hacer trabajo social.

## LA LEY PARA LA GARANTÍA DE INGRESOS Y PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

La Ley 18/2008 del Parlamento Vasco ha tenido la virtud de proporcionar a Euskadi el sistema de garantía de ingresos mejor dotado de España, y en la vanguardia europea. Pero esto solo es uno de los tres vértices que Europa señala como pilares del bienestar en este ámbito. Los otros dos: un buen sistema de servicios sociales y unos servicios públicos de empleo de calidad se están construyendo aún en Euskadi.

Los Servicios Sociales, como se ha expresado, a través del desarrollo de la tercera ley vasca, la 12/2008. Las dos anteriores, muy adecuadas cada una para su época, no llegaron a desarrollarse en su integridad.



La actual avanza con dificultades por la crisis económica y por la complejidad institucional de Euskadi y la necesidad de un amplio consenso político e institucional entre los municipios, las diputaciones forales y el Gobierno.

El Servicio Vasco de Empleo, con la denominación de Lanbide, literalmente “camino hacia el empleo”, se han creado el 1 de enero de 2011, tras producirse la transferencia de las políticas activas de empleo del Estado a la Comunidad Autónoma. Esta circunstancia es la que permite una oportunidad histórica de abrir espacio en los servicios sociales, especialmente en los municipales, para que abandonen la política de subsidios económicos y el trabajo asistencial al que abocan estas políticas, y aborden la construcción de un gran sistema, con entidad propia, sin políticas prestadas, que deben repensarse y dotarse de todo su sentido, para abandonar el trabajo sectorial y convertirse en verdadero sistema universal, con derechos subjetivos reconocidos y tasados.

El Sistema Vasco de Garantía de Ingresos se define en la Ley como un sistema autónomo. Es decir, su prestación desde los servicios sociales no obedece más que a una razón de oportunidad, de disponibilidad de recursos humanos y materiales para ser prestados. No había otra posibilidad que residenciarlos allí, puesto que el Sistema Vasco de Empleo no existía. Sin embargo, las referencias en la Ley al empleo como elemento fundamental de inclusión son constantes a lo largo de toda la Ley. Es por ello que, recibidas las políticas activas de empleo, la propia Ley pedía a gritos a una reforma, a pesar de su juventud, para llevar las prestaciones de derecho del sistema (Renta de Garantía de Ingresos y Prestación Complementaria de Vivienda), así como el subsidio de monoparentalidad que complementa la primera prestación, al sistema de empleo.

El futuro de estas prestaciones pasa por agilizar su solicitud y reconocimiento, la reducción de los tiempos de espera para su reconocimiento y cobro, y la conversión de su tramitación en un mero proceso administrativo. En el ámbito de los servicios sociales solo quedará, según está hoy previsto en el proyecto de Ley en trámite en el Parlamento Vasco, las ayudas de emergencia social, no periódicas, de carácter extraordinario y que deben estar sujetas a diagnóstico social.

## EL SEGUNDO DERECHO DE LA LEY: LA INCLUSIÓN

Es este segundo derecho, formulado de una u otra forma desde el inicio de este sistema en 1989, el gran reto pendiente. Un derecho de “obligado cumplimiento”, ya que es el objetivo último del ordenamiento vasco en esta materia y el elemento que convierte este ordenamiento en una legislación profundamente laica y republicana, además de convertirla en una ley de garantía de ingresos de segunda generación homologable a las mejores de Europa. No se atienden “pobres”, sino ciudadanos con derechos y obligaciones, que deben ser corresponsables con lo que el sistema les otorga como derecho económico cumpliendo con su activación para el empleo. Este segundo derecho se ha venido obviando, gestionando la prestación a lo largo de los años como una renta ciudadana incondicionada, que muchos defendemos teóricamente, pero que no es ni en fondo ni en forma la prestación de la que hablamos.

Y este derecho, así como el económico, es accesible para cualquier ciudadano, sea cual sea su situación administrativa de residencia en el territorio de Euskadi. Esta garantía tan amplia conceptualmente, así como económicamente (la prestación base para una familia de una persona parte de garantizar entre el 88 y el 100% del SMI, cantidad creciente en función del tamaño de la familia, (entre 658,50 y 1010,21 euros) a lo que se puede sumar la cantidad fija del complemento de vivienda, también como derecho subjetivo, con una cuantía entre 250 y 320 euros según las circunstancias, hace que debamos reflexionar

sobre la facilidad del acceso a la prestación y la dificultad para salir de ella, llegándose en muchas ocasiones a reproducir una trampa de pobreza que hace que las familias alarguen en exceso los tiempos dentro de la prestación.

Esto produce el indeseado efecto de aceptar la persistencia en la prestación como algo normal. No es sustentable ni personal ni colectivamente. En lo personal porque garantiza subsistencia, pero paraliza vidas. En lo colectivo, porque sufre una crisis de credibilidad social y financiación. (El sistema cuesta unos 400 millones de euros y atiende solo con las ayudas periódicas a unas 53.000 familias o más de 90.000 ciudadanos, en una comunidad de 2.100.000 personas). En algunas comarcas su prevalencia es de 38 prestaciones por cada 1000 habitantes. La media es de 25 por mil.

A cambio, el índice de pobreza de Euskadi, en especial en lo que hace referencia a la pobreza infantil, se ubica en la mitad de la media Española y en los niveles de los países más avanzados del centro de Europa. El Sistema devuelve al PIB vasco casi el doble de lo que cuesta (1,7 frente a 0,9 puntos)

El resumen del núcleo del cambio que pretende el actual Gobierno Vasco en esta materia tiene seis hitos:

1. Mantener las coberturas.
2. Mejorar la eficiencia del sistema.
3. Darle sustentabilidad económica y social.
4. Cumplir con el doble derecho: el económico y el de inclusión.
5. Construir un sistema de empleo que gestione adecuadamente la diversidad y que trabaje la empleabilidad de todas las personas sin excepción.
6. Descargar a los Servicios Sociales y a sus profesionales de las enormes tareas administrativas, propias del Sistema de Garantía de Ingresos, dando la oportunidad de desarrollar unos servicios sociales modélicos en el trabajo relacional y comunitario.

## LAS PERSONAS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL EN EUSKADI Y SUS DEDICACIONES

Según el estudio “El ejercicio profesional del Trabajo Social hoy”, de 2008, las profesionales del Trabajo Social en Euskadi dedicamos un 56% de nuestro tiempo a la intervención directa y un 44% a la intervención indirecta”. Según sus autoras, Ainhoa Berasaluze y Kontxesi Berrio-Otxoa, una media del 86,8 de las personas trabajadoras sociales hacen trabajo administrativo en Euskadi. En el ámbito de la administración local este porcentaje sube hasta el 89,4%, en otras administraciones es del 88,2 y baja algo en las entidades del tercer sector, situándose en el 85,1%. Por lo tanto, nuestro gran reto es abandonar las enormes dedicaciones temporales al trabajo administrativo y retomar con más brío el trabajo relacional y comunitario.

Pero tras más de 20 años surgen las dudas y los miedos. ¿Qué haremos ahora?. ¿Tenemos la formación y la experiencia necesaria para convertirnos en esos profesionales de referencia de los que habla la Ley de Servicios Sociales?. ¿Cuál es nuestra función profesional? ¿Qué va a ser de “nuestros usuarios” y cómo nos garantizamos que sigan acudiendo a nuestros despachos si perdemos el “poder del dinero”?.



¿Qué estrategias pondremos en marcha para hacer atractivos nuestros servicios sin ese “gancho”? Y, ¿dónde encontraremos estas respuestas?

En Euskadi las respuestas están en su tercera Ley de Servicios Sociales, de diciembre de 2008, pero llevo tiempo defendiendo, aunque resulte polémico y con evidente exageración, que somos una profesión casi “ágrafa”. Por lo que tengo mis dudas del verdadero conocimiento de la Ley, excepto quizás entre quienes por su juventud o situación laboral dedican tiempo a preparar oposiciones. Si la conociéramos mejor y, sobre todo, si la comprendiéramos en su verdadera dimensión, probablemente muchas de nuestras dudas, miedos y retos profesionales, estarían despejados y nos concentraríamos como profesión en la defensa de la Ley, de su desarrollo político y de su cumplimiento.

## “NUEVOS” ÁMBITOS DE OPORTUNIDAD: RECUPERANDO NUESTRO ESPACIO PROFESIONAL.

Nuestra profesión tiene dos aliados naturales en la recuperación de su espacio: su carácter científico y la legislación de la que se ha ido dotando el Estado del Bienestar.

En primer lugar debemos recuperar el Trabajo Social como ciencia. El proceso clásico que culmina con el diagnóstico social. Un diagnóstico riguroso, demostrable, homologable al de cualquiera de las otras disciplinas de las ciencias sociales. Debemos escribir más, sistematizar más nuestros procesos de intervención, dejando constancia escrita de ellos. Es también el momento de reivindicarnos como una profesión de acompañamiento en los procesos de evolución y transformación de las personas: el propio profesional como herramienta. En este contexto han surgido a nuestro alrededor profesiones u ocupaciones respetables, desde el “coaching” a la educación social. En este último caso la situación es paradigmática. Se ha ocupado de manera natural un espacio que desde el Trabajo Social hemos ido abandonando, cerrando nuestro ejercicio, de manera especial en el sector público, al ecosistema de nuestro despacho, tan cercano al trabajo individual, pero tan lejano del trabajo grupal y comunitario, de los domicilios, de los barrios, etc.

En este sentido, reivindico la vuelta a las “viejas” técnicas como la visita a domicilio, cada vez más abandonada por un trabajo sistemático, carente de tiempo suficiente y presionado por la demanda.

Como decía, el contexto legal no es un elemento menor. Está sirviendo para convertir a los servicios sociales en derecho subjetivo exigible, y nos encamina en la buena dirección, hacia

- El trabajo en la prevención y atención de la dependencia.
- El apoyo a las familias frente a la caída del apoyo social informal como consecuencia de la deseable incorporación de la mujer al mercado laboral y la no asunción de los hombres de esas tareas. En un contexto de una mayor diferenciación de los lugares de residencia, ocio, trabajo y formación. Todo ello, en coherencia con la conocida como “Ley de la Dependencia”.
- La atención a situaciones de vulnerabilidad y a la cronificación de las situaciones de exclusión, marginación y pobreza, en especial las situaciones de desprotección de menores, las situaciones de conflictividad de la adolescencia, la precariedad laboral o las dificultades de acceso a la vivienda.
- La prestación de servicios asociados al avance de la igualdad entre mujeres y hombres. Especialmente aquellos servicios que acompañen a mujeres en riesgo o situación de exclusión, de manera prioritaria con motivo de maltrato y violencia.

- El refuerzo de la red sociofamiliar de apoyo, con especial incidencia para las mujeres de esa red que siguen soportando la mayor carga de atención de las personas dependientes (crianza de menores y cuidado de mayores).

Todo ello desde un enfoque comunitario, con carácter procesual y superador de lo asistencial, y marcándonos unos objetivos de:

1. Mayor autonomía del sujeto.
2. Mejora de sus condiciones de vida.
3. Adaptación a los diferentes contextos de su desarrollo.
4. Superación de sus necesidades.

La conclusión debe ser el desarrollo profesional como profesionales del Trabajo Social, en el marco de unos servicios sociales constituidos en derecho subjetivo y universal, que gestione la diversidad. Unos Servicios Sociales con un catálogo de servicios y prestaciones, desarrollado a través de una cartera que debe definir las prestaciones y servicios mencionados, su acceso, su financiación y su nivel competencial. Con prestaciones técnicas, económicas y tecnológicas.

Una propuesta tentativa de un completo catálogo de servicios sería desde Euskadi, la que propone su Ley de Servicios Sociales:

1.- Servicios sociales de atención primaria:

- 1.1.- Servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación.
- 1.2.- Servicio de ayuda a domicilio.
- 1.3.- Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial.
- 1.4.- Servicio de apoyo a personas cuidadoras.
- 1.5.- Servicio de promoción de la participación y la inclusión social en el ámbito de los servicios sociales.
- 1.6.- Servicio de teleasistencia.
- 1.7.- Servicios de atención diurna.
- 1.8.- Servicios de acogida nocturna.
- 1.9.- Servicios de alojamiento:
  - 1.9.1.- Piso de acogida.
  - 1.9.2.- Vivienda tutelada.
  - 1.9.3.- Apartamentos tutelados.
  - 1.9.4.- Vivienda comunitaria.

2.- Servicios sociales de atención secundaria:

- 2.1.- Servicio de valoración y diagnóstico de la dependencia, la discapacidad, la exclusión y la desprotección.
- 2.2.- Servicios o centros de día.
  - 2.2.1.- Servicio o centro de día para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía.
  - 2.2.2.- Servicio o centro ocupacional.
  - 2.2.3.- Servicio o centro de día para atender necesidades de inclusión social.
- 2.3.- Centros de acogida nocturna.
  - 2.3.1.- Centro de noche para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía.
  - 2.3.2.- Centro de acogida nocturna para atender necesidades de inclusión social.
- 2.4.- Centros residenciales.
  - 2.4.1.- Centros residenciales para personas mayores.

- 2.4.2.– Centros residenciales para personas con discapacidad.
- 2.4.3.– Centros residenciales para personas con enfermedad mental.
- 2.4.4.– Centros residenciales para personas menores de edad en situación de desprotección.
- 2.4.5.– Centros residenciales para personas en situación de exclusión y marginación.
- 2.4.6.– Centros residenciales para mujeres víctimas de maltrato doméstico y otros servicios residenciales para mujeres.
- 2.5.– Servicio de respiro.
- 2.6.– Servicio de coordinación a urgencias sociales.
- 2.7.– Otros servicios de atención secundaria.
  - 2.7.1.– Servicios de información y orientación.
    - 2.7.1.1. Servicio de información social a la infancia y la adolescencia en situación de desprotección.
    - 2.7.1.2. Servicio de información y atención a mujeres víctimas de violencia doméstica o por razón de sexo.
  - 2.7.2.– Servicios de soporte de la autonomía.
    - 2.7.2.1. Servicio de apoyo a la vida independiente.
    - 2.7.2.2. Servicio de ayudas técnicas y adaptación del medio físico.
    - 2.7.2.3. Servicio de tutela para personas adultas incapacitadas.
    - 2.7.2.4. Servicio de transporte adaptado.
  - 2.7.3.– Servicios de intervención y mediación familiar.
    - 2.7.3.1. Servicios de intervención socioeducativa y/o psicosocial con familias.
    - 2.7.3.2. Punto de encuentro familiar.
    - 2.7.3.3. Servicio integral de mediación familiar.
  - 2.7.4.– Servicio de intervención social en atención temprana.
  - 2.7.5.– Servicios de atención sociojurídica y psicosocial de las situaciones de maltrato doméstico y agresiones sexuales a mujeres, a personas menores de edad, a personas mayores y a personas con discapacidad.
  - 2.7.6.– Servicios de promoción y apoyo al acogimiento familiar y la adopción.
    - 2.7.6.1. Servicio de promoción y apoyo técnico al acogimiento familiar.
    - 2.7.6.2. Servicio de promoción y apoyo técnico a la adopción.
- 3.– Prestaciones económicas:
  - 3.1.– Prestaciones para facilitar la integración social y/o la autonomía así como para cubrir o paliar situaciones de emergencia social.
  - 3.2.– Prestaciones para apoyar y compensar a las personas que ofrecen apoyo social informal.
  - 3.3.– Prestaciones para la adquisición de prestaciones tecnológicas.
  - 3.4.– Prestaciones vinculadas a servicios personales.
  - 3.5.– Otras prestaciones económicas que puedan establecerse en el marco de las finalidades propias del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

## EL RETO EN EUSKADI: CONVERTIR LOS SERVICIOS SOCIALES Y A SUS PROFESIONALES EN UN REFERENTE COMUNITARIO Y PILAR DEL ESTADO DEL BIENESTAR

Los Servicios Sociales no son el cajón desastre. Los profesionales del Trabajo Social no somos profesionales multifacéticos que sabemos un poco de todo. Tenemos nuestro ámbito profesional, con base científica, equiparable al resto de las ciencias sociales. Esto que es una obviedad nos lo debemos repetir a cada momento como un mantra. Es probable que, ante la falta de comprensión de las instituciones, los políticos e incluso la ciudadanía de nuestras funciones y tareas, hayamos aceptado aquello que nos ha venido dado. En el caso vasco de una manera especial, hemos sido fagocitados en

buena medida por un enorme Sistema de Garantía de Ingresos que, si bien ha ayudado a cumplir muchos de los objetivos básicos que compartimos desde el Trabajo Social en un ámbito tan importante como la lucha contra la exclusión, profesionalmente nos ha convertido en tramitadores profesionales. Como si a los profesionales de la orientación laboral los sistemas públicos de empleo los hubieran puesto a rellenar impresos de subsidios de paro o a la profesión médica le hubieran sustituido el diagnóstico de salud por un relleno sistemático de recetas.

El futuro de nuestra profesión, pero también del propio Estado de Bienestar, pasa porque seamos capaces de revirnos, recuperar lo que se enseña en las escuelas, salir del asistencialismo y la comodidad, liberarnos del síndrome de “pegados-a-una-silla-de-despacho”. La puesta en valor y vigencia de técnicas como la entrevista en su vertiente transformadora, con el profesional como herramienta acelerante del cambio, la visita a domicilio, el trabajo con grupos, etc. Debemos convertirnos en la gasolina que encienda nuevamente en nuestros barrios, pueblos y ciudades el incendio de lo comunitario, de lo relacional. Que sea capaz de trabajar los espacios intermedios entre lo social y lo sanitario, lo educativo, lo laboral, pero que tenga su propio espacio, el social, donde el trabajador social sea el profesional de referencia.

Tenemos que conseguir que la comunidad y las personas que la componen lleguen a percibirnos no como el lugar al que acuden determinados colectivos, sino como un referente para la comunidad en su conjunto. Para ello, además del “caramelo” de los servicios y prestaciones, ese profesional de referencia que menciona la Ley de Servicios Sociales de Euskadi, debe ser un elemento activo y referencial en la vida de las personas y las familias de la comunidad en las que inserta su trabajo.

# 5 CONGRESO

TRABAJO  
SOCIAL  
MADRID

# MESAS REDONDAS

# MESAS REDONDAS

## Nuevos Contextos. Sociedad, Ciudadanía y Trabajo Social.

- **Evolución social de España a raíz de la crisis económica.**  
*Carlos Pereda Olarte.*
- **Asistencia personal: La prestación económica para la autonomía y la vida independiente.**  
*Javier Romañach Cabrero.*
- **Trabajo Social: la disciplina y la profesión en los nuevos contextos.**  
*Silvia Perdomo Molina.*

## Nuevos Compromisos. Desde el Trabajo Social: liderando el cambio.

- **Trabajo Social: soñando con ínsulas de Justicia y Libertad.**  
*José Manuel Ramírez Navarro.*
- **PENDIENTE TITULO Y PIE**  
*Agustina Hervás de la Torre.*
- **La ilusión de un proyecto compartido: Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión (EAPN Madrid)**  
*Gema Gallardo Pérez.*

## Nuevos Retos. Implicaciones del Espacio Europeo de Educación Superior en la Formación de los/as Trabajadores/as Sociales.

- **La formación de segundo ciclo en la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid.**  
*Marta Blanco Carrasco.*
- **Investigación y Trabajo Social: Investigando en el pasado las claves del futuro de la profesión.**  
*Laura Ponce de León Romero.*

## Nuevos Retos. Retos para la innovación en la intervención profesional: ética, nuevas tecnologías y participación.

- **Tecnologías Educativas Libres en Entornos No Formales de Aprendizaje**  
**Una reflexión desde la acción: Asociación Semilla para la Integración Social.**  
*Carlos Flores Álvarez.*
- **En busca de los derechos de ciudadanía del enfermo mental grave:**  
**rescatando sujetos, liberando identidades.**  
*Concepción Vicente Mochales.*
- **Un repaso a cuarenta años de trabajo social y la aplicación de la ética en el ejercicio profesional.**  
*Mercedes Santamaría Pastor.*

## EVOLUCIÓN SOCIAL DE ESPAÑA A RAÍZ DE LA CRISIS ECONÓMICA

Carlos Pereda Olarte

Sociólogo  
(Colectivo Ioé) [www.colectivoioe.org](http://www.colectivoioe.org)

### RESUMEN

A partir de la amplia información recogida en el Barómetro social de España<sup>1</sup>, se puede observar que la crisis de los últimos años presenta efectos paradójicos desde el punto de vista social: por un lado, ha provocado una fuerte destrucción de empleo, con sus efectos colaterales de pobreza y pesimismo político y económico; por otro, el decrecimiento forzoso derivado de la recesión ha puesto freno al deterioro de algunos indicadores ambientales. El pinchazo de las burbujas inmobiliaria y financiera ha supuesto en un primer momento una revalorización relativa de las rentas salariales y del acceso a la vivienda, pero son varios los indicadores que apuntan a una salida regresiva de la crisis, con más desigualdad social y políticas sociales menguantes.

### Se derrumba el empleo

Entre 1994 y 2007 los indicadores de acceso al empleo mejoraron mucho en España: la tasa de actividad creció del 51 al 60%, especialmente entre la población femenina; el número de empleos pasó de 12 a 20 millones (3 de ellos para inmigrantes que produjeron un inesperado crecimiento de la población del país); y el paro se redujo en dos tercios. Sin embargo, a raíz de la crisis se han destruido dos millones de empleos y la tasa de paro ha llegado al 20,3% en el cuarto trimestre de 2010. De estas personas en paro, el 39% percibe prestaciones contributivas, el 26% asistenciales y el 35% no recibe ayudas.

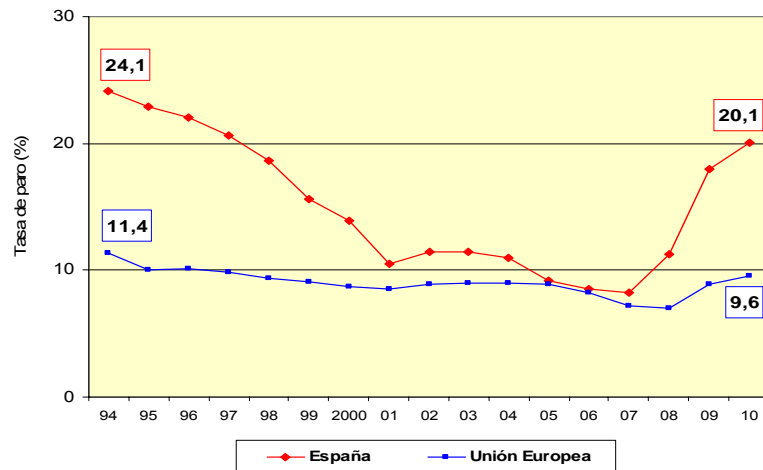
Tanto la creación de empleo antes de la crisis, como su destrucción posterior, han tenido lugar con una intensidad mucho mayor que en el resto de la Unión Europea: en 2005-2006 la tasa de paro de España llegó a situarse en la media comunitaria, para duplicarla con creces en 2008-2009 (Gráfico 1). Ello se debe principalmente a la elevada tasa de temporalidad de la contratación laboral, que al iniciarse la crisis afectaba especialmente a la juventud y al colectivo inmigrante, con tasas en 2007 del 63% y 51%, respectivamente.

<sup>1</sup>El *Barómetro social de España* es una herramienta de análisis de la sociedad española a partir de 189 indicadores que se agrupan en 35 dimensiones y 11 ámbitos de la vida social. En su última edición *on line* se han incorporado los datos correspondientes a 2009, con lo que se cubre un período de 16 años (1994-2009). Como novedad se ha introducido una nueva metodología que trata de captar no sólo la evolución de los indicadores sino su nivel de calidad en relación al contexto europeo. [www.barometrosocial.es](http://www.barometrosocial.es)



Gráfico 1

Tasa de paro de la población activa en España y la Unión Europea (1994-2009)



Fuente: elaboración propia a partir de la EPA, para España, y de Eurostat, para la Unión Europea. El gráfico y su elaboración se recogen en el Indicador 2 del ámbito de Empleo, en [www.barometrosocial.es](http://www.barometrosocial.es).

Aumentan la desigualdad y la pobreza

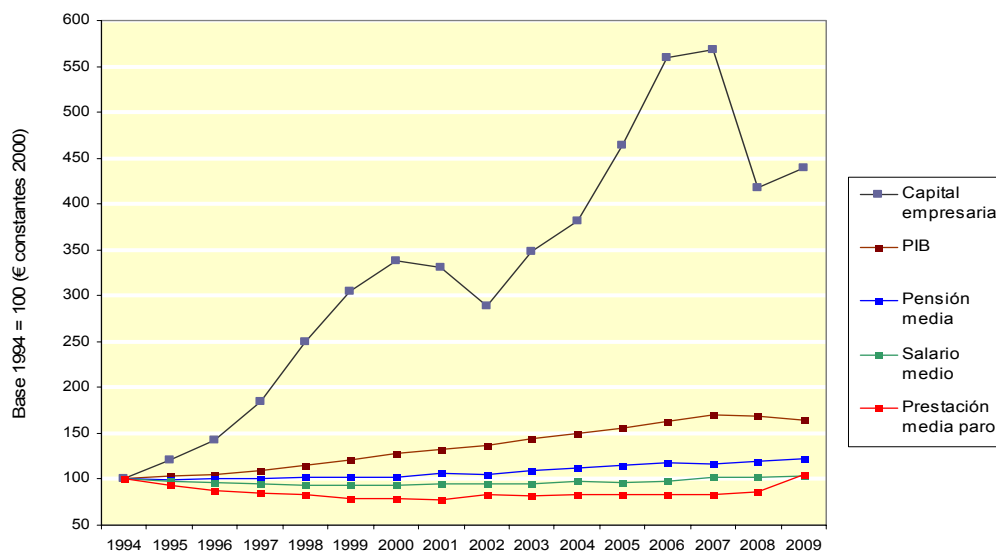
El modelo de crecimiento español ha impulsado un notable incremento del producto bruto en ese periodo (tasa interanual del PIB del 3,4%) y una expansión mucho mayor del capital financiero e inmobiliario (tasa interanual del 5,4%) pero con un reparto muy desigual: mientras los mercados financieros se globalizan y producen ingente rentabilidad para una minoría, apenas mejora el poder adquisitivo de la mayoría de la población que percibe rentas salariales (la variación interanual del salario medio fue del 0,3%).

Dado que el nivel de vida de la mayoría de los hogares depende de los ingresos salariales y de las prestaciones públicas asociadas a ellos (desempleo y pensiones principalmente), resulta muy negativo desde el punto de vista social que tales ingresos hayan experimentado de forma continua un crecimiento muy por debajo del PIB y de la revalorización experimentada por el capital empresarial, cuya base es precisamente el trabajo asalariado (Gráfico 2). Tras el descalabro experimentado por el valor monetario de las acciones empresariales en 2008 (-26,6%), su despegue se inició justamente en el año siguiente, que fue el de mayor recesión (caída del PIB del 3,3%), con una subida media del 5,3%, mientras se registraba la máxima tasa de hogares pobres del período estudiado (20,8%).

5º Congreso Trabajo Social Madrid (2011). ISBN 978-84-615-0811-2

Gráfico 2

Evolución de los salarios, las prestaciones de desempleo y las pensiones, en comparación con el PIB y el capital accionario de las empresas españolas (1994-2009)



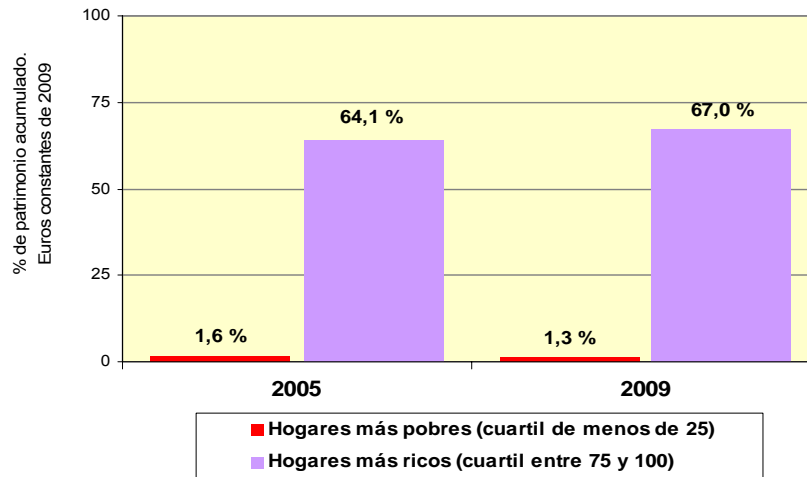
Fuente: elaboración propia a partir de la Contabilidad Nacional de España, el Banco de España y la Agencia Estatal de Administración Tributaria. El gráfico y su elaboración se recogen en el Indicador 8 del ámbito de Empleo, en [www.barometrosocial.es](http://www.barometrosocial.es)

En cuanto a la fiscalidad, la recaudación bajó bruscamente un 18,3% en relación al PIB en el bienio 2008-09 a consecuencia de la recesión, a la vez que se incrementaba el gasto público en un 18,9%, sobre todo en políticas sociales para abordar los efectos de la crisis (lo que mejora el índice al final del período). Esto dio lugar a un déficit fiscal del Estado del 11,2% en 2009 y a un incremento sustancial de la deuda soberana que el gobierno trata de resolver por la vía de reducir el gasto público (salarios, pensiones, inversiones...), y no de incrementar los impuestos sobre el capital (principal beneficiario de las plusvalías en años anteriores) o abordar con eficacia el fraude fiscal, que el 82% de la población considera elevado.

La principal consecuencia de los procesos anteriores, desde el punto de vista social, es que la sociedad española presenta un reparto de la riqueza cada vez más desigual, lo que se ha acrecentado en la etapa de crisis. Según la *Encuesta Financiera de las Familias* la ratio de desigualdad entre el 25% de hogares más ricos y más pobres pasó de 39,3 en 2005 a 50,4 en el primer trimestre de 2009. En términos de valor agregado el cuartil más rico incrementó su patrimonio en la coyuntura de crisis de los últimos años en un 20%, mientras el cuartil más pobre lo redujo en un 6,4% (Gráfico 3).

Gráfico 3

**Evolución de la distribución de la riqueza entre 2005 y 2009  
(hogares más pobres y más ricos)**



Fuente: elaboración propia a partir de BANCO DE ESPAÑA, Encuesta financiera de las familias (EFF) 2008, Métodos, resultados y cambios desde 2005, Madrid, 2010. El gráfico y su elaboración se recogen en el Indicador 10 del ámbito Renta y patrimonio, en [www.barometrosocial.es](http://www.barometrosocial.es)

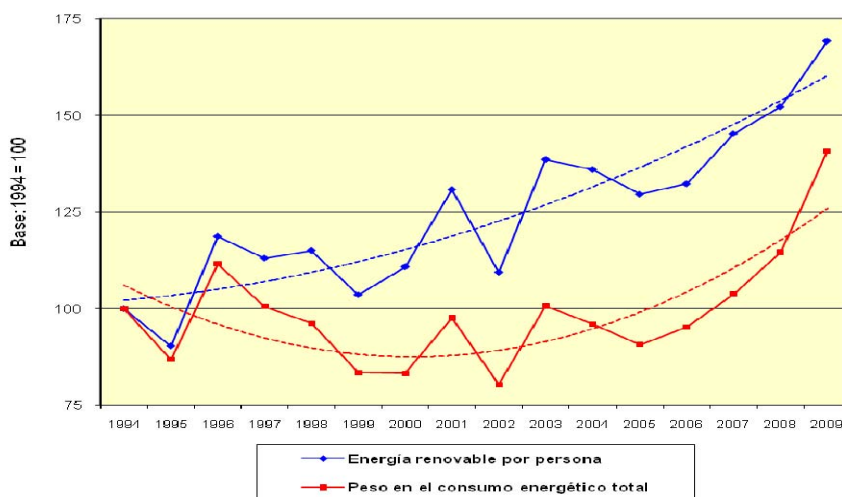
**La recesión frena el deterioro ambiental**

La recesión económica de 2008-2009 ha afectado a la producción industrial, agrícola y ganadera, a la construcción, al transporte y al consumo eléctrico, provocando paradójicamente una sustancial mejora de los índices medioambientales: las emisiones de CO<sub>2</sub> se han reducido un 15,6% y el consumo energético un 9,3%, lo que permite a España acercarse 24 puntos a las exigencias del Protocolo de Kioto para 2012 (aún así, todavía faltan 14 puntos para cumplir el nivel establecido de emisiones).

Las energías renovables, cuyo peso en el consumo energético total era cada vez menor hasta 2002, incrementaron su contribución relativa en un 74% entre ese año y 2009 (Gráfico 4). Además, en la medida en que las energías renovables son de producción autóctona, la dependencia energética ha bajado del 81,1% en 2005 al 77% en 2009.

Gráfico 4

### Evolución de las energías renovables en España (1994-2009)



Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. El gráfico y su elaboración se recogen en el Indicador 11 del ámbito de Medio ambiente, en [www.barometrosocial.es](http://www.barometrosocial.es)

### Las políticas sociales resisten el envite (hasta 2009)

Los indicadores de *salud* de la población presentan resultados diversos: positivos en relación a la mortalidad y esperanza de vida; negativos en la dimensión de morbilidad y hábitos de vida, sobre todo para las mujeres; y bastante estable en la dimensión de recursos sanitarios: el gasto público y privado en sanidad alcanzó en 2008 el 9% del PIB, la cifra más elevada desde 1994.

El índice sintético de *educación* registró sus mejores años en el periodo 1994-1999, para estancarse después y mejorar algo en los años más recientes. En especial, la tasa de abandono educativo temprano, que llega al 31,2% de la población entre 18 y 24 años, sitúa a España en el último puesto de la UE-27, sólo por delante de Malta.

El acceso a la *vivienda* en propiedad ha supuesto un creciente endeudamiento de muchas familias trabajadoras, a la par que se enriquecían los bancos y las promotoras, hasta que ha pinchado la burbuja inmobiliaria y se han abaratado los precios. Sin embargo, en los últimos años la caída del precio de compra y de los alquileres se ha visto contrarrestada por la mayor dificultad de acceso al crédito y la pérdida de poder adquisitivo de las familias en paro, dando lugar a un incremento sin precedentes de los embargos de viviendas hipotecadas (93.000 en 2009 y 120.000 en 2010).

Los indicadores relativos al sistema público de pensiones, que venían arrastrando una dinámica de relativo estancamiento, experimentaron una mejora clara en 2009, en plena crisis. En este año se produjo el mayor incremento en euros constantes de la pensión media de jubilación, tanto de carácter contributivo (+5,1%) como no contributivo (+2,6%).

## Crece la desconfianza en las instituciones políticas

El índice de confianza en la política presenta sus mejores resultados en los momentos de cambio de partido en el gobierno, para empeorar bruscamente al final de las legislaturas. A partir de 2008, en la segunda legislatura del gobierno socialista, se ha producido el máximo crecimiento interanual de insatisfacción con el funcionamiento de las instituciones políticas: el 45% de la población desconfía del funcionamiento de la democracia, el 58% no se fía del Parlamento y el 77% muestra poca o ninguna confianza en los partidos políticos.

Más de la mitad de la población desconfía del poder judicial, siendo 2008 el año con opiniones más negativas. Sin embargo, los procesos iniciados en los juzgados se ha incrementado continuamente en los últimos 16 años, pasando de 5 a 9,5 millones de casos. Las tasas de pendencia y congestión judicial se redujeron bastante en los años noventa para volver a crecer después, con máximos incrementos en el bienio 2008-2009.

La tasa de delincuencia existente en España es una de las más bajas de la Unión Europea y se redujo un 21% entre 2002 y 2009; sin embargo, España encabeza con Gran Bretaña la tasa de personas en prisión, que ha aumentado un 35% desde 2002.

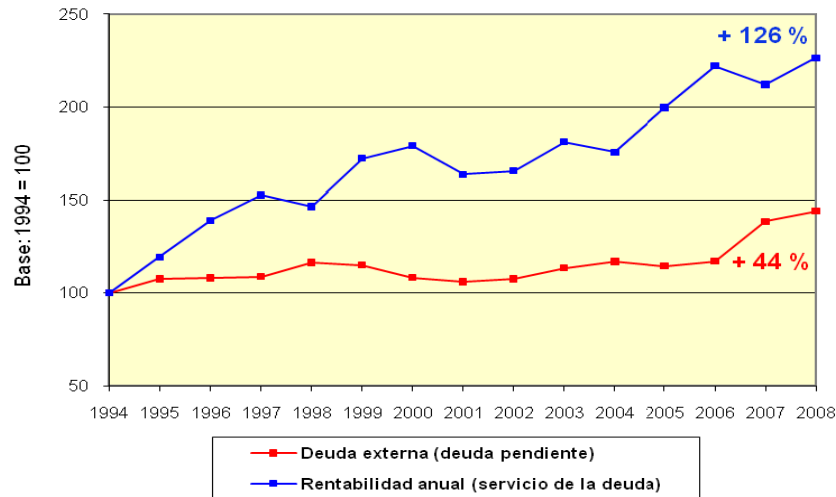
## España consolida su posición entre los países ricos

El índice del Barómetro que mide las relaciones internacionales de España presenta una evolución paralela a la del conjunto de países de renta alta: en un mundo económica y políticamente jerarquizado, la brecha económica entre países ricos y pobres se amplió en los últimos años del siglo XX, para reducirse ligeramente en la primera década del XXI, especialmente a raíz de la crisis económica. El desnivel económico de España con los países de mayor inmigración (Rumania, Marruecos y Ecuador) aumentó un 22% entre 1994 y el año 2000, para reducirse después un 24% en la primera década del siglo XXI.

La deuda externa de los países de renta media y baja, según la clasificación del Banco Mundial, pasó de 1,9 billones de dólares en 1994 a 2,8 billones en 2008 (en valores constantes del año 2000); sin embargo, el peso de dicha deuda en relación a la economía de los citados países se redujo notablemente, hasta situarse en el 20,3% del PIB en 2008. Esta positiva evolución contrasta con los crecientes beneficios que salen de dichos países en concepto de servicio de la deuda, que se ha duplicado con creces entre 1994 y 2008 (de 192.000 millones de dólares anuales a 435.000 millones). La rentabilidad para los acreedores del capital invertido en los países de menos renta ha crecido, por tanto, tres veces más deprisa (126%) que el monto de la deuda pendiente (44%), lo que supone que cada seis años se paga toda la deuda, pero ésta sigue creciendo (Gráfico 5).

Gráfico 5

Evolución de la deuda externa y del servicio de la deuda en los países de renta media y baja (1994-2008)



Fuente: Elaboración propia a partir del Banco Mundial. El gráfico y su elaboración se recogen en el Indicador 6 del ámbito de Relaciones internacionales, en [www.barometrosocial.es](http://www.barometrosocial.es)

No disponemos de información en torno a la deuda externa que otros países tienen contraída con empresas o entidades financieras españolas, cuyo monto debe ser muy elevado en consonancia con el volumen de inversión española en el exterior. Sólo conocemos la deuda de la que es acreedor el Estado Español, cuyo volumen absoluto y relativo ha disminuido en los últimos 15 años, pasando del 2,12 al 0,78% del PIB. En cuanto a la Ayuda Oficial al Desarrollo, ha experimentado un gran crecimiento en los últimos años llegando casi a triplicar la media mundial de la Ayuda proporcionada por los países de renta alta (0,17 del PIB en 2008, frente al 0,44% por parte de España). En la última década nuestro país se ha convertido en el primer remesador de la Unión Europea, superando los 8.000 millones de euros en 2007, cantidad que se ha reducido en un 12% a raíz de la crisis.

# ASISTENCIA PERSONAL: LA PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA LA AUTONOMÍA Y LA VIDA INDEPENDIENTE

Javier Romañach Cabrero

*Foro de Vida Independiente*  
e-mail: [jromanac@diversocracia.org](mailto:jromanac@diversocracia.org)

## 1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo que ha tenido lugar en España del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal, legislado a través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LEPAP), ha dado lugar a fuertes críticas políticas y sociales y a un recorte, o cambio de rumbo establecido, por el gobierno, contenidas en el Capítulo III del Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

Estas medidas, poco comprensibles para la mayoría de la población, van encaminadas a reducir la deuda y aliviar el flujo de caja de las arcas del Estado, que se han visto sorprendidas por la gran cantidad de prestaciones económicas demandadas por la sociedad, en detrimento de los servicios, contrariamente a lo establecido en el artículo 14 de la LEPAP, que las consideraba sólo para casos extraordinarios.

En este artículo, se pretende analizar las causas del fracaso del desarrollo de esta ley, y proponer argumentos que eviten la demonización de las prestaciones económicas, exponiendo las ventajas de la prestación económica que debería primar en un futuro en el desarrollo de la ley: la prestación de asistencia personal.

Cabe resaltar, que el punto de vista desarrollado en este texto nace de la voz que menos ha sido tenido en cuenta durante estos años: la visión de aquellas personas que vivimos en situación de dependencia y aspiramos a la igualdad de oportunidades y a la ausencia de discriminación, al cumplimiento de la legislación vigente y al respeto de nuestros derechos humanos.

## 2. LA EXPERIENCIA PERSONAL Y EL ENFOQUE DE ANÁLISIS

Al lector avezado, no se le escapará que cualquier documento de análisis viene condicionado por la experiencia previa de los autores del texto.

Habitualmente, la promoción de autonomía y la situación de dependencia es vista socialmente como algo ajeno, algo que sólo les pasa a los demás; una visión que el propio gobierno se ha encargado de propagar a la hora de "vender" la LEPAP. Así, la mayor parte de los autores adoptan este enfoque de perspectiva objetiva, en la que la situación de dependencia es algo ajeno al autor del texto o, en algunos casos, como los directores de residencias, algo que viven todos los días como experiencia ajena.



No es el caso del autor de este texto. Soy una persona que tiene una tetraplejia y lleva 20 años viviendo en lo que los demás llaman una situación de "dependencia", y en lucha por conseguir la "inDependencia" propia y de las personas discriminadas por su diversidad funcional (discapacidad)<sup>1</sup>, que necesitan apoyos para desarrollar sus vidas<sup>2</sup>. Una lucha basada en derechos y en el cumplimiento de la legislación vigente, condicionada por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (diversidad funcional) de Naciones Unidas, que está vigente en España desde el año 2008.

Esta visión subjetiva, a la par que jurídica y legal, no invalida el rigor del análisis, ya que son varias las personas que, desde esta perspectiva, han desarrollado diferentes documentos de análisis y propuestas políticas<sup>3</sup> que han sido escuchadas, sólo parcialmente, en el Congreso de los Diputados<sup>4</sup> y diferentes parlamentos autonómicos.

Así por ejemplo, si usted piensa en lo que querría si estuviera en mis circunstancias, lo más probable es que no quisiera ir a una residencia, sino mantener su entorno familiar y social y poder desarrollarse en él, manteniendo el control sobre su propia vida.

A pesar de ello, el marketing social de nuestra realidad es el contrario. A pesar de que incluso la legislación vigente considera que nuestra realidad es una cuestión de derechos humanos (ONU, 2006) y discriminación por diferencia, las políticas sociales se siguen desarrollando con una visión trasnochada<sup>5</sup> y fuera de la ley, en la que la discriminación se permite y se promueve, al igual que no se garantiza la igualdad de oportunidades y se sigue considerando la inversión en esta realidad como un gasto.

La realidad de las personas que viven en situación de dependencia y sus necesidades de justicia e igualdad de oportunidades, son equiparables a las de otros colectivos tradicionalmente discriminados como pueden ser las mujeres o los homosexuales, pero requiere de instrumentos específicos financiados por la administración pública.

El instrumento específico que se considera más adecuado desde la perspectiva de aquellos que vivimos en situación de dependencia es la prestación económica de asistencia personal, una prestación suficiente que permita a las personas diferentes tomar el control económico de su propia existencia y con él, el control de sus propias vidas en la medida que puedan desarrollarlo.

<sup>1</sup> Para una justificación del cambio de terminología de "discapacidad" a "diversidad funcional" véase ROMAÑACH CABRERO, J. y PALACIOS RIZZO, A. (2006): «El modelo de la diversidad: La Bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional». *Diversitas*. pp. 102-117.

<sup>2</sup> Para un análisis de la relación entre la dependencia y la diversidad funcional véase: ROMAÑACH, J, CENTENO. A. (2007). "Fundamentos bioéticos para la "inDependencia"".

<sup>3</sup> Véase toda la documentación contenida en:  
[http://www.forovidaindependiente.org/documentacion\\_asistencia\\_personal\\_y\\_LEPA](http://www.forovidaindependiente.org/documentacion_asistencia_personal_y_LEPA) y  
<http://www.diversocracia.org/ideateca.htm>.

<sup>4</sup> Como ejemplo pueden consultarse las dos comparencias parlamentarias del autor y otros activistas en el Congreso en:  
[http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L9/CONG/DS/CO/CO\\_228.PDF#page=2](http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/DS/CO/CO_228.PDF#page=2) y  
[http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/DS/CO/CO\\_222.PDF#page=18](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/DS/CO/CO_222.PDF#page=18).

<sup>5</sup> Para ver una comparación entre las visiones sociales de la diversidad funcional, véase: PALACIOS, A. (2008) "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad".

No quiere esto decir, que ésta sea la única solución que debe proveer el sistema, ya que las circunstancias de cada individuo pueden dar lugar a necesidades específicas individuales, para las que debe estar preparado el sistema.

Lo que sí indica esta actitud, es que el grupo de expertos que viven en situación de dependencia (que a partir de ahora denominaremos expertos no tradicionales), y que por lo tanto se ve personalmente afectados por el sistema, difieren de los expertos tradicionales cuando afirman: "Dicha madurez debe suponer un esfuerzo institucional y presupuestario en favor de un sistema en el que predomine la prestación de servicios profesionalizados,..."<sup>6</sup> ya que el control individual de una vida debe depender de la misma persona y de su control sobre la asignación de recursos económicos, al igual que ocurre, por ejemplo, con el sistema de pensiones.

Por otro lado, sí estamos de acuerdo con los expertos tradicionales cuando continúan: "... que favorezca el desarrollo de un enfoque comunitario, preferido por la inmensa mayoría de las personas en situación de dependencia, con una financiación suficiente y equilibrada entre Administraciones."<sup>7</sup>, ya que la elección de los expertos no tradicionales ha sido siempre la de permanecer en su entorno.

### 3. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA INVERSIÓN SOCIAL EN DIVERSIDAD FUNCIONAL ESPAÑA

#### 3.1 La inversión social en igualdad de oportunidades para la diversidad funcional en España

En el año 2003 España, con el 19,7% de inversión social sobre PIB, se situaba en vigésimo primera posición en la UE-25 junto con Islandia, Noruega y Suiza, siendo la media de la UE-25 el 28%<sup>8</sup>.

Según los estudios del año 2005, la inversión social en España era menor a la media europea. Así "...mientras el PIB *per cápita* de España es ya casi el 86% del promedio de los países de la UE-15, el gasto en protección social por habitante es sólo el 62,5% del promedio de la UE-15. Deberíamos invertir alrededor de 60.000 millones de euros más de lo que invertimos en protección social para alcanzar el nivel de inversión pública social que nos corresponde por el nivel de desarrollo económico que tenemos<sup>9</sup>."

<sup>6</sup> HERCE SAN MIGUEL, J.A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G., SOSVILLA RIVERO, S. (2009) "Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia". Septiembre 2009. p. 8.

<sup>7</sup> *Ídem*.

<sup>8</sup> ARRIBA GONZALEZ DE DURANA, A., MORENO FUENTES, F.J. Ed. (2009). "El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos". Colección estudios. Serie dependencia. Número 12007. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2009. p. 39. Cuadro 1. Gasto y financiación de la protección social en la Unión Europea, Islandia, Noruega y Suiza (ordenado por gasto en protección social como % del PIB, 2003).

<sup>9</sup> NAVARRO, V. (2005) "El Cuarto Pilar del Estado De Bienestar". Catedrático de Políticas Públicas de la Universitat Pompeu Fabra. Publicado en EL PAÍS el 30/04/2005

Según se desprende el Libro Blanco de la “inDependencia”, la inversión en el Sistema de Promoción de la Autonomía en 2004 en España ascendía a 2.767 M€ lo que representaba un 0,36 PIB<sup>10</sup>.

Por otro lado, España está a la cola de la OCDE en lo que respecta al número de personas que reciben ayudas por diversidad funcional. Así consta en el último informe de esta organización “Economic Policy Reforms. Going for Growth. 2009”<sup>11</sup>. En el gráfico de la página 124 se puede ver que Suecia va a la cabeza de este tipo de inversiones seguido de un grupo grande de países entre los que se encuentran los EEUU, Australia, Dinamarca, Finlandia, Gran Bretaña, Irlanda, etc. Después va otro grupo de países como Chequia, Francia, Canadá, Eslovaquia, etc. Y mucho más atrás se encuentra España, que sólo precede a Japón, Corea, Turquía y Méjico.

Además, en España se dedicaba en 2005 el 70% del gasto a sistemas residenciales<sup>12</sup>, que no sólo no proporcionan autonomía, ni igualdad de oportunidades, sino que, además generan dependencia y discriminación.

Las inversiones realizadas en este ámbito desde la aprobación de la LEPAP seguramente habrán supuesto una leve mejora de estas cifras, pero aún no se dispone de ningún estudio al respecto.

### 3.2 Actitud ante la crisis

Dada la crisis económica que arrastra el país durante los últimos años, podría parecer que lo más razonable es recortar el gasto social y paraliza el desarrollo de la LEPAP. No obstante, conviene tener en cuenta que el gobierno ha adoptado medidas de reactivación económica, en las que se han invertido más de 10.000 millones de euros. El objetivo fundamental era mantener el empleo y activar un poco el consumo.

Si se hubiera dado la prioridad necesaria al desarrollo de la LEPAP en la agenda política, se habría detectado que figuras como el asistente personal son generadoras de empleo de una manera muy eficiente, ya que la mayor parte de la inversión dedicada a este tipo de figuras, se dedica plenamente empleo. Así 98% de la inversión desarrollada en este campo ha sido empleada directamente en puestos de trabajo estables<sup>13</sup>. Además se trata de un empleo orientado a aquellas personas que tienen mayor dificultad para encontrar trabajo y que resulta factible en cualquier entorno socioeconómico, impulsando además la permanencia y el desarrollo en el entorno rural.

Lamentablemente, se ha perdido la oportunidad de generar un empleo estable que había requerido una mínima parte de la inversión realizada y que habría tenido un fuerte impacto en el empleo.

<sup>10</sup> Libro Blanco sobre la “Atención a las personas en situación de dependencia en España. Capítulo VIII. p.16. (Servicios=2.381-0,31 PIB Prestaciones Monetarias=385 - 0,05 PIB)

<sup>11</sup> OECD. “Economic Policy Reforms. Going for Growth. 2009”. p. 124. Figura 4.7. “Income support for disability and sickness” A. Percentage of population aged 20-65 year old receiving disability benefits.

<sup>12</sup> Libro Blanco sobre la “atención a las personas en situación de dependencia en España. Capítulo VIII, p. 15. “presupuesto para atención residencial representa el 68,6 % del total de los presupuestos. Es especialmente significativa la cantidad destinada a mayores, por encima del 73%,”.

<sup>13</sup> Explotación propia de datos

La crisis por lo tanto no debería servir de excusa para paralizar las inversiones sociales, sino todo lo contrario, debería servir de acicate para el desarrollo de nuevas figuras laborales que resultan muy ventajosas para todas las partes, desde el punto de vista económico, y que además sirven para desarrollar los derechos humanos de las personas discriminadas por su diversidad funcional que viven en situación de dependencia.

#### 4. SITUACIÓN ACTUAL DEL DESARROLLO DEL SAAD DE LA LEPAP

El desarrollo de la LEPAP durante los años 2007-2010 ha sido muy desigual en todas las Comunidades Autónomas y ha supuesto una inversión orientada a mantener y promocionar la dependencia, que no la autonomía, de las personas. De las prestaciones que proporciona la Ley, aquellas que ayudan a promover la autonomía personal y la igualdad de oportunidades (asistencia personal, ayuda a domicilio y teleasistencia) sumaban el 1 de julio de 2010 sólo el 21,34%, mientras que la prestación que más personas recibían era, en la misma fecha, la de cuidador familiar (58,17%), una prestación que la LEPAP consideraba excepcional, que sirve para prorrogar la dependencia y la esclavitud de las mujeres.

Según los expertos esta disparidad del desarrollo autonómico de la LEPAP ha hecho que sea percibida de manera distorsionada y proponen cambios para que<sup>14</sup>: “los beneficiarios deben percibir que el SAAD es un sistema de protección que cubre a todos por igual independientemente de la Comunidad Autónoma en la que residan, para lo cual es preciso que las bases normativas y las estadísticas del Sistema de Información del SAAD (SISAAD) reflejen el fruto de un mayor y mejor esfuerzo de coordinación en el despliegue territorial del sistema y, en definitiva, una mayor lealtad institucional entre todos los agentes implicados.”

A la hora de escribir este texto, los últimos datos disponibles del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) son del mes de julio del año 2010<sup>15</sup>.

En lo que respecta a prestaciones económicas, los datos son los siguientes:

P.E. Vinculada Servicio	P.E. Cuidados Familiares	P.E. Asist. Personal
50.803	357.599	709
8,3%	58,2%	0,1%

Siendo el total de prestaciones del sistema de 723.890 y el número total de personas con prestaciones de 614.750. Debe tenerse en cuenta que una persona puede tener más de una prestación del sistema.

##### 4.1 Prestaciones económicas vs. Servicios

De los números anteriores, se deduce que el 64,6% de las prestaciones que se han concedido en el SAAD son prestaciones económicas, lo que significa una desviación importante con respecto a las previsiones iniciales, y denota a su vez una preferencia social. En opinión de los expertos<sup>16</sup>:

<sup>14</sup> HERCE SAN MIGUEL, J.A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G., SOSVILLA RIVERO, S. (2009) “Informe final del grupo de expertos...”. *Op. cit.* p. 6.

<sup>15</sup> Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 de julio de 2010. FUENTE: SAAD-IMSERO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

“Esta realidad (predominio de prestación económica frente a servicios) preocupa de una manera especial a quienes prestan los servicios desde la iniciativa privada por cuanto afecta de una manera directa a la limitación de su actividad económica. Al fin, la implantación de la Ley no está suponiendo hoy por hoy una presión sobre la falta de oferta de servicios más allá de la que en su caso pudiera existir de antemano en algunas Comunidades, algo que parecía a priori un efecto directo a esperar de la implantación de la Ley.”

En ese mismo texto, los expertos observan que<sup>17</sup>: “El único servicio en el que parece observarse la presión de la demanda es en el servicio de ayuda a domicilio que prestan los Ayuntamientos.” Este servicio representaba a 1 de julio de 2010 el 10,9% del SAAD.

Por otro lado, si se comparan las previsiones establecidas en el Libro Blanco para 2010<sup>18</sup>, con la realidad a 1 de julio de 2010, ofrecen los siguientes resultados:

	Previsión Libro Blanco 2010		Datos SAAD a 1 de julio de 2010	
Residencia	339.941	27.27%	114.236	15,8%
Centro de Día	88.316	7.09%	39.312	5,4%
Ayuda a Domicilio	442.631	35.51%	78.968	10,9%
Asistente personal para la autonomía	15.162	1.22%	709	0,1%
Atención informal. (P.E. Cuidador familiar)	360.378	28.91%	357.599	58,2%
Otros			133.066	19,6%
TOTAL	1.246.428		723.890	

De estos números se deduce una importante reducción de un 13% de la demanda de servicios como residencias y centros de día respecto a las previsiones de los expertos, al igual que un notable incremento del 30% respecto a las previsiones de la demanda de la prestación de un familiar.

También se colige que el desarrollo de asignación de prestaciones del SAAD ha sido muy inferior a lo previsto y se han concedido un 58% de los servicios y prestaciones económicas que constaban en la planificación.

De todo lo anterior se deriva que, en contra de lo previsto, no hay una nueva demanda intensa de servicios por parte de la población beneficiaria y que la demanda de éstos está más orientada a la permanencia en el lugar habitual y la comunidad de residencia de la persona.

<sup>16</sup> HERCE SAN MIGUEL, J.A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G., SOSVILLA RIVERO, S. (2009) “Informe final del grupo de expertos...”. *Op. cit.* p. 28.

<sup>17</sup> *Ídem.*

<sup>18</sup> Libro Blanco sobre la "Atención a las personas en situación de dependencia en España. Capítulo X, p. 21. Tabla: Cuadro 12. Hipótesis de asignación de recursos según grado de dependencia y edad de las personas dependientes. número de personas dependientes cubiertas por cada tipo de recurso. España, 2010.

Este punto de vista ya había sido anticipado por los expertos no tradicionales en el año 2004, en el que reivindicábamos que<sup>19</sup>:

“Consideramos que el propio entorno habitual (domicilio propio o familiar) es el lugar en que mejores condiciones se dan para llevar una vida activa en igualdad de oportunidades”

También se deriva de estos datos una preferencia por las prestaciones económicas entre los servicios, una preferencia también estipulada por los expertos no tradicionales<sup>20</sup>:

“Entendemos que el sistema de pago directo es el mejor y el más eficiente, para que las personas con limitaciones funcionales puedan llevar una vida activa en igualdad de oportunidades.”

Conviene recordar, que la visión de los expertos tradicionales está basada en la visión médica y del “cuidado” de las situaciones de dependencia, mientras que la de los expertos no tradicionales es una visión basada en la lucha contra la discriminación, los derechos y en el modelo social de la diversidad funcional<sup>21</sup>. De ahí la preferencia por la prestación económica, algo que ocurre en otros pilares del bienestar como el desempleo y las pensiones, orientadas a que las personas mantengan el control de sus vidas. Lo contrario ocurre con el sistema sanitario, cuya visión médica de “cuidado” han heredado los expertos tradicionales.

Las prestaciones económicas, son habituales en otros sistemas como el austríaco y el alemán<sup>22</sup> y son una parte fundamental de las políticas sociales del gobierno británico<sup>23</sup> (allí las prestaciones económicas se denominan “pago directo”; en inglés “direct payments”).

Dada la relevancia que han tomado dichas prestaciones en el SAAD español, se pasa ahora a analizar cada una de estas prestaciones económicas, teniendo en cuenta que no todas ellas están orientadas a la promoción de la autonomía.

#### 4.2 Prestación económica vinculada al servicio

Esta prestación económica viene indicada en el artículo 17 de la LEPAP, que dice:

Artículo 17. Prestación económica vinculada al servicio.

1. La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma.

<sup>19</sup> BASCONES, L.M, *et al.* (2004). “Ideas para una vida activa en igualdad de oportunidades El futuro de la “inDependencia”. p. 4. Idea 8.

<sup>20</sup> *Ibidem.* p. 5. Idea 13

<sup>21</sup> Para ver una comparación entre las visiones sociales de la diversidad funcional, véase: PALACIOS, A. (2008) “El modelo social de discapacidad...”. *Op. Cit.*

<sup>22</sup> ARRIBA GONZALEZ DE DURANA, A., MORENO FUENTES, F.J. Ed. (2009). “El tratamiento de la dependencia ...”. *op. cit* pp. 54-57.

<sup>23</sup> Como se puede observar en la web del gobierno digital del Reino Unido:  
[http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG\\_10016128](http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/DG_10016128)



2. Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.
3. Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.

Su impacto en el SAAD es del 8,3%, y está pensada para aquellos entornos en los que no se encuentran disponibles los otros servicios (no prestaciones económicas) de la ley. Cabe pensar que este tipo de prestaciones deberían ser más frecuentes en el entorno rural, donde los servicios están menos desarrollados.

Las CCAA en las que la prestación se ha concedido con más frecuencia en términos relativos son: Extremadura (28%), seguida de Castilla-León (26%), Aragón (21%) y Navarra (18%) y es de esperar que, a medida que se desarrollan los servicios de la LEPAP en los entornos rurales, vaya disminuyendo su impacto.

En el extremo opuesto se encuentran: Cantabria (0%), Canarias (1%) y Andalucía (2%).

#### 4.3 Prestación económica de cuidados familiares (PECF)

Esta prestación económica viene indicada en el artículo 18 de la LEPAP, que dice:

Artículo 18. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

1. Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares.
2. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado y nivel reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.
3. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.
4. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.

Su impacto en el SAAD es del 58,2%, y está pensada para ser concedida excepcionalmente. No obstante, se ha convertido en más de la mitad de las prestaciones (económicas y en servicios) concedidas por el SAAD. Bajo el punto de vista del autor, esto ocurre principalmente por dos motivos:

- Facilidad para la administración pública: es la prestación más rápida de conceder y menos costosa en importe (410 €/mes de media)<sup>24</sup> y de gestionar.
- Liquidez para la familia: es la única prestación que garantiza una mayor liquidez a una familia que tenga en su hogar una persona en situación de dependencia.

<sup>24</sup> Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.(2010) "Informe de seguimiento del SAAD. Mayo 2010. Observatorio estatal de la dependencia". p. 15.



También los expertos tradicionales opinan que:

- “Factores como su bajo coste, una gestión administrativa relativamente rápida y barata, una oferta insuficiente de servicios y el respeto a la libertad de elección que tiene un peso creciente en el Programa Individual de Atención, han hecho de la excepción la regla dominante. En cualquier caso, parece determinante como causa de esta realidad que para ser beneficiario de un servicio prestado desde cualquiera de los recursos que contiene la cartera (especialmente centros residenciales o centros de día), resulta necesaria una aportación económica importante por parte del usuario o la familia. En contraposición, la prestación económica significa un ingreso más en la economía familiar.”<sup>25</sup>
- “LA PROPAGANDA INICIAL sobre la Ley (que no INFORMACIÓN) fue absolutamente nefasta. Basta tirar de hemeroteca para ver cuáles eran los mensajes lanzados incluso desde el propio Ministerio de Trabajo en los prolegómenos de la Ley. La expectativa generada en gran parte de la ciudadanía era de la una “paga” por dependencia.”<sup>26</sup>
- La red de SERVICIOS es numéricamente insuficiente para atender a la demanda. De hecho, la excepcionalidad de la PECEF se planteaba para el caso en el que no existieran servicios a disposición en una clara referencia –por ejemplo- a los medios rurales en los que los servicios pueden resultar más inaccesibles.”<sup>27</sup>

La carrera que se ha instaurado entre las comunidades autónomas para ver quién daba más prestaciones, ha tenido como consecuencia un desarrollo importante de esta prestación, fuera de lugar y del espíritu y de la letra de la ley. Las comunidades autónomas que más les han concedido en términos relativos son: Murcia (89%), Ceuta y Melilla (76%), Baleares (75%) y Cataluña (69%).

En el extremo contrario se encuentran: Madrid (21%), Extremadura (45%) y Castilla y León (47%).

#### 4.4 Prestación de asistencia personal (PEAP)

Esta prestación económica viene indicada en el artículo 19 de la LEPAP, que dice:

Artículo 19. Prestación económica de asistencia personal.

La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

Esta prestación es prácticamente desconocida en toda España y tan sólo han concedido las siguientes comunidades: País Vasco (2%), Baleares, Castilla y León (0,1%), y Galicia (0,1%).

Respecto a la asistencia personal, resultan muy llamativos dos datos:

<sup>25</sup> HERCE SAN MIGUEL, J.A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G., SOSVILLA RIVERO, S. (2009) “Informe final del grupo de expertos...”. *Op. cit.* p. 28

<sup>26</sup> Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.(2010) “Informe...”. *op.cit.* p. 15.

<sup>27</sup> *Ídem*

- Sólo se han concedido 709 (0,1%).
- De esas 709, 552 (78%) se han concedido en el País Vasco, cuya población representa sólo el 6% de la población total de España.

Para explicar el primer punto, los expertos indican<sup>28</sup>:

“Las nuevas prestaciones, las más innovadoras, como son los servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía, tienen una presencia marginal en la estadística del SISAAD. Así, el asistente personal se da en el 0,10% de las resoluciones, los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal en el 0,39 (datos a 1 de septiembre del 2009). La escasez de conocimiento y la baja experiencia acumulada pueden ser razones que provoquen este déficit, que de todos modos debería ser objeto de un análisis en profundidad.”

No obstante, desde la visión de los expertos no tradicionales, se tiene experiencia en el desarrollo de la figura de la Asistencia Personal y se sabe que:

- Muchas comunidades no ofrecen esta prestación a los usuarios. La única que lo hace de manera sistemática es el País Vasco y a la vista está la diferencia de resultados
- Algunas comunidades han restringido (incumpliendo la Ley) el derecho de asistencia personal a los menores. Cataluña lo ha hecho *de iure*, Andalucía *de facto*.
- Tras tres años de la aprobación de la Ley, la figura laboral del asistente personal sigue sin estar regulada.
- La prestación, una vez descontado el copago y teniendo en cuenta que hay que pagar con su importe la seguridad social del trabajador, resulta ridículamente insuficiente para garantizar la autonomía de las personas que lo necesitan.
- En muchas comunidades, se acaba percibiendo más horas de atención con el Servicio de Ayuda a Domicilio que con la prestación de asistencia personal.

Por otro lado, esta innovadora prestación, demanda por los expertos no tradicionales, además de estar contemplada en la LEPAP, tiene más desarrollo en España y en Europa.

## 5. ASISTENCIA PERSONAL Y SU DESARROLLO EN EUROPA

La asistencia personal es un servicio de apoyo a la Vida Independiente<sup>29</sup> y la promoción de la autonomía de las personas discriminadas por su diversidad funcional, que se instrumenta a través de una figura laboral todavía no regulada en nuestro país. La figura del asistente personal es de reciente implantación en España<sup>30</sup>, a pesar de llevar más de 30 años de implantación y desarrollo en otros países como Estados Unidos, Gran Bretaña, Suecia, Noruega, Brasil, etc.

<sup>28</sup> HERCE SAN MIGUEL, J.A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G., SOSVILLA RIVERO, S. (2009) “Informe final del grupo de expertos...”. *Op. cit.* p. 27.

<sup>29</sup> Para conocer los orígenes del movimiento de Vida Independiente en España, véase: MARAÑA, J. J. y LOBATO, M., “El movimiento de vida independiente en España”, en la obra *El movimiento de vida independiente. Experiencias Internacionales*. Fundación Luis Vives, Madrid, 2003.

<sup>30</sup> Artículo 19 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

La asistencia personal se caracteriza por permitir a las personas discriminadas por cualquier tipo de diversidad funcional asumir tanta responsabilidad y control como deseen sobre los apoyos que estimen necesarios para su emancipación, dar soluciones personalizadas de apoyo a la vida independiente de personas discriminadas por todo tipo de diversidad funcional (física, mental, de aprendizaje, sensorial, etc.), garantizando y posibilitando así su igualdad de oportunidades y su ausencia de discriminación en la sociedad, para ejercer su derecho humano a la vida independiente y a la plena participación social.

Este tipo de apoyo es un derecho humano contemplado en la Convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad (diversidad funcional) de Naciones Unidas y sirve para garantizar derechos fundamentales, por lo que la inversión que se realiza en este ámbito debería prevalecer sobre otro tipo de inversión pública que se dedica habitualmente a acciones no destinadas a la garantía de derechos.

El desarrollo e implantación de la asistencia personal ha sido muy desigual en Europa.

## 5.1 Europa

La asistencia personal lleva más de 20 años extendiéndose por Europa, a la que llegó en los años 80, procedente de los EEUU. Para ello se formó la ENIL (European Network of Independent Living), de la que en España forma parte el Foro de Vida Independiente. En estos años se han hecho leyes específicas de Vida Independiente en Suecia (1994), Gran Bretaña (1997), leyes generales en Italia (2000), Noruega (2000) y España que tiene un artículo específico en la LEPAP (2006). También se han desarrollado proyectos o sistemas de pagos asimilables a la Vida Independiente en Holanda, Dinamarca, Italia, Francia, Bélgica, Alemania, Eslovenia y Suiza.

La ENIL<sup>31</sup> arrancó el año 2009 una campaña para llevar Asistencia Personal a todos los países de la Unión Europea, apoyándose en la Convención de la ONU.

Se calcula que más de 100.000 personas reciben Asistencia Personal en sus diferentes modalidades en Europa, la mayoría en Suecia, Francia, Holanda, Gran Bretaña y Noruega.

## 5.2 España

En España, a pesar de ser una figura reconocida en el artículo 19 de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía y la atención a las personas en situación de dependencia, en julio de 2010<sup>32</sup> hay apenas 709 personas de los más de 1.000.000 (el 0,01%), que la han solicitado en todo el estado español. Resulta llamativo ver cómo 497 (80%) de esas peticiones provienen del País Vasco, primera Comunidad Autónoma en instaurar prestaciones de Asistencia Personal en el año 2004 y la única que difunde su existencia en la Ley a las personas solicitantes<sup>33</sup>.

<sup>31</sup> <http://www.enil.eu/enil/>

<sup>32</sup> SAAD (Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia). Prestaciones reconocidas. Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. situación a 1 de julio de 2010. p. 11.

<sup>33</sup> En más de una Comunidad, la prestación de Asistencia Personal no es ofrecida por los evaluadores.

### 5.3 La figura del asistente personal

La figura del asistente personal es muy conocida en los países de tradición anglosajona y ha sido ya descrita en detalle en textos en castellano<sup>34</sup> :

“Un Asistente Personal es una persona que ayuda a otra a desarrollar su vida. El Asistente Personal es por tanto aquella persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que por su situación, bien sea por una diversidad funcional o por otros motivos, no puede realizarlas por sí misma.

Esta ayuda está regulada por un contrato profesional en el que el usuario o usuaria, habitualmente la persona con diversidad funcional o su representante legal, es la parte contratante. La existencia del Asistente Personal se basa en el deseo y el derecho de las personas con diversidad funcional a controlar su propia vida y a vivirla con la dignidad que conlleva estar en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía.”

Ese mismo documento, concluía en 2006:

“Es por tanto la fórmula Asistente Personal + Pago Directo + Derecho Universal, la que dota al individuo de las herramientas necesarias para poder llevar una vida independiente. Es la que iguala esa desventaja inicial que han tenido siempre las personas con diversidad funcional por el hecho de ser diferentes. Es la que garantiza el verdadero control de la vida por parte del individuo, sin intermediarios. Es el poder tomar decisiones aunque éstas sean equivocadas y así poder desarrollar una vida junto con tu entorno social. Es ser y sentirse una ciudadana o ciudadano más.

En España, el Sistema de Promoción de la Autonomía que se estipula en la Ley de Promoción de la Autonomía de las Personas en Situación de Dependencia puede convertirse en la pieza clave para proporcionar a los ciudadanos los recursos que necesitan para poder disponer de asistencia personal que ellos mismos controlen. Será en el desarrollo de este sistema dónde se podrá comprobar si España es capaz de modernizar de manera efectiva su política social, consiguiendo así una mejora importante para toda la ciudadanía”

Tal como se ha mencionado anteriormente, la LEPAP estableció en 2006 una prestación económica de asistencia personal, a todas luces insuficiente y restringida, pero significó un primer paso para el futuro desarrollo de esta figura en España.

Además, esta novedosa figura constituye una fuente de empleo flexible, no deslocalizable, profesional y humanamente atractivo y enriquecedor, adaptable al territorio y a las necesidades específicas de la persona; y una inmejorable inversión directa de empleo, ya que la mínima presencia de costes indirectos sobre gestión, garantiza que la inversión de fondos Públicos sea convertida en empleos directos sin intermediarios y sin lucro empresarial.

A diferencia de otras prestaciones y servicios (cuidador no profesional, Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)), la asistencia personal no es un mero complemento a la atención familiar, sino una alternativa sustitutoria de ese rol tradicional de las mujeres. Mientras las otras medidas se orientan a ayudar a las

<sup>34</sup> RODRÍGUEZ-PICAVEA, A. y ROMAÑACH, J. “Consideraciones sobre la figura del Asistente Personal en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”. Foro de Vida Independiente. Mayo 2006.

mujeres de la familia a mantener su papel de cuidadoras – aliviando algo su carga de trabajo o indemnizándoles mínimamente -, la asistencia personal permite recobrar por completo su libertad a las personas con diversidad funcional y a las mujeres o cuidadores habituales de su entorno familiar.

## 5.4 La asistencia personal en la legislación española

Además de la prestación económica ya mencionada y estipulada en la LEPAP, existen más menciones legales a esta figura, dentro y fuera de ese texto legal

### 5.4.1 Convención de la ONU

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU forma parte de la legislación española desde el 21 de abril de 2008, fecha en la que fue publicada en el BOE<sup>35</sup> y entró en vigor el día 3 de mayo de ese mismo año, al cumplirse los requisitos de plazos y de número de países que la han aprobado.

Tiene como objetivo (Art. 1) garantizar el ejercicio efectivo de todos los Derechos Humanos y el respeto a su dignidad inherente. En particular, reconoce explícitamente el derecho a la vida independiente y obliga a los Estados a proporcionar la asistencia personal necesaria para hacer vida en comunidad, con plena participación social y en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía (Art. 19):

#### **Artículo 19. Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad**

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Al entrar la Convención en el sistema legislativo español con prioridad<sup>36</sup> sobre la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia (LEPAP), la progresiva implantación de la Convención obligará a modificar el artículo 19 de la LEPAP que tiene una visión reduccionista de la asistencia personal:

<sup>35</sup> <http://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>

<sup>36</sup> Tal como se estipula en el artículo 27 de la Convención de Viena de 1969.

#### **Artículo 19. Prestación económica de asistencia personal.**

La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

Obsérvese que si bien la Convención habla de *“plena inclusión y participación en la comunidad”* y de *“vivir, en igualdad de condiciones con las demás”*, la LEPA sólo habla de *“contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria”*.

La diferencia es muy relevante, ya que *“la plena inclusión en la comunidad”* abarca actividades sociales, culturales, de ocio y deportivas, ignoradas por la LEPAP; además una vida *“en igualdad de condiciones con los demás”* no se garantiza con una *“contribución”* igual para todos, sino con prestaciones adecuadas a las diferencias de cada persona.

La definición de *“ajuste razonable”* que la misma Convención establece en su artículo 2 es:

Por *“ajustes razonables”* se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

En particular, no se puede considerar que un determinado número de horas de asistencia personal es *“desproporcionado o indebido”* si el recurso alternativo que se ofrece no permite ejercer todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad con el resto de la ciudadanía.

Por otro lado Institucionalizar a una persona por razón de su diversidad funcional nunca puede ser considerado un *“ajuste razonable”* porque vulnera los Derechos Humanos, concretamente los artículos 3, 5, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La Convención también obligará a modificar otros artículos de la LEPA como el 14, que da prioridad a los servicios sobre la Asistencia Personal, el 33 que, al establecer el copago, impide las condiciones de igualdad y el artículo 29 que restringe la plena capacidad de elección del usuario.

#### **5.4.2 LIONDAU**

En diciembre de 2003 se aprobó la LIONDAU (*Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, (51/2003)*). En su artículo 9 explicita la asistencia personal como apoyo complementario para hacer efectivo el paradigma de vida independiente, que el artículo 2 recoge como principio rector, definiéndolo como *“la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.”*



### 5.4.3. Real Decreto 870/2007 de empleo con apoyo

También está relacionado con la asistencia personal el Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, a través del cual se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo.

Tal como se indica en el propio decreto, el empleo con apoyo es:

#### Artículo 2. Definición de empleo con apoyo.

1. Se entiende por empleo con apoyo el conjunto de acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo, prestadas por preparadores laborales especializados, que tienen por objeto facilitar la adaptación social y laboral de trabajadores con discapacidad con especiales dificultades de inserción laboral en empresas del mercado ordinario de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes.

En este decreto, no se contempla la figura de la asistencia personal, sino la del preparador laboral como persona que apoya habitualmente a una persona discriminada por su diversidad funcional intelectual en el proceso de su integración en el mundo laboral. El propio decreto estipula en qué consiste la figura del preparador laboral:

#### Artículo 7. Preparadores laborales.

1. Las acciones de empleo con apoyo serán llevadas a cabo por preparadores laborales, los cuales deberán estar en posesión de una titulación mínima de formación profesional de grado medio o equivalente y acreditar una experiencia previa de al menos un año en actividades de integración laboral de personas con discapacidad que les capacite para la realización de las funciones propias de su puesto.

No obstante, los expertos no tradicionales han sostenido siempre que la asistencia personal no se reduce a la tradicional visión de apoyo a las personas con diversidad funcional física, sino que incluye cualquier tipo de apoyo humano que sirva para poner en igualdad de oportunidades a las personas discriminadas por cualquier tipo de diversidad funcional (visual, auditiva, mental, intelectual, física, etc.). Por ello, se hace referencia a este real decreto para enriquecer los tipos de funciones y regulaciones que quedan dentro del ámbito de la asistencia personal.

### 5.4.4. LEPAP

Poco después, en diciembre de 2006, se promulgó la *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, (39/2006), también abreviada como LEPA. La definición de “asistencia personal” queda recogida en el artículo 2.7:

“Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.”

Se establece una prestación económica para asistencia personal en el artículo 14.5



“Las personas en situación de dependencia podrán recibir una prestación económica de asistencia personal en los términos del artículo 19.”

Y en el artículo 19 de la Ley, ya recogido con anterioridad.

Obsérvese que mientras la definición 2.7 y el artículo 14.5 hacen referencia a “*personas en situación de dependencia*”, el artículo 19 restringe la prestación económica a “*personas con gran dependencia*”. Esta discriminación arbitraria choca frontalmente con el derecho recogido en el artículo 4.2.k “*A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.*” Otra carencia fundamental del artículo 19 es el hecho de no contemplar las actividades de participación en la vida comunitaria, social y cívica. Esto impide alcanzar el objetivo marcado por el artículo 13.b “*Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.*”

El importe máximo que puede alcanzar la prestación económica para asistencia personal es de 831 €/mes (grado III, nivel 2)<sup>37</sup>. A esta cantidad máxima habrá que deducirle el copago que estipule cada Comunidad Autónoma, y las prestaciones de carácter análogo que ya se estén percibiendo (complementos de “gran invalidez”, de “3ª persona” y de “hijo a cargo”, etc.). Incluso en el caso de ser baremado en grado III-nivel 2 y no imponer copago, la cantidad máxima de 831 €/mes sólo permite contratar 2-3 horas diarias de asistencia personal. Teniendo en cuenta que hablamos de personas baremadas en grado III, que necesitan un amplio nivel literario de apoyos todos los días, se hace evidente que el importe no alcanza ni para la mera supervivencia, menos aún para cumplir el objetivo de la prestación para asistencia personal de cubrir el acceso al mundo laboral y los estudios.

## 6. LAS VENTAJAS DE LA ASISTENCIA PERSONAL

### 6.1. La asistencia personal como inversión en empleo

A pesar de la escasa implantación de la figura del asistente personal y de los servicios de asistencia personal en España, las experiencias desarrolladas en la Diputación Foral de Guipúzcoa, la Comunidad Autónoma de Madrid, la Comunidad Autónoma de Galicia y el Ayuntamiento de Barcelona en los últimos años, han permitido que se disponga de algunos datos de referencia para evaluar el impacto en el empleo de las inversiones públicas realizadas en este ámbito.

Así, en el proyecto piloto desarrollado en la Comunidad de Madrid durante el periodo 2006-2008, el 98% de la inversión desarrollada en este campo ha sido empleada directamente en puestos de trabajo<sup>38</sup>. Atendiendo a 62 usuarios a los que se les proveía de asistencia personal se han generado 120 puestos de trabajo directo, siendo tan sólo el 2% de la inversión dedicado a los gastos de gestión (alquiler de oficinas, teléfonos, luz, electricidad, etc.). De estos 120 puestos de trabajo, cinco estaban dedicados a la coordinación y gestión y 115 daban atención directa de asistencia personal a los usuarios.

Además de la eficiencia económica a la que apuntan los datos cuantitativos expuestos, hay que destacar también algunos aspectos cualitativos del empleo generado:

<sup>37</sup> Fuente Seguridad Social: [http://www.seg-social.es/imsero/dependencia/dep\\_pre5.html#7](http://www.seg-social.es/imsero/dependencia/dep_pre5.html#7)

<sup>38</sup> Explotación propia de datos

- Posibilita la incorporación de colectivos con dificultades de acceso al mundo laboral (estudiantes, mujeres extranjeras, mujeres mayores de 40 años, personas con diversidad funcional –en puestos de coordinación- etc.).
- Las condiciones laborales y los incentivos de desarrollo personal suponen una mejora en la calidad de vida de trabajadores que se encontraban en la economía sumergida y/o en servicios (residencias, SAD) despersonalizados y con cargas de trabajo extenuantes.
- La flexibilidad del servicio permite atender las necesidades de entornos rurales y urbanos con mayor rapidez y adaptabilidad que otros (residencias, SAD).
- Los puestos de trabajo creados no son deslocalizables, como ocurre con aquellos creados por las multinacionales.

## 6.2. Ventajas económicas y retorno de la inversión

En España, existen muy pocos análisis que contemplen los beneficios económicos, además de los sociales y de igualdad, de la implantación de la Asistencia Personal.

Otros países, como Gran Bretaña, que cuentan con una larga experiencia en políticas de Vida Independiente, pago directo y Asistencia Personal, ya han averiguado las bondades de la flexibilidad y eficiencia económica de este tipo de políticas. Tanto es así, que el pago directo y la asistencia personal son el eje fundamental de la política estratégica británica para los próximos 20 años para erradicar la discriminación por diversidad funcional.

En un ámbito más modesto y con la escasa experiencia derivada de los proyectos piloto realizados en toda España, se pueden realizar pequeñas aproximaciones, utilizando para ello, de momento, casos concretos.

En Barcelona, el estudio realizado por los expertos no tradicionales, basándose en la experiencia piloto de Vida Independiente del Ayuntamiento de Barcelona arroja los siguientes datos:

- La asistencia personal resulta un 33% más barato que el servicio de ayuda a domicilio (12 €/hora vs. 18 €/hora)
- La asistencia personal resulta un 21% más barato que una plaza de residencia (2.500 €/mes vs. 3.100 €/mes)

La bondad económica de la asistencia personal, queda también reflejada en el retorno de la inversión que supone, además de garantizar la participación en igualdad de oportunidades en la sociedad, y por lo tanto permitir la incorporación al mundo laboral de las personas discriminadas por su diversidad funcional.

A continuación, a modo ilustrativo, se realiza el análisis del retorno de la inversión en dos casos de personas con perfiles parecidos que han tenido lugar en España con una separación de 15 años. El primer caso es de una persona que adquirió su tetraplejía en el año 1991, cuando no había ni políticas, ni noción del concepto de Asistencia Personal. El segundo caso, es de una persona que adquirió su tetraplejía en el año 2005 y que fue incorporado al proyecto de la Oficina de Vida Independiente de la Comunidad de Madrid, a través del cual recibió muy pronto Asistencia Personal.

En ambos casos se trata de varones residentes en Madrid, con titulación superior, que tuvieron un accidente a los 28 años, con consecuencia de tetraplejía. En ambos casos se obtuvieron pensiones contributivas altas respecto a la media, con complemento de Gran Invalidez.

En el primer caso, al salir del hospital recibió una pensión, la empresa puso muchas trabas para readmitirlo, no obtuvo asistencia personal y pronto desistió de buscar trabajo, principalmente por necesitar asistencia para realizar algunas de las tareas laborales, que no tenían solución ya que todo recaía sobre su familia.

En el segundo caso, al salir del hospital recibió una pensión, la empresa puso también muchas trabas para readmitirlo. No obstante obtuvo asistencia personal que le permitió aprender a desenvolverse con normalidad en la sociedad. Dos años después del accidente volvió a trabajar para una empresa del mismo sector.

El primer caso (Caso 1) es hoy en día receptor de una pensión de Gran Invalidez y no produce riqueza, al no participar en la producción de riqueza económica. Por lo tanto es un consumidor neto de recursos públicos. No hay retorno de puestos de trabajo ya que es la familia la que se encarga de atenderle.

El segundo caso (Caso 2) percibe un salario de la empresa y no tiene pensión de la administración pública, pero recibe Asistencia Personal financiada por la Comunidad de Madrid. Participa en el proceso de creación de riqueza a través de su empresa. De su situación se crean, al menos, tres puestos de trabajo: el propio y el de dos asistentes personales.

En ambos casos, se produce un retorno de la inversión al Estado a través de los impuestos indirectos, es decir a través del consumo, que se estima en un 16% del salario o pensión recibida.

Para el primer caso supondremos una pensión de 2.000 € y un complemento de Gran Invalidez de 1.000 € (50% de 2.000). Lo que da una pensión anual de 42.000 €  $((2.000+1.000) \times 14)$ .

Para el segundo caso supondremos un salario de 25.000 € anuales para la persona y una inversión de 25.000 € en Asistencia Personal (al menos dos asistentes).

#### Caso 1:

<b>Inversión Pública</b>	
Pensión	28.000
Complemento Gran Invalidez	14.000
<b>Total</b>	<b>42.000</b>
<b>Retorno</b>	
Impuestos Indirectos	-6.720
<b>Total</b>	<b>6.720</b>
<b>Saldo de la inversión pública</b>	<b>35.280</b>

En este caso, la persona es un consumidor neto de recursos públicos por un importe de aproximadamente 35.000 €/año (aproximadamente el coste de una plaza de residencia)

A la hora de analizar el segundo caso conviene aportar nueva información. Al cobrar de una empresa privada, ésta paga aproximadamente un 30% de su salario a la seguridad social. Lo mismo ocurre con los asistentes personales (aunque este retorno directo por seguridad social hay que restarlo del cálculo del retorno por Impuestos Indirectos, ya que está incluido como coste de la propia asistencia). El retorno por Impuestos Indirectos se produce en la misma proporción (16%), tanto por parte de la persona como por parte de sus asistentes.

### Caso 2:

<b>Inversión Pública</b>	
Asistencia Personal	25.000
<b>Total</b>	<b>25.000</b>
<b>Salario privado</b>	<b>25.000</b>
<b>Retorno</b>	
Impuestos Indirectos usuario	-4.000
Impuestos Indirectos Asistentes Personales	-2.800
Seg Social empresa	-7.500
Seg Social Asistentes Personales	-7.500
<b>Total</b>	<b>-21.800</b>
<b>Saldo de la inversión pública</b>	<b>3.200</b>

En este caso, la inversión para la administración pública es de aproximadamente 3.000 €/año (Aproximadamente un 10% del coste de una residencia).

Podemos concluir que, en casos como los expuestos, la administración pública ahorraría unos 32.000 € anuales con una sola persona adoptando políticas de asistencia personal.

Dado que es un caso con 15 años de pervivencia, si hubiera habido políticas de Asistencia Personal en el año 1991, la administración pública se podía haber ahorrado sólo en este caso, casi 500.000 € en este periodo, y está a tiempo de ahorrarlos en los próximos 15 años, si se proveen las políticas de asistencia personal adecuadas.

Se podría argumentar que se trata de un caso no excesivamente frecuente y que habrá muchos casos en los que la diferencia de ahorro entre las políticas tradicionales y las políticas basadas en asistencia personal disminuya hasta hacerse nula o incluso negativa; pero lo que es evidente es que en algunos casos, muchos más de lo que se piensa (habrá que estudiar en profundidad hasta qué casos se produce) ese retorno existe y constituye un ahorro neto para las arcas públicas.

Además hay que tener en cuenta que al liberar a la familia, ésta podrá, a su vez, incorporarse a su vida laboral, con el consiguiente beneficio para la producción de riqueza y para las cuentas públicas.

### 6.3. La asistencia personal como inversión en derechos para todas las personas

Un ejemplo paradigmático de las situaciones de desigualdad múltiple es el que ha puesto sobre el tapete la reciente legislación sobre autonomía personal. En diciembre de 2006 se aprobó la Ley de autonomía personal, que debía materializar una serie de herramientas sociales que permitiesen destejer una de las redes de vulneración de derechos más tupida y férrea que atenaza nuestra sociedad: la dependencia. Los principales grupos humanos relacionados con la falta de un ejercicio efectivo de sus derechos humanos son:

- Las personas discriminadas por su diversidad funcional que necesitan apoyos humanos y tecnológicos para desarrollar sus actividades cotidianas, más allá de la mera supervivencia que puedan proporcionar los servicios institucionalizadores (residencias, centros de día, SAD), aspiran a la emancipación, a la plena participación social en igualdad de oportunidades, con apoyos como la autogestión de asistencia personal y tecnológica.
- Las personas –muy mayoritariamente mujeres- que prestan asistencia no remunerada en el ámbito familiar, más allá de los “respiros”, aspiran a recobrar por completo su libertad. Bien para dedicarse a otras cosas o bien para seguir prestando asistencia, pero en un marco de garantías laborales acorde a la Europa del siglo XXI, que no garantiza la LEPA.
- Las personas –muy mayoritariamente mujeres migrantes- que trabajan en el ámbito de la atención personal, más allá de perpetuarse en la precariedad de la economía sumergida, aspiran a unas condiciones laborales dignas que les permitan desarrollar con normalidad su actividad profesional.

La Ley de autonomía personal recogía como principio la priorización de los servicios sobre las prestaciones económicas. La invisibilidad de las personas con diversidad funcional que necesitan apoyos para las actividades cotidianas –no están en el mundo laboral, ni en el sindical ni en el político- propició que se les visualizara como un instrumento para la poderosa maquinaria económica que se ponía en marcha. Aquí es donde los derechos humanos deberían haber servido de guía para tener en cuenta la opinión de los expertos no tradicionales y no priorizar los servicios sobre las prestaciones económicas; el tiempo ha venido a constatar las preferencias de la ciudadanía.

Por otro lado, los expertos rechazan la “granjerización”<sup>39</sup>, en línea con las tendencias europeas<sup>40</sup> y considera que los Servicios de Ayuda a Domicilio<sup>41</sup>, resultan plenamente insuficientes.

<sup>39</sup> Término acuñado desde el Foro de Vida Independiente para caricaturizar la realidad de las residencias, en las que basta con arrinconar, “encerrar” alimentar y asear a las personas, sin darles herramientas para alcanzar una vida ciudadana plena.

<sup>40</sup> El 3 de febrero de 2010, el Comité de Ministros adoptaba la Recomendación CM/Rec(2010)2 sobre la desinstitucionalización y la vida en comunidad de los niños con diversidad funcional, y pedía a los gobiernos de los estados “adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y otras apropiadas para adherirse a los principios establecidos en el 'apéndice de esta recomendación para sustituir los servicios residenciales por servicios comunitarios en un calendario razonable y con un enfoque global.

<sup>41</sup> Que se caricaturizan como Servicios de Arresto Domiciliario, por funcionar sólo en el domicilio, sólo entre semana y en el que no se puede elegir personalmente al asistente.

La garantía de una Vida Independiente, un derecho humano, no debería basar en inyectar recursos sociales, que en muchas ocasiones se pierden en los entresijos burocráticos y empresariales intermedios.

El derecho a la igualdad debe basarse en la circulación de derechos a través de la inversión directa en las personas que los perciben, de manera que, cumpliendo con sus deberes tributarios y de justificación, lleguen al final de la cadena la mayor parte de los recursos disponibles, para que sean transformados en el apoyo individual y específico que cada persona precisa para estar en igualdad de oportunidades.

De manera natural esta inversión de derechos debería revertir a otros colectivos discriminados por este sistema, como el de las mujeres.

La igualdad de oportunidades no puede seguir basándose en la explotación y discriminación de las mujeres, que es el verdadero resultante tras más de tres años de desarrollo de la LEPA con más de la mitad de prestaciones de cuidador familiar. Este hecho pone de relieve la prórroga de la situación discriminatoria de madres o familiares de personas discriminadas por su diversidad funcional.

Obsérvese que esta prestación prolonga la situación de atención permanente de esas mujeres a sus familiares a cambio de una prestación económica de importe muy inferior al Salario Mínimo Interprofesional: ausencia plena de libertad a cambio de recursos insuficientes, pero líquidos.

La interdependencia de los derechos humanos de los tres colectivos enredados en una triple desigualdad –personas con diversidad funcional, mujeres del entorno familiar, mujeres inmigrantes– requiere de un abordaje nuevo, que se articule entorno al ejercicio efectivo de los derechos y libertades fundamentales de todos los implicados.

Una referencia clave para vislumbrar cómo estructurar respuestas basadas en la interdependencia de los derechos humanos es la vía escandinava. Como muestra un botón: en la ciudad de Estocolmo hace tiempo que no existe ni una sola plaza residencial para personas discriminadas por diversidad funcional física (y las de diversidad intelectual son pisos compartidos)<sup>42</sup>, las mujeres han alcanzado tasas de actividad 15 puntos por encima de la española.

No han llegado a esa situación ni por casualidad ni por decreto, sino apostando por dar libertad real (esto es, garantizando los recursos necesarios) a la ciudadanía para elegir cómo querían vivir. No se prohibieron las residencias (como se ha hecho en Dinamarca), ni se dio limosnas a las mujeres para que se mantuvieran donde no querían estar, ni se dejó exclusivamente en manos del mercado el valor del trabajo a realizar; bastó con financiar decididamente la asistencia personal para que las personas con diversidad funcional pudieran hacer vida independiente, las mujeres pudieran recobrar íntegramente su libertad y las personas que trabajan en el sector tuvieran unas condiciones laborales dignas.

## 7. CUESTIÓN DE PREVALENCIA SOCIAL. LOS CRÉDITOS AMPLIABLES.

Los recursos económicos son limitados, mientras que la experiencia dice que las necesidades tienden a ser ilimitadas. Por otro lado, no todas las necesidades son iguales en gravedad e intensidad. Tanto es así que hasta los economistas han identificado necesidades inducidas por las técnicas de promoción

<sup>42</sup> RATZKA, A. Conferencia impartida en Barcelona el 22 de octubre de 2007.

comercial. Dicho en otros términos, hay presuntas necesidades que en absoluto son vitales ni atañen a los derechos fundamentales de la persona. Por consiguiente, tampoco merecen el mismo tratamiento desde la perspectiva presupuestaria y pública.

Pongamos de nuevo un caso concreto. Un niño contrae un virus que le deja en una situación equivalente a la de una parálisis cerebral. El niño tiene cinco años y está escolarizado. Precisa de una silla motorizada y articulada que le permita seguir la clase en las mismas condiciones que sus compañeros. Sus padres carecen de recursos para desembolsar dos mil euros. Lo solicitan a la Administración educativa y se le deniega. A poca distancia del colegio hay un campo de fútbol vecinal. Durante décadas, los jóvenes del lugar han jugado en ese terreno sin mayores contratiempos. Pero ahora alguien decide que sería mejor dotarlo de césped artificial. Solicitan césped artificial y obtienen una ayuda pública de 300.000 euros. A los pocos meses, la falta de cuidados y mantenimiento malogran esa mejora del terreno.

Un mínimo sentido de la equidad basta para enjuiciar qué es prevalente a la hora de atender ambas necesidades. La silla de ese niño o el césped artificial para uso de los jóvenes, que juegan un par de veces por semana. Cosa distinta es la capacidad de presión o de movilización. En estos ámbitos, resulta incuestionable la abusiva superioridad del colectivo de jóvenes y del entramado que les rodea.

No obstante, aquí, el más elemental sentido de la equidad sólo es una herramienta intuitiva o aproximativa, de innegable utilidad aunque incompleta. La herramienta más idónea es la que tiene como aleación el componente de los derechos humanos básicos, y en concreto de los derechos sociales fundamentales con refrendo internacional.

La Constitución española, consciente de la trascendencia del respeto a la legalidad internacional en un Estado democrático y social, nos dice en su artículo 10.2:

“Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las materias ratificados por España.”

¿Es la educación de un niño un derecho fundamental en España? Lo es, y así lo proclama el artículo 27 de la Constitución:

“1. Todos tienen el derecho a la educación. Se reconoce la libertad de enseñanza.”

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales.”

Pues bien, ese derecho fundamental a la educación que asiste a un niño español de cinco años, que precisa de una silla adaptada para seguir las enseñanzas del mismo modo que sus compañeros de clase, viene desarrollado con carácter prioritario en la pirámide normativa por la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (diversidad funcional), ratificada –junto con su Protocolo adicional- por el España, y así consta en el BOE de 21 de abril de 2008. España y los españoles podemos estar orgullosos de nuestra nación y comunidad de valores básicos, por tener la fortuna de pertenecer a uno de los primeros Estados de la Unión Europea, junto con Suecia, y del mundo en dar este trascendental paso.



De manera que el artículo 27 de nuestra Constitución, por mandato de su propio artículo 10.2, ha de ser integrado preferentemente en este ejemplo con el artículo 24 de dicha Convención internacional, que entre otras cosas impone en su número 2 que el Estado español asegure que:

- a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;
- b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;
- c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;
- d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;
- e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.”

En síntesis, no se trata pues de que el niño que nos sirve de ejemplo se vea favorecido -en la competencia por los escasos recursos presupuestarios del conjunto de las Administraciones Públicas- por un primario sentido de equidad, frente a la desigual competencia de los jóvenes que aspiran a jugar su partido en un campo de fútbol vecinal con césped artificial. Es que, además y sobre todo, a ese jovencísimo conciudadano le asiste un derecho social prevalente sobre el hipotético derecho a jugar al fútbol sobre césped artificial, que como mucho tendría su engarce en el artículo 43.3 de la Constitución, que no trata de un derecho material, sino de un mero principio rector de la política social y económica, en el ámbito del fomento y con carácter discrecional muy secundario.

Un análisis equivalente se podría hacer para un estudiante que además de la silla, precise de Asistencia Personal para acudir a sus clases, tomar apuntes, ir al baño cuando fuera necesario, etc.

Es claro que los recursos presupuestarios son limitados para atender todas las eventuales demandas que surjan de la colectividad, como también es claro que no todos los derechos –o simples intereses- que se invocan están en el mismo plano jurídico o de pura equidad. En consecuencia, tampoco la respuesta presupuestaria de las Administraciones Públicas puede ser la misma. Por ello, para garantizar la perfecta correlación entre los derechos sociales fundamentales, como derechos humanos básicos que son, y su idóneo tratamiento económico-presupuestario, resulta indispensable e indemorable generalizar la Evaluación de Prevalencia Social (EPS) en la asignación de los recursos presupuestarios. Esto implica que la prevalencia o prioridad jurídica de unos derechos sustantivos sobre otros, y más sobre simples intereses, fuesen o no espurios, debe discurrir indisociablemente en paralelo con este instrumento analítico. La EPS es, de esta forma, la mejor garantía material para que la literatura jurídica se convierta en hechos tangibles, sin demoras ni subterfugios legales.

Generalizar la EPS implica realizar un cambio de cultura en la gestión pública. Los cambios culturales suelen ser más lentos que los científico-técnicos. Sin embargo, en tanto no se culmina este proceso, que no debiera llevar más de un trienio, existen medidas alternativas de primer orden que pueden ser aplicadas inmediatamente, ya para el próximo ejercicio presupuestario. Entre ellas cabe destacar la calificación de los créditos que atañen a los derechos sociales fundamentales, y en concreto a la

antedicha Convención de Naciones Unidas y a la propia LEPAP, como créditos ampliables por todas las Administraciones Públicas responsables de su desarrollo, aplicación y ejecución.

Si se sostiene que la LEPAP es el cuarto pilar del Estado del Bienestar español, también ha de dársele idéntico tratamiento presupuestario que a la sanidad, la enseñanza y la cobertura de desempleo. Si no fuese así estaríamos ante un remedo de caridad institucional, de benevolencia graciable, sujeta a una anual subasta presupuestaria.

La solidaridad se diferencia de la caridad en que la primera da respuesta a qué precisan los ciudadanos en peor situación relativa, mientras que la segunda plantea qué hay sobrante para obsequiárselo a los necesitados.

## 8. ANÁLISIS DE LAS INCOHERENCIAS EN EL DESARROLLO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

Una vez desarrollado el concepto de asistencia personal, y la visión de derechos, que deberían dar lugar a un cambio general en todas las políticas sociales relacionadas con la diversidad funcional y, por supuesto, la LEPAP, corresponde analizar los errores cometidos en la concesión de prestaciones económicas y proponer la ruta que esas mismas prestaciones económicas deberían seguir en un futuro.

### 8.1 La prestación de cuidador familiar

Tal como se ha analizado en la sección "Prestación económica de cuidados familiares (PECF)", en desenfadado crecimiento de una prestación considerada excepcional tiene una explicación, relacionada con los defectos del diseño del sistema, por varios factores.

Quizá el más relevante para la Administración sea el bajo coste de la prestación, acompañado de la sencillez del procedimiento para las CCAA.

Desde el punto de vista del receptor, lo más relevante es la ausencia de aportación económica (o copago) que existe en otros servicios; Para ser más precisos hay copago, en forma de reducción de la prestación según capacidad económica, similar a las otras prestaciones económicas, pero la familia recibe liquidez y no incurre en ningún gasto. Además la Seguridad Social del cuidador o cuidadora, corre de parte de la administración.

Por otro lado, la fuerte insuficiencia de la prestación de asistencia personal, única que permitiría una vida independiente a la persona con diversidad funcional, provoca que en cualquier caso la familia se vea forzada a seguir prestando asistencia "informal". Ya puestos a seguir casi igual, prefieren cobrar algo por ello.

También se han apuntado como motivos la propaganda errónea de la Ley, que hizo pensar a muchas personas que se trataba de una "paguita".

Por lo tanto, ha sido el propio diseño de la Ley, su difusión y el desarrollo llevado a cabo por las Autonomías el que ha generado la situación actual, probablemente deseando atender al mayor número de personas posible, sin considerar las consecuencias.

Por otro lado, cabe resaltar que la PCEF tiene los muchos peligros, entre los que se encuentran la dependencia familiar del ingreso; además, por un sueldo inferior al salario mínimo, se “fuerza” a la persona cuidadora (habitualmente mujer) a aceptar un trabajo de 24 horas al día. También prorroga hacia el futuro la situación de dependencia de la persona atendida, que permanece dependiente de su familia, y ve como su emancipación tiene un impacto negativo en la economía familiar.

Desde el punto de vista laboral, no genera empleo, ya que la persona cuidadora no puede trabajar, por cuidar de la persona ni la persona con diversidad funcional tiene acceso al mundo laboral mientras le asista la familia. Y además se utiliza para limitar la prestación de asistencia personal por la vía del desarrollo reglamentario, al admitirse como sucedáneo del cuidado familiar el de cualquiera<sup>43</sup>.

Como se puede observar, el hecho de que más del 50% de las prestaciones sean de este tipo lo que hace *de facto* es prorrogar la dependencia, en lugar de solucionarla y con ello, la situación de desigualdad de oportunidades que se pretendía solucionar con la Ley.

## 8.2 La prestación de asistencia personal (PEAP)

Respecto a la PEAP, resulta muy llamativo su escaso desarrollo (0,1%), y que el 80% de éste sea en una sola Comunidad Autónoma, el País Vasco.

Tal como se ha indicado en la sección 4.4, la novedad y la poca experiencia acumulada puede ser un factor que juegue en su contra. No obstante es un hecho contrastado que muchas comunidades no ofrecen esta prestación a los usuarios. La única que lo hace de manera sistemática es el País Vasco y a la vista está la diferencia de resultados.

Por si esto fuera poco, algunas comunidades, incumpliendo la LEPAP han prohibido la PEAP a los menores. Cataluña, bien *de iure*, o *de facto*.

También conviene tener en cuenta que el importe de la prestación, una vez descontado el copago y teniendo en cuenta que hay que pagar con su importe la seguridad social del trabajador, resulta absolutamente insuficiente para garantizar la autonomía de las personas que lo necesitan. Tanto es así que algunos usuarios han optado por el Servicio de Ayuda a Domicilio, porque con él se acaba percibiendo más horas de atención con el que con la prestación de asistencia personal.

Probablemente el mal diseño de la PEAP, la escasez de apoyo administrativo y su consecuente escaso desarrollo hayan tenido como consecuencia que tras tres años de la aprobación de la Ley, la figura laboral del asistente personal sigue sin estar regulada.

Sin embargo, a través de las experiencias piloto de Asistencia Personal desarrolladas en varias comunidades autónomas, ostensiblemente mejor diseñadas que la PEAP, se conocen las ventajas de la Asistencia personal individualizada y suficiente.

<sup>43</sup> El artículo 1.2 del RD 615/2007 permite la existencia de cuidadores no profesionales equiparándolos a los familiares, cuando en realidad si no se es familiar se realiza una labor de asistencia personal.

Se ha comprobado que llega a resultar un 33% más barato que el servicio de ayuda a domicilio y que llega a resultar un 21% más barato que una plaza de residencia.

Desde el punto de vista de inversión, el 98% de los recursos utilizados se dedican directamente a generar empleo y se crea una media de 2 puestos de trabajo por cada persona que percibe una prestación suficiente. También permite a la persona que percibe la prestación participar en el mundo laboral y encontrar empleo.

Desde el punto de vista de ciudadanía permite a la persona que percibe la prestación emanciparse de su situación de dependencia y permite a la familia (mayoritariamente mujeres) dejar de prestar asistencia forzosa e incorporarse al mundo laboral y/o a participar libremente en la comunidad.

### 8.3 PCEF vs. PEAP: un caso práctico real

En aras de ilustrar las ventajas de la asistencia personal en relación con la prestación económica de cuidado familiar, se plantea ahora un escenario basado en un caso real.

Una madre tiene un hijo con diversidad funcional y, para atenderle, reduce su ocupación a media jornada.

Con la llegada de la LEPA se le planteaban dos opciones:

- Dejar su empleo Aceptar la prestación de cuidador, y percibir la prestación económica de aproximadamente 400 €.
  - Puestos de trabajo resultantes: **-1**
- Mantener su trabajo, pedir la prestación económica de asistencia personal, de aproximadamente 500 € y contratar un asistente personal.
  - Puestos de trabajo resultantes: **+1**

A pesar de la fuerte presión de la administración y de tener que acudir a la prensa y a los juzgados para reclamar la prestación, la madre optó por la asistencia personal, de manera que mantiene su independencia económica y promueve la autonomía de su hijo.

Como resultado, ella sigue teniendo trabajo hoy y se creó un nuevo puesto de trabajo para el asistente personal, dando un diferencial de dos puestos de trabajo con respecto a la prestación económica de cuidado familiar.

### 8.4 Planteamientos de futuro

Lo que queda por delante es el futuro social de todas las personas que viven por acaben viviendo en situación de dependencia. Para construir ese futuro, las prestaciones económicas van a ser una pieza fundamental.

El gobierno y las administraciones públicas van a tener que elegir entre cumplir la legislación vigente y respetar los derechos humanos de estas personas, desarrollando políticas públicas bajo estas premisas, o mantener el desarrollo actual y vulnerar los derechos humanos de estas personas, manteniendo su esclavitud y su Dependencia.

Para seguir el primer camino, las nuevas políticas públicas relacionadas con la dependencia diversidad funcional, deberán incorporar como pieza fundamental la prestación económica de asistencia personal, ampliando su cobertura y su importe, para adaptarlo a las necesidades de las personas. De esta manera, se estará contribuyendo a construir una sociedad más justa en la que la persona en situación de dependencia esté en igualdad de oportunidades.

Para seguir el segundo camino, y construir una sociedad en la que se mantenga la injusticia, la desigualdad de oportunidades y se contribuya a prorrogar y enquistar las situaciones de dependencia, bastará con seguir el camino actual.

El gobierno actual, ha optado por este segundo camino, ya que tenía la oportunidad de hacer modificaciones en la LEPAP este año 2010, una opción contemplada en la propia ley<sup>44</sup>, y ha decidido dejar las cosas como están.

De igual manera, los expertos tradicionales, deberán adecuar su discurso y sus análisis a una concepción basada en derechos y el respeto a los derechos humanos, para lo que bastará con que escuchen las voces de los expertos no tradicionales.

## 9. CONCLUSIONES

De todo lo anteriormente expuesto, podemos concluir que el desarrollo de la figura del asistente personal en España producirá beneficios en cuatro ámbitos.

En lo que respecta a los derechos, la PEAP sirve para garantizar la igualdad de oportunidades viviendo en comunidad establecida en la LIONDAU y en la Convención de la ONU.

Desde un enfoque social, la PEAP libera a las mujeres de una esclavitud histórica, proporciona libertad social y emancipación a las personas discriminadas por su diversidad funcional y da a la persona el apoyo que necesita adaptándose a su realidad y erradicando políticas de café para todos.

Desde la perspectiva del empleo, sirve para invertir en empleo directo con ínfimos gastos de gestión, de manera que el 98% de la inversión se dedica a empleo; constituye una fuente de empleo social: flexible, no deslocalizable, profesional, humanamente atractivo y enriquecedor, adaptable al territorio y a las necesidades específicas de la sociedad y la persona. Sirve para que las personas discriminadas por su diversidad funcional puedan acceder al empleo en igualdad de oportunidades. Posibilita la incorporación de colectivos con dificultades de acceso al mundo laboral. Y puede sacar de la precariedad a muchas personas que ya realizan esa labor.

<sup>44</sup> LEPAP. Disposición final primera. Aplicación progresiva de la Ley. Punto 3.

Desde la perspectiva económica es más rentable y eficiente que otros servicios como las residencias; permite hasta 30.000 € de ahorro anuales por persona respecto a sistemas anteriores.

A su vez, la prestación económica de cuidado familiar no está resolviendo el problema de la autonomía de la persona (sino el de liquidez en su familia), ni está generando empleo.

Si las administraciones, en vez de desincentivar la prestación económica de asistencia personal, la hubieran promocionado, el escenario sería el inverso: se estaría promocionando la autonomía de las personas y se estarían creando empleos.

Por otro lado, y dado que España está en la cola de la OCDE a la hora de atender a las personas con diversidad funcional y que actualmente la LEPA sólo dedica el 10% de sus recursos a la igualdad de oportunidades (un 0,1% a Asistencia Personal), el camino que queda por recorrer es amplio y hay margen de maniobra para dar la vuelta a la situación en muy pocos años si existe voluntad política para hacerlo.

## BIBLIOGRAFÍA

- ARRIBA GONZALEZ DE DURANA, A., MORENO FUENTES, F.J. Ed. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Colección estudios. Serie dependencia. Número 12007. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- BASCONES, L.M, et al. (2004). *Ideas para una vida activa en igualdad de oportunidades El futuro de la "inDependencia*.
- HERCE SAN MIGUEL, J.A., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G., SOSVILLA RIVERO, S. (2009) *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Septiembre 2009.
- MARAÑA, J.J. y LOBATO, M., (2003) "El movimiento de vida independiente en España", en la obra *El movimiento de vida independiente. Experiencias Internacionales*. Fundación Luis Vives, Madrid, 2003. Disponible en Web: [http://www.asoc-ies.org/docs/mvi\\_exper\\_internac.pdf](http://www.asoc-ies.org/docs/mvi_exper_internac.pdf).
- NAVARRO, V (2005). *El Cuarto Pilar del Estado de Bienestar*. Catedrático de Políticas Públicas de la Universitat Pompeu Fabra. Publicado en EL PAÍS el 30/04/2005 [http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaindependiente/cuarto\\_pilar\\_estado\\_de\\_bienestar.html](http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaindependiente/cuarto_pilar_estado_de_bienestar.html)
- PALACIOS, A. (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible en web: <http://www.convenciondiscapacidad.es/Publicaciones/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf>
- RATZKA, A. (2007) Conferencia impartida en Barcelona el 22 de octubre de 2007. Disponible en Web: <http://www.independentliving.org/docs7/ratzka20071022.html>
- RODRÍGUEZ-PICAVEA, A., ROMAÑACH, J.(2006) *Consideraciones sobre la figura del Asistente Personal en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Foro de Vida Independiente. Disponible en Web: [http://www.asoc-ies.org/docs/la\\_%20figura\\_del\\_asistente\\_personal\\_v1-1.pdf](http://www.asoc-ies.org/docs/la_%20figura_del_asistente_personal_v1-1.pdf)
- ROMAÑACH, J, CENTENO. A. (2007). *Fundamentos bioéticos para la "inDependencia*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de Bioética de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Oviedo 18-20 de octubre de 2007. Disponible en web: [http://www.diversocracia.org/docs/Fundamentos\\_bioeticos\\_para\\_la\\_inDependencia.pdf](http://www.diversocracia.org/docs/Fundamentos_bioeticos_para_la_inDependencia.pdf)

ROMAÑACH CABRERO, J. y PALACIOS RIZZO, A. (2006): *El modelo de la diversidad: La Bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas. Disponible en web: <http://turán.uc3m.es/uc3m/inst/BC/documents/Modelodiversidad.pdf>

## INFORMES

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.(2010) *Informe de seguimiento del SAAD. Mayo 2010. Observatorio estatal de la dependencia*.

IMSERSO (2005) *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Disponible en Web: [http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciosociales/200501/libro\\_blanco\\_dependencia.htm](http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciosociales/200501/libro_blanco_dependencia.htm)

OECD. (2009) *Economic Policy Reforms. Going for Growth. 2009*

SAAD. (2010) Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. *Prestaciones reconocidas. Situación a 1 de julio de 2010*. Disponible en Web: <http://www.saad.mtas.es/portal/docs/prestarecsaad.pdf>

## LEYES

Constitución Española.

ONU (2006). *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas*. Aprobada el 13 de diciembre de 2006. Vigente en España desde el 5 mayo de 2008.

Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2009 (Ley 2/2008, de 23 de diciembre, publicada en el BOE del día siguiente).

Real Decreto 870/2007 de empleo con apoyo.



## TRABAJO SOCIAL: LA DISCIPLINA Y LA PROFESIÓN EN LOS NUEVOS CONTEXTOS

Silvia Perdomo Molina

*Jefa de Sección de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Getafe*

Cuando supe lo que el comité científico que encuadró esta mesa me pedía que aportara en 20 minutos quedé situada de entrada en una encrucijada. Por una parte, hablar del Trabajo Social como disciplina, del trabajador social como profesional, de la investigación que le avala en su intervención, de la ética que la ilumina, de la imagen que se tiene de este profesional, del discurso social que se elabora sobre él a partir de esta imagen o por otra parte, hablar de la influencia de los contextos actuales en el desarrollo de los servicios sociales.

Esta encrucijada es cotidiana en el ejercicio de nuestra profesión. Porque lo primero que podemos afirmar sobre la misma, en la actualidad, es que su desarrollo está íntimamente ligado al desarrollo del sistema de servicios sociales –generalmente público, porque el privado en nuestro país está menos desarrollado. Como el Médico al sistema sanitario (público o privado) o el Profesor al sistema educativo (público o privado), el Trabajador Social es el profesional básico del sistema de servicios sociales.

Esto no niega, como pasa también en el resto de sistemas, que otras disciplinas (psicología, sociología, economía, educación social, pedagogía, derecho...) sean también necesarias para el desarrollo de este sistema. Es más, estas disciplinas al entrar en contacto con los servicios sociales posibilitan el abordaje interdisciplinar y quiero insistir en este concepto y dejar clara su diferencia con lo multidisciplinar. Con la interdisciplinariedad podemos trabajar junto al resto de los profesionales no solo contemplando sus interpretaciones sobre la realidad en la que incidimos o derivando casos para que trabajen aspectos específicos de sus disciplinas (multidisciplinariedad), sino, sobre todo, con un proyecto único de intervención (individual, familiar, grupal o comunitario) con objetivos comunes, donde las estrategias de intervención cambian en función de las necesidades o de las posibilidades de llegar mejor a esos objetivos planteados. Pero esto, compañeros y compañeras, sería objeto de otra mesa redonda o incluso de una ponencia.

Me voy a decantar, lo que me va a costar un esfuerzo importante, en centrarme en el Trabajador Social y en su disciplina, el Trabajo Social.

### El Trabajo Social: un poquito de historia:

Es necesario contemplar la historia para entender el momento actual. Esta joven profesión nuestra, ya tiene historia, no tanta como otras, pero historia. En España, la primera Escuela de TS es del año 1934 y solo se crearán nuevas escuelas veinticinco años después, 1959, localizadas en Madrid y Barcelona.

**En la década de los años 50-60** había que enfrentar una situación de postguerra, los traumas que ocasionó la misma y sobre todo las graves carencias materiales. La profesión no era claramente identificada por la sociedad y se le otorgaron como tareas primordiales la colaboración en la curación de las heridas sociales y económicas de la pobreza y miseria que, tras la guerra civil, agravaron la situación de pobreza que ya existía en nuestro país. Se trataba de que estas capas de población no molestaran

demasiado y estuvieran mínimamente asistidas. Estas tareas se confundían con las realizadas por personas voluntarias, especialmente desde el marco de instituciones religiosas, desde las cuales desarrollaban muchas veces su función las asistentes sociales de la época -desconozco si había algún profesional varón entre las mismas- El trabajo era muchas veces voluntario, porque había poco personal asalariado en estas instituciones y poco dinero para destinar a esta profesión. A niveles oficiales se mantenía un desconocimiento de la profesión, aunque la primera convocatoria de plazas de Asistentes Sociales la realiza el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica en 1960.

**En la década de los 60 a 70** la sociedad española había iniciado su reactivación económica, se aceleró la industrialización, aparecieron en las ciudades nuevos fenómenos como el chabolismo y la avalancha de inmigrantes procedentes de las zonas rurales. En las Escuelas de Asistentes Sociales, tengo constancia directa de las escuelas canarias, nos dejamos contagiar por la reconceptualización latinoamericana de la profesión, que no distinguía tampoco muy bien entre servicios sociales y trabajo social y que definía la importancia del trabajo social para acompañar a los ciudadanos en la consecución de cambios sociales, muchas veces cambios políticos necesarios por las circunstancias por las que atravesaban estos países (y España también). Así, el Trabajo Social se desarrolla con grupos y con la comunidad. En este último sentido, trabajo comunitario, también hay que mencionar a Marco Marchioni y su primera estancia en España en el año 1966. Se habla del compromiso del trabajador social, compromiso con el cambio político y compromiso con la comunidad de la que forma parte. Se pasa de la militancia voluntaria y apostólica que caracterizó la etapa anterior, a la militancia política.

**En esta década y prácticamente en la siguiente hasta los 80** en España se nos define como agentes de cambio, en todos los campos de intervención, a nivel individual, grupal y comunitario (todavía no se hablaba de la intervención familiar) el trabajador social debe posibilitar que se produzcan cambios que mejoren la vida de las personas, los grupos y las comunidades. Pero se produce una tensión entre un concepto de cambio revolucionario, de ruptura con el orden establecido, procedente de la influencia latinoamericana que propugnaba concientización, movilización, organización y un concepto de cambio adaptativo como recoge el documento base del Seminario sobre Metodología del Trabajo Social celebrado en Manresa en septiembre de 1971 y que definen al Trabajo Social como *una actividad organizada, cuyo objeto es contribuir a una adaptación mutua entre los individuos y su medio social. Este objetivo se logra mediante el empleo de técnicas y métodos destinados a que los individuos, grupos y comunidades puedan satisfacer sus necesidades y resolver los problemas de adaptación a un tipo de sociedad que se halla en proceso de cambio, así como por medio de una adecuada acción cooperativa para mejorar las condiciones económicas y sociales (p. 11)*<sup>1</sup>.

**De los 80 a los 90** luchamos contra el asistencialismo, sobre todo contra las actitudes paternalistas, y adoptamos el binomio necesidades/recursos, que también corre mucho riesgo de caer en el asistencialismo. A partir de los 80 se empieza a desarrollar el sistema público de servicios sociales y aumenta el número de trabajadores sociales en el sector público. En paralelo, se contratan asistentes sociales en instituciones especializadas, como por ejemplo en instituciones penitenciarias y en servicios sociales básicos, en los municipios. Las aportaciones del Ministerio de Asuntos Sociales, con Matilde Fernández al frente como ministra, con Patrocinio de las Heras y otros compañeros y compañeras, dieron un gran impulso al desarrollo del sistema público de servicios sociales, señalando sus prestaciones básicas y articulándolo en el Plan Concertado de prestaciones básicas de Servicios Sociales.

**De los 90 a la actualidad** se habla de ciudadanía y de derechos sociales, es decir del acceso de toda la ciudadanía a los derechos sociales y el trabajador social aparece como el profesional que a través de la

<sup>1</sup>FEEISS (Federación española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social) Método básico de trabajo Social Euramérica 1973

información especializada que realiza y de un acompañamiento de los individuos, familias, grupos y comunidad logra despertar el protagonismo de las personas y motivarlas para que introduzcan los cambios necesarios, con la ayuda de los recursos sociales, pero también, analizando sus propios recursos y los de su entorno para lograr mayores y mejores cotas de bienestar, siempre en el marco de una sociedad democrática de derecho.

**Benefactor, asistencial, comprometido política y socialmente, técnico, profesional de ayuda para el cambio, facilitador de acceso a los derechos sociales....**no creo que haya otra profesión que dedique tanto tiempo a buscar su identidad. Es más, algunos de nosotros, aburridos de largas discusiones con conceptos etéreos que muchas veces éramos incapaces de seguir y plasmar en el desarrollo cotidiano de nuestra profesión, nos dedicamos casi exclusivamente a trabajar.

**¿Qué encontramos en nuestro trabajo cotidiano y en el marco de la sociedad actual que está marcando la forma de intervenir del trabajador social y la forma de definir el Trabajo Social?**

Nos define a quién nos dirigimos.

Nos define cómo intervenimos (metodología y ética)

Nos define qué resultados obtenemos (investigación y evaluación)

**1. Nos define a quién nos dirigimos. Los trabajadores sociales vamos a atender a toda la población: nuestros clientes/usuarios..., como los queramos llamar, son los mismos que los del sistema sanitario o educativo, es decir, la ciudadanía que precise de nuestra intervención en momentos determinados, tanto desde el marco de servicios sociales públicos como privados, ubicados en servicios sociales básicos o especializados.**

Si se parte de algunos planteamientos liberales y neoliberales, es posible señalar una realidad constatable en el funcionamiento de la sociedad: “no todos pueden llegar”... las condiciones socio-económicas pueden impedir que capas más o menos amplias de la población tengan acceso a los instrumentos necesarios para “poder llegar”: educación, cultura, sanidad, etc...

Este planteamiento puede ser modificado: no se trata de que “no todos puedan llegar”, es que algunos lo tienen más difícil que otros. En este marco, los colectivos reconocidos tradicionalmente como pobres, marginados, excluidos, etc... han venido siendo señalados como aquellos que no podían llegar. A ellos se ha venido dirigiendo la tarea atribuida al Trabajador Social en sus variadas vertientes de asistencia, control, inserción, prevención. Generalmente se trataba de una problemática transgeneracional: pasaba de padres a hijos y resultaba difícil romper con esta dimensión “hereditaria”.<sup>2</sup>

Manuel Castells<sup>3</sup> nos muestra que la situación social está variando, como resultado de los cambios que la globalización económica (también política y cultural) va imponiendo a la sociedad global. Richard Sennet (2006 p. 124) al analizar las variaciones que las nuevas modalidades del mercado de trabajo imponen a la sociedad actual también señala un nuevo escenario: *Hoy el fracaso ya no es la perspectiva normal a la que se enfrentan los muy pobres o los desfavorecidos; se ha vuelto más familiar como hecho*

<sup>2</sup> Parece necesario puntualizar, que el concepto hereditario, aquí utilizado, hace referencia a las condiciones socio-económicas y sobre todo a modelos educativos y afectivos que se transmiten de generación en generación y no a elementos genéticos que predispongan biológicamente a la pobreza.

<sup>3</sup> CASTELLS, M. *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol. 1. La sociedad red*. Alianza editorial. Madrid 2001

*común en la vida de la clase media...Las reconversiones de empresas y las reducciones de plantilla imponen a la clase media desastres repentinos que en el capitalismo anterior estaban mucho más limitados a las clases trabajadoras.”<sup>4</sup>*

**Lo que parece claro es que modifica el discurso de “los que no pueden llegar”; ya no se trata sólo de los pobres, excluidos, marginados, sino de la vulnerabilidad<sup>5</sup> y ésta es una situación en la que se pueden encontrar, en cualquier momento de sus vidas, todos los seres humanos.**

**Veamos algunos ejemplos de perfiles de vulnerabilidad:**

- Parejas constituidas a edades muy tempranas y que inician su vida en común con o sin la presencia de hijos.
- Parejas en procesos conflictivos de separación o divorcio, incapaces de negociación, utilizando un diálogo perverso entre ellos o utilizando a los hijos menores de edad (guarda y custodia, derecho de visita) para causar el mayor daño posible al otro.
- Parejas en procesos, conflictivos o no, de separación o divorcio en las que se produce un empobrecimiento económico, en comparación con la situación anterior, y que presentan dificultades de adaptarse al mismo.
- Padres y madres con dificultades para señalar normas y límites a sus hijos menores de edad, es decir, con dificultades de crianza y educativas al interior de la familia.
- Padres y madres con hijos adolescentes o jóvenes, con los que mantienen una relación violenta, generalmente de los hijos hacia los padres.
- Familias reconstituidas, con hijos de uniones anteriores, hijos de la nueva unión, cada uno de los hijos puede tener un vínculo legal diferente con sus padres (guarda y custodia de un solo progenitor, guarda y custodia compartida, solo derecho de visita, tutela, etc...)
- Familias instantáneas: se identifica con este nombre a familias sobre todo de procedencia inmigrante que se constituyen como tales en muy corto espacio de tiempo, muchas de ellas son interculturales (cada miembro de la pareja proviene de un país diferente, generalmente país extranjero y país de acogida)
- Violencia de género –se da en todas las capas sociales.
- Maltrato infantil –se da en todas las capas sociales.
- Maltrato a las personas mayores, menos estudiado aún que los dos perfiles anteriores, pero que empieza a mostrarse no solo en sus aspectos físico o psicológico, sino también en la toma de decisiones, suplantando la capacidad del mayor no incapacitado (en los ámbitos de su economía, de su salud, de su alojamiento, etc...)
- Personas mayores o con discapacidad, con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Personas aisladas, sin redes. Afecta sobre todo a las personas mayores- cuya red va desapareciendo sobre todo por motivos biológicos-, pero también se observa en un número cada vez más amplio de

<sup>4</sup> SENNET, R. *“La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo.* Anagrama. Madrid 2006

<sup>5</sup> Ayuntamiento de Getafe. Servicios Sociales. *“Itinerario de inclusión social.* Documento inédito, 2007

la población: hombres separados o divorciados, mujeres dedicadas exclusivamente al cuidado de la pareja y los hijos, cuando estos se marchan o desaparecen –síndrome del nido vacío-, personas que han iniciado solos un proyecto migratorio, personas con duelos patológicos, etc...

- Jubilaciones y prejubilaciones, en personas que no han desarrollado otras habilidades diferentes al hábito laboral y que encuentran ante ellos largos espacios de tiempo. En el caso de las prejubilaciones este fenómeno suele aparecer después del primer año de producirse la prejubilación.
- Familias con un proyecto migratorio, que han dejado en el país de origen a uno o varios miembros de la misma (pareja, hijos) y que después de varios años logran la reagrupación familiar.
- Personas con dificultades para acceder al mercado laboral: por falta de hábitos laborales, por discapacidades, por fracasos en trabajos anteriores, por edad, por género, etc....
- Colectivos de personas afectados por alguna problemática específica (enfermedad, duelos, discriminación social, etc) que buscan en el asociacionismo un cauce reivindicativo y de ayuda.
- Colectivos de personas que quieren dedicar su tiempo a trabajar en proyectos de relación de ayuda o de actividades socio-culturales dirigidas a otros ciudadanos, enmarcándose o sin enmarcarse en una organización no gubernamental concreta. Este último perfil, se recoge, no tanto porque en sí mismo sea vulnerable, sino porque es un apoyo para intervenciones preventivas y de inserción de las situaciones de vulnerabilidad.
- Comunidad, entorno, barrio que no ha desarrollado las suficientes redes e interrelaciones entre sus vecinos, que no dispone de espacios comunes de fiesta, diversión, encuentro, que favorece el aislamiento y no desarrolla relaciones intergeneracionales (e incluso interculturales) de buena vecindad entre sus habitantes.

Todos esos perfiles, incluidos aquellos en los que además se dan situaciones de pobreza o exclusión, tienen derecho, si así lo desean, a recibir una ayuda profesionalizada técnica que les permita superar sus dificultades y poder materializar sus proyectos (individuales, familiares, grupales, asociativos, etc...).

## 2. Nos define cómo intervenimos (metodología y ética)

La forma de intervenir, la ayuda que prestamos puede adquirir diferentes naturalezas:

- Asistencial, bajo la forma de prestaciones: recursos económicos y técnicas o servicios concretos (residencias, centros de día, etc...).
- Intervención para el cambio, bajo la forma de prestación profesional, en la que el trabajador social entabla una relación de ayuda que le permite introducir los cambios necesarios para adquirir un mayor bienestar. Una buena parte de las veces esta relación de ayuda se establece de forma interdisciplinar junto a otros profesionales.
- Desarrollo comunitario, bajo la forma de acompañamiento social a grupos y colectivos para ir afianzando las redes participativas y vecinales y evitando situaciones de aislamiento.

Y debe insertarse en las diferentes dimensiones de los modelos de intervención:

- Modelos **preventivos**, que sean capaces de remover los obstáculos que impiden a los ciudadanos el acceso al bienestar social, antes de que estos obstáculos sean más insalvables.

- Modelos de **tratamiento** para restaurar los posibles daños.
- Modelos de **inserción** para que todos puedan formar parte de la sociedad

Así, nos encontramos con un nuevo elemento que va a influir en la forma de intervenir como trabajadores sociales: el desarrollo de la sociedad democrática, bajo el modelo del Estado de derecho y de bienestar y la concepción de ciudadanía con derecho de acceso al bienestar social y a los sistemas que lo procuran.

El derecho de acceso al bienestar social hace referencia a todos los sistemas que desarrollan el Estado de bienestar: salud, trabajo, vivienda, educación, garantía de ingresos, servicios sociales.

En España, algunos de estos sistemas tienen claramente definidas sus condiciones de acceso, el contenido de las prestaciones que ofrecen, el carácter gratuito o no de estas prestaciones y las vías administrativas y jurisdiccionales para exigir su aplicación (sobre todo los sistemas de educación y salud). Otros aún no se han garantizado suficientemente, a pesar de que están planteados en la Constitución Española, como el acceso a la vivienda, al trabajo y la garantía de ingresos (aunque éste último haya experimentado un gran avance con la implantación de las pensiones no contributivas y las rentas mínimas de inserción). Por último, hay sistemas, como el de los Servicios Sociales, que se encuentran en pleno debate y defensa de su espacio como pilar del estado de bienestar social. La legislación de 2006 que ha venido a garantizar el derecho subjetivo de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia resulta a todas luces un innegable avance, pero, por el momento, añade más confusión y dificultad para el desarrollo y reconocimiento del sistema de Servicios Sociales, como cuarto pilar del Estado de Bienestar<sup>6</sup>.

El Trabajador Social aquí se encuentra también atrapado entre una concepción ética que le impulsa a realizar este trabajo de acompañamiento y defensa de los derechos de la ciudadanía y una realidad práctica en la que el tiempo de trabajo se ve avasallado por información, documentación y gestión burocrática. Algunos profesionales nos acomodamos, no en vano esta gestión burocrática, esta forma de realizar informes sociales de valoración simplemente rellenando con cruces un documento prefabricado, esta forma de intervenir diciendo si hay o no recursos disponibles y adecuados a la ciudadanía... resulta cómoda y llena fácilmente y en demasía nuestras largas horas de trabajo diario.

Pero no nos tranquiliza, porque estamos preparados para otra cosa y porque nuestra historia profesional (incluso como inconsciente colectivo) nos empuja a otras posibilidades de intervención que conocemos o que intuimos. Acompañar a una familia en la construcción de una forma diferentes de situarse ante su vida, sus problemas, su sociedad, acompañar a una comunidad en la elaboración de metas y en la organización de formas de conseguirlas, ....es un reto cotidiano que choca muchas veces con el excesivo tiempo destinado por nuestra institución a tareas burocráticas.

**Nuestra ética y nuestra metodología se encuentran incompletas, no realizadas si nos burocratizamos excesivamente.**

---

<sup>6</sup> Tanto es así que, desde algunas instancias gubernamentales, se ha atribuido y se sigue atribuyendo el título de “cuarto pilar del Estado de Bienestar” al propio sistema para la autonomía y la atención a la dependencia constituido en el título preliminar de la Ley de Dependencia, en lugar de atribuírsele al sistema de Servicios Sociales en su conjunto, en el que el primer sistema debe quedar enmarcado.



### 3. Nos definen los resultados que obtenemos (investigación/evaluación)

Analizar es necesario, pero cómo analizar. Mary Richmond, preocupada por dotar de un carácter científico a la nueva profesión que surgía, señalaba, a principios del siglo pasado, la importancia de investigar las causas que producían las situaciones de dificultad por la que atravesaban determinadas personas. Aunque los análisis que proponía eran en su mayor parte de carácter lineal (una determinada causa produce un determinado efecto), funcionaba en ella la intuición de la existencia de situaciones complejas que se condicionaban entre sí de forma circular, sin poder definir qué fue antes, qué actúa como causa o cuál es su efecto, escribía: *“los trabajadores sociales de casos tratan de adquirir una comprensión más clara de las innumerables formas en que las condiciones sociales adversas afectan a la vida de los individuos”*. *“Las personas en circunstancias similares nunca son tan parecidas como pudiera resultar a primera vista”*<sup>7</sup>

Así el análisis multifactorial lleva al trabajador social a no desdeñar las informaciones y datos diversos que van apareciendo a lo largo de su intervención, pero a construir con todos ellos un puzzle que ayudará a entender lo que está pasando y las posibilidades de cambio y que servirá para la adopción de un tratamiento social.

Los análisis circulares de los factores intervinientes, ayudan a no etiquetar situaciones, dificultan la clasificación de las situaciones de riesgo en diferentes grupos con indicadores lineales, pero favorecen el pensamiento complejo y a la hora de querer introducir cambios se ha de recurrir a dicho pensamiento y huir de simplificar nuestra forma de intervención

Por lo tanto hablaremos de investigación participante y para que realmente lo sea, es necesario que el profesional devuelva al individuo, familia, grupo o comunidad lo que va descubriendo y que éste entienda, que su problema está dentro de una situación global, que hay que conocer para poder abordar. No basta con que la conozca el profesional, tiene que ser conocida conjuntamente. A partir de ahí el trabajo se orientará a conseguir la mayor autonomía posible.

Cuando estas premisas en nuestra forma de investigar, analizar (diagnosticar) e intervenir se cumplen, los resultados que obtenemos son cualitativamente importantes. Participamos en algo que los políticos dicen querer, pero que más les causa temor: la construcción de una ciudadanía consciente de su realidad y de la de su entorno, dispuesta a participar en la construcción de una vía que le permita alcanzar mayores cotas de bienestar y dispuesta a la solidaridad en programas y proyectos de coparticipación y de corresponsabilidad con las políticas desarrolladas por sus representantes más cercanos, en este caso los municipales.

He llegado al final y no acabo de tener claro el camino que he escogido en la encrucijada en la que me encontraba al principio. Sin embargo, el esfuerzo de reflexión al que me ha conducido la elaboración de esta intervención para esta mesa redonda, me ha permitido ser consciente del camino que hemos recorrido. Tanto los que llevamos ya 20 años o más de profesión, como los que empiezan ahora, no estamos en las condiciones del principio: somos más trabajadores sociales que nunca trabajando en diferentes instituciones, tenemos una experiencia acumulada, mucha de ella en el inconsciente colectivo, que debemos hacer salir a la luz y estamos inmersos en una realidad tozuda, que va a

<sup>7</sup>. Este libro lo podemos encontrar, formando parte de “El caso social Individual. El Diagnóstico Social Textos seleccionados. Mary E. Richmond. Prólogo Mario Gaviria. Talasa Ediciones S.L.Madrid 1996. ISBN: 84-88119-36-4



demandar nuevas perspectivas de intervención y que va a explicitar cada vez más en qué consiste el acompañamiento profesional que precisa.

Muchas gracias por vuestra atención.

## TRABAJO SOCIAL: SOÑANDO CON ÍNSULAS DE JUSTICIA Y LIBERTAD

José Manuel Ramírez Navarro

Trabajador Social<sup>1</sup>

Presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales

*“Sabed que mi oficio no es otro sino valer a los que poco pueden”*

*También nosotros profesamos que ese es nuestro oficio y profesión. Que es honrosa cosa favorecer y ayudar a menesterosos y desvalidos, enmendar sinrazones, socorrer al débil, detener el brazo de felones maltratadores, y librar aventuras solidarias, soñando ínsulas de justicia y libertad.*

*Nos dicen utópicos por nuestro empeñamiento en levantar derechos ciudadanos sobre la vetusta herencia benéfica y asistencial, y por haber visto oportunidades de progreso social, y de igualdad donde otros solo veían pobreza y marginación.*

*Quizás, en nuestro entusiasmo alguna vez hayamos confundido ventas con castillos. Pero sabremos detener el desafuero de quienes intenten convertir en ventas los centros y servicios que con tan grande ilusión hemos levantado, para que las gentes de todo oficio y condición podamos vivir más dignamente y gozar de la nuestra convivencia.*

*Y si en este empeño las cosas se ponen difíciles, sabremos decir, como el genial caballero: Bien podrán los encantadores quitarnos la ventura, pero el esfuerzo y el ánimo ¡jamás!*

*Proclama Quijoteril de los Servicios Sociales*

### EXORDIO

Promover desde la beneficencia el Sistema de Servicios Sociales es una conquista histórica e innegable que culmina con el reconocimiento de derechos de ciudadanía que se establecen en la denominada Ley de Dependencia. El protagonismo de una profesión comprometida con las personas y la justicia social a la que me enorgullece pertenecer y que ha sido determinante en este proceso.

Los Trabajadores Sociales han sido, a lo largo de las tres últimas décadas, los profesionales que han propiciado un nuevo modelo de Servicios Sociales que ha querido superar los esquemas puramente reparadores de la Beneficencia y la Asistencia Social. Frente al paternalismo, el fomento de la responsabilidad social, la solidaridad y la participación, frente al alejamiento y marginalidad que significaban los establecimientos asilares y orfanatos, la proximidad y normalización del propio entorno, frente a la acción puramente recuperadora, la prevención y la promoción. -La fábula del águila y la gallina puede hacer reflexionar sobre este asunto-

<sup>1</sup> **JOSE MANUEL RAMIREZ NAVARRO.** Trabajador Social. Máster en Gerencia de Servicios Sociales. Presidente de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España. Coordinador de los Grupos Técnicos de la Comisión de Servicios Sociales de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias. Funcionario del Gobierno de Aragón. Ha sido Presidente del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Aragón, asesor técnico del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales (Ministerio de Asuntos Sociales). Ha sido durante siete años Profesor Asociado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga. Consultor de organizaciones. Autor de diversas publicaciones sobre Servicios Sociales, Dependencias, Programación, Imagen y Comunicación, en temas sociales. Actualmente es Director Técnico del Organismo Autónomo Local de Marbella Solidaria.

## HEMOS ALCANZADO UNA IMPORTANTE PRESENCIA EN LA SOCIEDAD, Y UNA MADUREZ COMO PROFESIÓN

Hay que mirar la Historia para comprender algunas de las claves del liderazgo de los Trabajadores Sociales en los cambios de las políticas sociales de este País. Una historia en la que podemos encontrar la perspectiva suficiente para fundamentar nuestro presente, y sobre todo, para pensar en el futuro sin impacencias ni improvisaciones, y vacunados contra los infundados optimismos o pesimismo, a la larga siempre frustrantes.

Toda la historia tiene una prehistoria; una época que suele estar marcada por la oscuridad a la hora de conocer lo que en la misma pudo ocurrir, a través de la memoria colectiva – en este caso afortunadamente, todavía podemos hacerlo a través de algunas memorias individuales-, hay indicios suficientes de que en la década de los sesenta se producen algunos cambios sociales y en las seculares formas de la beneficencia, o en la “moderna” asistencia social.

Por supuesto en esta época, el trabajo social no podía llevarse a cabo con una cierta trascendencia, al margen de la Iglesia Católica –depositaria de facto de las responsabilidades asistenciales del Estado-, o de las instituciones propias del “Movimiento Nacional”. Es curioso como en el año 1985 tratábamos de explicar a los vecinos de un pequeño pueblo aragonés –de los que fueron “de colonización” -, la labor que realizaban los asistentes sociales en los recientemente creados Servicios Sociales de Base, nos sorprendió su respuesta: “La gente de aquí ya conoce muy bien lo que tiene que hacer un asistente social, porque hace un montón de años que tuvimos aquí una que tuvo que irse; por eso queremos que pongan en el pueblo otra vez asistente social.

Luego en los años setenta la presencia de los asistentes sociales es constatable en barriadas obreras y en suburbios de la mano de iniciativas amparadas en las parroquias o en incipientes movimientos asociativos de barrio; muchas veces impulsados por asistentes sociales sin contrato laboral alguno, o en prácticas. Participan de lleno en todas estas experiencias populares y reivindicativas hasta la Constitución. Recuerdo la historia que cuentan Patro y Elvira de cómo la Federación de Asociaciones de Asistentes Sociales inasequibles al desaliento y a través de una enmienda de un senador aragonés (Martín Retortillo) se consiguió que se eliminara la palabra beneficencia de la Constitución.

En esta época los asistentes sociales ayudaban a la colectividad del barrio y de forma específica a sus entidades más representativas, a conocer mejor, con mayor precisión científica su propia realidad, creando conciencia de las carencias y necesidades sociales del entorno. Canalizaban estas reivindicaciones en muchos casos en forma de conflicto y en otros o complementariamente, utilizando las escasas vías legales de reivindicación y de expresión entonces existentes. También cooperaban con los elementos más activos del barrio, para crear organizaciones y grupos de autoayuda y para dinamizar su funcionamiento. Mi asenderado colega Gustavo García así lo cuenta.

Al calor de su participación activa en estos procesos, los asistentes sociales, única profesión globalmente comprometida en los mismos en esa época, generan un profundo debate ideológico, en el que se dan los primeros pasos en el diseño de un moderno concepto de la Protección Social y de los Servicios Sociales, adecuados a las exigencias de un Estado Social y de Derecho. Las Jornadas de Pamplona celebradas en el año 1977, constituyen quizás el momento más brillante de ese proceso; un libro, “Introducción al Bienestar Social” se convierte en el “catecismo” de la Profesión en el que Gobernantes encuentran referencias para diseñar los conceptos y estructuras de los nuevos Servicios Sociales. La

democratización de los Ayuntamientos supuso la eclosión de los asistentes sociales en lo que serán los servicios sociales comunitarios.

Los Asistentes Sociales de antaño pusieron todo su empeño en romper rutinas centenarias (la reforma psiquiátrica, los orfanatos, asilos, reformatorios,) y fueron pioneros del movimiento vecinal (vincularse a las personas más activas y entusiastas para trabajar por el barrio) No había de nada, o casi nada; así que había que inventarlo todo; y exigirlo; o hacerlo como buenamente se podía. Era un permanente ejercicio de creatividad, entusiasmo y vinculación al barrio y a sus habitantes. Todos y todas empeñados en cambiar realidades que clamaban contra la dignidad humana, poniendo en marcha iniciativas y proyectos a cual más atrevido e innovador.

En la década de los 80 los asistentes sociales compartimos un derroche de entusiasmo y creatividad, miedos y alegrías de osados profesionales empeñados en conseguir, como entonces decíamos, “que los servicios sociales dejaran de ser, como los semáforos, patrimonio de las ciudades”, los asistentes sociales llegaban hasta el más alejado núcleo rural, “al menos un día a la semana”.

Luego los asistentes sociales fueron los protagonistas del desarrollo del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, fuimos asistentes sociales los que lo diseñamos y fue Patrocinio de las Heras una asistente social la que lo dirigió. Convirtiéndonos en los profesionales de referencia de un nuevo Sistema Público de Protección Social. En estos años cohabitaron la beneficencia, la asistencia social y los Servicios Sociales (por primera vez en una Ley: LISMI) y los profesionales que posibilitaron ese tránsito fueron sin duda los asistentes sociales.

Paralelamente, conseguimos el reconocimiento de Colegio Oficial Profesional y posteriormente la posibilidad de ser Diplomado Universitarios en Trabajo Social. La proyección y la imagen del Asistente Social se iba transformando e introduciéndose en la Sociedad, en las Instituciones y en la Universidad.

Otra evidencia es que somos una de las profesiones que más hemos crecido en las últimas décadas, al calor de la modernización de nuestra sociedad. Ya somos unos 50.000 trabajadores sociales y 5.000 más se gradúan, aproximadamente, cada año, en las Escuelas Universitarias de Trabajo Social, en las que actualmente están matriculados más de 15.000 estudiantes.

Si hiciésemos un análisis de la implantación de los trabajadores sociales en los diversos ámbitos de la sociedad podríamos comprobar:

En primer lugar, cómo estamos implantados en el territorio. No sé si existirá otra profesión tan extendida: desde el pueblo más pequeño o alejado, al barrio más olvidado y marginal de cualquier ciudad, encontrarás la huella de algún trabajador social ¿qué otra profesión llega a tantos sitios como nosotros? No cabe duda que esta implantación en el territorio constituye una de las grandes fortalezas de nuestra profesión. Y no sé si somos conscientes de semejante potencial.

Menos evidente resulta nuestra presencia en los diversos ámbitos de la sociedad. Hasta hace pocos años no dejábamos de ser algo exótico, y resultaba hartamente inusual, coincidir con algún colega fuera de los ámbitos de nuestra actividad profesional. Hoy ya no es tan infrecuente y, quien más quien menos, conocemos en nuestro entorno alguien que es trabajador social. Podemos encontrar trabajadores sociales en cualquier sector de la sociedad, en cualquier ambiente, en cualquier espacio de relevancia o popularidad: trabajadores sociales altos cargos, defensoras del pueblo, empresarios, artistas, modelos...

En el último lustro, también los/as Trabajadores/as Sociales han tenido una influencia decisiva en la redacción definitiva de la Ley de Dependencia, han sido las aportaciones, y planteamientos de Trabajadores/as Sociales desde el Consejo General de Colegios, los Sindicatos, la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, y seis diputadas –trabajadoras sociales- de esa legislatura quien contando con la complicidad de Instituciones y partidos políticos han logrado el mayor avance en protección social en los últimos años, reconociendo derechos subjetivos para los ciudadanos y universalizando prestaciones y servicios para todos y todas las personas en situación de dependencia. Una aspiración clara de la profesión que hace treinta años en Valladolid celebraba su congreso con el slogan “*Servicios Sociales para todos/as*”.

Ahora nos queda el reto de asumir como profesional de referencia el desarrollo del nuevo Sistema Nacional de la Dependencia y contribuir a consolidar los Servicios Sociales como IV Pilar del Bienestar Social. Ahora bien, sin olvidar que todas las personas en situación de dependencia son usuarias de los Servicios Sociales, pero no todos los/as usuarias de Servicios Sociales son personas en situación de dependencia.

Los Trabajadores Sociales debemos hacernos escuchar para poder aportar toda la experiencia acumulada durante décadas, y todo el conocimiento desarrollado a través de la metodología implementada, para que las nuevas leyes de servicios sociales formulen derechos subjetivos- que puedan ser reclamados administrativa y judicialmente- , se ordene racionalmente el Sector y se defina un Sistema Integrado.

Del mismo modo, es necesario avanzar en el reconocimiento de nuestra disciplina en otros Sistemas de Protección Social (sanidad, educación,...) y en otros ámbitos de actuación (Trabajo Social penitenciario, en ONG, en empresas,...), así como en la intervención con determinados sectores de la población (personas mayores, discapacidad, menores, minorías étnicas, inmigrantes, drogodependientes, ...) y en las zonas de transformación social o actuación en territorios de exclusión social.

## Compromiso colectivo para liderar el Cambio.

**Desde la Ciencia:** mejora de nuestra formación, con el nuevo enfoque de los estudios universitarios a partir del título de Grado, y con el reciclaje de los profesionales ya titulados. Existe también consenso sobre la necesidad de que este reciclaje cubra las carencias derivadas de una formación básica muy generalista, que nos capacite para intervenir en realidades emergentes o de necesaria especialización, o asumir funciones de investigación, planificación y evaluación, docencia, organización y dirección.

Pero siendo tan necesario, no es suficiente, el reciclaje profesional o la mejora de nuestros métodos y técnicas de intervención. Debemos impulsar una actitud científica entre los trabajadores sociales, que debe comenzar por una permanente curiosidad por todo lo que tiene que ver con nuestro ámbito de intervención, y un cuestionamiento permanente de la misma. Nunca podemos darnos por satisfechos; ni podemos convertir en fetiche eso del “método científico”, dando por hecho que, con aplicarlo, ya podemos estar seguros de que nuestra intervención es “científica”. Una actitud científica pasa por aceptar que se pueda cuestionar cualquier aspecto de nuestra práctica profesional. Ciencia es, decía Ortega y Gasset, todo aquello sobre lo que se puede discutir.

Y, por supuesto, la actitud científica es interés por reflexionar y comunicar nuestra experiencia a través de artículos, ponencias, libros... Los trabajadores sociales estamos en una posición privilegiada para investigar sobre los fenómenos sociales y sobre sus dinámicas, más que ninguna otra profesión.

**Desde la creatividad:** parece que hubiera pasado el tiempo de la creatividad; como si ya estuviera todo inventado y sólo nos quedara gestionar lo que existe. La creatividad ha sido una de las señas de identidad de nuestra profesión durante mucho tiempo. Echa un vistazo a cualquiera de los servicios sociales que hoy existen, y verás como en su origen está la iniciativa y la experiencia de algunos trabajadores sociales. ¿Acaso hemos perdido ese ánimo o esa capacidad de iniciativa? Espero que no. Porque sigue siendo especialmente necesaria. Y no es suficiente con denunciar que algo no funciona, que no existe o que es insuficiente. De un profesional, en este caso de un trabajador social, se debe esperar innovación, propuestas de nuevos modelos de organización y nuevas actividades que respondan a los retos de una sociedad siempre cambiante.

Y hoy de manera muy especial, cuando el impulso de la Ley de la dependencia nos mete de lleno en un nuevo escenario de derechos subjetivos y en una dimensión cualitativa y cuantitativamente diferente en la prestación de algunos de los servicios sociales más consolidados. Las nuevas leyes de servicios sociales que se anuncian en la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas, son exponente claro de esta necesidad de cambio. Esperemos que los trabajadores sociales seamos capaces de estar a la altura de estos retos y de aportar nuestras iniciativas, como lo hemos hecho en otros momentos, en lugar de ofrecer resistencias propias de quien ha encontrado una cómoda posición en este universo de los servicios sociales.

**Desde la Coherencia.** Es necesario coherencia entre lo que predicamos como valores de la convivencia y lo que practicamos en nuestro quehacer profesional. Se nos llena la boca de *participación, autoayuda, solidaridad...* pero, sin embargo, no son éstas monedas de curso corriente en la propia práctica de muchos trabajadores sociales que ni son participativos, ni practican la autoayuda con otros colegas, ni la solidaridad dentro del propio colectivo profesional.

Es muy frecuente, por ejemplo, escuchar a un trabajador social decir con toda naturalidad que no está colegiado “porque el colegio no me sirve para nada”, como si el Colegio profesional fuera una agencia de servicios o algo así. No se les ocurre pensar si ellos pueden aportar algo al resto de los colegas de profesión a través del Colegio: experiencias, reflexiones, ayuda... Los Colegios como espacios de autoayuda en una profesión que habla tanto de autoayuda. Practiquemos la autoayuda, la solidaridad y la participación en nuestra vida profesional, antes de pedir a otros que practiquen estos valores.

## A modo de conclusión...

*Que es honrosa cosa favorecer y ayuda a menesterosos y desvalidos...  
soñando ínsulas de justicia y libertad... M. Cervantes (El Quijote)*

Reconozco el mérito de mis colegas de profesión, que desde la proyección de su imagen y endeble estructuras, supieron hacerse escuchar e influir en logros como el suprimir la palabra beneficencia de la Constitución, el haber conseguido la Diplomatura, los Colegios Profesionales, el ser la profesión de referencia en el Sistema Público de Servicios Sociales, el haber contribuido a la generación de un nuevo derecho subjetivo a través de la Ley de Dependencia, el enriquecer desde nuestra metodología los equipos interdisciplinarios de la Sanidad, Educación, penitenciarios, de Menores, Toxicomanías, Inmigrantes, Discapacitados,...

Me enorgullezco de una profesión que, con incasable empeño, está detrás de todo avance que ha habido en nuestro país en protección social. Ninguna otra profesión ha estado colectivamente tan implicada, como los trabajadores/as sociales, en la implantación de los servicios sociales comunitarios en todo el territorio, allá por los años 80, en Ayuntamientos y Comunidades Autónomas. Y en las transformaciones de los vetustos centros asistenciales, así como en la creación de nuevas actividades, ayudas, centros y servicios. Ha habido trabajadores/as sociales tras cada una de las leyes autonómicas de servicios sociales. Y fuimos trabajadores/as sociales quienes diseñamos y pusimos en marcha el Plan Concertado para impulsar y consolidar la red básica de servicios sociales en todo el Estado. Otras profesiones han venido detrás reclamando su presencia en estos ámbitos; pero cuántas veces hemos estado solos, como colectivo profesional, reclamando esos avances en protección social, sólo en interés de las personas a quienes van dirigidos.

No hace falta echar demasiado la vista atrás; la Ley de la Dependencia nos ha vuelto a mostrar una profesión comprometida con el avance que representa, aportando iniciativas para su mejora a lo largo de todo el proceso de su elaboración. Es elocuente la foto de varias de diputadas en el Congreso por diversos partidos políticos, todas ellas trabajadoras sociales, recibiendo con el Presidente de la Cámara, el reconocimiento por su papel en el impulso y mejora de este texto legal, unidas, más allá de su adscripción política, por el compromiso con el avance de las políticas sociales.

Es muy importante reconocer que la Ley 39/2006 ha metido en la agenda pública y de los medios de comunicación al sistema de servicios sociales, hasta ahora un gran olvidado. Es un gran paso en el que tenemos que avanzar ya que si los Servicios Sociales se incorporan definitivamente a la Agenda Política se convertirán en Asunto de Estado y los trabajadores sociales seremos la profesión de referencia del IV Pilar del Bienestar Social: Los Servicios Sociales. Hay que tener en cuenta que todas las personas en situación de dependencia son usuarias de los Servicios Sociales, pero no todas los usuarios de los Servicios Sociales son personas en situación de dependencia. La acción preventiva, protectora o promocional de los SS.SS. no se agota en la gestión de la ley

Han pasado muchos años, hemos avanzado mucho en conocimientos científicos, en metodología, pero seguimos estando al lado de las personas que más nos necesitan y empeñados en aportar algo más que ayudas materiales. Ese compromiso y la visión continua del rostro humano subyacen en nuestra profesión.

Estos son los valores sobre los que nuestra profesión debe buscar el liderazgo en los cambios hasta que los servicios sociales sean un asunto de Estado. Sin complejos; orgullosos de lo que hemos aportado al extraordinario avance de la protección social, conscientes de nuestra implantación; y, sobre todo, revalorizando lo mejor de nuestra práctica profesional: la capacidad de relación, el contacto humano, el compromiso con los valores de la convivencia positiva, la igualdad y la justicia social.

Y como dice la proclama Quijoteril de los Servicios Sociales de la Asociación de Directoras y Gerentes:  
***Bien podrán los encantadores quitarnos la ventura, pero el esfuerzo el ánimo ¡jamás!***

En Madrid, a 16 de junio de 2011.



## LA SOCIEDAD CIENTÍFICA: UNA ESTRUCTURA NECESARIA PARA UNA PROFESIÓN. ASOCIACIÓN DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD

Agustina Hervás de la Torre

*Diplomada en Trabajo Social  
Licenciada en Sociología*

*Jefa de Unidad de Trabajo Social Hospital Virgen del Rocío de Sevilla  
Presidenta de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud*

Cuando nos solicitan que hablemos sobre las funciones del Trabajo Social Sanitario, rápidamente identificamos las actividades que realizamos con los pacientes y sus familias, dentro de la función de atención directa con ellos, o la atención con los profesionales sanitarios, las acciones con el centro sanitario o las acciones de coordinación con las redes sociales, dentro de lo que sería la función comunitaria. Y por último hablamos de la función de Investigación y Docencia, siempre hablamos de ella al final porque no es nuestra función principal, para esto ya tenemos a la Institución Universitaria cuyo objetivo principal es la Docencia y la Investigación.

Pero no por ser la “última” debemos relegarla a que la realicen otros, forma parte de nuestro quehacer profesional. Ya Mary E. Richmond (1920) decía: *“defender el Trabajo Social no es sólo un proceso educativo para la adaptación de la gente en la sociedad en que vive, sino, además, y **simultáneamente**, un proceso de investigación permanente para conseguir avances y reformas sociales para el progreso de la sociedad”*. Insistía con ello en que los trabajadores sociales, además de llevar casos individuales debían investigar para denunciar los problemas sociales y crear una opinión pública favorable a la reforma y a los avances sociales.

Hernán San Martín en la IX Conferencia Internacional de Servicio Social de Tokio (1958), decía que una de las capacidades de los Trabajadores Sociales que ejercen su actividad en el campo de la salud, debe ser la de realizar investigación social para conocer así el medio en el que nos movemos y sobre el que pretendemos intervenir.

En nuestro **Código Deontológico**, el art. 42 dice que los objetivos y la práctica de la profesión deben ser objeto de estudio e investigación constantes, con el fin de asegurar la calidad del servicio.

El art.44, habla de que el Trabajador Social está obligado a dominar la práctica profesional y a mejorarla a través de la formación permanente y la evaluación continua de su trabajo.

En el art. 45, dice que los Trabajadores Sociales tienen obligación de contribuir al desarrollo de su profesión con el fin de responder adecuadamente a las nuevas necesidades sociales.

Claramente nos está diciendo que tenemos que hacer investigación para generar conocimiento. La datación científica construye la evidencia de nuestra práctica diaria, constata procesos que evidencian la calidad profesional con datos, de manera que permite valorar la eficacia de la aplicación de diferentes intervenciones independientemente de donde se realicen.

La evidencia científica, la producción de conocimiento científico, es necesaria para informar de la práctica profesional. Pero no estamos solos en esta tarea, los profesionales de las distintas disciplinas se organizan en sociedades científicas para llevar a cabo este cometido.

¿Qué es una Sociedad Científica? Una sociedad científica es una organización sin ánimo de lucro, que existe para promover una disciplina académica o un grupo de disciplinas. Es una asociación de especialistas o eruditos de una rama del conocimiento o de las **ciencias** en general.

¿Qué hace una sociedad científica? Permite la reunión de sus miembros para exponer los resultados de sus investigaciones, confrontarlos con los de sus colegas y difundir sus trabajos a través de una publicación especializada. Sus actividades suelen incluir la celebración de conferencias periódicas para la presentación y discusión de los resultados de nuevas investigaciones y publicación de revistas académicas o de patrocinio en su disciplina.

De esta manera se promueve la ciencia como actividad social. El fin de una sociedad científica debe ser procurar el progreso de una especialidad o un ámbito específico el saber, impulsando los avances científicos de esa área del conocimiento, a través de la investigación y el intercambio de sus propias experiencias. La mayor inversión de futuro de estas sociedades, es mantener su seriedad y el rigor científico de sus actos, emitir declaraciones y documentos como aportaciones al bien público.

La formación de una sociedad científica es un paso importante en la aparición de una nueva disciplina o subespecialidad.

El Trabajo Social Sanitario como especialidad del Trabajo Social, tiene una sociedad científica que nació en 1986: La Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS). Sus fines son:

- Promover el desarrollo de actividades científicas relacionadas con el Trabajo Social en el campo de la salud, y en general con la interrelación entre Salud y Servicios Sociales.
- Fomentar y facilitar las relaciones entre los distintos profesionales que desarrollan su actividad en el campo de la Acción Social y de la Salud.
- Divulgar los conocimientos y aportaciones de interés para los profesionales del sector.
- Promover contactos con Organismos e Instituciones dependientes de la Administración Pública (Central, Autonómica y Local) y de carácter privado.
- Desarrollar cualquier fin de carácter científico relacionado con la actividad del Trabajo Social en el campo de la Salud.

Esta sociedad científica nació a la par que la Atención Primaria de Salud, la Ley General de Sanidad y algunas de las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales. Es un movimiento científico que aglutina a los Trabajadores Sociales Sanitarios, sin excluir a otros profesionales que quieran formar parte de la misma.

Su nacimiento se gestó en las I Jornadas de Trabajo Social y Salud que se celebraron en Zaragoza en 1986, allí se concentraron 500 profesionales del trabajo social sanitario para hablar sobre: Factores Sociales, Salud y Enfermedad, El Trabajo Social en gestión y planificación en salud, Documentación en Trabajo Social, El Trabajo Social Familiar, Trabajo Social en Drogodependencias, Formación del trabajador social en el área de salud, El Trabajo Social en el Hospital, Situación del Servicio de Atención al paciente en los hospitales de España.

De aquellas mismas jornadas, además del compromiso de creación de la Asociación, surgió también otra contribución importante para el movimiento científico del Trabajo Social Sanitario, y fue la publicación de todas las comunicaciones en lo que vino a ser el primer número de la Revista de Trabajo Social y Salud, como instrumento de comunicación y cauce para el diálogo entre los profesionales del sector, facilitando lugares de encuentro y posibilitando la publicación de nuestros trabajos de investigación.

Tres años después, con la Asociación legalmente constituida, se volvieron a convocar desde Zaragoza las II Jornadas de Trabajo Social y Salud. La Revista, que ya había editado otro número, recogió en su número tres y cuatro los trabajos presentados en aquella ocasión: La humanización en la asistencia sanitaria, Los servicios de atención al paciente, Las quejas de los usuarios, La relación de los servicios sociales y sanitarios en la atención primaria, La atención primaria, Repercusiones del anciano sobre el sistema sanitario, La salud mental, Los sistema de registro.

Las III Jornadas se celebraron en Barcelona en 1993, se dedicaron a temas sobre la Calidad y la Investigación en Trabajo Social en Salud. Perspectivas de la atención sociosanitaria. Coordinación entre servicios sociales hospitalarios y comunitarios.

Continuó Bilbao en 1995 y sus comunicaciones sobre: El Trabajo Social Comunitario, Los modelos de intervención, Los grupos de ayuda mutua, El concepto de red de apoyo social, La atención primaria y La documentación. Todos estos temas se plasmaron en el nº 20 de la revista.

Le siguió Valencia, estábamos en las quintas jornadas discutiendo sobre Las Políticas de Salud en la Comunidad Europea y en el Estado Español, sobre la Bioética, La confidencialidad de la información, Ética e información, Confidencialidad y rigor científico, Coordinación con los servicios sociales, Investigación en un equipo interdisciplinar.

El año 1999, con motivo del décimo aniversario de la Revista, las VI Jornadas se volvieron a celebrar en Zaragoza. "Política sanitaria y Estado de Bienestar ante el tercer milenio" fue la conferencia inaugural. Trabajo Social y Salud Mental, Drogodependencias, nuevos enfoques, Sistemas de evaluación y calidad en los servicios asistenciales, Aportaciones al Trabajo Social sanitario desde las ciencias sociales, Nuevas organizaciones y asociaciones que complementan los servicios sanitarios, Cuidados paliativos, enfermos terminales y duelo, Nuevos y viejos problemas de salud, ¿Existen nuevas necesidades y nuevas formas de Trabajo Social? Fueron los temas tratados.

El VII Congreso de Trabajo Social y Salud lo organizó la asociación en La Coruña: Los inmigrantes, La problemática de las personas dependientes y la atención sociosanitaria, El voluntariado, La crítica al modelo ético, La inteligencia emocional, La intervención sociosanitaria con los excluidos sociales, La gestión integral de los servicios sociales, Indicadores del malestar de la cultura urbana, La Anorexia, Los factores socioculturales en la atención en salud, La identidad de la profesión y de la disciplina, La educación y promoción de la salud, formaron parte del programa científico.

Durante estos años se fueron formando delegaciones autonómicas. Con motivo de la creación de la Delegación Andaluza el congreso número VIII se celebró en Sevilla en 2003 "Trabajo Social y Salud: Un Siglo de Experiencia".

Fue una organización muy "movida", pues acababa de conocerse el documento de implantación de la figura de la Enfermería de Enlace en Andalucía y desde esa delegación habían realizado diferentes

acciones con el Servicio Andaluz de Salud (SAS), presentándose como sociedad científica ante los responsables de la administración sanitaria y hablando sobre las aportaciones del Trabajo Social Sanitario al sistema de salud, de manera que se pudieran confrontar con lo que ellos le pedían ahora a la nueva figura profesional. Este trabajo se realizó en coordinación con los Colegios Profesionales y el Consejo de Colegios de Andalucía.

En el año 2005 fue de nuevo la sociedad andaluza la anfitriona en la celebración del IX Congreso de Trabajo Social y Salud, y las compañeras de Granada las responsables de la organización del mismo en su ciudad. Congreso que volvió a contar de nuevo con un número record de participantes. Este congreso finalizó con la elaboración de unas conclusiones (Anexo 1) y el compromiso por parte de la Asociación de realizar una investigación sobre “El Diagnostico Social Sanitario”.

Durante este tiempo la Asociación ha participado, junto con otras sociedades científicas, en diversos grupos de trabajo en el Ministerio de Salud para elaboración de diferentes estrategias del Sistema Nacional de Salud: estrategia de ictus, estrategia en salud mental, estrategia de epoc, estrategia en cuidados paliativos.

Las diferentes delegaciones autonómicas están participando en grupos de trabajo dentro de los sistemas de salud de sus autonomías: Grupo de elaboración de Competencias Profesionales en Castilla y León; realización de un curso sobre “Estrategias de intervención social en Zonas con Necesidades de Transformación Social” en Andalucía, aportaciones al Decreto sobre Salud Mental de Andalucía 2007, participación en el grupo de trabajo que estudia la Mejora de la Salud Bucodental de Andalucía, así como participación en la revisión de la Guía de atención a la salud infanto juvenil en Andalucía. Además de organizar jornadas específicas para los Trabajadores Sociales Sanitarios en diferentes autonomías como en Asturias, Valencia y la actual de Cataluña. Y finalizar con la investigación sobre el Trabajo Social Sanitario.

En el año 2009 participamos en el congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), con una jornada sobre “las aportaciones del Trabajo Social a la Salud Pública” (Anexo 2).

También en este año se ha celebrado el X Congreso de la Asociación en Oviedo, Nuevas tecnologías en el Trabajo Social Sanitario: Instrumentos de medida. Procedimientos e intervenciones en Trabajo Social sanitario. Diagnostico Social Sanitario. Planes y programas de salud. Planes de Calidad de los Servicios de Salud e Investigación en Trabajo Social Sanitario, han sido sus ponencias marco.

Como podemos ver llevamos una larga trayectoria de trabajo, las actividades realizadas son muy diversas, siempre desde la perspectiva de una sociedad científica, los temas tratados en los congresos siempre han sido novedosos y nos hemos adelantado a nuestro propio sistema, hablábamos de la intervención sociosanitaria y de la dependencia antes que cualquier otro profesional de nuestra área de actuación. Podríamos resumir la actividad en la celebración de X congresos nacionales y la publicación de 64 números de la revista, trabajo realizado a la par que otras entidades profesionales y como decíamos en el congreso de Granada, “Seguimos trabajando...”

## BIBLIOGRAFÍA

Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Estatutos de la Asociación.

Casillo Charfolet, A., Abad Gonzalez, G.(1991). “Las funciones del trabajador social en los Equipos de Atención Primaria del Insalud”. Cuadernos de Trabajo Social nº 4-5 (1991-1992). Pags. 129-138

Consejo General de Colegios Profesionales de Trabajo Social. Código Deontológico de la Profesión de Trabajo Social.

Miranda, M. (2003). “La Asociación Trabajo Social y Salud: Historia de un esfuerzo colectivo”. Política Social y Servicios Sociales, nº 64, pags. 145-150

San Martín, H. y Pastor, V. (1998). Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid, ed. Díaz de Santos.

## ANEXO 1. Declaración de Granada.

- Los poderes públicos y responsables de la salud de la población deben considerar la asistencia integral como el resultado de la intervención interdisciplinar, donde los aspectos sanitarios y sociales son tratados por profesionales especializados, tanto en uno como en otro caso. No impulsando a los profesionales sanitarios a ejercer funciones propias del trabajador social, pues carecen de la correspondiente formación académica, además, de la práctica, de la misma manera que los trabajadores sociales no están formados ni entrenados para resolver los problemas sanitarios.
- El Ministerio de Sanidad y por ende las Consejerías de salud de las Comunidades autónomas no pueden obviar la atención social especializada en salud dentro de las organizaciones de salud, la mirada del trabajo social en este ámbito tiene que estar presente en los grupos de expertos y asesores en la misma medida que lo están otras áreas como son la médica, la de enfermería, la de administración, etcétera.
- Las organizaciones de salud, tanto de atención especializada como de atención primaria, tiene que dotar a los trabajadores sociales de herramientas de trabajo soportadas por las nuevas tecnologías a fin de facilitar las actividades de registro y posterior análisis.
- Las escuelas Universitarias de Trabajo Social deben incluir en sus currículos académicos la formación de trabajo social en salud, tanto en atención especializada como en la atención primaria. Sólo con la formación adecuada se evitará que el resultado de la actividad social en el campo de la salud se confunda con la realizada desde los Servicios Sociales. Si bien los procedimientos pueden coincidir, en ningún caso lo harán los procesos.
- Los profesionales sanitarios deben contemplar a los profesionales sociales como un apoyo esencial para cualquier proceso de atención a los problemas de salud que se dan desde dentro de los servicios de salud.
- Ante la Futura Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, recordar que, de siempre, los trabajadores sociales del sistema de salud han estado atendiendo a las personas dependientes y a sus familias, siendo este ámbito en donde su experiencia y conocimiento teórico y aplicación práctica están más desarrollados, tal y como avala la numerosa documentación científica publicada en colecciones de libros y en revistas especializadas.
- Los profesionales del Trabajo Social Sanitario deben adaptar sus metodologías a los nuevos escenarios del sistema sanitario, especialmente en lo que se refiere a la gestión de la unidad o servicio de trabajo social.
- Deben incorporar la intervención por programas frente a la intervención a demanda, ya que el análisis de la información obtenida de ésta última no es susceptible para ser tomada en cuenta en la toma de decisiones. La demanda siempre es aleatoria e improvisada.
- Deben recuperar el espíritu de Mary Richdmond constituyéndose en agentes sociales que impulsan el cambio del sistema sanitario hacia la verdadera interdisciplinariedad que considera a la persona el centro de su acción.

- Deben considerar en su ejercicio diario los principios del trabajo social e incorporar activamente, además de la obvia función asistencial, las funciones de investigación y prevención.
- Necesario establecer alianzas de coordinación entre la atención especializada y la atención primaria de salud, siempre en ambas direcciones para establecer redes de comunicación estables siempre en beneficio de las personas que utilizan los servicios.
- Incorporar el uso de las nuevas tecnologías como apoyo a su trabajo de análisis y evaluación periódica.
- Tomar conciencia de la importancia del desarrollo de su trabajo dentro del Método Básico de Trabajo Social.
- Ser portavoces y denunciar aquellas situaciones individuales o colectivas de insolvencia del sistema de bienestar.

## ANEXO 2. El Trabajo Social Sanitario en la Salud Pública.

### MANIFESTAMOS

1. Que el Trabajo Social contribuye a la Salud Pública desde una doble vertiente:

*Trabajo Social en Salud*, que se realiza desde los diferentes sistemas de protección social del Estado de Bienestar, sistema educativo, de servicios sociales, de empleo, de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, etc. Su objetivo fundamental es el bienestar y, a través de él, la salud.

Desde este Trabajo Social en Salud se realizan intervenciones sociales dirigidas a la promoción y prevención, a través de distintas acciones que favorecen las condiciones de vida necesarias para disfrutar tanto del derecho a la salud, como del bienestar.

*Trabajo Social Sanitario*, hace referencia a la especialidad del trabajo social realizada dentro de las instituciones sanitarias públicas o privadas (centros de salud, hospitales, consultas de especialistas, etc), teniendo por objeto el estudio de los factores sociales que influyen en el fenómeno de salud-enfermedad, así como el tratamiento de las situaciones de malestar psicosocial que surgen como consecuencia de la pérdida de salud.

2. Que como Trabajadores Sociales Sanitarios que formamos parte de los equipos de salud de atención primaria y especializada, nuestra contribución a la Salud Pública está en la defensa de la salud y los derechos sociales de las personas atendidas por el sistema sanitario. Trabajando sobre los determinantes sociales, aportamos al equipo y a las organizaciones sanitarias una visión integral de la salud, incorporando la dimensión social en los procesos de salud- enfermedad.
3. Que la atención a la problemática sociosanitaria asociada a las situaciones de dependencia, de violencia de género y de maltrato a mayores y menores, así como todas aquellas que se derivan de la inmigración, de la precariedad económica o relacional, o bien, de otros factores de discriminación social, constituye el eje primordial de atención de los trabajadores sociales sanitarios.
4. Que nuestra actividad se centra en la defensa de la salud a través de la realización del diagnóstico social individual-familiar, grupal y comunitario y del desarrollo de intervenciones sociales que promuevan las condiciones de vida necesarias para la promoción, mantenimiento y fortalecimiento de la salud.

Contribuimos a la promoción de la salud y prevención de los riesgos colaborando con otros agentes sociales en actividades de educación para la salud en diferentes ámbitos: familiar, escolar, sanitario, laboral, etc. dirigidas al cambio saludable.

Contribuimos también al mantenimiento y recuperación de la salud trabajando las vivencias, rupturas, conflictos y dificultades sociales que provoca la enfermedad. Desarrollamos procesos de apoyo social que ayudan a las personas a afrontar situaciones y a tomar las decisiones más acordes con sus necesidades, deseos y preferencias. Por nuestro conocimiento especializado en el amplio espectro de recursos



comunitarios: sociales, sociosanitarios, educativos, de vivienda, de empleo e inserción social, etc., intervenimos simultáneamente facilitando, defendiendo y monitorizando el acceso a los mismos, desempeñando así la función de gestor de casos dentro del sistema de salud.

5. Que la gestión de casos del trabajador social sanitario es diferente a la que realizan otros profesionales del sistema, no sólo por su formación y capacidad de interacción entre sistemas, servicios y profesionales de muy distintos ámbitos y naturaleza, sino también porque no se reduce a la actividad de asegurar la continuidad asistencial a través del enlace con otros servicios, ya que nos ocupamos al mismo tiempo del tratamiento directo de las personas y familias, a las que facilitamos el acceso a los diferentes recursos durante todo el proceso de atención sanitaria.

En esta doble vertiente de la intervención que desarrolla el T. S. Sanitario reside su singularidad y el valor añadido que aporta. De la necesidad de estas actividades para la consecución de objetivos de salud nació la especialidad del trabajo social sanitario dentro de las organizaciones y, a día de hoy, continua siendo nuestra contribución por excelencia al sistema de salud y a la ciudadanía.

6. Que el trabajador social sanitario defiende la salud individual y colectiva a través de metodologías propias centradas en la persona, como el *case work* (*trabajo social de casos*), el *group work* (*trabajo social grupal*) y el *community work* (*trabajo social comunitario*), cuya eficacia y efectividad ha sido puesta en evidencia por la comunidad científica internacional desde hace muchas décadas. Investigaciones llevadas a cabo en países del norte de Europa, Estados Unidos o Australia, por poner algunos ejemplos, dan buena cuenta de ello.
7. Que teniendo en cuenta la dimensión estructural de los determinantes sociales en la salud, la praxis del trabajo social sanitario tiene un fuerte componente comunitario.

Fomenta la creación de estructuras colectivas de intervención, como grupos de capacitación y movilización, para potenciar la participación ciudadana. Trata de propiciar espacios donde la ciudadanía tenga verdaderamente voz y voto en los temas que afectan a su salud. Todo ello desde una perspectiva holística e integral, estableciendo los nexos de unión entre el sistema de salud y el resto de servicios comunitarios, realizando actividades de mediación, dinamización y coordinación interinstitucional.

Con el fin de incrementar el capital social trabajamos estableciendo redes sociales comunitarias y potenciando vínculos que promuevan y defiendan la salud.

8. Que la investigación y la intervención sobre el fenómeno de las desigualdades sociales constituye otro de los ejes de acción.

Trabajamos en la reducción de desigualdades sociales en salud a través de la detección de grupos vulnerables y de población de riesgo, elaborando *mapas de riesgo* y *estrategias activas de captación*. La intervención social con personas que sufren situaciones de violencia, de aislamiento, de discriminación, de exclusión social, o de pérdida de autonomía asociadas a la salud, son ejemplos elocuentes de la actividad especializada que se desarrolla en este campo.

## PROPONEMOS:

Que dados los cambios sociales, los patrones actuales de morbi-mortalidad, y las necesidades de atención sociosanitaria que comportan urge:

1. Dotar a las organizaciones sanitarias de mayores recursos de atención sociosanitaria y no caer en la tentación de responsabilizar a otros sistemas de dicha atención, obviando la necesidad de la ciudadanía de recibir una atención integral durante el proceso de atención sanitaria tratándolo de sustituir con coordinaciones a posteriori. En esta línea proponemos incrementar la dotación de recursos de las unidades de trabajo social sanitario.



2. Establecer mecanismos formales y dispositivos de atención y coordinación sociosanitaria, que faciliten los tránsitos intersistemas, otorgando carácter vinculante a las prescripciones profesionales realizadas desde cada sistema.
3. Incrementar y adecuar la oferta de recursos y equipamientos sociosanitarios desde un enfoque comunitario, realizando una territorialización homogénea de servicios, que convine la polivalencia con la especialización.
4. Flexibilizar las condiciones de acceso a servicios sociosanitarios para que todas las personas puedan obtener los recursos y servicios que necesitan cuando lo necesitan. Ello implica una buena gestión de las listas de espera sociosanitarias.
5. Innovar en las fórmulas y procedimientos de participación ciudadana para que ésta pueda llevarse a efecto en su verdadera dimensión. La puesta en marcha de redes locales interinstitucionales puede resultar una oportunidad singular para el desarrollo de estas mejoras, tanto en la promoción y prevención de la salud, como en la asistencia y rehabilitación.
6. Introducir cambios legislativos que propicien el encuentro entre lo social y lo sanitario. Profundizar en la línea de lo establecido por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
7. Apostar verdaderamente por una atención integral y de calidad, con enfoque comunitario que teniendo en cuenta criterios de eficiencia lleve a efecto en la práctica una prestación de recursos centrada en las personas, aplicando procedimientos y metodologías que lo hagan posible.

*Asociación Española de Trabajo Social y Salud.*

*Abril 2010*

## LA ILUSIÓN DE UN PROYECTO COMPARTIDO: RED MADRILEÑA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN (EAPN Madrid)

Gema Gallardo Pérez

Directora del Departamento de Proyectos de la Asociación Provienda  
Presidenta de EAPN Madrid

*“El futuro pertenece a quienes creen en la belleza de sus sueños”  
Anna Eleanor Roosevelt*

“El Trabajo Social lleva en su esencia la transformación social”. Esta afirmación que por sí misma es muy probable que no sea cuestionada, sin embargo nos interpela en nuestro quehacer profesional y a cada uno de nosotros como profesionales.

Bauman define nuestra sociedad como una “sociedad moderna líquida”, aquella que no mantiene mucho tiempo la misma forma ni su rumbo, y que genera “vidas líquidas” que son vidas precarias y vividas en condiciones de incertidumbre constante. Hablar de cambio y transformación social en una sociedad como la actual donde se imponen la apatía, el conformismo y la desafección por lo político, nos coloca en una posición compleja a los y las Trabajadoras Sociales y nos enfrenta a un debate no resuelto: “en qué medida los trabajadores sociales<sup>1</sup> somos mantenedores de un difícil equilibrio de las personas que no tienen un hueco en esta sociedad, en qué medida somos promotores de procesos de mejora, en qué medida contribuimos a que las políticas sociales sigan compensando las desigualdades y generando calidad de vida entre aquellas personas más necesitadas”. Si nuestro objetivo es la inclusión social y lo hacemos en una sociedad en movimiento en la que los referentes van cambiando, entonces, ¿en qué sociedad incluimos? Esta incertidumbre que describe Bauman también contagia la vivencia de nuestra profesión.

Reflexionar sobre el cambio social y liderarlo en el ámbito del Tercer Sector, lo debemos, por tanto, enmarcar en un contexto que se caracteriza por la incertidumbre y dificultad crecientes, pero también por la necesidad de abordar los retos que tenemos por delante. Y en este contexto hay una búsqueda permanente de referentes que puedan aportar visión e inspiración. Quizá uno de los graves problemas a los que nos enfrentamos en la actualidad es la falta de líderes sociales capaces de generar la ilusión de un proyecto compartido. Quizá seguimos añorando liderazgos personales, mitos a los que aferrarnos que nos hagan soñar con que otra sociedad es posible, una sociedad más humana, más solidaria, más cohesionada, más acogedora, capaz de hacer un hueco a las diferencias, donde todas las personas tengan un lugar desde el que puedan disfrutar de una vida que recordar con momentos de felicidad.

Cuando con 18 años elegí estudiar Trabajo Social, yo tenía un sueño, soñaba con que mi esfuerzo por entender las desigualdades que se producían en mi entorno, mi esfuerzo por aprender la mejor manera de combatirlas, mi esfuerzo por trabajar al lado de otros, profesionales y desheredados, contribuiría humildemente a la mejora de muchos. Hoy, 21 años después, tengo un sueño, y es que sigo creyendo que este sueño es posible.

<sup>1</sup> "Para la versión escrita de esta exposición, se ha optado por el género gramatical masculino como neutro inclusivo".

Para conseguirlo no podemos ni debemos caminar solos. Quizá ya no es el momento de los grandes líderes personalistas, grandes caracteres carismáticos que movilizaban poblaciones y las convencían de sus sueños, sueños a los que alguien les ponía voz. Quizá ahora nos toca ejercer liderazgos más participativos, más democráticos, en definitiva, más compartidos. Y en este modelo las mujeres tenemos mucho que decir porque aportamos el valor de nuestra identidad, ejercemos direcciones más abiertas, somos más tolerantes, más conciliadoras, capaces de poner atención a los detalles y a las relaciones entre las personas, apoyamos a los compañeros, comprendiendo sus situaciones personales, sabemos motivar mejor, ganarnos la confianza y apoyar a que los trabajadores desarrollen sus potencialidades.<sup>2</sup>

El discurso de Martin Luther King, leído durante la marcha sobre Washington en 1963, contenía elementos claves de un gran líder sobre los que merece la pena pararse un momento. Era un discurso en el que utilizaba muchas y hermosas metáforas *“la Proclama de la emancipación... Llegó como un precioso amanecer al final de una larga noche de cautiverio”*, se ponía en el lugar del otro *“Sé que algunos de ustedes han venido hasta aquí debido a grandes pruebas y tribulaciones. Algunos han llegado recién salidos de angostas celdas”*, identificaba claramente la urgencia del cambio *“la urgencia impetuosa del ahora....Sería fatal para la nación pasar por alto la urgencia del momento”*, su proyecto sólo era posible si contaba con la gente *“No podemos caminar solos. Y al hablar, debemos hacer la promesa de marchar siempre hacia adelante. No podemos volver atrás.”*, motivador y esperanzador *“No nos revolquemos en el valle de la desesperanza. Hoy les digo a ustedes, amigos míos, que a pesar de las dificultades del momento, yo aún tengo un sueño”*, e inclusivo, donde todo el mundo cabía con sus diferencias *“Cuando repique la libertad y la dejemos repicar en cada aldea y en cada caserío, en cada estado y en cada ciudad, podremos acelerar la llegada del día cuando todos los hijos de Dios, negros y blancos, judíos y cristianos, protestantes y católicos, puedan unir sus manos y cantar las palabras del viejo espiritual negro: “¡Libres al fin! ¡Libres al fin!”*.

En mi vida profesional siempre me he sentido parte de un proyecto de cambio y de mejora, quizá pensaréis que soy ingenua, pero siempre he creído firmemente que las buenas intervenciones sociales producen cambios, por pequeños que estos sean. En los tiempos actuales, y no me refiero a la situación de crisis actual, sino a cómo se entiende la inversión social, donde la medición del coste en relación al beneficio, se impone en el diseño de las políticas sociales y contagia a la gestión que realizamos y al diseño de nuestros proyectos sociales, quizá sea complicado hacer entender la rentabilidad social que tienen o sean difíciles de valorar y cuantificar. Pero no creo que deba ser éste el único factor que nos remueva. Los cambios en cada una de las personas con las que trabajamos, nunca dejarán de ser importantes en nuestra profesión, pero debemos recuperar la capacidad que tenemos para acompañar a las comunidades, la capacidad para generar cambios en las políticas sociales, desde el plano local al estatal, pasando por el autonómico. Los Trabajadores Sociales tenemos mucho que aportar en todos estos ámbitos, tenemos cosas importantes que decir y somos capaces de decirlas. A mi parecer, este es un espacio que nuestra profesión ocupa y que puede y debe seguir ocupando.

Una de las características claves del cambio es la urgencia. Una vez identificada ésta, el cambio se puede y se debe producir.

---

<sup>2</sup> “El rasgo más marcado de la estructura de los recursos humanos del sector es la presencia femenina, siendo de 73.9% frente al 26.1%, la proporción de mujeres remuneradas frente a la de hombres. A pesar de ello las mujeres son minoría en los estratos más altos de la administración de estas entidades, donde casi dos tercios de los miembros de la cúpula organizativa son hombres”. Fundación Luis Vives (2010) *Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España, Resumen Ejecutivo*. Madrid: Obra Social Caja Madrid y Fundación Luis Vives.

Si en este momento no se impone la urgencia del cambio, y no voy a describir la situación social a la que nos enfrentamos porque cada uno de vosotras y vosotros la conocéis y os enfrentáis a ella a diario, ¿cuándo será ese momento?.

Las redes profesionales son una oportunidad, una plataforma desde la que desarrollar esta faceta de nuestra profesión. Construir con otros: construir discurso, construir acción, nos permite conjugar más miradas, más riqueza, más oportunidades, más fuerza. Generamos una mayor inteligencia aportando la inteligencia y la experiencia de cada uno de nosotros. Entre todos, entenderemos mejor cómo funciona el sistema que deseamos que cambie y eso nos hará más hábiles para cambiarlo. Mis 5 años de experiencia en la Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (en adelante EAPN Madrid)<sup>3</sup>, y las posibilidades de relación que he tenido con algunos de nuestros representantes políticos, me han demostrado que realmente nos necesitan, necesitan de nuestro conocimiento, de nuestra experiencia, de nuestro saber hacer, para que las políticas sociales puedan ser de otra manera y puedan tener efectos más positivos. ¿no será, por tanto, nuestra obligación demostrárselo y transmitírselo?. En este sentido, debemos avanzar en nuestro manejo del contexto, en la concreción de nuestro pensamiento y nuestras propuestas, realistas, realizables, medibles. Debemos tener capacidad para ser estratégicos, estableciendo objetivos concretos, posibles en el momento y contexto en el que los fijemos, pero sin olvidarnos de aquellos que no podamos abordar en ese momento concreto. De lo contrario, podemos perdernos en la desilusión de lo no conseguido, intentando abarcar demasiadas cosas al mismo tiempo o demasiado grandes para nuestra capacidad y esfuerzo.

Esto es uno de los aspectos que he aprendido durante mi trabajo en EAPN Madrid. La importancia que tiene para mantener la ilusión de un proyecto combinar objetivos realizables a corto plazo que se conviertan en resultados concretos, con objetivos a largo plazo, de los que se van viendo pequeños resultados. También he aprendido lo importante que es tener una guía, una hoja de ruta que nos diga a todos a dónde queremos ir, qué queremos conseguir y cómo lo queremos conseguir. Por supuesto, el primer paso en este proyecto compartido será encontrar qué es lo que nos une, qué es lo que nos hace sentir que formamos parte de un proyecto conjunto.

Hablamos pues de horizontes comunes, hablamos pues de utopía. Pero, ¿qué soñamos los trabajadores sociales de hoy como profesión organizada? El Trabajo Social se constituye históricamente no en una relación con objetos, sino en una relación con sujetos. Relación ésta que es constitutivamente ética.

Toda intervención desde lo más micro a lo más macro, es ética. En nuestra profesión la ética tiene una dimensión constitutiva. La ética está presente en el inicio de la profesión y es orientadora de toda la práctica. Es un elemento esencial de la formación para una tarea que se ejerce en permanente contacto con los problemas sociales (Aylwin, 1997 en Jorquera 2009)

Por tanto, en la construcción de este sueño conjunto de la profesión, en la construcción de cuál es nuestra utopía de transformación social, debemos ponernos de acuerdo para nombrarla, para nombrar el contexto que deseamos cambiar, porque a partir de la realidad social que definamos, de la forma que tengamos de entender los problemas sociales que tenemos que atender, asumiremos diversas posturas que se irán concretando en distintas formas de intervención y de deseo de transformación social. “...Sin un marco valorativo ético que oriente las acciones de los trabajadores sociales a asumir ese compromiso

<sup>3</sup> EAPN Madrid es una asociación sin ánimo de lucro compuesta en la actualidad por 43 entidades sociales del Tercer Sector de Acción Social, que tienen ámbito de actuación en la Comunidad de Madrid. Formamos parte de la red estatal, EAPN España y por ende, de EAPN Europa, con las que compartimos objetivos y metodologías. Somos una red heterogénea, donde se agrupan entidades que intervienen con diferentes grupos y problemáticas sociales.

necesario con la transformación de la sociedad, apuntando a la humanización del medio social, el trabajo social corre el riesgo de convertirse en un quehacer burocrático capaz de desgastarse rápidamente frente a los formidables obstáculos que se ofrecen para el desarrollo humano y social en el marco de la crítica situación actual” (Eroles, 1998 en Jorquera 2009).

Volvemos en este punto a lo que Fernando Vidal (Vidal, 1995 en Jorquera 2009) denomina “función propositiva de la ética social” concomitante en el Trabajo Social. Me refiero a la capacidad de transformación social desde la intervención con cada persona (micro) a la de influencia política (macro). En todo este recorrido, la dimensión simbólica que tiene la intervención social individual, así como la dimensión simbólica de las políticas sociales, es extremadamente importante porque definirá las formas de entender la pobreza y la exclusión y justificará la manera de atender dichas situaciones, incluso desde la propia concepción del derecho social de los ciudadanos.

Desvincular, como puede ocurrir con frecuencia, la intervención de las relaciones socio-políticas e ideológicas que la contextualizan, no es una postura ingenua. Y como nosotros no somos una profesión ingenua, sabemos que lo “macro”, (me refiero a las políticas sociales y a los discursos económicos y políticos que justifican unas políticas con mayor o menor capacidad protectora para sus ciudadanos), influye extremadamente en lo “micro”, es decir, en las situaciones personales y familiares que a diario atendemos los Trabajadores Sociales en cada una de las instituciones de las que formamos parte, sean públicas o privadas.

En esta dialéctica, es donde cobra sentido el trabajo en red, como un sistema de vasos comunicantes desde lo “micro” a lo “macro”, que eleve una interpretación de la realidad social, de las necesidades y problemas sociales que conocemos en profundidad y que atendemos a diario, de una manera más justa, solidaria y libre.

La reivindicación de sociedades más justas, de políticas que tengan un efecto redistributivo más eficaz, de las que ninguna persona “se quede descolgada”, se puede convertir en acción real a través del trabajo en red.

Cuando empecé en EAPN Madrid, me preocupaba descubrir cómo hacer esto posible. Después de tantos años en los que mi experiencia profesional se centró en la intervención individual, en programas de alojamiento social concretos, en los que también acuñé experiencia en la coordinación y el trabajo colaborado con profesionales de otras disciplinas y de otras entidades sociales y servicios públicos, de repente, la implicación y la participación en una red como EAPN Madrid, se presentaba como un reto. Se trataba en primer lugar de reflexionar con otros compañeros sobre nuestra acción profesional, sobre el contexto donde la desarrollamos, sobre las teorías explicativas de las desigualdades sociales a las que teníamos que hacer frente, para posteriormente pasar a la acción. Y eso no era fácil.

Como dice Netto, lo que está en juego es una indagación acerca del significado social de la profesión y del alcance de la libertad/responsabilidad de los trabajadores sociales en su inseparable condición de profesionales y ciudadanos (Netto, 1996 en Jorquera 2009). Para mí la participación en una red de entidades sociales está unida precisamente a esta doble condición de ciudadana y profesional, sobre todo teniendo en cuenta, que “una de las cuestiones más decisivas es la de la reconstrucción de un espacio público (cada vez más desierto en la actualidad) en el que los hombres y las mujeres puedan participar en una traslación continua entre lo individual y lo colectivo, entre los intereses, los derechos y los deberes de índole privada y los de índole comunal” (Bauman, 2005).

¿Cómo estamos haciendo posible en EAPN Madrid la acción social reivindicativa organizada, entendiendo por este concepto el fortalecimiento de la cohesión social y el desarrollo de un sentido de conciencia y responsabilidad social? En primer lugar nos marcamos unos objetivos comunes de cambio, generamos espacios de debate y reflexión conjunta y desarrollamos una estrategia de incidencia política.

La red, como cualquier proyecto, tiene un primer momento de construcción. Sin embargo, a partir de ese momento, comienza la verdadera aventura: es un proyecto al que le vamos dando forma en el día a día, de manera participativa, coherente, democrática, en un aprendizaje conjunto de las personas y entidades que la conformamos. Elaboramos un discurso común, una manera de entender la realidad compleja de la que formamos parte. Un discurso que nos ayuda a identificarnos como parte de algo que es más importante que nosotros mismos.

Las personas vivimos día a día en una sociedad líquida siempre cambiante, incierta y cada vez más imprevisible, donde fácilmente podemos quedarnos “descolgados” de un modelo de crecimiento inclusivo en el que se aspira a capacitar a las personas para gestionar el cambio.

Y así, la realidad en la Comunidad de Madrid nos arroja cifras como estas: la tasa de empleo en 2010 era de un 69,4%, la tasa de abandono escolar en el 2008 era de un 26,9%, la tasa de riesgo de pobreza en 2009 era de un 13,6%, afectando principalmente a las personas menores de 18 (16,7%) y a los mayores de 65 (19,4%).<sup>4</sup>

Para contribuir a reducir la precariedad, para aportar seguridad en los cambios, desde EAPN Madrid:

- Hemos creado y desarrollado un proyecto de sensibilización *“Y tú ¿qué podrías hacer para vivir en una sociedad más inclusiva para todos?”* para alumnos y alumnas de institutos sobre las situaciones y condiciones en las que viven las personas en situación de pobreza y exclusión, del que se han repartido 2500 ejemplares.
- Hemos conocido y debatido la Estrategia Europa 2020 que definirá la política social de los Estados miembros en el futuro y sus implicaciones en nuestra comunidad autónoma, recogido en el estudio *“La Estrategia Europa 2020 implicaciones para el plano local en Madrid”*.
- Hemos analizado y aportado propuestas al Plan Nacional de Reforma, documento político que concretará la Estrategia Europa 2020 en nuestro país.
- Hemos elaborado un documento de propuestas políticas *“Propuestas para una estrategia de Inclusión Social de la Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza”*, consensuado por las entidades miembros de la red, que hemos presentado y discutido con los representantes de los grupos políticos con representación parlamentaria.
- Hemos debatido con responsables de la administración autonómica sobre las consecuencias que tendrá la implantación del nuevo Sistema Nacional de Cualificaciones en las personas en situación de pobreza y exclusión social.
- Queremos abordar las condiciones en la que se prestan o están saliendo a concurso servicios públicos en el marco de la colaboración pública/privada de la ciudadanía organizada.

<sup>4</sup> Centro de Estudios Económicos Tomillo (2011), *“La Estrategia Europa 2020. Implicaciones para el plano local en Madrid”*. Madrid: EAPN Madrid, EAPN España y Ministerio de Sanidad y Política Social.



- Iniciamos y mantenemos una línea de estudio y reflexión sobre las posibilidades de *Innovación en la Intervención Social*, que se inserta en la movilización de las fuerzas personales y sociales de los sujetos y comunidades.

No trato aquí de obviar que este proyecto tiene sus dificultades. Las entidades sociales en la Comunidad de Madrid tenemos escasa experiencia de lo que significa y aporta el trabajo en red. El hecho de que los centros de decisión escapen y sean muy lejanos a nuestras decisiones cotidianas como profesionales, y a que nos pueda resultar demasiado complejo inteligir un mundo que se ha vuelto ininteligible, contribuye a que no nos contagiemos del sueño de que podemos contribuir a construir una sociedad más cohesionada. Pero es importante que “rescatemos la posibilidad humana de hacer emerger no sólo la evidencia de las contradicciones sociales, sino de colocar en el mundo cosas que nunca existieron” (Matus, 1999 en Jorquera 2010).

Para las entidades que participamos en proyectos como el de EAPN Madrid, supone un compromiso y un esfuerzo. Me refiero a la inversión que ha de hacerse destinando personal (recursos humanos que durante el tiempo que le dedican a la red, no están empleándose en actividades para sus entidades) y recursos económicos. Se trata de un acto de compromiso, que entronca con los valores de cada entidad, que decide que el bien común se logra a través del trabajo colaborado, que ganando todos, ganamos cada uno de nosotros. Gracias a eso, la red es hoy menos sueño y más realidad.

Por eso hoy sigo teniendo un sueño: con compromiso, con generosidad, con reflexión, con acción tenemos posibilidad de hacer de la sociedad líquida que describe Bauman una sociedad sólida.

En mi caso, como Trabajadora Social, como persona, como ciudadana, este proyecto compartido que es EAPN Madrid, me ha dado la oportunidad, entre otras, de conocer a compañeras y compañeros de trabajo, personas de una gran calidad humana que me han hecho más sabia y prudente. He aprendido y aprendo cada día gracias a ellos aspectos de otros ámbitos de intervención profesional diferentes al mío. He aprendido a ser más generosa compartiendo éxitos, pero también me han enseñado que los fracasos son de todos. A superar protagonismos individuales innecesarios. A desarrollar un liderazgo femenino, compartido con otras compañeras y compañeros. Y he aprendido a realizar una tarea ganada desde el esfuerzo y legitimidad, la que han depositado en mí mis compañeros de viaje en esta red.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Z (2005) *Vida Líquida*. Argentina: Paidós
- Carreras, I., Leaverton, A. y Sureda, M. (2009) *Líderes para el cambio social. Características y competencias del liderazgo en las ONG*. Barcelona: Instituto de Innovación Social de ESADE.
- Centro de Estudios Económicos Tomillo (2011), “*La Estrategia Europa 2020. Implicaciones para el plano local en Madrid*”. Madrid: EAPN Madrid, EAPN España y Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Jorquera, G. (2009). *Documento de trabajo para clases sobre Fundamentos del Trabajo Social en la Universidad Pontificia de Comillas*. No publicado
- Jorquera, G. (2010). *Documento de trabajo para EAPN Madrid*. No publicado.



# LA FORMACION DE SEGUNDO CICLO EN LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Marta Blanco Carrasco

*Prof. ayudante doctor de la sección departamental de Derecho Civil de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la UCM  
Coordinadora de Máster en el Escuela Universitaria de Trabajo Social de la UCM*

## 1. LOS ESTUDIOS DE MASTER COMO SEGUNDO CICLO DE FORMACIÓN EN EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACION SUPERIOR (EEES)

La **Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades**<sup>1</sup> define en su artículo 37 la estructura de las enseñanzas universitarias en tres ciclos: Grado, Máster y Doctorado. Esta Ley ha sido desarrollada por el **Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales**<sup>2</sup>.

Las enseñanzas de **Grado**<sup>3</sup>, correspondientes al **primer ciclo**, tienen como finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional. La superación de estas enseñanzas dará derecho a la obtención del título de Graduado o Graduada.

El grado ha sido implantado en la Escuela de Trabajo Social con un ingente esfuerzo del alumnado, del profesorado y del pas, que sin duda se verá recompensado este curso 2010-2011 en el que verá la luz la primera promoción de graduados en trabajo social de la UCM, y cuyo título acreditará, entre otras cosas, que el estudiante ha superado 240 ects, frente al anterior título de diplomatura que acreditaba la superación de 180 ects.

Las enseñanzas de **Máster**<sup>4</sup>, correspondientes al **segundo ciclo**, tienen como finalidad la adquisición por el estudiante de una formación avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras.

Según el artículo 15 del RD 1393/2007 los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Máster Universitario tendrán *entre 60 y 120 créditos*, que contendrá toda la formación teórica y práctica que el estudiante deba adquirir. Estas enseñanzas concluirán con la elaboración y defensa pública de un trabajo de fin de Máster, que tendrá entre 6 y 30 créditos. Cuando se trate de títulos que

<sup>1</sup> BOE 307 de 24 de diciembre de 2006, en su nueva redacción dada por la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la anterior.

<sup>2</sup> BOE nº 260 de 30 de octubre de 2007.

<sup>3</sup> Art. 9 del real decreto 1393/2007.

<sup>4</sup> Art. 10 del real decreto 1393/2007

habiliten para el ejercicio de actividades profesionales (...) estos planes de estudios deberán, en todo caso, diseñarse de forma que permitan obtener las competencias necesarias para ejercer esa profesión<sup>5</sup>.

Los **estudios de doctorado**, correspondientes al **tercer ciclo**, conducen a la obtención del título oficial de Doctor o Doctora, de validez en todo el territorio nacional<sup>6</sup>.

Estos estudios han sido recientemente regulados en el **Real Decreto 99/2011 de 28 de enero por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado**. El componente fundamental de la formación doctoral es el avance del conocimiento científico a través de la investigación original. Los estudiantes participantes en programas de doctorado no son solo estudiantes, sino *investigadores en formación*. La norma prevé la creación de *Escuelas de Doctorado* y establece *comisiones académicas de los programas de doctorado*, así como la figura del *coordinador del programa*<sup>7</sup>. Se introduce como novedad el

<sup>5</sup> “Artículo 16. Acceso a las enseñanzas oficiales de Máster.

“Artículo 16. Acceso a las enseñanzas oficiales de Máster.

1. Para acceder a las enseñanzas oficiales de Máster será necesario estar en posesión de un título universitario oficial español u otro expedido por una institución de educación superior del Espacio Europeo de Educación Superior que facultan en el país expedidor del título para el acceso a enseñanzas de máster.
2. Así mismo, podrán acceder los titulados conforme a sistemas educativos ajenos al Espacio Europeo de Educación Superior sin necesidad de la homologación de sus títulos, previa comprobación por la Universidad de que aquellos acreditan un nivel de formación equivalente a los correspondientes títulos universitarios oficiales españoles y que facultan en el país expedidor del título para el acceso a enseñanzas de postgrado. El acceso por esta vía no implicara, en ningún caso, la homologación del título previo de que este en posesión el interesado, ni su reconocimiento a otros efectos que el de cursar las enseñanzas de Máster”.

<sup>6</sup> Artículo 38: “Los estudios de doctorado, conducentes a la obtención del correspondiente título de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, que tienen como finalidad la especialización del estudiante en su formación investigadora dentro de un ámbito del conocimiento científico, técnico, humanístico o artístico, se organizarán y realizarán en la forma que determinen los estatutos, de acuerdo con los criterios que para la obtención del título de Doctor apruebe el Gobierno, previo informe del Consejo de Universidades. En todo caso, estos criterios incluirán la superación de un período de formación y la elaboración, presentación y aprobación de un trabajo original de investigación”.

<sup>7</sup> “Artículo 2. Definiciones.

1. Se entiende por doctorado el tercer ciclo de estudios universitarios oficiales, conducente a la adquisición de las competencias y habilidades relacionadas con la investigación científica de calidad.
2. Se denomina programa de doctorado a un conjunto de actividades conducentes a la adquisición de las competencias y habilidades necesarias para la obtención del título de Doctor. Dicho programa tendrá por objeto el desarrollo de los distintos aspectos formativos del doctorando y establecerá los procedimientos y líneas de investigación para el desarrollo de tesis doctorales.
3. Tiene la consideración de doctorando quien, previa acreditación de los requisitos establecidos en el presente real decreto, ha sido admitido a un programa de doctorado y se ha matriculado en el mismo.
4. Se entiende por Escuela de Doctorado la unidad creada por una o varias universidades y en posible colaboración con otros organismos, centros, instituciones y entidades con actividades de I+D+i, nacionales o extranjeras, que tiene por objeto fundamental la organización dentro de su ámbito de gestión del doctorado, en una o varias ramas de conocimiento o con carácter interdisciplinar.
5. Se entiende por documento de actividades del doctorando el registro individualizado de control de dichas actividades, materializado en el correspondiente soporte, que será regularmente revisado por el tutor y el director de tesis y evaluado por la comisión académica responsable del programa de doctorado a que se refiere el artículo 8.3.
6. El Director de tesis es el máximo responsable en la conducción del conjunto de las tareas de investigación del doctorando, en los términos previstos en el artículo 12 de esta norma.
7. El tutor es el responsable de la adecuación de la formación y de la actividad investigadora a los principios de los programas y, en su caso, de las Escuelas de doctorado.

*documento de actividades del doctorando* previendo un régimen de supervisión y seguimiento del mismo y establece por vez primera un *plazo máximo de duración de los estudios de doctorado* con la posibilidad de dedicación a tiempo parcial y a tiempo completo.

Se puede decir que el requisito para acceder al programa de doctorado, con carácter general, es el de haber cursado y superado **300 ects**, según se deduce del artículo 6 del reciente RD 2011 al requerir éste estar en posesión de un *título oficial de grado o equivalente* (240 ects) y un máster universitario (mínimo 60 ects).

Sin embargo la norma prevé la posibilidad de que se tenga otro título universitario oficial, por ejemplo, el título de diplomado en trabajo social, en cuyo caso deberá cursar los créditos necesarios hasta alcanzar los 300 ects, de los cuales al menos 60 debe ser cursados en másteres oficiales<sup>8</sup>.

## 2. EVOLUCIÓN DEL MASTER EN TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO

El **Máster Universitario en Trabajo Social Comunitario, Gestión y Evaluación de Servicios Sociales** comenzó su andadura en la Escuela de Trabajo Social en el año académico 2006-2007. En este periodo la Escuela no tenía implantado el grado, por lo que sus diplomados accedían al título con 180 ects debiendo cursar un máster con 120 ects si querían acceder a los estudios de doctorado.

Por ello, desde el año 2006 hasta el actual, se ha venido ofertando un máster que cubre estos 120 ects, con una duración de dos años, pero que se encuentra en extinción al no admitir nuevas matriculas. Estos estudios han sido desarrollados con mucho esfuerzo por parte de la Escuela, y en concreto por el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales y por sus dos primeros coordinadores, que se han enfrentado no solo a una experiencia pionera y a la consiguiente falta de referente externo, sino a las expectativas de todo un colectivo que por primera vez veía la posibilidad de continuar los estudios de posgrado en su propia Escuela sin tener que “emigrar” a otras facultades.

---

8. La comisión académica de cada programa es la responsable de su definición, actualización, calidad y coordinación, así como del progreso de la investigación y de la formación y de la autorización de la presentación de tesis de cada doctorando del programa”.

<sup>8</sup> a) Estar en posesión de un título universitario oficial español, o de otro país integrante del Espacio Europeo de Educación Superior, que habilite para el acceso a Máster de acuerdo con lo establecido en el artículo 16 del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre y haber superado un mínimo de 300 créditos ECTS en el conjunto de estudios universitarios oficiales, de los que, al menos 60, habrán de ser de nivel de Máster.

b) Estar en posesión de un título oficial español de Graduado o Graduada, cuya duración, conforme a normas de derecho comunitario, sea de al menos 300 créditos ECTS. Dichos titulados deberán cursar con carácter obligatorio los complementos de formación a que se refiere el artículo 7.2 de esta norma, salvo que el plan de estudios del correspondiente título de grado incluya créditos de formación en investigación, equivalentes en valor formativo a los créditos en investigación procedentes de estudios de Máster.

c) Los titulados universitarios que, previa obtención de plaza en formación en la correspondiente prueba de acceso a plazas de formación sanitaria especializada, hayan superado con evaluación positiva al menos dos años de formación de un programa para la obtención del título oficial de alguna de las especialidades en Ciencias de la Salud.

d) Estar en posesión de un título obtenido conforme a sistemas educativos extranjeros, sin necesidad de su homologación, previa comprobación por la universidad de que éste acredita un nivel de formación equivalente a la del título oficial español de Máster Universitario y que faculta en el país expedidor del título para el acceso a estudios de doctorado. Esta admisión no implicará, en ningún caso, la homologación del título previo del que esté en posesión el interesado ni su reconocimiento a otros efectos que el del acceso a enseñanzas de Doctorado.

e) Estar en posesión de otro título español de Doctor obtenido conforme a anteriores ordenaciones universitarias.

Con la implantación del grado en la Escuela de Trabajo Social, cuyo título acredita la superación de 240 ECTS, así como la publicación del ya comentado RD 1393/2007, parecía conveniente adaptar el máster a las nuevas necesidades de nuestros graduados, que ya no necesitan cursar 120 ECTS sino que les es suficiente un máster de 60 ECTS. De esta forma este mismo año ha comenzado a impartirse un máster que comparte con el anterior el nombre pero cuya estructura se ha simplificado dado que se imparte un curso.

El máster actual no pretende únicamente la adaptación del máster al RD 1393/2007 sino que pretende acentuar el **carácter profesional** del mismo dando respuesta:

- por una parte, a las *necesidades de planificación, gestión, evaluación y garantía de calidad de los servicios sociales*.
- y por otra parte, a la demanda de *iniciativas sociales de corte comunitario* orientadas a la promoción del bienestar.

A través del máster se pretende precisamente ofrecer una adecuada formación de postgrado a los profesionales de la intervención social y en concreto a los trabajadores sociales.

### 3. OBJETIVOS

Este Máster tiene dos grandes **objetivos generales**:

- “Aumentar el conocimiento teórico práctico desde el Trabajo Social comunitario, de los procesos grupales y comunitarios, profundizando en el desarrollo de la capacidad organizativa de los grupos y la comunidad.
- Dotar a los Trabajadores Sociales de técnicas avanzadas de planificación, de diseño e implementación de programas y proyectos, así como de modelos de gestión públicos / privados y de evaluación de Servicios Sociales”<sup>9</sup>.

Estos objetivos generales se concretan en los siguientes **objetivos específicos**:

- “Ofrecer un marco teórico y un desarrollo metodológico sustantivo que capacite a los alumnos para abordar los problemas y las situaciones del trabajo social comunitario y de la administración de los servicios sociales.
- Formar en teorías, estrategias y diseño de políticas de servicios sociales y cambio comunitario con especial incidencia en las metodologías de participación- organización- acción comunitaria.
- Profundizar en el conocimiento de necesidades sociales e indicadores de bienestar comunitario y en la intervención social dirigida a la integración comunitaria con especial referencia a los problemas emergentes (inmigración, minorías étnicas, etc.).
- Desarrollar habilidades para la prevención y el diagnóstico de los conflictos sociales y la articulación de unos servicios sociales y un trabajo social comunitario, dirigidos a la promoción social, el desarrollo local y el apoyo a la creación de redes sociales.

<sup>9</sup> Documento VERIFICA del Máster.

- Capacitar para la planificación, gestión estratégica y evaluación de los servicios sociales, así como para la gestión financiera pública y privada.
- Capacitar para la organización de servicios sociales, análisis de políticas sociales y evaluación de programas y políticas de bienestar.
- Iniciar en el dominio de técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa que permita abordar los problemas específicos tanto en el campo del desarrollo comunitario como en la gestión, evaluación y calidad de los servicios sociales”<sup>10</sup>.

#### 4. ESTRUCTURA

Los créditos ECTS representan cada uno 25 horas de trabajo del alumno/a, lo que significa que el actual máster, al contar con 60 ects, requerirá alrededor de 1.500 horas de trabajo al alumno.

La estructura de las enseñanzas del máster está compuesta por cuatro módulos, tres obligatorios y uno optativo, que se ajusta al esquema que se presenta en el ANEXO que acompaña este texto.

El **módulo 1**<sup>11</sup>, de carácter obligatorio, se cursa durante el primer semestre.

Mediante el mismo, se pretende que el alumnado mejore sus competencias en materia de investigación social orientada a la intervención social y comunitaria y adquiera conocimientos básicos sobre epistemología que le permitan desarrollar una actitud crítica y reflexiva ante los conocimientos, los métodos y actuaciones propias de su especialidad. Este módulo está integrado por una única materia con su misma denominación.

El **modulo 2**<sup>12</sup> comprende las materias que constituyen el núcleo formativo fundamental del máster cubriendo un total de 27 créditos optativos que se dividen de la siguiente forma:

- **Materia 2.1. Desarrollo Comunitario:** un máximo de 12 créditos ects (2 asignaturas)
- **Materia 2.2. Gestión y Evaluación de los Servicios Sociales:** mínimo de 6 y un máximo de 18 créditos ects (3 asignaturas).
- **Materia 2.3. Contexto de la Acción Comunitaria y la Administración social:** 9 créditos ects.

Este módulo permite al alumnado seleccionar aquellas temáticas relacionadas tanto con la administración social como con el trabajo comunitario que sean de su interés entre una oferta que se centra, entre otras temáticas, en la coordinación y dirección de equipos de trabajo, los nuevos modelos de administración de los servicios sociales, en las teorías sobre la comunidad, la mediación comunitaria o la gestión del voluntariado.

De este modo el alumnado tendrá la opción de enfatizar en su perfil formativo los contenidos más orientados al desarrollo comunitario o a la planificación, gestión y evaluación de los servicios sociales.

<sup>10</sup> Documento Verifica del Máster

<sup>11</sup> Documento Verifica del Máster

<sup>12</sup> Documento Verifica del Máster

El **Modulo 3**, es el relativo a las **prácticas**. Al ser un máster profesional este módulo es obligatorio, equivale a 12 ECTS, y permite ofrecer al alumnado una experiencia profesional en los ámbitos del trabajo comunitario y/o de la gestión y evaluación de servicios sociales, que le permitan poner en práctica las competencias adquiridas a lo largo del máster.

La asignatura pretende que el alumnado desarrolle y demuestre competencias en la *elaboración o diseño de evaluación de un proyecto de de intervención de tipo comunitario o de administración social*, desarrollado a partir de las labores de investigación, evaluación y diagnóstico que ha de realizar en la institución o centro de prácticas y con la supervisión de un profesor/supervisor del departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Escuela de Trabajo social de la UCM.

El **Módulo 4** relativo al **Trabajo Fin de Máster (TFM)**, de carácter obligatorio y 9 ect, tiene como objetivo acreditar que el estudiante ha adquirido las competencias vinculadas al título. Consiste en la elaboración y defensa pública de una investigación o una propuesta de intervención o evaluación fundamentada en una adecuada investigación social relacionada con el trabajo comunitario o la gestión y evaluación de los servicios sociales.

Este trabajo será realizado por el alumnado durante el segundo semestre del Máster bajo la guía de un *profesor tutor*. Para la elección del tutor el sistema es el siguiente:

- Se ofrece al alumnado las líneas docentes más de los profesores doctores.
- Los alumnos eligen el profesor con el que quieren trabajar comunicándolo al Coordinador.
- Se publican las listas de adjudicación de alumnos a sus tutores.

El TFM se defenderá ante una comisión evaluadora compuesta por tres profesores universitarios especialistas en materias afines, ninguno de los cuales podrá ser el profesor tutor. La comisión evaluadora, a la hora de otorgar su calificación, prestará especial atención a la calidad del trabajo presentado así como a las cuestiones formales relativas a la presentación y exposición del informe de investigación.

Entre las principales novedades introducidas este año por la UCM en el Trabajo de Fin de Máster se encuentra que para poder defender el trabajo ante el tribunal es necesario haber acreditado la superación de todos los créditos del título.

## 4. FUTURO

Es intención de la Escuela de Trabajo Social de la UCM ampliar la oferta de formación en el segundo ciclo, de forma que junto con el actual máster, orientado a los profesionales del ámbito del trabajo social comunitario, se pueda ofrecer un máster orientado específicamente a los estudiantes cuya intención sea acceder al tercer ciclo, garantizando una formación extensa y completa sobre la metodología y técnicas de investigación aplicadas a la intervención social y al Trabajo social.

Se pretende así ofrecer una formación de segundo ciclo de calidad distinguiendo un máster orientado a profesionales de otro máster orientado a estudiantes cuyo deseo sea hacer carrera universitaria y acceder a la tesis doctoral.



## ANEXO I:

### ESTRUCTURA DEL MASTER UNIVERSITARIO DE TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO, GESTIÓN Y EVALUACION DE SERVICIOS SOCIALES

	MODULO	ASIGNATURA	DEPARTAMENTO	TIPO	CR	PE
<b>OBLIGATORIAS</b>  33 ECTS  4 ASIGNATURAS	<b>MÓDULO 1. Epistemología, Metodología e investigación De la intervención social.</b>	Epistemología aplicada a la intervención social	U.D. de Filosofía del Derecho, Moral y Política II	OB	6	1º
		Introducción a la metodología de investigación social	Dpto. Sociología IV Métodos de la Investigación y teoría de la Comunicación	OB	6	1º
	<b>MODULO 3. PRACTICAS</b>	Prácticas	Dpto. Trabajo Social y Servicios Sociales	OB	12	1º/2º
	<b>MODULO 4. TFM.</b>	Trabajo Fin de Máster	Coordinador del Máster (de cualquier departamento con docencia en el máster)	OB	9	2º
<b>OPTATIVAS</b>  <b>MÓDULO 2. Desarrollo Comunitario y administración social.</b>  27 ECTS	<b>Materia 2.1. Desarrollo Comunitario</b>  Hasta 12 ECTS (2 asignaturas)	Intervención con grupos en la comunidad	(Dpto. Trabajo Social)	OP	6	2º
		Metodología de la intervención comunitaria	(Dpto. Trabajo Social)	OP	6	1º
	<b>Materia 2.2. Gestión y Evaluación de Servicios Sociales</b>  Mínimo 6 ECTS (1 asignatura)  Hasta 18 ECTS (3 asignaturas)	Evaluación de programas y proyectos de intervención social	U.D. Sociología IV Metodología	OP	6	2º
		Planificación, calidad de programas, proyectos y servicios sociales.	Dpto. Trabajo Social	OP	6	1º
		Gestión de programas, proyectos y servicios sociales	Dpto. Trabajo Social	OP	6	1º
	<b>Materia 2.3. Contexto de la Acción comunitaria y la Administración social</b>  Máximo de 9 ECTS (2 asignaturas)	Teorías sociológicas de la comunidad	CEU Dpto. Sociología IV	OP	4,5	2º
		Coordinación y dirección de equipos de trabajo	Dpto. Psicología Social	OP	4,5	1º
		La nueva administración de los servicios sociales	Dpto. Ciencia política y la Administración II	OP	4,5	2º
		Mediación comunitaria	Dpto. Derecho Civil	OP	4,5	2º
		Marco lógico en cooperación al desarrollo	Dpto. Trabajo Social	OP	4,5	1º



## INVESTIGACIÓN Y TRABAJO SOCIAL: Investigando en el pasado las claves del futuro de la profesión

Laura Ponce de León Romero

*Profesora de Trabajo Social  
Universidad Nacional de Educación a Distancia  
Premio de Investigación Imsero Infanta Cristina 2010*

Buenos días. Gracias al Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid por darme la oportunidad de participar en este Congreso. Este documento pretende exponer la evolución experimentada en la profesión del Trabajo Social en los últimos treinta años como un periodo clave para entender los cambios que se avecinan.

Cuando miramos al pasado más reciente, inmediatamente nos damos cuenta de lo mucho que ha cambiado nuestro país y de la experiencia que hemos adquirido los trabajadores sociales en un espacio muy corto de tiempo, que nos permite analizar desde la distancia, con rigor y seriedad cómo será el futuro inmediato en un mundo cada vez más complejo y globalizado, pero también más lleno de incertidumbres y desafíos.

Es importante tener espacios de encuentro como este Congreso que ha organizado el Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid, porque nos permite reflexionar sobre el alcance de las transformaciones que se han producido en nuestro país en las tres últimas décadas en el conjunto de todas sus estructuras: económicas, políticas, sociales e incluso docentes, que han afectado positivamente al bienestar de los ciudadanos españoles, pero también y al unísono, al desarrollo y consolidación del Trabajo Social.

Treinta años después de aprobar la Constitución Española, podemos decir que España es un país moderno en sus estructuras políticas, económicas y sociales. Hace más de 25 años que nos hemos incorporado con pleno derecho a la Unión Europea, y en este periodo hemos acabado con una parte importante de la pobreza tradicional que estaba instalada en España desde hacía siglos. Se han reducido los déficit sociales, hemos alcanzado un nivel óptimo de formación y cualificación de las generaciones más jóvenes, somos uno de los países con mayor esperanza de vida del mundo, y todo esto ha sido posible porque se han podido reunir las condiciones políticas y sociales que nos han permitido desarrollar unos sistemas de protección social universales basados en cuatro pilares fundamentales: el sistema público de salud, el educativo, el de rentas y pensiones y los servicios sociales, que es el único sistema que no se ha desarrollado en su totalidad, como así ha ocurrido con el resto de los sistemas (Fernández y Marín, 2001), y que sigue siendo una asignatura pendiente de reivindicación de los Colegios de Trabajadores Sociales desde que comenzó la transición política española.

En todo este proceso han participado durante años miles de trabajadores sociales a través de su compromiso ético, profesional y a veces político, dejándose una parte de su vida para que nuestro país pudiera disfrutar de una mayor calidad de vida. Un ejemplo de los muchos que nos podemos encontrar en la consolidación de nuestro sistema de protección social a través de la creación de los Servicios Sociales, lo podríamos enmarcar en una trabajadora social que el pasado año le concedieron el Premio Imsero al Mérito Social, como es nuestra compañera Patrocinio de las Heras, que siempre ha sido un ejemplo de coherencia profesional y política. Otro ejemplo de trabajo y esfuerzo, puede ser el profesor de Trabajo Social de la UNED Tomás Fernández García, cuando dirigió las jornadas “La Universalidad de

los Servicios Sociales” en Talavera de la Reina en el año 2003, que dieron lugar a la redacción del “Manifiesto de Talavera de la Reina”, al que se adhirieron posteriormente con su firma, 50.000 personas y 250 organizaciones sociales; y con el apoyo en la organización de la Universidad de Castilla La Mancha y el Consejo General de Trabajadores Sociales dieron como fruto años después, la aprobación de la Ley de Dependencia. Un hecho quizás desconocido por la mayoría de los profesionales, pero recogido en muchas tesis y en numerosos libros de Servicios Sociales. Es decir, la Ley de la Dependencia, al igual que lo fue la creación y construcción de los Servicios Sociales, ha sido una conquista importante de los trabajadores sociales que nos ha permitido dar un paso más en nuestro modelo de bienestar y en nuestra profesión (De la Fuente y Sotomayor, 2009: 123-124).

El esfuerzo realizado durante estos últimos treinta años es encomiable porque nos ha permitido alcanzar cotas de protección social impensables en la historia de nuestro país, acercándonos en índices de bienestar al resto de los países de la Europa Occidental. Aunque también hay que decir, que todavía seguimos estando a 6 puntos por debajo de la media europea en gasto social. La media de gasto social con relación al PIB de la Europa de los 15, según Eurostat, está en un 25 %, España, en estos momentos, solo dedica el 19 % del PIB.

En la evolución profesional, habría que destacar dos importantes hitos con parecidas similitudes históricas pero con contenidos distintos, uno comienza a partir del año 1986 y el otro a partir del año 2006.

Desde el año 1986, hasta el año 2006, la profesión ha realizado un impulso decisivo en la consolidación de la profesión; el reconocimiento de los estudios de Trabajo Social como universitarios de primer ciclo en el año 1985, junto con la incorporación de los trabajadores sociales al ámbito de la totalidad de las políticas sociales y la construcción del Sistema Público de Servicios Sociales en el año 1987, han dado como resultado la contratación de aproximadamente 50.000 trabajadores sociales durante estos años. Posteriormente, y como hemos comentado anteriormente, la aprobación de la Ley de la Dependencia en el año 2006, significará que en los próximos ocho años habremos dado un paso más en la universalización de los Servicios Sociales, que también dará como resultado si las condiciones económicas lo permiten, la contratación de otros 20.000 nuevos trabajadores sociales. Pasos que debemos tener muy en cuenta para sentirnos si no satisfechos del todo, porque nos queda mucho camino por recorrer, sí en parte contentos por el esfuerzo que ha realizado una profesión que se debatía hasta hace apenas tres décadas entre el paternalismo benéfico y una incipiente actitud reivindicativa de los derechos sociales.

Después de años de esfuerzos, finalmente se ha aprobado la titulación de Grado en Trabajo Social que nos permite equipararnos al resto de titulaciones superiores y nos facilita una mejor y amplia formación. Pero también nos permite realizar investigaciones sobre nuestra materia de trabajo, que hasta ahora estaba en manos de otros profesionales de las Ciencias Sociales. Todo el proceso generará un mayor conocimiento de las necesidades y expectativas de la población en general, que nos hace intuir una nueva etapa de madurez intelectual y profesional en el Trabajo Social.

Hasta hace pocos años, la investigación había estado orientada principalmente al análisis de la intervención social. El objetivo principal no era realizar una investigación con finalidad teórica, sino con una finalidad eminentemente práctica. El trabajador social ha tenido una actitud investigadora básica, fundamentada en una investigación participativa; que le ha permitido realizar diagnósticos y elaborar proyectos de intervención para poder transformar las realidades estudiadas; pero en raras ocasiones los diagnósticos estaban orientados hacia un proyecto de investigación. Para modificar una problemática

concreta, previamente se debe conocer lo qué se quiere cambiar. Éste ha sido el planteamiento que ha guiado a la mayoría de trabajadores sociales durante los últimos años en sus ámbitos de trabajo, donde se ha dado preferencia a los objetivos de la intervención y no a los objetivos de la investigación, dejando a los sociólogos y a otras profesiones la investigación más empírica. Durante muchos años, el Trabajo Social ha estado sometido a fuertes críticas por otras profesiones acerca de su capacidad investigadora y de análisis (Osmond y O'Connor, 2004; Osmond, 2005; Trevithick, 2008; Winston LeCroy, 2010).

El intento de acercarnos a la realidad individual, grupal o social en la que viven o sobreviven miles de personas, ha permitido al trabajador social consolidar la profesión como una ciencia, o conjunto de conocimientos sistematizados de una materia concreta (Sierra, 1991: 17). La aplicación del método científico al conocimiento social distanció la profesión del conocimiento vulgar o azaroso. El conjunto de conocimientos que el trabajador social debe conocer para acercarse a la realidad social se puede estructurar en dos bloques importantes que marcarán el contenido del diagnóstico profesional (Ponce de León y Fernández, 2009:260):

- Objetivismo y determinismo, que intentará explicar, objetivar, anticipar y predecir acontecimientos sociales o la evolución del caso. Representado por el Funcionalismo y el Marxismo. El trabajador social puede analizar los ingresos económicos del núcleo familiar y establecer una previsión futura en función de las condiciones sociales marcadas por la actual crisis económica. Enfatiza sus contenidos en la objetividad de conocimiento (salario) y en el análisis de las contradicciones existentes en el mantenimiento de las estructuras sociales existentes (exclusión).
- Las orientaciones comprensivas y el subjetivismo en la construcción social, que acercan la realidad vivida por el usuario al trabajador social, representadas por el Interaccionismo simbólico, la Fenomenología, el Existencialismo y el Humanismo, que ofrecen al profesional la capacidad de analizar cómo vive la persona su situación, qué hechos en la historia de la persona han sido decisivos y qué proyecto de vida desea llevar a cabo durante su existencia.

La unión de estas dos tendencias en la elaboración del diagnóstico social permite el acercamiento a la realidad social desde estos bloques inseparables. El profesional no solo debe conocer la realidad de la persona, sino cómo ésta la interpreta y qué factores estructurales externos la justifican. Esta actitud investigadora debe permitir al profesional adaptar su intervención a un conocimiento riguroso, meditado y sistemático de los problemas, lo que también le permite ajustar los proyectos de intervención a objetivos concretos, orientando el cambio de una manera gradual, metódica, rigurosa y profesional, alejando definitivamente la intervención del trabajador social desde una filosofía puramente paliativa.

En la primera etapa, las técnicas empleadas fueron principalmente la entrevista, la observación, el asesoramiento, el contrato, la supervisión, casi siempre dentro del contexto de la intervención y no de la investigación. Es decir, en la mayoría de los casos el trabajador social aplicaba la entrevista para esclarecer la demanda, pero no para ver si podía seleccionar a ese usuario para una muestra, dentro de una investigación previamente planificada.

En la segunda etapa, a partir del año 2006, se ha realizado un importante impulso docente con la formación de las nuevas generaciones de Trabajadores Sociales, donde la investigación ocupa un lugar privilegiado, convirtiéndose en el principal protagonista de la formación de posgrado en las

Universidades. En esta nueva etapa los profesionales deberán desarrollar competencias investigadoras específicas que les permitan analizar datos, tanto desde una perspectiva cuantitativa, como cualitativa (Rubio, Varas, 2004: 212), para lo cual, deberán conocer y utilizar una serie de técnicas como pueden ser: cuestionarios, análisis de datos de fuentes primarias o secundarias, grupos de discusión, entrevista, historias de vida, observación o las técnicas participativas, y también deberán manejar programas específicos informáticos para proceder al análisis de los datos obtenidos.

Si en la primera etapa, la investigación logró consolidar las bases metodológicas de actuación profesional, y perfeccionar sus resultados profesionales mediante el conocimiento de las principales fuentes axiológicas comentadas anteriormente, en esta segunda etapa, la investigación tendrá como desafío afianzar el Trabajo Social como ciencia a través del conjunto de conocimientos metódicamente ordenados, centrándose principalmente en el conocimiento factual (leyes, políticas sociales, sistemas de protección etc.) y en el conocimiento derivado de la implementación de la propia práctica profesional (Bradbury y Reason, 2003; Sanders y Munford, 2008).

Es frecuente ver cómo un médico después de operar a un paciente escribe un artículo científico en una revista explicando su técnica o sus hallazgos científicos, o cómo después de la aplicación de un tratamiento se estudian los resultados y los beneficios conseguidos analizando el tamaño del efecto, o cómo el médico le solicita a un paciente permiso para utilizar su caso para la comunidad científica... Pero sin embargo, no resulta tan frecuente ver a un trabajador social analizar un programa llevado a cabo en una institución, o compartir una técnica novedosa de actuación familiar... estas actividades requieren tiempo disponible y una formación especializada.

Para conseguir estos objetivos es necesario dominar una serie de conocimientos metodológicos y técnicas específicas (mencionadas anteriormente), que encuentran en la formación del posgrado universitario un lugar adecuado para su aprendizaje. Hasta este momento la oferta educativa no ha permitido al trabajador social disponer de este tipo de aprendizaje, ni siquiera la posibilidad de continuar la formación más allá de otros fines que no fueran los de la intervención.

Las alternativas para completar esta laguna en la formación, eran estudiar una Licenciatura y hacer el Doctorado en otra rama de conocimiento. Pero la aprobación del Título de Grado en Trabajo Social y la formación de posgrado erradicará por fin esta limitación que ha sufrido la profesión a lo largo de su historia, que ha coartado y limitado una parte del aprendizaje de la profesión.

Desde el año 2008, las Facultades de Trabajo Social acometen este compromiso, a través de los nuevos Títulos de Grado y la posibilidad de continuar su formación de posgrado a través de los Másteres y Doctorados. Este proceso permitirá elaborar Tesis Doctorales en Trabajo Social y en Servicios Sociales, favorecerá el acceso a las becas predoctorales, permitirá el desarrollo de proyectos de investigación propios del Trabajo Social, fomentará la colaboración con otras áreas afines de conocimiento y dará lugar a la creación de centros especializados de investigación (por ejemplo, los actuales Institutos de Investigación Sanitaria o los Institutos de Investigación Educativa existentes en la actualidad). ¿Por qué no añadir a esta lista Institutos de Investigación en Trabajo Social? La falta de estos recursos ha motivado que profesionales y estudiantes con capacidades investigadoras e intelectuales hayan optado por otras titulaciones o instituciones a la hora de desarrollar estas capacidades, dejando al Trabajo Social desierto de este potencial humano y de conocimiento.

La especialización de la profesión se contempla en las enseñanzas de posgrado como principal punto de expansión profesional que permitirá recopilar las competencias y herramientas necesarias para la labor

científico/profesional en cada área elegida, y reclutar nuevos profesionales con capacidad para desempeñar funciones investigadoras. En este aspecto es necesaria la unificación de la labor profesional e investigadora. Asistimos por tanto, a una necesaria conexión del espacio laboral con el docente, para poder adaptar las nuevas enseñanzas a las emergentes necesidades sociales y a las nuevas necesidades de la profesión, entre las que se encuentra la investigación (Fox y col., 2007).

La reflexión profesional de nuestro trabajo diario, el estudio de las posibilidades de mejora y una planificación de los futuros cambios, se hace imprescindible para mejorar nuestra intervención, que nos permitirá a través de nuestro bagaje profesional la posterior consolidación profesional y nuestro reconocimiento en el ámbito de la investigación. El futuro de las nuevas promociones de trabajadores sociales está en manos de las emergentes exigencias sociales e investigadoras, y de una correcta planificación docente que dote a los profesionales de herramientas útiles para el conocimiento a través de un contenido teórico, práctico e investigador, y que permita a su vez el aumento de contribuciones teóricas en las revistas científicas existentes en la actualidad.

Precisamente sobre este tema existe una publicación reciente que hace referencia a un estudio realizado en Nueva Zelanda con trabajadores sociales en activo, en los servicios de salud mental y atención al menor. El estudio tenía como finalidad explorar cuál era la visión que tenían los profesionales en relación a la investigación dentro de la práctica profesional, desglosado en cinco bloques temáticos: el valor y la importancia de la investigación para los profesionales, el conocimiento de la práctica basada en la evidencia, la cultura del Trabajo Social y la confianza en la investigación, el estatus y la relación con otros profesionales. Las conclusiones a las que llegó el estudio fueron las siguientes (Beddoe, 2011):

1. Los trabajadores sociales sentían que eran vistos por los demás profesionales con menos capacidades sólidas intelectuales, eran conscientes de su falta de confianza y tenían una tendencia a ponerse a la defensiva al tratar temas relacionados con la investigación, volviendo a retomar casi siempre las conceptualizaciones prácticas relativas a su trabajo diario para justificarse. Tenían cierto complejo de inferioridad frente al resto de profesionales.

2. Reconocían la falta tiempo, dinero, acceso, habilidades, destrezas, competencias y confianza para garantizar una adecuada investigación. Manifestaban que las instituciones incentivaban más el cumplimiento de los objetivos profesionales que la dedicación a la investigación.

3. Los resultados apoyaban las acciones orientadas y dirigidas a incrementar la confianza en la investigación y aumentar las capacidades de la comunidad de profesionales.

4. Manifestaban que la actuación debería estar orientada a fomentar las relaciones entre los equipos académicos y profesionales para facilitar la creación de agendas de investigación que permitieran el desarrollo de nuevas competencias y unificar esfuerzos para mejorar la atención a los usuarios.

Los desafíos para consolidar esta nueva etapa de la profesión quizás deban partir del último punto señalado en esta investigación. Es decir, se debería fomentar una mayor coordinación entre las Facultades de Trabajo Social y los ámbitos laborales/profesionales, que permitiera el enriquecimiento mutuo, incentivando el aumento de la reflexión práctica para convertirla en teoría y ampliar así nuestro cuerpo de conocimiento científico.

## CONCLUSIONES

El Título de Grado en Trabajo Social nos ha permitido la equiparación de los estudios con el resto de Europa, así como el reconocimiento profesional, con la posibilidad de poder continuar enriqueciéndonos con los estudios de posgrado y a su vez acceder a una variada oferta educativa y laboral en otros países alejados del nuestro, además de enfrentarnos al desafío que suponen las nuevas tecnologías como una gran aliada para avanzar con mayor rapidez.

La Ley de Dependencia marcará un antes y un después en la universalización de los Servicios Sociales en la profesión, al igual que la constitución del Grado en Trabajo Social lo ha empezado a hacer a través del desarrollo de la investigación. Esto mismo ocurrió en la década de los años ochenta, con la incorporación de la Titulación de Trabajo Social a la universidad y posteriormente su lanzamiento al mundo laboral, desarrollando nuevas metodologías, que nos han servido para atender a los cerca de tres millones de ciudadanos que son usuarios de los Servicios Sociales.

Todos estos puntos son una prueba evidente de que vamos caminando a buen ritmo, aunque existan momentos de pesimismo, pero tenemos una plataforma educativa y laboral sobre la que podemos seguir asentando nuestra profesión, dando pasos hacia adelante a través de buenas investigaciones que nos permitan mejorar la intervención social con el objetivo de atender mejor y con más calidad a una demanda cada vez más creciente de usuarios que intentan sobrevivir a esta crisis económica, que afecta a prácticamente todo el mundo; pero además no debemos perder de vista que la profesión debe seguir reivindicando la universalidad de los Servicios Sociales como un derecho social, al igual que se ha reconocido en la Constitución Española el sistema de salud o el sistema educativo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beddoe, L. (2011). Investing in the future: Social Workers talk about research. *British Journal of Social Work*, 41, 557- 575.
- Bradbury, H. y Reason, P. (2003). Action research of evidence. *Qualitative Social Work*, 2 (2),155-175.
- Connolly, M. (2004). Building research strategies in child welfare: A research and evaluation framework for policy and practice, *Social Policy Journal of New Zealand*, 22, 119-127
- De la Fuente, Y.; Sotomayor. (2009). El Trabajo Social en España. En T. Fernández (Coord.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 109-131). Madrid: Editorial Alianza.
- Fernández García, T. y de la Fuente, Y. (2009). *Política Social y Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández, T. y Marín, M. (2001). Estado de Bienestar y socialdemocracia: ideas para el debate. Madrid: Alianza editorial.
- Fox, M., Martín, P., y Green, G. (2007). *Doing Practitioners Research*. London: Sage.
- Joubert, L. (2006). Academic-practice partnerships in practice research: A cultural shift for the health social worker, *Social Work in Health Care*, 43, (2/3), 151-162.
- Karvinen-Niinokoski, S. (2005). Research orientation and expertise in social work: Challenges for social work education, *European Journal of Social Work*, 8, (3), 259.-271.
- Mc Crystal, P. (2000). Developing the social work researcher through a practitioners research training programme. *Social Work Education: The International Journal*, 28 (8), 359-373.
- Mc Neill, T. (2006). Evidence-based practice in an age of relativism: Toward a model for practice, *Social Work*, 51, (2), 147-156.



- Osmond, J. (2005). The Knowledge spectrum: A framework for teaching knowledge and its use in social work practice, *British Journal of Social Work*, 35, (6), 881-900.ç
- Osmond, J. (2004). Formalizing the unformalized: Practitioners's communication of knowledge in practice, *British Journal of Social Work*, 34, (5), 677-692.
- Ponce de León, L. y Fernández, T. (2009) En T. Fernández (Coord.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 249-292). Madrid: Editorial Alianza.
- Rubio. M.J. y Varas, J. (2004). *El análisis de la realidad social en la intervención social. Métodos, técnicas de investigación*. Madrid: CCS.
- Sander, J. y Munford, R. (2008). Building action focused research in social care organisations, *Educational Action Research*, 16 (1), 19-30.
- Sierra Bravo, R. (2003). *Técnicas de investigación Social: Teoría y Ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Trevithick, P. (2008). Revisiting the knowledge base of social work: A framework for practice, *British Journal of Social Work*, 38, (6), 1212-1237
- Wade, K, y Neuman K. (2007). Practice basic research: Changing the professional culture and language of social work, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 49-62
- Winston LeCroy, C. (2010). Knowledge building and social work research: A critical perspective, *Research on Social Work Practice*, 20 (3), 321-324.



## TECNOLOGÍAS EDUCATIVAS LIBRES EN ENTORNOS NO FORMALES DE APRENDIZAJE UNA REFLEXIÓN DESDE LA ACCIÓN: ASOCIACIÓN SEMILLA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL

Carlos Flores Álvarez

Director de Tecnologías de la Información  
Asociación Semilla para la Integración Social

*Este artículo se encuentra legalmente protegido por la licencia Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 3.0. La misma permite: copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra; hacer obras derivadas; hacer un uso comercial de esta obra. Bajo las siguientes condiciones: Reconocimiento de la autoría; compartir bajo la misma licencia.*

Las nuevas tecnologías de la comunicación y de la información suponen a la vez una oportunidad y un peligro. Mientras su utilización puede potenciar el progreso económico, cultural y social de personas y sociedades, también existe el riesgo de que éstas agranden todavía más las diferencias de desarrollo existentes tanto entre diferentes naciones como también dentro de las sociedades en un mismo país. El concepto de brecha digital hace referencia a esta diferencia de posibilidades de desarrollo entre aquellos que pueden acceder a las nuevas tecnologías de la comunicación y aquellos que no pueden hacerlo por falta de recursos económicos, de infraestructuras o de conocimiento sobre cómo utilizarlas.

En el terreno de la educación y con anterioridad a la acuñación de este concepto y a la misma irrupción de las nuevas tecnologías, se ha venido también hablando de “brecha educacional” para hacer referencia de manera similar a las diferencias de oportunidades de desarrollo relacionadas con el acceso o no a la educación y a la formación. Algunos expertos en este terreno han visto en la utilización de herramientas como los ordenadores, el satélite o Internet una solución para reducir esta brecha educacional. Se considera desde estos puntos de vista que estas tecnologías permiten la superación de barreras tradicionales del acceso a la educación tales como la situación geográfica, las discapacidades físicas, el modelo de transmisión de conocimientos profesor-alumno como único modelo posible o la escasez de contenidos formativos, etc. al ofrecer la posibilidad de la existencia de entornos de conocimiento e información más extensos, abiertos y flexibles que los tradicionales.

Sin embargo, al mismo tiempo se constata el desigual acceso a estas nuevas herramientas, precisamente por razones económicas o de formación, por lo que se advierte de la importancia de potenciar un acceso igualitario a estas nuevas tecnologías con el fin de evitar que, en caso contrario, la brecha digital contribuya a ensanchar todavía más la ya existente brecha educacional.

El presente artículo intenta reflexionar, partiendo de la experiencia en el día a día, sobre modelos y tecnologías libres que intentan acortar esta brecha educacional dentro de programas de acceso universal a la tecnología. Esta experiencia en el trabajo diario junto a colectivos en riesgo de exclusión es propia de la Asociación Semilla, de la que soy Director de Tecnologías de la Información desde hace siete años, si bien a mi modo de ver es extensible a otras entidades del ámbito de la educación no formal.

De modo condensado podemos definir a la Asociación Semilla como una asociación de personas comprometidas en la transformación social, que persigue una sociedad sin desigualdades. Su acción se concreta en la integración social de los niños, niñas y jóvenes más desfavorecidos. Trabajamos para despertar capacidades y generar posibilidades en las personas y colectivos a través del desarrollo de la

creatividad, del fomento del espíritu crítico y responsable, del crecimiento personal y grupal, del desarrollo local y de la participación social. Todo ello, a través de ciclos de aprendizaje de acción-reflexión-acción. La Asociación Semilla nace el año 1974, siendo declarada Obra de Utilidad Pública por el Consejo de Ministros del 28 de noviembre de 1984.

El Proyecto Educativo de la Asociación Semilla apuesta por el apoyo y promoción de la emancipación de las personas. Un proceso que parte desde el autoconocimiento del individuo y que le lleva a su integración como miembro activo de la sociedad. La humanización, el llegar a ser hombres y mujeres, es un proyecto emancipador que exige procesos de transformación y de modificación de la realidad, ya que la realidad constituye el mejor camino para experimentar lo que significa ser personas.

Nuestra pedagogía se centra en la infancia y la juventud de una forma individualizada, pues entendemos que todas las personas somos diferentes y el proceso de aprendizaje – enseñanza debe adaptarse y respetar las necesidades y ritmos de cada persona. Con esta actuación sentamos las bases para la construcción de una sociedad que respete la dignidad y la diferencia de sus integrantes.

La educación debe encaminarnos hacia la libertad, a través de la capacitación para la autonomía propia en la acción o no acción, en una constante interrelación con los demás. Se trata de proporcionar una educación para la vida.

Creemos en la Pedagogía del Proceso, el cómo hacemos y qué sentimos mientras caminamos es tan importante como el propio destino. Los procesos educativos son distintos para cada uno, nunca son en línea recta, sino que dan vueltas en una espiral ascendente, con avances rápidos y momentos de crisis y retrocesos.

La realidad nos dice que a la vez somos educadores y educandos, enseñantes y enseñados. Esto significa hablar con jóvenes e infancia comprometiéndonos a vivir juntos una experiencia enriquecedora para ambas partes.

La Asociación siempre ha tenido claro que la tecnología podría ayudar a las personas a romper el círculo de la exclusión social (mejorando su empleabilidad, su formación profesional y humana, etc.). La Asociación creó en el año 1986 un taller formativo con el perfil de grabador de datos. Este programa educativo y formativo estaba dirigido a jóvenes de 16 a 20 años que habían abandonado la Educación Reglada sin lograr los objetivos mínimos que propone el propio sistema educativo. Con el paso del tiempo este taller prelaboral ha ido evolucionando, tanto como lo ha hecho la tecnología, y hoy los perfiles profesionales son de Técnico de Soporte, Técnico en Reparación y Mantenimiento de Ordenadores, Técnico Instalador de Redes Informáticas y Técnico Administrador de GNU/Linux.

Al mismo tiempo la Asociación fue creciendo y se crearon otros talleres prelaborales y proyectos educativos:

- **Escuela de Restauración y Cocina:** con los perfiles de Camarero de Restaurante-Bar y Ayudante de Cocina.
- **Centros de Día:** Se trata de uno de los grandes ejes de actuación educativa de la Asociación Semilla. Se dirige a niños, niñas y jóvenes de entre 7 y 18 años, que presentan problemas graves de integración en el sistema escolar con riesgo, en muchos casos, de abandono definitivo. Comprende varios proyectos que tienen en común ofrecer procesos educativos de apoyo de

carácter integral, para alumnado escolarizado, que inciden en mejorar los ámbitos escolares, sociales, familiares y personales de los chicos y chicas que acuden a estos programas.

- **Centro de Recursos de Empleo:** Se trata de un proyecto de apoyo a la inserción laboral destinado tanto a los jóvenes que se forman en alguno de los itinerarios de la Asociación Semilla, como a aquellas personas en riesgo de exclusión que se encuentran en proceso de búsqueda de empleo. Presta un servicio profesional, eficaz, personalizado y gratuito basado en la utilización de las nuevas tecnologías para buscar empleo tanto como información relativa al mercado de trabajo.

Podríamos hablar, echando la vista atrás que en los primeros años de contacto con la tecnología, en la Asociación se aprendía tecnología y en la actualidad se aprende informática y hostelería, apoyo escolar, etc. a través de herramientas tecnológicas. La tecnología se ha convertido en un medio (de comunicarse, de formarse, de crecer en grupo e individualmente, etc.) y no en un fin.

Toda la reflexión que exponemos a continuación ha sido un proceso de descubrimientos desde la praxis metodológica. En el año 2003 la Asociación se plantea la creación del Aula de Nuevas Tecnologías como respuesta a la falta de recursos relacionados con el Acceso y la Apropiación de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación, que padece el distrito de Villaverde. El objetivo del proyecto era paliar la llamada Brecha Digital: una distancia radical entre quienes tienen y no tienen acceso a la Red y a las Tecnologías de la Información. Pero no sólo se trataba de dar Acceso a la Red, también era necesario trabajar el Analfabetismo Digital y la Brecha del Contenido, con el objetivo de una Apropiación crítica de la Tecnología por parte de la sociedad civil.

Durante el curso 2009-2010 la Asociación inició el proyecto Urbalab, un proyecto que surge de la evolución de los programas de apropiación tecnológica que la Asociación lleva implementando desde el año 2003. El proyecto busca desarrollar el empoderamiento de la ciudadanía que haga que ésta pase a la acción desde una decisión individual, moral y responsable. El proyecto Urbalab emana del concepto de Living Labs. Los Living Labs suponen una apuesta por mover la experimentación fuera de los laboratorios y situarla en entornos reales y con la participación de los ciudadanos.

Urbalab es una apuesta por el conocimiento transformador y para evitar la fractura digital de nuestros ciudadanos haciendo que la misma ciudadanía sea la protagonista de la innovación y la constructora de su propio desarrollo modernizador.

Es en este proyecto donde se produce la punta de lanza de la innovación metodológica con nuevas tecnologías, además de catalizar la reflexión sobre esta praxis a nivel Asociativo. De esta reflexión desde la praxis surgen una serie de descubrimientos:

- *Características de la Alfabetización Digital en la Sociedad de la Creatividad.*
- *Procesos de Apropiación.*
- *Software Libre en Educación No Formal<sup>1</sup>: Incorporaciones al Modelo Educativo.*
- *El Copyleft en el Aula<sup>2</sup>.*
- *La Web Educativa 2.0.*

<sup>1</sup> Esta misma reflexión sería válida para Educación Formal.

<sup>2</sup> Una reflexión basada en el escrito de Nicolas D. Cesar, Rafael G. Arce. 2004 Documento original en: <http://www.linux.com.ar/~ncesar>

## CARACTERÍSTICAS DE LA ALFABETIZACIÓN DIGITAL EN LA SOCIEDAD DE LA CREATIVIDAD

En la década de los años 80<sup>3</sup>, se discutió mucho acerca de la transición de la Sociedad Industrial a la Sociedad de la Información. Posteriormente, a partir de 1990 se comenzó a hablar de la Sociedad del Conocimiento, haciendo notar que la información no es útil hasta que se convierte en conocimiento.

Aún el conocimiento mismo no es suficiente. En el mundo de hoy, que cambia rápidamente, es necesario ofrecer continuamente soluciones creativas a problemas inesperados. El éxito se basa no solamente en lo que sabemos o en que tanto se sabe, sino más bien en la habilidad para pensar y actuar creativamente. En síntesis, estamos viviendo ahora en la Sociedad de la Creatividad.

Las Nuevas Tecnologías juegan un doble papel en la Sociedad de la Creatividad. Por una parte, la proliferación de estas aceleró el ritmo del cambio, acentuando la necesidad de pensamiento creativo en todos los aspectos de la vida de las personas. Por otra parte, las Nuevas Tecnologías si se utilizan y diseñan adecuadamente, tienen el potencial de ayudar a las personas a desarrollarse como pensadores creativos, de tal forma que estén mejor preparados para vivir en la Sociedad de la Creatividad.

Desde los programas de Tecnologías de la Información de la Asociación Semilla buscamos construir la Sociedad de la Creatividad trabajando simultáneamente todas sus dimensiones:

- **Como ciudadanos**, potenciando los aspectos de la participación activa propios de la cultura tecnológica.
- **Como constructores de tecnologías**, capacitando por la práctica en proyectos y comunidades.
- **Como innovadores**, motivando la construcción colaborativa de nuevo conocimiento y exponiendo a la colaboración, crítica y responsabilidad dentro de las comunidades de desarrollo.

Como comentamos la sociedad en la que vivimos se ha complicado mucho, y para poder desarrollarse en su seno también se han complicado, o por lo menos han aumentado, las competencias y habilidades que se han de poner en funcionamiento. Ya no basta con ser capaces de leer, almacenar la información y traspasarla oralmente y por escrito, por que la cantidad de datos a los que podemos acceder es inmensa y llegan desde múltiples medios. Ahora se trata de que seamos capaces de alcanzar los niveles de competencia necesarios para funcionar en el trabajo y en la sociedad que nos ha tocado vivir<sup>4</sup>.

Por estas razones, actualmente, “a la necesidad de alfabetización tradicional basada en la escritura, (con todo lo que significa en términos de acceso a la cultura) se suma la necesidad de desenvolverse y ser capaz de desarrollar actividades que implican el uso de tecnologías de la información y comunicación, además de nuevos lenguajes, especialmente informáticos”<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Mitchel Resnick: “Lifelong Kindergarten” en el Laboratorio de Medios de MIT (MIT Media Lab). Resnick es físico de la Universidad de Princeton y Doctor en Ciencias de la Computación del MIT (Massachusetts Institute of Technology).

<sup>4</sup> Castaño, Carlos – Maiz, Inmaculada – Palacio, Gorka – Villaroel José Domingo. 2008 “Prácticas educativas en entornos Web 2.0”. Editorial Síntesis: citación p. 37

<sup>5</sup> Barroso, J y Llorente C. 2007 “La alfabetización tecnológica”, en Cabrero, J: “Tecnología Educativa”. Mac Graw Hill: citación: p. 92.

El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea publicaron en diciembre de 2006 una recomendación en la que se definen las competencias clave que en su opinión se necesitan para adaptarse de un modo flexible a un mundo en constante cambio. Las competencias se definen como una combinación de conocimientos, capacidades y actitudes adecuadas al contexto, y las competencias clave son aquellas que todo el mundo precisa para su realización y desarrollo personal, así como la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo. La competencia digital es una de esas competencias clave que el recoge el documento mencionado. Es de desear que el sujeto sea capaz de usar los ordenadores para obtener, evaluar, almacenar, producir, presentar e intercambiar información, y comunicarse y participar en redes de colaboración a través de Internet.

Todo lo anterior supone lo siguiente<sup>6</sup>:

- Que se domine el manejo práctico del ordenador (hardware) y de los programas más comunes, como por ejemplo un procesador de textos (software).
- Que se posea un conjunto de conocimientos y habilidades específicas que les permitan buscar, seleccionar, analizar, comprender y gestionar una enorme cantidad de información a la que se accede a través de las nuevas tecnologías.
- Que se desarrollen valores y actitudes hacia la tecnología que no sean contrarios (tecnófobos), ni tampoco acrícos y sumisos.
- Que se utilicen las tecnologías en la vida cotidiana como entornos de expresión y comunicación con otras personas, además de como recursos de ocio y consumo.

A las competencias tradicionales<sup>7</sup>: competencias básicas (lectura, escritura, matemáticas), competencias "fundacionales" (aprender a aprender), competencias de la comunicación (aprender a escuchar y desarrollar la comunicación oral), adaptabilidad (adquirir pensamiento creativo y la capacidad de resolver problemas), efectividad en un grupo (competencias interpersonales, negociación, trabajo en equipo), influencia (auto-organización efectiva y liderazgo), auto-administración personal (autoestima y determinación de objetivos y motivaciones propias), actitud (positiva actitud cognoscitiva) y competencias aplicadas (competencias ocupacionales y profesionales) podríamos hablar de unas nuevas competencias para lograr una inclusión satisfactoria de las personas a la sociedad:

- Competencias de alfabetización informática como búsqueda, registro, transformación, agregación, etiquetado, filtro (Competencias de la Web 2.0).
- Competencias sociales para el tercer entorno como socialización, manejo de canales, construcción de elementos de reputación y de traccionadores de atención.
- Competencias para vivir y producir en red, como establecer y mantener relaciones, grupos, contactos, producciones y experiencias.
- Competencias para el manejo de lo inesperado, del caos, como la capacidad de autoreinvención y reenfoque.
- Competencias de creación, como la imaginación, la abstracción, la formulación de alternativas, la proposición e implementación de diseños.

6 Cabrero, J. (Coord.) 2006. "E-actividades. Un referente básico para el aprendizaje por Internet" Eduforma, Sevilla.

7 Tony Wagner, Robert Kegan, Lisa Laskow Lahey, Richard W. Lemons, Jude Garnier, Deborah Helsing, Annie Howell, Harriette Thurber Rasmussen, Tom Vander Ark 2005 "Change Leadership: A Practical Guide to Transforming Our Schools" Wiley ISBN: 978-0-7879-7755-9.

## Desarrollo de la Creatividad

Una de las cuestiones en torno a la creatividad que aún no tiene respuesta definitiva es si esta se puede desarrollar o simplemente se nace con dicha “genialidad”.

Respecto al genio creativo, el Consorcio para la Creatividad<sup>8</sup> considera que éste es un discurso posromántico apoyado por quienes han visto la creatividad únicamente como una cualidad especial de pocas personas, generalmente artistas, tales como escritores, músicos, pintores, etc (Banaji & Burn, 2006). Los que explican la creatividad desde una perspectiva basada en características de la personalidad afirman que las personas creativas tienen rasgos comunes: buen humor; confianza en sí mismos; flexibilidad y adaptabilidad; alta capacidad de asociación; sensibilidad; curiosidad intelectual; percepción y observación agudas; iniciativa para tomar riesgos; imaginación; expresividad; capacidad crítica; entusiasmo; y, tenacidad (López, 2000). Por el contrario, quienes no son creativos presentan recurrentemente algunos de los siguientes rasgos: tienden a especializarse en ciertos temas; son extremadamente racionales; les falta confianza en sí mismos; no tienen motivación; su capacidad para escuchar es reducida; respetan la autoridad en exceso; no son buenos observadores; y, tienen deficiente pensamiento crítico.

Sin embargo, buena parte de los autores que han trabajado en profundidad el tema de la creatividad, entre ellos Resnick, De Bono y Johansson, no solo argumentan que si es posible desarrollarla, sino que aportan propuestas concretas para trabajarla en el aula de clase. Además, plantean que las siguientes habilidades cognitivas, susceptibles de desarrollar, están presentes en las personas consideradas como creativas: se plantean nuevos objetivos; exploran un mayor número de alternativas; evalúan, durante el transcurso del proceso de solución, los objetivos, las alternativas y las tareas; se aseguran de entender a cabalidad los problemas; son observadores; usan la abstracción; usan metáforas y analogías; desglosan la tarea en subtareas y desarrollan productos intermedios; y, usan estrategias metacognitivas (López, 2000).

Según De Bono (1970), es conveniente empezar a enseñar, a partir de los 7 años, técnicas de pensamiento que faciliten el desarrollo de la creatividad. Entre las que se pueden implementar en cursos de diferentes asignaturas tenemos: plantear problemas inesperados, formular alternativas, proponer e implementar diseños, realizar observaciones, hacer abstracción en diversos temas, realizar ejercicios de dibujo y utilizar metáforas y analogías.

El planteamiento de problemas inesperados busca complementar el enfoque de solución de problemas predefinidos que para resolverlos pueden hacer uso de metodologías como la propuesta por Polya. Es precisamente esta metodología la que se ha utilizado para resolver problemas matemáticos; sin embargo, algunos educadores han manifestado preocupación ya que si bien, la metodología ayuda a que los participantes estructuren su pensamiento, muchos de ellos se encasillan en ella y les cuesta trabajo encontrar soluciones alternativas.

En este sentido, entornos de programación como Scratch y MicroMundos<sup>9</sup>, comprometen a los participantes en la búsqueda de soluciones innovadoras a problemas inesperados; no se trata solamente de aprender a solucionar problemas de manera predefinida, sino de estar preparado para generar nuevas soluciones a medida que los problemas se presentan (Resnick, 2007).

<sup>8</sup> <http://www.creative-partnerships.com/>

<sup>9</sup> <http://scratch.mit.edu/>

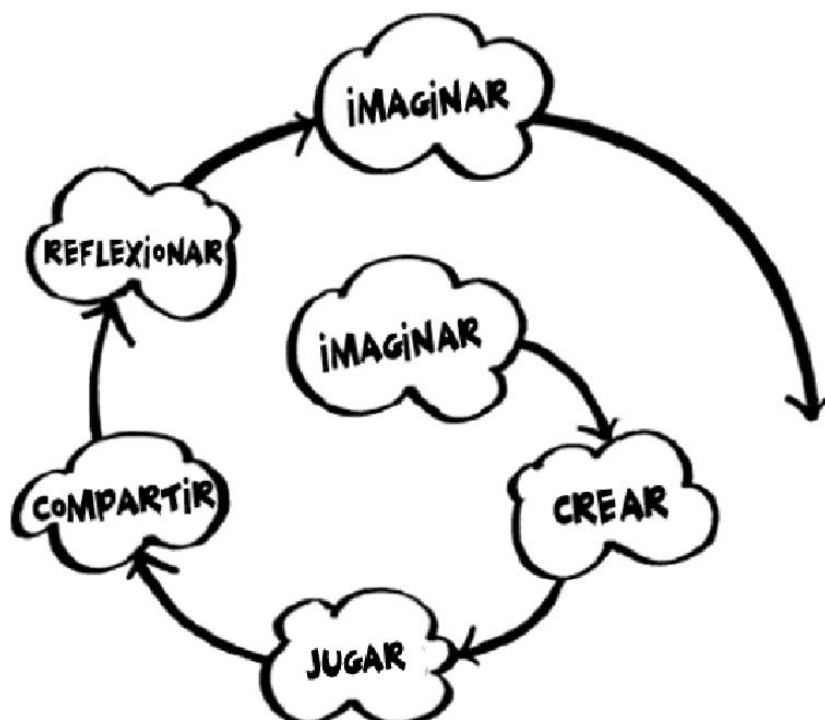


Por su parte, formular alternativas, se basa en el primer principio básico del Pensamiento Lateral propuesto por De Bono (1970): “cualquier modo de valorar una situación es sólo uno de los muchos modos posibles de valorarla”. La búsqueda de alternativas a una situación o problema parece un proceso típico del pensamiento lógico; sin embargo, desde el punto de vista de la creatividad no se busca la mejor alternativa sino la formulación del mayor número posible de alternativas. Por lo tanto, es conveniente fijar de entrada y poner por escrito, el número de alternativas que los participantes deben plantear. Desde la lógica, por lo general la búsqueda se interrumpe cuando se halla una alternativa que parece satisfactoria.

Como aprestamiento a la realización de proyectos que busquen deliberadamente desarrollar la creatividad, es deseable que los participantes realicen actividades tales como: hacer asociación de ideas sobre temas ya vistos en clase, elaborar listados de atributos de objetos cotidianos, buscar al menos 30 usos para cada uno de los objetos cotidianos propuestos, jugar con Torres de Hanoi de tres y cuatro discos y, elaborar figuras con el Tangram, entre otras. Estas actividades permiten evidenciar el estilo de pensamiento predominante de cada estudiante. Quienes piensan convergentemente tenderán a abordar los problemas de forma lógica, ordenada y a establecer relaciones comunes; quienes piensan divergentemente, tenderán a hacer juicios ilógicos, innovadores y poco comunes.

### **Espiral del Pensamiento Creativo**

Con el fin de promover el desarrollo de la creatividad, los proyectos que se realizan desde el Área de Tecnologías de la Información de la Asociación Semilla, utilizan la Espiral del Pensamiento Creativo propuesta por Mitchel Resnick (2007). En esta, los participantes imaginan lo que quieren hacer; crean un proyecto basado en sus ideas; juegan con sus ideas y creaciones; comparten sus ideas y creaciones con otros y reflexionan sobre sus experiencias; lo anterior los lleva a imaginar nuevas ideas y nuevos proyectos. La espiral genera un proceso indefinido de mejoramiento continuo.





En un comienzo, este proceso lo debe planear y dirigir el educador. Sin embargo, a medida que los estudiantes lo interiorizan, aprenden a recorrerla de manera independiente para desarrollar sus propias ideas, ponerlas a prueba, desafiar límites y fronteras, experimentar con alternativas, recibir retroalimentación de otros y generar nuevas ideas con base en sus experiencias (Resnick, 2007).

Es muy importante que al diseñar las diferentes fases de un proyecto, en el cual los estudiantes utilizarán un ambiente de programación como Scratch o MicroMundos, los educadores tengan en cuenta los elementos de la espiral de la creatividad. Por ejemplo, se deben incluir en el proyecto espacios para compartir el trabajo realizado, para escuchar y valorar la retroalimentación del grupo a cada trabajo individual y para reflexionar sobre las posibles mejoras que se pueden realizar con base en la retroalimentación recibida.

Para que la Espiral del Pensamiento Creativo funcione, los educadores deben promover un ambiente en el que se permita imaginar, transformar, idealizar, desestructurar y reestructurar. Un ambiente donde se pueda comunicar, donde haya tolerancia para las reacciones espontáneas (López, 2000). Los educadores deben propiciar un ambiente de confianza, en el que sea más importante la cantidad de alternativas de solución que generen los estudiantes a un problema planteado, que las respuestas correctas. Por tanto, debe evitarse a toda costa, la emisión de juicios de valor negativos ante cualquier alternativa, por ilógica que parezca.

Adicionalmente, en las diferentes fases de la Espiral, se debe aprovechar cualquier oportunidad para plantear problemas inesperados y para solicitar a los estudiantes que formulen alternativas de solución a cada problema o situación que se presente. En este mismo sentido, la práctica indica que en reiteradas ocasiones los estudiantes plantean a sus educadores situaciones que ellos desean desarrollar en sus proyectos. Dichas situaciones se convierten en problemas inesperados que los educadores deben resolver. Estas situaciones las pueden aprovechar los educadores para plantearlas a toda la clase como problemas inesperados.

## PROCESOS DE APROPIACIÓN

Entendemos por proceso de apropiación al que realiza el individuo, a través de un trabajo propio de construcción del conocimiento, consistente en transformar la información en conocimiento. Podríamos pensar que este es un proceso individual, pero desde nuestra experiencia y la de autores como Vygotsky y su ley de la doble formación de los procesos psicológicos superiores<sup>10</sup>, el ser humano es un ser social que se desarrolla gracias a la interacción con los demás. Así todas las funciones psicológicas superiores aparecen dos veces a lo largo de su desarrollo: primero en su relación con otros y en un segundo momento cuando se interiorizan y pasan a formar parte del bagaje personal. Es en este proceso de interiorización cuando se realiza la transformación de información en conocimiento (apropiación) pero esta resulta imposible sin un previo de interacción con sus educadores o iguales, en situaciones presenciales o virtuales.

La Asociación a lo largo de su existencia ha logrado un modelo pedagógico que ha integrado elementos de la pedagogía de la liberación y la constructivista. Se trata de una forma de entender la educación que se ubica en una horizontalidad de las relaciones humanas, y que, por tanto, implica el diálogo y la continua reflexión acerca de la propia realidad a lo largo del proceso educativo. La consideramos liberadora porque pretende un reencuentro de los seres humanos con su dignidad de creadores y

<sup>10</sup> Vygotsky, L.V. 1979 "El desarrollo de los procesos psicológicos superiores" Crítica, Barcelona.

participantes activos en la cultura que los configura. Por todo esto al mismo tiempo que una persona adulta aprende, recupera el dominio de la propia vida y analiza, mediante una reflexión en común con otros seres humanos, su realidad. En este análisis, se buscan las causas que inciden en un estado determinado de la cultura, y se detectan las inercias y fuerzas que impiden la expresión y realización de las personas. Es cuando la persona toma conciencia. Es importante resaltar que esto jamás puede ser producto de un adoctrinamiento o manipulación por parte de otros, sino que el sujeto debe hallar por sí mismo su camino en la vida<sup>11</sup>.

Creemos en la Pedagogía del Proceso, el cómo hacemos y qué sentimos mientras caminamos es tan importante como el propio destino. Los procesos educativos son distintos para cada uno, nunca son en línea recta, sino que dan vueltas en una espiral ascendente, con avances rápidos y momentos de crisis y retrocesos. Asumimos que la persona no es sólo procesador activo de la información, sino también constructor activo de la misma, y que ello viene motivado por sus experiencias y conocimientos previos y por las actitudes y creencias que tenga en relación a los contenidos, medios y materiales con los que llega a interactuar.

Debemos reflexionar también sobre el papel del educador en este proceso de aprendizaje con las nuevas tecnologías. Aprender con las tecnologías no quiere decir aprender de ellas, sino de lo que pueden ofrecer a la hora de facilitar la apropiación<sup>12</sup>.

El rol del educador en la Asociación es concebido como un dinamizador de los procesos de aprendizaje de las personas que forman parte de los itinerarios formativos y personales. La realidad nos dice que a la vez somos educadores y educandos, enseñantes y enseñados. Esto significa hablar con jóvenes e infancia comprometiéndonos a vivir juntos una experiencia enriquecedora para ambas partes. En la práctica esto se traduce en facilitar la interacción de los actores y la construcción del conocimiento, bajo un criterio de colaboración, de comunidad de aprendizaje. El educador ha de ser la persona que ayuda al educando a madurar, tomar decisiones, resolver problemas, adquirir habilidades mentales y sociales para poder mejorar nuestra organización social. El Educador actual tiene que preconizar el trabajo en grupo y a la vez promover el pensamiento autónomo, para que los educandos sean independientes y puedan, por ellos mismos desarrollar habilidades y recursos propios.

El educador de entornos virtuales tiene la complicada misión de moderar y mantener vivos todos los espacios comunicativos que se abran al efecto, facilitar el acceso a los contenidos y animar el diálogo entre los participantes, ayudándoles a *compartir su conocimiento y a construir conocimiento nuevo. Esto desde nuestro trabajo en educación no formal es trasladar al mundo virtual el trabajo que se viene realizando a nivel presencial.*

Por otro lado, las nuevas tecnologías desde nuestra experiencia ofrecen múltiples posibilidades de crear ambientes de aprendizaje virtuales que favorecen la comunicación bidireccional, ofreciendo instancias de socialización e intercambio de diversos actores (educador, educando, grupo), que pueden ser síncronas (chats) o asíncronas (foros de debate, blog, correo electrónico) facilitando el desarrollo de actividades en grupos de carácter cooperativo o colaborativo, que enriquecen el trabajo individual y grupal, de manera que se produce la adquisición de conocimiento de una forma constructiva y con una fuerte interacción social.

<sup>11</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Pedagog%C3%ADa\\_de\\_la\\_liberaci%C3%B3n](http://es.wikipedia.org/wiki/Pedagog%C3%ADa_de_la_liberaci%C3%B3n)

<sup>12</sup> Castaño, Carlos – Maiz, Inmaculada – Palacio, Gorka – Villaroel José Domingo. 2008 "Prácticas educativas en entornos Web 2.0". Editorial Síntesis: citación p. 51

Los diseños de situaciones de enseñanza-aprendizaje en los que la comunicación, la reflexión, la puesta en común de las ideas, la interacción en grupo y la construcción individual y grupal son factores importantes en la adquisición de conocimiento, encuentran en las herramientas que nos proporciona la red formas de revitalizarse e implementarse, creando ambientes virtuales de aprendizaje difíciles de lograr de otra forma<sup>13</sup>.

Autores como Cabrero y Roman<sup>14</sup> señalan una serie de principios que se deben contemplar en el planteamiento de una situación de enseñanza-aprendizaje a través de redes telemáticas, que desde nuestra práctica diaria podemos sino ratificar su gran importancia:

- No establecer como principio de referencia la reproducción del conocimiento, sino su construcción; en este sentido, la motivación se convierte en un elemento de gran valor para alcanzar un aprendizaje significativo.
- Fomentar el desarrollo de prácticas reflexivas, para que, frente a la memorización de los hechos, se persiga la conexión de los mismos mediante la investigación.
- Asumir como principio de trabajo la construcción colaborativa del conocimiento a través de la negociación social de los participantes en el proceso de aprendizaje.
- La tecnología no sólo desempeña funciones de presentación y ejercitación o práctica, sino una diversidad de funciones que van desde la comunicación hasta posibilidad de expresión, siendo su papel más significativo la creación de entornos diferenciados y específicos para el aprendizaje.

## SOFTWARE LIBRE EN EDUCACIÓN NO FORMAL<sup>15</sup>: INCORPORACIONES AL MODELO EDUCATIVO

Según wikipedia Software libre (en inglés free software) es la denominación del software que brinda libertad a los usuarios sobre su producto adquirido y por tanto, una vez obtenido, puede ser usado, copiado, estudiado, modificado y redistribuido libremente. Según la Free Software Foundation (Fundación para el Software Libre), el software libre se refiere a la libertad de los usuarios para ejecutar, copiar, distribuir, estudiar, cambiar y mejorar el software; de modo más preciso, se refiere a cuatro libertades de los usuarios del software: la libertad de usar el programa, con cualquier propósito; de estudiar el funcionamiento del programa, y adaptarlo a las necesidades; de distribuir copias, con lo que puede ayudar a otros; de mejorar el programa y hacer públicas las mejoras, de modo que toda la comunidad se beneficie (para la segunda y última libertad mencionadas, el acceso al código fuente es un requisito previo).

La Asociación Semilla a nivel tecnológico está impregnada y promueve la filosofía de éste software no propietario y de fuente abierta. El Software Libre es aquel que respeta las libertades del usuario: libertad para cooperar con otros, libertad para compartir y libertad para tener el control de lo que

<sup>13</sup> Castaño, Carlos – Maiz, Inmaculada – Palacio, Gorka – Villaroel José Domingo. 2008 “Prácticas educativas en entornos Web 2.0”. Editorial Síntesis: citación p. 52

<sup>14</sup> Cabrero, J. Y Román, P. 2005 “Aplicaciones de la perspectiva cognitiva en la enseñanza a través de redes telemáticas”. Acción Pedagógica, 14: 6-16

<sup>15</sup> Esta misma reflexión sería válida para Educación Formal.

hacemos en nuestros ordenadores. El Software Libre es ético y social y constituye el motor de una filosofía más justa y solidaria en favor del progreso humano.

¿Por qué usar este tipo de software como plataforma tecnológica en educación no formal? Según Richard M. Stallman padre del movimiento GNU y presidente de la Free Software Foundation<sup>16</sup>:

- **Razón moral:** La educación es mucho más que enseñar una materia (forma reduccionista para no hacerse cargo de las consecuencias), implica la formación integral del alumno.
- **Razón educativa:** Si queremos que el alumno aprenda acerca de un software o tipo de software, debemos presentarle retos tales como "investigar sus entrañas". Eso no se puede hacer si solo nos dejan que les enseñemos a apretar botones, se requiere un mayor compromiso.
- **Razón libertaria:** No hay mejor forma de enseñar las bondades de la vida en libertad que la de ejercerla. Si mis alumnos tienen que sufrir que un software libre no está tan desarrollado como el homólogo privativo, sufrirán por su escaso desarrollo o aprenderán a entrar en la comunidad de desarrollo y verán como el programa se vuelve eficiente gracias a ellos. Es la diferencia entre libertad y libertinaje... una tiene en cuenta la responsabilidad y la otra no.
- **Razón económica:** Esta es la menos importante de todas las razones... aunque la más vista desde antes de entender al software libre. Un sistema operativo libre, como Linux, es mucho más barato que su homólogo privativo. No porque no se paguen licencias, sino porque no tenemos que pasarnos la vida arreglándolo para que siga funcionando.

Desde la Asociación tenemos claro qué enseñamos con el uso del Software Libre:

- Que no todo está hecho.
- Que aún hay retos y que las cosas siempre se pueden mejorar.
- A adoptar una postura constructiva.
- A cooperar con la comunidad local e internacional, sin distinción de edades, razas, nivel social, títulos, etc.
- Que hay muchas formas de acercarse a la verdad/perfección y que cada grupo o persona aporta la suya.
- Que lo mejor para cada quién/comunidad se escoge libremente de acuerdo a las necesidades/expectativas de cada sujeto o grupo social, y no debe ser impuesto por casas comerciales o estándares externos.
- La posibilidad de aprender de otros y que otros pueden aprender de nosotros. Nadie es todopoderoso o autosuficiente por completo.
- A propagar el conocimiento de forma libre (básicamente, lo que se trata de hacer cuando uno da una clase).
- La no discriminación.
- A trabajar en equipo.
- La libertad de investigar, crear, modificar y aprender.

<sup>16</sup> Adaptado por Román Gelbort de Gleducar: <http://www.gleducar.org.ar/>

La autora María Valeria de Castro de la Universidad Rey Juan Carlos, ha realizado un trabajo<sup>17</sup> donde podemos apreciar cómo se puede aplicar el modelo de desarrollo de Software Libre (según ocho conclusiones de Eric Raymond en su libro *La catedral y el bazar*<sup>18</sup>) al modelo Educativo. La autora revela distintas ideas que pueden aportar a los modelos pedagógicos dentro de procesos de aprendizaje con nuevas tecnologías, que encajan dentro de los centros de interés pedagógico que estructuran el trabajo de la Asociación Semilla y están en consonancia con los procesos de apropiación dentro de las situaciones de enseñanza-aprendizaje en entornos educativos no formales:

1) Cada buen trabajo del software comienza "scratching a developer's personal itch": *Empleo del aprendizaje basado en problemas.*

- En el aula se proponen proyectos específicos que los participantes encuentren interesantes y convincentes.
- Asimismo es necesario trabajar con proyectos reales.
- Integración de experiencias de otras personas que trabajan en el mismo proyecto.
- El educador no impone el material que debe ser aprendido.
- El educador facilita a la persona el aprendizaje y la adquisición de experiencia.
- El educador entrena a los participantes con sugerencias y opciones, conduciéndolos a los recursos, a los textos, a la información relevante y proporcionando consejos para ayudarles a terminar sus proyectos.

2) Los buenos programadores saben qué escribir. Los grandes saben que reescribir (y que reutilizar): *Trabajo desde textos, trabajos a través de borradores.*

- En el aula se debe forzar a los participantes a reconocer y trabajar con material e ideas existentes, soluciones propuestas, ... (Situaciones mucho más realistas).
- Presentar a los participantes es con los problemas "medio solucionados", textos preliminares, notas, soluciones erradas, "callejones sin salida".
- Los participantes deberían forjar sus propios textos y soluciones, además de redefinir tareas en el proceso y crear nuevas.
- Asimismo deberían diferenciar entre lo que está y lo que debe ser mejorado así como plantear nuevas maneras de trabajar con el problema.

3) Si tienes la actitud correcta, encontrarás problemas interesantes: *Alentar a tomar riesgo, curiosidad, invención.*

- Se debe recompensar a los participantes que tomen riesgos, que investiguen, que encuentren nuevas maneras de solucionar problemas.
- Basarse en métodos que promuevan la experimentación, el aprendizaje de a partir de los errores, etc.
- Acercar a los participantes es a los problemas y a situaciones de "riesgo".
- Fomentar la investigación.

<sup>17</sup> <http://curso-sobre.berlios.de/curso/trab/vcastro/swlibre-educacion.pdf>

<sup>18</sup> <http://www.sindominio.net/biblioweb/telematica/catedral.html>

4) Cuando pierdes el interés en un programa, tu deber es encontrar un sucesor competente: *Manejo de proyectos y tutorías a nuevos participantes.*

- Es necesario ampliar la duración de los proyectos, que continúen con nuevos grupos.
- Fomentar la documentación.
- Los participantes deben guiar a los nuevos participantes que continúan el proyecto.
- Aprendizajes relativos en la interdependencia del trabajo basado en proyecto.
- Experiencias relativas a cómo los trabajos de los participantes se ajustan dentro de frameworks y de comunidades más grandes.

5) Considerar a los usuarios como co-desarrolladores es la ruta menos problemática a la mejora del código y a eliminar errores eficazmente: *Prueba de usuarios.*

- En un ambiente educativo rodeado con los libros de textos, prácticas y pruebas estandarizadas, los participantes tienen poca oportunidad de pensar en prueba de usuario y diseño centrado en el usuario.

6) Lanzamiento temprano. Lanzamiento frecuente. Y escuche sus clientes: *Desde un borrador al Producto Final.*

- Aprender a trabajar dentro de una comunidad más grande de desarrolladores.
- Cómo colaborar con los demás.
- Aprender los aspectos sociales de la colaboración (feedback útil).
- Crear una actitud crítica.
- Cómo integrar las ideas de otros en su propio trabajo.
- Cómo compartir sus ideas con otros/as.

El lanzamiento temprano y frecuente se opone a:

- Aprendizajes en solitario.
- La escritura de trabajos independientes.

7) La mejor cosa siguiente a tener buenas ideas, es reconocer buenas ideas de sus usuarios: *Desarrollo colaborativo.*

- Los participantes colaborarán con otros expertos.
- Con una amplia gama de usuarios.
- Con otros grupos que puedan tener un interés en sus productos.
- Los fuerza examinar su papel dentro de estas comunidades.
- Los introduce a los aspectos sociales de las comunidades.

8) Las soluciones más llamativas e innovadoras provienen de darse cuenta que el concepto que se tiene de los problemas es errado: *Aprovechamiento y construcción de los fracasos.*

- Los educadores trabajan intentando recompensar los fallos y de dar vuelta a estos en aprendizajes positivos.
- En el aula se hace necesario poner obstáculos “conceptuales” a los participantes.
- Crear un contexto de aprendizaje que sea lo suficientemente flexible como para demostrar a los participantes es lo que han aprendido, aunque pudieron no haber terminado su proyecto o no haber solucionado su problema.

Recapitulando lo anterior podemos afirmar que el software libre provee un entorno educacional en el cual los participantes:

- Trabajan activamente para resolver problemas reales en entornos colaborativos.
- Podrán trabajar en entornos que encuentren personalmente desafiantes y motivadores.
- Los problemas serán reales y lo suficientemente complejos para requerir un amplio rango de habilidades, herramientas y aptitudes.
- Necesitarán aprender cómo trabajar en dichos problemas.

Como conclusiones y en relación complementaria con el proceso de apropiación anteriormente mencionado podemos destacar las aportaciones del software libre al modelo educativo:

- Proporciona una manera única de proveer a los participantes de proyectos significativos y motivadores.
- Fomenta el proceso de aprendizaje basado en problemas colaborativos, así será posible reconstruir la infraestructura social que se ha perdido en el tiempo con sistemas individualistas.
- Reintroduce a los participantes al concepto de la comunidad de investigación.
- Incorpora en la educación nuevos métodos de innovación y de creación del conocimiento.

## EL COPYLEFT EN EL AULA<sup>19</sup>

En relación directa con el epígrafe anterior y emanado de éste tenemos el tema del Copyleft. Según wikipedia el Copyleft (por oposición a copyright) comprende a un grupo de derechos de autor caracterizados por eliminar las restricciones de distribución o modificación impuestas por el copyright, con la condición de que el trabajo derivado se mantenga con el mismo régimen de derechos de autor que el original. Bajo tales licencias pueden protegerse una gran diversidad de obras, tales como programas informáticos, arte, cultura y ciencia, es decir prácticamente casi cualquier tipo de producción creativa.

La sociedad considera el conocimiento como bien: ésta es una lección que nuestros participantes no dejan de aprender. Los chicos o jóvenes trabajan solos o en grupos. Aprenden a cooperar y a valorar lo que cada uno sabe. A la hora de la producción o de la evaluación, el sistema tiene la meticulosidad de que cada persona dé todo de sí misma. Por eso controla palmo a palmo el desarrollo de exámenes o trabajos individuales. Se trata de que el individuo capitalice, en dos o tres hojas de precisas consignas, el

<sup>19</sup> Una reflexión basada en el escrito de Nicolas D. Cesar, Rafael G. Arce. 2004 Documento original en: <http://www.linux.com.ar/~ncesar>



recorrido realizado. Se trata de dar cuenta de lo que se sabe y del nivel en que se sabe. Copiar implica no acreditar el propio conocimiento. Por lo tanto, no se permite la copia.

Esta clase modelo posee una lógica diferente a otros espacios, por no decir totalmente contraria. En dominios no estrictamente pedagógicos, la copia funciona de otra manera, posee un estatuto no tan dudoso como en el aula. De hecho, la copia es el comienzo de todo artista: la mimesis. El artista copia y plagia incansablemente, hasta que en un largo recorrido por fin encuentra su voz. La copia es el mecanismo de surgimiento del arte supuestamente más individual y puro. Se sabe, el mito de la musa es sólo eso: mito. El artista trabaja sobre el trabajo de los otros, se apoya en ellos. Imitación, copia, plagio: estímulos necesarios para la creación propia, individual. En teatro, el trabajo colectivo es una cuestión de producción. La copia es principio constructivo, el trabajo interpersonal supone la mimesis, la imitación. El resultado es un producto, algo nuevo allí donde sólo estaba lo viejo o donde en definitiva no había nada. La copia es, de hecho, la base donde se alza la diferencia.

A veces, basta la prohibición para que el acto sea reprochable. Es decir: el acto no se prohíbe porque es malo, sino que es la prohibición la que lo convierte en malo. Así, la prohibición de la copia en el aula la convierte en un despojo: anula su potencial creativo, constructivo. La copia no es negativa en sí: lo que resulta negativo es que traiga como consecuencia la inmovilidad del saber, la detención del hacer y del conocer. El copyleft significa, en términos generales, liberar a la copia de su prohibición y de su tabú para que ella misma se convierta en otra cosa.

¿Cómo surge el copyleft? Es una reacción opositiva, es la contracara del copyright. El copyright prohíbe la reproducción total o parcial de un texto para proteger los derechos de su autor. El copyleft, por el contrario, permite y reglamenta la libre reproducción del texto con la autorización expresa de su autor.

En el aula, la mala fama del copiar obedece a la lógica del copyright: protege los derechos del alumno - autor. Copiar en una prueba no es ilegal, pero podríamos decir que carece de legitimidad: se sanciona no penalmente, sino moralmente.

Pensado en términos pedagógicos, el copyleft significa no sólo la legitimidad de la copia, sino la posibilidad de que la copia se convierta en otra cosa. Si es posible un trabajo cooperativo en el aula, este cooperativismo debería poder extenderse a toda práctica pedagógica. El trabajo en grupo supone la copia, pero también la superación de la copia: el sello personal, el punto de vista individual. Si la discusión, la opinión y la concertación son formas del trabajo en el aula, en donde el educador y educando dialogan y escuchan mutuamente ¿por qué la discusión y el diálogo no pueden producir un trabajo escrito o una evaluación legítima? ¿Por qué no dejar que la copia sea el punto de partida voluntario de quien así lo quiera, pero para poder avanzar hacia la producción personal, como el grano de arena que cada uno coloca de sí en todo hacer comunitario?

Todo texto que circula en un aula es un material con relevancia pedagógica. La actual práctica educativa fomenta la creación y la manifestación individual de los alumnos. ¿Por qué no fomentar, igualmente, la circulación, el intercambio, el trabajo conjunto?

Ideas anquilosadas hacen que se relacione la escritura, el material de trabajo intelectual por antonomasia, con el individuo, con el sujeto uno e indivisible. Pero la producción del texto escrito también puede ser compartida, comunitaria. El alumno puede aprovechar las producciones de sus compañeros para, a partir de ellas, modificar, agregar, corregir o revisar. Debería poder pensarse un

trabajo conjunto en torno a un mismo objeto, de manera que las fuerzas se concentren en una dirección y no que se dispersen en una suerte de competencia individual.

Impedir la copia es también cortar la posibilidad de que el producto sea mejorado por otros, diferentes de su autor original. No es sólo el sujeto el que se beneficia permitiendo la copia: es también el objeto el que encuentra su beneficio.

Si mi trabajo es sometido a la amable pero crítica mirada de los otros y a su intervención activa, esto puede traer como consecuencia una mejora en calidad o una ampliación en cantidad y dimensiones del producto. Que los textos circulen libremente por el aula, sin prohibición de copia, libera a la persona de imposiciones innecesarias, que coartan la libertad lectora y productora. Leer y escribir deben ser actos de libertad suprema y la circulación es la que garantiza esta libertad. Copiar, por otra parte, es aprovechar la creación del otro, su esfuerzo y su contribución. Permitir copiar es devolver la moneda, dar el grano de arena cuando se lo tiene. Copiar y dejar copiar estimulan directamente la producción, la corrección, la ampliación, el perfeccionamiento. La copia nunca podrá ser solamente copia. Y si lo es, sólo perjudicará al que copia, no a su comunidad.

La copia es una garantía del uso común y libre de la información que circula. La copia no desconoce al autor sino que, por el contrario, es casi un homenaje a su calidad de tal. La copia es la liberación del conocimiento para que éste, en vez de ser un monumento intocable como una reliquia, sea una entidad vital y orgánica que crece, se reproduce y produce cosas nuevas. La copia es el aprovechamiento de lo ajeno para contribuir con lo propio. Permitir la copia no es otra cosa que volver a encontrar otra faceta de nuestra múltiple libertad: la de utilizar el conocimiento de que se dispone, la de aprovechar el material ya confeccionado, la de acceder al texto que circula. Permitir la copia es, también, permitir que lo propio sea mejorado. La copia perfecta o pura no existe: el mero acto de copiar crea la diferencia.

De nuevo el acto es un ejemplo muy ilustrativo: siendo el mejor falsificador de cuadros del mundo, mi Mona Lisa nunca será igual que la original: los especialistas encontrarán la diferencia. Cada copia, incluso sin la intención de quien la realiza, engendra la diferencia: de contexto, de tono, de matiz, de uso, de interpretación. Incluso si copio y me equivoco invento: el error puede ser creativo y copiar mal puede ser estar innovando.

Si la copia tiene mala fama en el aula es porque todavía hay rastros de una concepción reproductivista de la educación.

Se supone que en un examen o trabajo existe una manera correcta de proceder y copiar esa manera (copiarle al que sabe la manera o la respuesta) es acceder sin mérito a la acreditación de un conocimiento que no se tiene.

Si está mal copiar es porque todos tienen que acceder, por separado, a un mismo producto (como en un examen de matemáticas). Pero la renovación pedagógica ha demostrado el carácter creativo y productivo del conocimiento, su lógica no reproductiva sino constructiva.

Prohibir la copia es un anacronismo. La nueva forma de concebir la educación debe darle un nuevo lugar a la copia, no como parte de lo prescrito, sino como herramienta de trabajo, como posibilidad de creación y reconstrucción del conocimiento.

## LA WEB EDUCATIVA 2.0

Otra de las reflexiones que nos surgen desde nuestra praxis es la irrupción de las tecnologías de la Web 2.0 en el entorno educativo. Mucho se ha escrito (y se seguirá escribiendo) dentro de los entornos de educación formal. Si bien no es objeto de este escrito la definición del término y sus consideraciones tecnológicas, en las que el software libre tiene un papel predominante, si debemos contextualizar brevemente este tema.

El autor Aníbal de la Torre construye<sup>20</sup> una definición sobre el concepto de "Web 2.0", con la intención, sobre todo, de hacer comprender que no se trata de algo relacionado únicamente con la informática, sino más bien con un nuevo paradigma (facilitado por nuevas herramientas de tipo informático) en la transmisión de conocimiento e información por Internet. *"Web 2.0 es una forma de entender Internet que, con la ayuda de nuevas herramientas y tecnologías de corte informático, promueve que la organización y el flujo de información dependan del comportamiento de las personas que acceden a ella, permitiéndose a estas no sólo un acceso mucho más fácil y centralizado a los contenidos, sino su propia participación tanto en la clasificación de los mismos como en su propia construcción, mediante herramientas cada vez más fáciles e intuitivas de usar."*

La Web 2.0 tiene el potencial de complementar, mejorar y añadir nuevas dimensiones colaborativas al aula. Las herramientas Web 2.0 son fáciles de usar y permiten centrarse en el contenido más que en la tecnología (Tecnología Transparente).

### Facilidades de las Web Educativas 2.0

- Son Web que desde el punto de vista educativo, permiten crear un espacio de trabajo colaborativo y participativo.
- Rompen la unidireccionalidad y la jerarquización del aprendizaje.
- Rompen el espacio aula donde se había desarrollado hasta ahora la educación posibilitando la educación en Internet.
- Favorecen un tipo de aprendizaje colaborativo donde el conocimiento se construye entre todos los participantes.
- Los educadores y educandos adoptan nuevos roles.

Desde nuestra experiencia las herramientas de la Web 2.0 (blogs, wikis, RSS, Podcast, etc.) ayudan a proceso de apropiación comentado con anterioridad siendo el soporte comunicativo y de presentación de los conocimientos significativos adquiridos por los participantes, así como vehículo de aprendizaje de la nueva competencia digital que demanda la sociedad del conocimiento.

Vamos a realizar un repaso esquemático de las herramientas y su valor educativo, desde la experiencia de la Asociación Semilla.

<sup>20</sup> De la Torre, A. "Definición de Web 2.0"

<http://www.adelat.org/index.php?title=conceptos clave en la web 2 0 y iii&more=1&c=1&tb=1&pb=1>

## Weblogs

Un weblog, blog o bitácora es una página web con apuntes fechados en orden cronológico inverso, de tal forma que la anotación más reciente es la que primero aparece. En el mundo educativo se suelen llamar edublogs. Un weblog es, ante todo, una forma libre de expresión, de creación y compartir conocimiento.

### *Aportaciones de los weblogs a la esfera educativa:*

- Son excelentes herramientas para la alfabetización digital, ya que permiten la familiarización con todos los componentes de un blog (blogroll, categorías, trackback, ...) .
- Aportan distintos niveles de redacción y escritura, si se toman como si fueran una redacción periodística.
- Permiten valorar nuevas formas de aprender, la competencia digital.
- Son herramientas colaborativas asíncronas que potencia la cohesión del grupo y la interacción educador-educando.
- Permiten disponer de un espacio para encontrar fuentes documentales (webgrafías y bibliografías) para el área de conocimiento.
- Facilitan la actualización de contenidos constante mediante la sindicación (RSS/ATOM). De esta manera, el profesor puede tener acceso a todas las nuevas actualizaciones de los participantes.

### *Que se puede evaluar con los weblogs*

- La redacción y la calidad de la escritura hipertextual (enlaces): capacidad de creación de enlaces, forma de redactar, de hacer comentarios, etc.
- El nivel de análisis y crítica del tema tratado. Uno de los elementos que es necesario evaluar es el grado de conciencia crítica de la ciencia y de los hechos, así como la capacidad de transformar la información y el dato en conocimiento<sup>21</sup>.
- La capacidad del alumno de trabajar en grupo y de desarrollar estrategias colaborativas.
- La capacidad y calidad de postear o poner artículos en la red.
- La manera de poner las ideas en el artículo.

## Wikis

Un/una wiki (wiki significa "rápido" en hawaiano) es un sitio web colaborativo llevado adelante por el perpetuo trabajo colectivo de muchos autores. En estructura y lógica es similar a un blog, pero en este caso cualquier persona puede editar sus contenidos, aunque hayan sido creados por otra. Permite ver todos los borradores o modificaciones del texto hasta tener la versión definitiva. El término wiki se refiere tanto al sitio web como al software usado para crear y mantener el sitio (catalogado como Software Libre). El primer wiki lo creó Ward Cunningham en 1995. El mejor ejemplo de wiki es la famosa enciclopedia GNU Wikipedia.

<sup>21</sup> Gutiérrez, A. 2003 "Alfabetización Digital. Algo más que ratones y teclas". Gesdisa, Barcelona.

### *Wikis y Competencias. Tratamiento de la información y competencia digital:*

- Disponer de habilidades para buscar, obtener, procesar y comunicar información y para transformarla en conocimiento.
- Incorpora diferentes habilidades que van desde el acceso a la información hasta su transmisión en distintos soportes una vez tratada, incluyendo la utilización de las TIC como elemento esencial para informarse, aprender y comunicarse.
- La Escritura colaborativa, también denominada Hiperficción constructiva, es uno de los tipos de narrativa hipertextual, es decir, son los textos narrativos redactados mediante la colaboración entre varios autores.
- Competencias de la comunicación, adaptabilidad, efectividad en un grupo, influencia, auto-administración personal, actitud y competencias aplicadas.

### *Entornos Virtuales de Enseñanza/Aprendizaje*

Enseñanza a distancia caracterizada por una separación física entre educador y educando (sin excluir encuentros físicos puntuales), entre los que predomina una comunicación de doble vía asíncrona donde se usa preferentemente Internet como medio de comunicación y de distribución del conocimiento, de tal manera que el participante es el centro de una formación independiente y flexible, al tener que gestionar su propio aprendizaje, generalmente con ayuda de tutores externos.

Una solución e-learning está conformada por tres elementos fundamentales: Plataforma, Contenidos y Herramientas comunicativas.

#### *Plataforma*

El entorno de hardware y software diseñado para automatizar y gestionar el desarrollo de actividades formativas se conoce como Plataforma de Teleformación o LMS (Learning Management System).

Un LMS registra usuarios, organiza catálogos de cursos, almacena datos de los usuarios y provee informes para la gestión. Suelen incluir también herramientas de comunicación al servicio de los participantes en los cursos. Las mejoras en usabilidad (navegación fácil e intuitiva) y Accesibilidad (posibilidad de acceso por personas con discapacidad) permiten salvar la brecha digital y extender las posibilidades de formación a mayor número de personas, superando una de las mayores barreras del e-learning: la barrera tecnológica.

Actualmente existen gran mayoría de plataformas, tanto de comerciales como de código abierto. En el ámbito universitario es la WebCT la plataforma más utilizada, seguida a bastante distancia de la plataforma Edustance. La Asociación utiliza la plataforma de licencia libre Moodle. La plataforma Moodle permite realizar distintos tipos de actividades:

- *Actividades Transmisivas:*(son del tipo Web 1.0) que son instrumentos pedagógicos centrados en el educador, que estimulan a los educandos más que en una actividad presencial, ya que pone en juego más sentidos, pero en las que el educando sigue siendo un sujeto pasivo que consume

información. Estos recursos en moodle son página de texto, página web, enlace a un archivo o a una Web, enlace a un directorio y etiquetas.

- *Actividades Interactivas:* (son del tipo Web 1.0 a la Web 2.0) que se centran más en el educando, quien tiene determinado control de navegación sobre los contenidos. Por ejemplo, lecciones, cuestionarios, glosarios, tareas, diarios.
- *Actividades Colaborativas:* (son del tipo Web 2.0) permiten la interacción y el intercambio de ideas y materiales tanto entre el educador con los educandos, como los educandos entre sí. Por ejemplo, foros, talleres y wikis.

### Contenidos

La calidad de los contenidos supone una condición necesaria, aunque no suficiente, para el éxito del programa formativo. Es frecuente encontrar cursos on-line en los que sus contenidos no pasan de ser mera virtualización de cursos previos en los que el alumno lee ahora en pantalla lo que antes podía leer en papel. Esto es más e-reading que e-learning. El diseño de los contenidos debe de ser realizado por expertos en metodología didáctica con el objetivo de que respondan a:

- adecuación a las necesidades y posibilidades de los participantes
- calidad y cantidad de la información presentada.
- interactividad.
- estructura adecuada para su correcta asimilación.

### Herramientas Comunicativas

Tenemos una plataforma y unos contenidos, ¿con esto ya podemos poner en marcha un curso on-line? La respuesta es no. Las herramientas de comunicación en este entorno formativo constituyen otra pieza clave, ya que permiten la interacción entre los diferentes agentes del proceso de enseñanza-aprendizaje. Dicha interacción se concreta en la posibilidad de realizar trabajos en grupo, intercambiar experiencias, proporcionar apoyo por parte del educador, resolución de dudas, etc. Según que la comunicación sea en tiempo real o no, tenemos:

- *Herramientas de comunicación síncrona:* teléfono, Chat, webcam, videoconferencia, pizarra electrónica, documentos compartidos on-line.
- *Herramientas de comunicación asíncrona:* son las que le dan al e-learning buena parte de su carácter (“anytime, anywhere”). Foros de debate, grupos de noticias, correo electrónico, y blogs y las wikis.

### Sindicación y Podcast

RSS es un sencillo formato de datos que es utilizado para redifundir contenidos a suscriptores de un sitio web. El formato permite distribuir contenido sin necesidad de un navegador, utilizando un software diseñado para leer estos contenidos RSS (agregador). A pesar de eso, es posible utilizar el mismo navegador para ver los contenidos RSS. Las últimas versiones de los principales navegadores permiten leer los RSS sin necesidad de software adicional. RSS está diseñado específicamente para todo tipo de sitios que se actualicen con frecuencia y por medio del cual se puede compartir la información y usarla

en otros sitios web o programas. A esto se le conoce como redifusión web o sindicación web (una traducción incorrecta, pero de uso muy común).

Gracias a los agregadores o lectores de feeds (programas o sitios que permiten leer fuentes web) se pueden obtener resúmenes de todos los sitios que se desee desde el escritorio del sistema operativo, programas de correo electrónico o por medio de aplicaciones web que funcionan como agregadores. No es necesario abrir el navegador y visitar decenas de webs.

El Podcast consiste en la creación de archivos de sonido y de video (llamados videocasts o vodcasts) y su distribución mediante un archivo RSS que permite suscribirse y usar un programa que lo descarga de Internet para que el usuario lo escuche en el momento que quiera, generalmente en un reproductor portátil.

Un podcast se asemeja a una suscripción a un blog hablado en la que recibimos los programas a través de Internet. También una ventaja del podcast es la posibilidad de escuchar en lugares sin cobertura.

Su contenido es diverso, pero en nuestra práctica lo utilizamos para explicar contenidos teóricos, volcado de resultados, elementos de creación, etc.

### **Objetos Digitales de Aprendizaje**

Los Objetos Digitales de Aprendizaje son cualquier objeto digital o no, que puede ser utilizado, reutilizado, en el proceso de aprendizaje apoyado por tecnología<sup>22</sup>.

Wiley<sup>23</sup> define los objetos digitales de aprendizaje como cualquier recurso digital que puede ser reutilizado para facilitar el aprendizaje. Esta definición incluye a cualquier objeto que pueda ser distribuido a través de una red bajo demanda, sea grande o pequeña. Ejemplos de recursos digitales reutilizables más pequeños incluyen a imágenes, video, audio, texto, animaciones y simulaciones.

Los objetos digitales de aprendizaje son útiles porque son reutilizables, no son unidades didácticas completas y cerradas, sino que sirven para ayudar a los educadores a construir sus propias unidades didácticas en los entornos virtuales de enseñanza aprendizaje.

Para que los objetos digitales de aprendizaje, sean útiles a los educadores, es necesario que estén en un almacén perfectamente clasificados e indexados.

La Asociación ha realizado un trabajo de catalogación de actividades de refuerzo escolar por niveles (Primaria, Secundaria y Bachillerato) y materias. El ordenador e Internet son las herramientas con las cuales se aprenden y refuerzan las materias desarrolladas dentro del Sistema Educativo. Muchas de estas herramientas han sido desarrolladas por el Ministerio de Educación y Ciencia y las Comunidades Autónomas dentro de los Convenios "Internet en la Escuela" e "Internet en el Aula".

<sup>22</sup> Polsani, Pithamber R. 2003 "Use and Abuse of Reusable Learning Objects" Journal of Digital Information Vol. 3 Issue 4. <http://jodi.tamu.edu/Articles/v03/i04/Polsani/>

<sup>23</sup> Wiley, D. A. 2002 "The Instructional Use of Learning Objects". Agency for Instructional. Technology.



## WebQuest

Es una metodología de búsqueda orientada, en la que casi todos los recursos utilizados provienen de la Web. Fue propuesta por el profesor Bernie Dodge, de la Universidad de San Diego, en 1995. En resumen, WebQuest es un método pedagógico para la investigación donde toda o casi toda la información que se utiliza procede de recursos de la Web.

Una WebQuest consiste en investigación guiada, con recursos principalmente procedentes de Internet, que obliga a la utilización de habilidades cognitivas elevadas, prevé el trabajo cooperativo y la autonomía de los participantes e incluye una evaluación auténtica.

Permiten el abordaje de habilidades de manejo de información, propias del Modelo curricular cognitivo respondiendo así a la meta educativa del aprender a conocer postuladas por la UNESCO frente al desafío de educar en una sociedad altamente informatizada.

Una WebQuest se construye alrededor de una tarea atractiva que provoca procesos de pensamiento superior. Se trata de hacer algo con la información. El pensamiento puede ser creativo o crítico e implicar la resolución de problemas, enunciación de juicios, análisis o síntesis. La tarea debe consistir en algo más que en contestar a simples preguntas o reproducir lo que hay en la pantalla. Idealmente, se debe corresponder con algo que en la vida normal hacen los adultos fuera de la escuela.<sup>24</sup>

Una WebQuest tiene la siguiente estructura:

- Introducción
- Tarea
- Proceso
- Recursos
- Evaluación
- Conclusión
- Autores

Para desarrollar una WebQuest es necesario crear un sitio web que puede ser construido con un editor HTML, un servicio de blog o incluso con un procesador de textos que pueda guardar archivos como una página web.

No hay que confundir una webquest con "caza del tesoro". Una "caza del tesoro" tiene también utilización como recurso educativo pero es más sencilla. En ella se plantean una serie de preguntas sobre un tema que se pueden contestar visitando unos enlaces de otras páginas relacionadas con el tema. Muchas veces se hace una pregunta principal al final para comprobar los conocimientos adquiridos sobre el tema.

Podemos encontrarnos dos tipos de WebQuest:

- **Corta duración**

**Objetivo:** La meta educacional de un WebQuest a corto plazo es la adquisición e integración del conocimiento de un determinado contenido de una o varias materias.

<sup>24</sup> Starr, L. 2000. "Creating a WebQuest: It's easier than you think!". Education World.

**Duración:** se diseña para ser terminado de uno a tres períodos de aula.

- **Larga duración**

**Objetivo:** Extensión y procesamiento del conocimiento (deducción, inducción, clasificación, abstracción, etc).

**Duración:** Entre una semana y un mes.

## CONCLUSIÓN

Los estudiantes de hoy crecen en una sociedad que es muy diferente de la de sus padres y abuelos. Para tener éxito en la actual sociedad de la Creatividad, deben aprender a pensar de manera creativa, planear sistemáticamente, analizar críticamente, trabajar colaborativamente, comunicarse claramente, diseñar iterativamente y aprender continuamente. Desafortunadamente, la mayoría de los usos de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en educación formal y no formal no apoyan el desarrollo de las habilidades de aprendizaje del Siglo XXI. En muchos casos, las nuevas tecnologías (TIC) simplemente están reforzando las viejas formas de enseñar y aprender.

Existe una nueva generación de tecnologías diseñadas para ayudar a que los estudiantes se preparen para la Sociedad de la Creatividad. Pero son sólo el inicio. Necesitamos repensar continuamente nuestras aproximaciones a la educación y volver a pensar los usos educativos que les damos a las TIC en la educación. Al igual que los estudiantes necesitan comprometerse en la espiral de pensamiento creativo para prepararse para la Sociedad de la Creatividad, los educadores y diseñadores deben hacer lo mismo. Debemos imaginar y generar nuevas estrategias y tecnologías educativas, compartirlas con los otros y de forma iterativa redefinirlas y expandirlas.

## BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

- Banaji, Shakuntal & Burn, Andrew (2006): The rhetorics of creativity: a review of the literature. Centre for the Study of Children, Youth and Media, Institute of Education (University of London), Londres [Consulta en línea: Creative Partnership, Abril 13, 2009, <http://www.creativepartnerships.com/data/files/rhetorics-of-creativity-12.pdf>]
- Barroso, J y Llorente C. 2007 “La alfabetización tecnológica”, en Cabrero, J: “Tecnología Educativa”. Mac Graw Hill: citación: p. 92.
- Cabrero, J. (Coord.) 2006. “E-actividades. Un referente básico para el aprendizaje por Internet” Eduforma, Sevilla.
- Cabrero, J. Y Román, P. 2005 “Aplicaciones de la perspectiva cognitiva en la enseñanza a través de redes telemáticas”. Acción Pedagógica, 14: 6-16
- Castaño, Carlos – Maiz, Inmaculada – Palacio, Gorka – Villaroel José Domingo. 2008 “Prácticas educativas en entornos Web 2.0”. Editorial Síntesis.
- Craft, Ana (2001): An Analysis of Research and Literature on Creativity in Education. Qualifications and Curriculum Authority.
- Cesar, Nicolas D. y Arce, Rafael G.. 2004 Documento original en: <http://www.lunix.com.ar/~ncesar>
- Creative Partnerships (2006): The rhetorics of creativity: a review of the literature; Institute of Education, University of London; [Consulta en Línea: Creative Partnerships, Abril 13 de 2009, <http://www.creative-partnerships.com/research-resources/>]

- De Bono, Edward (1970): El pensamiento lateral, Editorial Paidós Ibérica, Barcelona.
- De Castro, María Valeria “Software Libre en Educación” <http://cursosobre.berlios.de/curso/trab/vcastro/swlibre-educacion.pdf>
- De la Torre, A. “Definición de Web 2.0”  
[http://www.adelat.org/index.php?title=conceptos\\_clave\\_en\\_la\\_web\\_2\\_0\\_y\\_iii&more=1&c=1&tb=1&pb=1](http://www.adelat.org/index.php?title=conceptos_clave_en_la_web_2_0_y_iii&more=1&c=1&tb=1&pb=1)
- Gardner, Howard (1993): Creating minds: An anatomy of creativity seen through the lives of Freud, Einstein, Picasso, Stravinsky, Eliot, Graham and Gandhi. Basic Books, Nueva York.
- Gutiérrez, A. 2003 “Alfabetización Digital. Algo más que ratones y teclas”. Gedisa, Barcelona.
- ISTE (2007): Estándares Nacionales Estadounidenses de TIC para Estudiantes. [Consulta en línea: Eduteka, Marzo 18, 2009, <http://www.eduteka.org/estandaresetux.php3>]
- López Frías, Blanca Silvia (2000): Pensamientos crítico y creativo. Trillas, México.
- Polsani, Pithamber R. 2003 “Use and Abuse of Reusable Learning Objects” Journal of Digital Information Vol. 3 Issue 4. <http://jodi.tamu.edu/Articles/v03/i04/Polsani/>
- Raymond, Eric S. 1997 “La Catedral y el Bazar” <http://biblioweb.sindominio.net/telematica/catedral.html>
- Resnick, Mitchel (2007): Sembrando las semillas para una sociedad más creativa. Laboratorio de medios de MIT, Massachusetts [Consulta en línea: Eduteka, Marzo 16, 2009, <http://www.eduteka.org/ScratchResnickCreatividad.php>]
- Robinson, Ken (1999): All Our Futures: Creativity, Culture and Education. National Advisory Committee on Creative and Cultural Education and DfEE publications, Inglaterra.
- Starr, L. 2000. “Creating a WebQuest: It's easier than you think!”. Education World.
- Stenberg, Robert (1997): Inteligencia exitosa. Paidós, España.
- Tony Wagner, Robert Kegan, Lisa Laskow Lahey, Richard W. Lemons, Jude Garnier, Deborah Helsing, Annie Howell, Harriette Thurber Rasmussen, Tom Vander Ark 2005 “Change Leadership: A Practical Guide to Transforming Our Schools” Wiley ISBN: 978-0-7879-7755-9
- Vygotsky, L.V. 1979 “El desarrollo de los procesos psicológicos superiores” Critica, Barcelona.
- Wiley, D. A. 2002 “The Instructional Use of Learning Objects”. Agency for Instructional. Technology.

## EN BUSCA DE LOS DERECHOS DE CIUDADANÍA DEL ENFERMO MENTAL GRAVE: RESCATANDO SUJETOS, LIBERANDO IDENTIDADES

Concepción Vicente Mochales

Trabajadora Social  
Servicio de Salud Mental de Chamartín. Comunidad de Madrid

### ALGUNAS CUESTIONES PRELIMINARES<sup>1</sup>

A principios del siglo XX, con la modernidad, se considera que la pobreza, marginación, exclusión, las desigualdades, en definitiva, constituyen problemas sociales y deben ser afrontados en conjunto por toda la población. De esta forma, la pobreza deja de ser un problema de orden individual para constituir un reto de los modernos estados de bienestar y promover el avance de la igualdad de oportunidades como un derecho al que todos los ciudadanos no sólo deben aspirar sino también disfrutar. La sociedad civil goza de mayor protagonismo, gracias en parte a las políticas sociales implementadas por el Estado de Bienestar, en donde conviven *el derecho a la igualdad y el derecho a la diferencia* como dos paradojas condenadas a entenderse.

De manera sintética podemos definir la ciudadanía social como el conjunto de derechos y responsabilidades de las personas en el marco de una comunidad determinada. Por tanto, de esta definición se entiende que la ciudadanía ha de entenderse ampliada al conjunto de exigencias y necesidades de la persona en el desarrollo de su existencia como miembro de la colectividad y como un concepto dinámico en constante evolución. Los derechos sociales son el fundamento de la ciudadanía plena, el requisito previo para poder disponer de los demás derechos<sup>2</sup>. La realización plena del ideal ciudadano sólo será posible en el momento en que el Estado garantice su dimensión social, atribuyendo a los derechos sociales la misma legitimidad que a los civiles y a los políticos.

Para Marshall<sup>3</sup>, el elemento social de la ciudadanía abarca desde el derecho a la seguridad y un mínimo de bienestar económico, al de compartir plenamente la herencia social y vivir la vida de un ser civilizado conforme a los estándares predominantes en la sociedad: “el derecho universal a una renta que no está en proporción con el valor del mercado de quien lo disfruta”<sup>4</sup>.

Con respecto al tema que nos ocupa, la enfermedad mental, su historia, la historia de la locura, en términos de Michel Foucault, es la historia de nuestras relaciones con los locos, y de porqué se instaló a

<sup>1</sup> Este artículo es parte de la memoria de investigación realizada para la obtención del título de Postgrado en Trabajo Social Comunitario, Gestión y Evaluación de Servicios Sociales (Madrid 2009). Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad Complutense

<sup>2</sup> García Giráldez, T. (2003): “La política social: en defensa de los derechos de ciudadanía”, en *Revista de Trabajo Social hoy*, Monografía de Política Social. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid.

<sup>3</sup> Marshall, T. H. “Ciudadanía y clase social. Conferencias Cambridge 1949”. *Revista Reiss* Nº 79/97 Pág. 297-344. Traducción de M<sup>a</sup> Teresa Casado y Francisco Javier Miranda. [www.reis.cis.es/](http://www.reis.cis.es/)

<sup>4</sup> Marshall, T. H y Bottomore, T citados por Frejeiro Varela, M en Ciudadanía, derechos y bienestar: un análisis del modelo de ciudadanía de T.H Marshall. Vol No 2 pp. 63-100. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2005028>

estos en un determinado momento histórico en algunas instituciones específicas supuestamente destinados a atenderles alejándoles de todo aquello que tenía que ver con los derechos. Derechos y poder en este colectivo necesitan de revisión y análisis. Como nos advierte Foucault: “No podemos olvidar que las instituciones de asistencia (sean de la Iglesia o del Estado) excluyen y segregan a los asistidos en la medida en que los objetivizan, los hacen objetos, es decir, no sujetos, de su propia asistencia, generando así una conciencia social del asistido como lo otro”<sup>5</sup>. Ahora bien, la cuestión que hemos de plantearnos es si los derechos humanos, sociales y civiles de los enfermos mentales pueden estar garantizados en un sistema de protección en crisis y, por qué no, en desmantelamiento de sus estructuras, de búsqueda de nuevas organizaciones administrativas, económicas y financieras que cobijen el sistema de protección y que desafíen las viejas, nuevas fórmulas de protección que no tengan en cuenta a los afectados y que no propicie fórmulas de participación del colectivo.

Es necesario traer una breve reflexión sobre los derechos sociales en general. Éstos, en tanto que derechos a los servicios sociales, la educación, la participación, etcétera, dotan a los ciudadanos de las capacidades necesarias para llevar a cabo dicho ejercicio, pero el hecho de que los derechos sociales faciliten o posibiliten el ejercicio de la ciudadanía no presupone que podamos disfrutar de ellos universalmente. Los derechos sociales requieren que el estado recaude y distribuya recursos entre los ciudadanos. Estos, los ciudadanos, son consumidores en relación a los derechos sociales y no actores como en el caso de los derechos civiles y políticos. Sin embargo, todavía queda por ver cómo articular derechos civiles y políticos para el colectivo objeto de estas reflexiones, ya que el reto más importante con el que nos enfrentamos es cómo conciliar el mínimo de igualdad que las sociedades democráticas requieren con el tratamiento diferenciado de sus miembros. Cada una de las dimensiones de la ciudadanía desempeña una tarea que permite ir completando y reafirmando la ciudadanía; la relación entre los derechos políticos, civiles, sociales no es pacífica. Surge de la confrontación y de la diferencia. Es aquí donde está el conflicto.

La cuestión de la dimensión civil de la ciudadanía para el colectivo de enfermos graves es crucial. Más incluso, podría decirse, que la dimensión social. Este es un colectivo que puede verse afectado grandemente por la maquinaria legal y judicial. Los derechos civiles, su ejercicio, son una fuerza de poder social importantísima por encima, incluso, nos dice Marshall, de los políticos. No podemos obviar el reconocimiento de incapacidad, de la revisión de capacidad, para determinados actos de la vida civil y política, de no tener autogobierno a la que pueden verse sometidos. La posibilidad de la incapacitación plena o parcial es un hecho para parte del colectivo con las implicaciones que esto conlleva para lo sujetos afectados en el ejercicio de sus derechos y gestión de sus capacidades. La delimitación jurídica de capacidad/no capacidad remite a actos de la vida civil y política; es decir, remite al ejercicio de los derechos civiles (ámbito patrimonial y al personal) y políticos (ejercicio del sufragio); y, por supuesto, al autogobierno de las personas, con su independencia. Ésta, la independencia, es entendida por el Movimiento de Vida Independiente<sup>6</sup> como la capacidad para gestionar y controlar la propia vida y para participar activamente en la vida de la comunidad.

Por tanto, y como primera aproximación al tema de la ciudadanía del enfermo mental grave, creo que la autonomía y la igualdad han de articularse. No somos autosuficientes como proclama Kant, sino

<sup>5</sup> Foucault, M. (1997, cuarta reimpresión). *Historia de la locura en la época clásica*. Ed. Editorial Fondo de cultura económica. Impreso en España. Cuarta reimpresión. Madrid.

<sup>6</sup> García Alonso, J. V. (2003). *El movimiento de vida independiente: experiencias internacionales*. Fundación Luis Vives. Madrid

<http://www.fundacionluisvives.org/BBDD/publicaciones/documentacion/MVI.pdf>

autoinsuficientes, incluso cuando estamos en la plenitud de la edad y de las facultades<sup>7</sup>. En este punto es importante hacer referencia a U. Beck y su concepto de individualización. Para él los ciudadanos, no somos nunca independientes; de lo que se trata no es de gestionar la independencia, sino la interdependencia entre sujetos. Éste es un “concepto que describe una transformación estructural, sociológica, de las instituciones sociales y la relación del individuo con la sociedad (...) el individuo, no su clase social, se convierte en la unidad de reproducción de lo social en su propio mundo vital (...) Los individuos tienen que desarrollar su propia biografía y organizarla en relación con los demás”.<sup>8</sup>

En esta línea, la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de 13 de Diciembre de 2006, afirma que “La convención garantiza que las personas con discapacidad (esto es el 10% de la humanidad) disfruten de los mismos derechos que los demás y vivan sus vidas como ciudadanos por derecho propio”. Esta afirmación recogida en la Convención reivindica la “ciudadanía” como el conjunto de los derechos humanos en clave de convivencia social y política<sup>9</sup>. Así, la Convención, continúa en el preámbulo: *Convencidos de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.*

Surgen pues algunas cuestiones para el análisis. Las nuevas fórmulas neoliberales de producción y capitalismo en el nuevo espacio público ¿qué lugar le darán al enfermo mental tradicionalmente no productivo? ¿El nuevo sistema de poder, ligado a estructuras sociales y políticas de pensamiento y de ideología determinadas, va a autorizar la racionalización de la gestión del individuo?<sup>10</sup> ¿Se respetarán sus derechos tan peleados por ellos y por sus familias en las últimas décadas? ¿Son los mismos derechos los que promueven, pelean y reivindican las familias que los afectados? En un momento de discusión y reflexión generalizada en torno a los derechos de las minorías, ¿se les reconocerá en su condición de ciudadanos? Pero, ¿qué significa reconocer como ciudadano a un sujeto afectado por enfermedad mental grave y crónica?.

Es necesario entonces en una primera aproximación al tema de la ciudadanía y enfermedad mental reflexionar acerca del movimiento asociativo del colectivo y sus niveles de participación para conocer la representación social real de los afectados y el reconocimiento de su condición de ciudadanos; describir el estado actual del movimiento asociativo de familiares afectados por enfermedad mental grave y por último explorar la relación existente entre el movimiento de familiares y el movimiento de usuarios.

## MARCO TEÓRICO: METODO

Las hipótesis que guían los supuestos de los que parte este trabajo, por un lado, entroncan con la idea de que la debilidad de los discursos subjetivos del colectivo impide a los enfermos mentales construir unas bases de poder político y social sólidas y perdurables en el tiempo, así como constituir redes sociales y comunicacionales de intercambio social y relacional fluidas. Por otro lado, pensamos que los

<sup>7</sup> Etxeberria, X. (2008). *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*. Publicaciones de la Universidad de Deusto. Bilbao. Pág.35

<sup>8</sup> Beck, U. Beck-Gernsheim E.(2003).Pág. 340. *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Ed. Paidós Estado y Sociedad. Barcelona.

<sup>9</sup> Etxeberria, X, op cit.

<sup>10</sup> Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Ed. Akal. Madrid.



intereses y motivaciones del movimiento asociativo de familiares y usuarios son diferentes en cuanto a las narrativas, las formas, conductas, productos, y relación con el poder y con los derechos sociales reclamados, lo cual produce una merma en su potencial papel reivindicador en la lucha por los derechos de ciudadanía del enfermo mental.

Estas hipótesis necesitan de un marco teórico que de cuenta de cuestiones claves como el concepto de enfermedad mental y discapacidad, el poder, la identidad, la emancipación versus alienación. Son todas ellas cuestiones de primer orden que por cuestiones de espacio no van a ser referidas explícitamente pero si estarán en los diferentes niveles de análisis. Lo ideológico y lo normativo serán aspectos de las dimensiones explicativas del fenómeno de la ciudadanía en la enfermedad mental. La finalidad del análisis, exploración y la reflexión pretende ser una ayuda a los profesionales de la psiquiatría y del trabajo social para introducir cambios que mejoren los niveles de participación del colectivo y, por añadidura, la calidad de vida de los enfermos mentales graves y sus familias.

El análisis que a continuación desarrollo es, como decíamos al principio, parte de la memoria realizada para la obtención del título de postgrado en trabajo social comunitario, gestión y evaluación de servicios sociales (Escuela de Trabajo Social de la Universidad Complutense 2009). Para su realización se utilizó el método de análisis cualitativo.

No por sabida hay que eludir una afirmación, generalizada y admitida en ciencias sociales, según la cual cualquier descripción sobre la realidad es una descripción sobre el observador. En consecuencia, en nuestro caso, es innegable que nos acercamos a la realidad a analizar con un conocimiento acerca de la misma que de alguna manera es una posición privilegiada (por pertenecer a la red asistencial durante dos decenas de años) que ha permitido tener un conocimiento y acotar el camino del método a seguir, lo cual, lejos de ser una debilidad es una fortaleza. En la misma línea señalada y apoyándonos en N. Elias<sup>11</sup> remarcaremos nuevamente que el simple registro de la realidad depende de la ventana mental del investigador, de condicionamientos sociales y culturales. El acto de conocer está condicionado por las circunstancias sociales y por el marco teórico en las que se coloca el observador.

Como profesional he tenido así también la posibilidad de asistir a la evolución de la Psiquiatría Comunitaria en nuestro país desde la década de los ochenta e, indudablemente, esto ha marcado mi posición subjetiva y profesional en una ética de defensa de los derechos de ciudadanía del enfermo mental grave.

El término cualitativo, según Blaxter, Hughes y Tight (2000)<sup>12</sup>, remite a un interés directo por la experiencia según se vive, se siente o se sufre; su propósito es interpretar la experiencia del modo más parecido posible a como la sienten o la viven los participantes. Es pues fundamental traer el discurso de los protagonistas, el cual debe ser entendido como una labor analítica ambigua que rompe y descompone el texto, para luego suturarlo y recomponerlo de nuevo interpretándolo<sup>13</sup>. El análisis que nos interesa aquí remarcar es aquel que analiza los discursos como productos del lenguaje y como resultado de un proceso de producción que trae parejo el contexto social donde se produce e inscribe lo dicho. El análisis de discurso nunca va a ser una explicación de la realidad social referida en el lenguaje, sino más bien una comprensión de dicha realidad. Explicación, comprensión y saber interpretativo serán

<sup>11</sup> Norbert, E. (1990). *Compromiso y distanciamiento*. Ed. Península. Barcelona.

<sup>12</sup> Blaxter, L. , Hughes, C. y Tight, M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Ed. Gedisa. Barcelona.

<sup>13</sup> Val , del C. y Gutiérrez Brito, J, (2005) .*Análisis del discurso en Prácticas para la comprensión de la realidad social*. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid



los parámetros guía para el análisis del contenido. Se eligió el análisis cualitativo y con él algunas de las técnicas y prácticas que básicamente la representan: las entrevistas abiertas y el análisis de textos y discursos de diferentes fuentes documentales.

Para la elaboración de este análisis se procedió a entrevistar en profundidad a dos personas muy significativas en el ámbito del asociacionismo y salud mental, personas con un alto grado de implicación y valía con respecto a la representatividad y reclamo de los derechos de participación y ciudadanía del enfermo mental. Su valor es de entrevista testigo, representativa del colectivo al que pertenecen las personas entrevistadas. Una tercera entrevista a un psiquiatra-psicoanalista con una característica especial, no tanto por su implicación en el movimiento asociativo, sino por pertenecer a ambos mundos: al profesional, en su calidad de psiquiatra- y al de los usuarios, por padecer una enfermedad mental desde hace 14 años que le obliga a mantenerse en tratamiento (anexo 1).

La elaboración del guión de las entrevistas se desarrolló atendiendo a los siguientes bloques temáticos: participación y recorrido en los diferentes movimientos asociativos, experiencia personal y profesional, conocimiento del estado actual de la cuestión, relaciones entre los diferentes movimientos, perspectiva nacionales e internacionales del movimiento asociativo, psicoanálisis, psiquiatría y clase social, diagnóstico psiquiátrico y estigma, vivencias personales en torno al diagnóstico psiquiátrico y la enfermedad mental.

Además de estas entrevistas se recopilaron una serie de documentos y entrevistas publicadas en diferentes medios de comunicación e importantes para el objeto de estudio. El criterio elegido para su elección radica en la importancia que estos documentos aportan a la memoria en tanto en cuanto refieren aspectos relevantes para nuestros objetivos de estudio. Las fuentes documentales son producto informacional rico para las fuentes de análisis (anexo 2).

El análisis de los documentos ha permitido resituar algunas de las preconcepciones de partida ya que nos han ubicado frente a las diferentes realidades del problema con una perspectiva diferente, lo cual ha permitido conocer una realidad invisible del colectivo: el sufrimiento narrado en primera persona por los efectos del diagnóstico de enfermedad mental y el estigma que lleva asociado. La entrevista a la doctora Perkins es un testimonio vivo de la experiencia del enorme sufrimiento que comporta el estar a ambos lados de la frontera (ser paciente y profesional). Ponemos de manifiesto así, que los diferentes documentos analizados dan cuenta (con lenguajes diferentes) de los distintos ámbitos del fenómeno analizado. El lenguaje empleado en los mismos ha necesitado de aproximaciones, lecturas y análisis diferentes.

## RESULTADOS

Antes de proceder al análisis propiamente dicho, destacaremos algunas de las ideas transversales de este trabajo. En primer lugar, las reflexiones acerca del lugar que ocupa en el sistema social el enfermo mental que no es productivo; en segundo lugar, el ejercicio que hacen los enfermos de los derechos civiles, sociales y políticos, es decir a la capacidad o incapacidad que tienen para ejercer sus derechos.

### 1. El lugar del enfermo mental no productivo en el sistema social

En relación al primer punto que se ha señalado -el lugar que ocupa en el sistema social el enfermo mental que no es productivo- según los datos facilitados por la Encuesta de Población Activa de Marzo de 2011, no disponemos de datos reales acerca de la población con discapacidad demandantes de

empleo<sup>14</sup>. Conocemos a través de las estadísticas el número de parados por sexo, edad y sectores de demanda. El Comité Español de Representantes de Minusválidos, CERMI, a través de su director Cayo Pérez Bueno reclamó al Instituto Nacional de Estadística (INE) datos actualizados sobre paro de personas con discapacidad y pidió además la incorporación de la variable de discapacidad en todas las investigaciones estadísticas que realice. *Queremos*, dice el director del CERMI, “que se suministre una imagen fiel y actualizada de esta realidad en estos momentos de aguda crisis económica”<sup>15</sup>. Es esta una cuestión importante puesto que si no se tienen datos de desempleo en general sobre la discapacidad; menos aún sobre el enfermo mental, un colectivo con más dificultades de empleabilidad que otros en parte por el estigma social que le acompaña.

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos. Entre los enfermos mentales graves que viven en la comunidad, la mayoría está desempleada y no realiza ningún tipo de actividad productiva<sup>16</sup>. Las dificultades aparejadas a la sintomatología psiquiátrica pueden afectar al desempeño de la actividad laboral, pero lo cierto es que el contexto laboral actual, marcado por unas elevadas tasas de desempleo, incide negativamente en las posibilidades de integración laboral efectiva de la población enferma psiquiátrica<sup>17</sup>. Y esto, a pesar en muchos casos, de la discriminación positiva de la que son objeto. Nuestro ordenamiento jurídico establece normativa clara al respecto:

- Declaración de Madrid 2002, firmada en el Congreso Europeo de Personas con Discapacidades (Madrid del 20 al 23 de Marzo de 2003): señala el empleo como clave para la inserción de las personas con discapacidad y como una de las formas más importantes para promover su independencia y dignidad. Así el empleo se convierte en un derecho fundamental para el sujeto que potencialmente pudiera desempeñar un puesto de trabajo normalizado o adaptado según necesidades de apoyo.
- El Consejo de Europa ha adoptado la Resolución de 13 de Julio de 2003 sobre el Fomento del Empleo y la Inclusión Social de las personas con discapacidad y publicado (DOUE) el 24 de Julio de 2003.

Pero no hay nada que justifique la grave exclusión de la que son objeto los enfermos mentales graves. Ni los procesos productivos, ni económicos; quizás este hecho sólo sea comprensible si traemos al análisis el estigma del que son objeto, junto con la segregación y exclusión como resultado final. En consecuencia, desde un planteamiento ecológico, las dificultades y desventajas de las personas con discapacidad no pueden atribuirse únicamente a déficit o deficiencias en lo personal, sino también como subraya el III Plan Nacional De Acción para Personas con Discapacidad<sup>18</sup>, a las carencias, obstáculos, y barreras del entorno social. En este Plan constituye un reto fundamental el acceso al empleo y su permanencia en el mismo de “aquellas personas que estando capacitadas para trabajar, se sitúan en los márgenes del mercado laboral, ofreciendo las políticas activas de empleo idóneas y adaptadas a sus

<sup>14</sup> Población desempleada según la Encuesta de Población Activa de Marzo de 2011

<sup>15</sup> *Boletín CERMI* nº 14 de 5 de Junio 2009. <http://www.cermi.es/>

<sup>16</sup> *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención.*(2001). Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Edita Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid

<sup>17</sup> Población desempleada según la Encuesta de Población Activa de Marzo de 2011

<sup>18</sup> Este Plan es consecuencia del Plan Nacional para la inclusión Social del Reino de España 2008/2010 donde en su Pág. 39 plantea la elaboración del III Plan de Acción Social para personas con Discapacidad 2008/2011 y en el que se aplican las medidas previstas en el Plan Nacional de Accesibilidad 2004/2012.

necesidades con el objetivo de su inserción”<sup>19</sup>. Y continua, “en este sentido la integración social de las personas con discapacidad (uno de los grupos más vulnerables) a través del empleo, se configura como un objetivo de primer orden”. Además desde el CERMI se subraya la inquietud por los datos de empleo de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)<sup>20</sup> ya que al estar recogidos en el año 2007 no dan fiel cuenta de la situación real del colectivo de discapacitados.

A pesar de todo, en esta gran crisis internacional, globalizada, es difícil asegurar la equidad para los colectivos más débiles y desfavorecidos. Quizás, pocas veces en la historia haya habido una normativa más clara en beneficio de este colectivo y tan pocas las posibilidades reales de hacerse efectivas por la crisis económica. Esto sin duda motiva la aparición de recursos específicos para el empleo (además del empleo ordinario) del discapacitado enfermo mental: Empleo Protegido (Centros especiales de Empleo y Centros de Rehabilitación Laboral); Orientación e Intermediación Laboral y, Programas de Formación Continuada. Todos ellos son una realidad que apenas pueden responder a las elevadas tasas de paro del colectivo. No en vano el Real Decreto 1368/2007 intenta dar respuesta a las dificultades laborales que atraviesa el colectivo de la discapacidad en general y promueve a través del Catalogo Nacional de Cualificaciones Profesionales la Inserción Laboral de Personas con Discapacidad.

El porcentaje de contratación de discapacitados según las estadísticas ofrecidas por el INE es ínfimo respecto de la contratación de población general. No representa el 1% (0,08) de la contratación total en la Comunidad de Madrid por ejemplo. Con respecto al territorio nacional el porcentaje de contrataciones en % es todavía menor que el de la Comunidad de Madrid, representando un 0,07 de la contratación total de la población activa<sup>21</sup>.

Los recursos especializados en el área laboral para este colectivo son los Centros de Rehabilitación Laboral. Estos “constituyen un recurso específico cuya misión fundamental será favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos que se encuentran viviendo en la Comunidad de Madrid de modo que se propicie su integración laboral normalizada fundamentalmente en la empresa ordinaria o también en formulas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) o sistemas de autoempleo”<sup>22</sup>. Estos centros son una consecuencia de la Reforma Psiquiátrica en Madrid y desde sus orígenes<sup>23</sup> han potenciado el trabajo como un derecho del enfermo y lo han hecho desde una doble perspectiva: por un lado desde lo puramente rehabilitador, por otro lado, planificando y organizando recursos que puedan constituir una base segura desde donde apoyar a las políticas sociales autonómicas en materia de empleo protegido. Este marco de protección acoge a enfermos mentales graves que no han accedido al mercado de trabajo, o si lo han hecho ha sido de una manera muy precaria. Más, la cuestión también radica en cómo continúa la vida un sujeto que ha debutado tardíamente en la enfermedad y con un recorrido laboral previo. Sujetos con carreras profesionales más o menos exitosas, más o menos afortunadas.

<sup>19</sup> III Plan Nacional para la Inclusión Social del Reino de España 2008/2010.

[http://www.msc.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/2009\\_0\\_plan\\_nac\\_accion\\_inclusion\\_social\\_2008\\_2010.pdf](http://www.msc.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/2009_0_plan_nac_accion_inclusion_social_2008_2010.pdf). Pág. 16.

<sup>20</sup> [www.ine.es/prensa/np524.pdf](http://www.ine.es/prensa/np524.pdf)

<sup>21</sup> Población desempleada según la Encuesta de Población Activa de Marzo de 2011

<sup>22</sup> Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. (2001). Cuadernos técnicos de Servicios Sociales. Edita Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid

<sup>23</sup> El primer Centro de Rehabilitación Laboral en Madrid ocupa el espacio cedido por una asociación de familiares “Psiquiatría y Vida” que originariamente ocupó ese mismo espacio como cooperativa de trabajo en los años 70

Esta última cuestión planteada nos remite directamente a la capacidad o incapacidad que tienen estas personas para mantenerse en el mercado laboral (ajena, por supuesto, a la incapacitación/capacitación civil. Esta trasciende y va más allá de la capacidad o incapacidad laboral), a los recursos tanto personales como sociales de los que disponen, al estatus alcanzado, la clase social de la que provienen, etc., es decir, a las limitaciones o condicionantes, así como a las oportunidades vitales, que han tenido estas personas para ejercer sus derechos ciudadanos hasta el momento que les sobreviene la enfermedad.

La experiencia personal después de una crisis maníaca de la Doctora Rachel Perkins, directora Clínica y Psicóloga Clínica de un prestigioso centro psiquiátrico londinense nos puede dar una idea de las importantes dificultades a las que nos referimos:

*Mi segunda ‘carrera’ psiquiátrica como beneficiaria de los servicios de salud mental fue totalmente distinta de la primera. No incluyó ninguna decisión positiva por mi parte. No la solicité, como puedes solicitar un trabajo; ni elegí incorporarme a ella, como te afilias a un club o a un partido político. Es difícil que uno elija ser paciente mental como carrera para uno mismo, es difícil aspirar a ello para tus hijos, es difícil hablar de ello en el bar... si es que te permiten entrar en el bar. A principios de este año, en un bar cercano al hospital donde trabajo, apareció un anuncio que decía: ‘¡Ni pacientes mentales ni monos de trabajo! Podría añadir que después de haberlo visto, ese letrero no estuvo allí mucho tiempo.* (Entr. Dctra Rachel Perkins)

*Mi primer pensamiento cuando me diagnosticaron que padecía depresión maníaca: se acabó mi carrera, perderé todo lo que valoro en la vida, nadie querrá conocerme... es decir, que estoy acabada. Lo aterrador para mí, era que yo había trabajado ya durante muchos años con personas que tenían problemas graves de salud mental. Conocía sus experiencias. Conocía la literatura que trata de la exclusión... y, de repente, todo ello se me aplicaba a mí. Así que estaba asustada, seriamente asustada....* (Entr. Dctra Rachel Perkins)

Es, sin duda, un testimonio estremecedor por cuanto explica y da cuenta del estigma y de la percepción de diferencia que el otro, “el sano” señala constantemente en el sujeto enfermo. Si se ha sufrido una crisis psiquiátrica la identidad parece que ya va a estar sujeta a un determinismo negativo. Se es un enfermo/a y no se puede ser otra cosa; como si ya sólo se pudiese ser una persona enferma en la vida. Asociado a esto, a esta nueva identidad que llega con la enfermedad, hay que sumar las pérdidas que conlleva; pérdidas conectadas con el pasado y que están en relación al antiguo estatus y posición en el circuito social en el que ha transcurrido la vida de la persona, y que inevitablemente quedan a modo de impronta para el futuro que está por llegar. El miedo puede adueñarse de la situación. Y así nos lo cuenta la Doctora Rachel Perkins, *perderé todo lo que valoro en la vida*. Si los sentimientos de pérdida son tan importantes, inevitablemente te sitúan en una dimensión de gran fragilidad psíquica y relacional. Tu identidad, en este caso, como psicóloga, mujer y trabajadora, se va a ver seriamente afectada y avocada al mundo “psi” para un trabajo elaborativo de duelo y de resignificación de la experiencias vividas que permitan emerger nuevamente al sujeto y retomar sus espacios vivenciales. Se pone, pues, de manifiesto el desvalimiento y la fragilidad causada, no sólo por la enfermedad sino por el miedo, el estigma social que ésta produce.

Sin embargo, el relato de esta persona es finalmente más esperanzador. Más... ¿qué es lo que permite a esta enferma tener esperanzas? En la siguiente cita se puede observar que los condicionamientos sociales, por un lado, o las oportunidades de las que ha podido disfrutar anteriormente, el punto de partida experiencial, cognitivo (status, redes de apoyo, conocimiento, etc), por otro lado, forman el substrato sobre el que se erige una personalidad atravesada por la enfermedad, pero con suficientes fortalezas y resiliencias como para poder aprender nuevos recursos que la sostendrán en su nueva etapa. Una mujer que a pesar de las adversidades no permitirá el señalamiento social y el estigma que

acompaña al diagnóstico; en suma no permitirá que el discurso social dominante en torno a la enfermedad la aliene y la retire de su cotidianeidad, que en este caso está marcado por su identidad como jefa de servicio.

*He aprendido que si tienes problemas de salud mental no puedes correr el riesgo de enfadarte o molestarte en el trabajo, porque es seguro que alguien preguntará '¿está bien Rachel, realmente?'.... Y después fueron las manifestaciones más groseras: una principiante del personal que, descontenta con una orden que yo había dado, dijo: 'No hay que hacerla caso, sólo es una paciente mental'. Por fortuna, su supervisor de línea se dio prisa en informarla que yo podría ser una paciente mental... pero que también soy la jefa, así que tuvo que hacer lo que yo dije! Bueno, sobreviví. No, más que sobreviví: prosperé.....desde que me diagnosticaron me han ascendido dos veces (Entr. Dctra Rachel Perkins)*

## 2. Los derechos civiles, sociales y políticos del enfermo mental

En cuanto a la segunda idea señalada –el ejercicio o la utilización que hacen los enfermos mentales de los derechos civiles, sociales y políticos hemos de apuntar, en primer lugar que los procesos que van a afectar a un sujeto diagnosticado de enfermedad mental son muchos, variados y complejos. De igual manera que las crisis psiquiátricas, la enfermedad va a surgir en diferentes momentos evolutivos y se va a manifestar de diferentes formas en los sujetos; por ello, es cierto también que no hay un único tratamiento ni una única respuesta a las diferentes demandas que pueden presentarse por parte de la persona afectada. Las necesidades que pueden aparecer en una persona con trastorno mental no van a ser muy diferentes a las del resto de la población, de la comunidad, donde se inscribe ésta. Vivienda, trabajo, ingresos fijos, trabajo, amigos y un largo etcétera. Lo que sí va a ser diferente es la manera, la forma de demandar estas necesidades; a veces, incluso pueden no demandar por imposibilidad, incapacidad u otras causas relacionadas con el curso de la enfermedad.

Al igual que los afectados piden tratamientos diferenciados, también demandan medidas de protección que singularicen a los sujetos que necesiten ser protegidos. El colectivo no puede ser uniformizado en cuanto a las medidas de protección, pero sí ha de contar con un ordenamiento jurídico que establezca sistemas protectores para aquellos sujetos que no puedan acceder por sí mismos al sistema de derechos que las sociedades del bienestar ponen a disposición de sus ciudadanos. Este sistema se *debe adaptar a las conveniencias y necesidades de protección de la persona afectada y además, constituir una situación revisable, según la evolución de la causa que ha dado lugar a tomar la medida de protección*<sup>24</sup>. Se ha de contar, por tanto, con normativa clara en materia de incapacitaciones, y además con instituciones tutelares que hagan efectivos los derechos y que velen por el cuidado, respeto, dignidad, acceso a los recursos del sujeto incapaz.

En nuestro país disponemos de normativa clara al respecto de las modificaciones de la capacidad y protección judicial<sup>25</sup>. Se entiende además que ésta en sus diferentes formas no altera la titularidad de

<sup>24</sup> Sentencia del Tribunal Supremo (Pleno Sala 1ª), No 282/2009 de 29 de Abril.

<sup>25</sup> Normativa básica al respecto: Ley 13/1983, de 24 de Octubre, de reforma del Código Civil artículos (199 a 306). Ley 13/1982, de 7 de Abril de integración social de los minusválidos. Ley 51/2003, de 2 de Diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Ley 41/2003, de 19 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la normativa tributaria con esta finalidad. Ley 1/2009, de 25 de marzo, de reforma de la Ley de 8 de Junio de 1957, sobre el registro, en materia de incapacitaciones, cargos tutelares y administradores de patrimonios protegidos, y de la Ley 41/2003 de 19 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la normativa tributaria con este respecto. Y por último Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



los derechos fundamentales del sujeto enfermo, aunque sí afecta al ejercicio de los mismos. Pensemos que el fin último que justifica una medida de incapacitación no es otro que la finalidad protectora de la persona; por tanto esta ha de ser una protección que permita margen de libertad al presunto incapaz, *asegurando la debida complementariedad entre igualdad y diversidad en la definición del contenido y alcance de los derechos civiles, políticos y sociales*<sup>26</sup>.

## ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

A continuación exponemos en tres grandes bloques los resultados de la investigación.

### 1. MOVIMIENTO ASOCIATIVO DEL COLECTIVO DE ENFERMOS MENTALES GRAVES

Veamos como es el estado actual del movimiento asociativo del colectivo de enfermos mentales graves y cuáles son sus niveles de participación para de esta manera conocer la representación social real de los afectados y el reconocimiento de su condición de ciudadanos.

Según la Organización Mundial de la Salud, son los propios usuarios de los Servicios de Salud Mental los que tienen la responsabilidad de *Unir fuerzas con otros usuarios de los servicios de Salud Mental, para prestarse apoyo mutuo y realizar actividades encaminadas a modificar las actitudes hacia las personas con trastornos mentales, y luchar contra la estigmatización y la discriminación*<sup>27</sup>.

En esta misma línea se manifiesta la Declaración de Helsinki (2005) proclamada por la Asociación Médica Mundial, en la que se declara la necesidad de (...) *Reconocer la experiencia y conocimiento de los usuarios de los servicios y sus cuidadores, como base importante para la planificación y el desarrollo de los Servicios de Salud Mental*. Ha sido enmendada y revisada en la Asamblea General de 2008 aunque las declaraciones del 2005 siguen vigentes.

La aparición del movimiento de usuarios es realidad desde el último cuarto de siglo XX y si bien este no es muy numeroso si es de resaltar el importante impacto que este ha tenido. En nuestro país hasta hace relativamente poco tiempo el movimiento asociativo de usuarios apenas era una ilusión:

*La voz de los usuarios, de las personas afectadas, históricamente no ha sido muy tenida en cuenta sino más bien al contrario.* (Sujeto nº 2).

Eran muy pocas las asociaciones, además había escaso contacto entre ellas y entre particulares. Era muy difícil para el colectivo pertenecer a un grupo, trabajar por la constitución de un rol social y para la reconstrucción o construcción de una identidad distinta a la construida como producto de la enfermedad. Pensemos que tener un diagnóstico psiquiátrico, padecer una enfermedad mental no es solo vivir; ingresar en el mundo de la enfermedad biológica u orgánica es, además, ingresar en el mundo de la incertidumbre y de la duda. Las certidumbres sobre ti mismo pueden ser envueltas en el campo simbólico de lo extraño, lo problemático, lo lunático, lo inconfesable, etc. producto en gran parte por el estigma que acompaña a la enfermedad psiquiátrica.

<sup>26</sup> Pisarello, G. (2007). *Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción*. Ed. Trotta. Madrid, p. 130.

<sup>27</sup> Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. OMS

La dimensión de lo social atraviesa con gran fuerza el mundo simbólico del enfermo y su estar en él. “El estigma, es un apartheid diario que desemboca en la mayoría de las ocasiones en un derrumbe de la autoestima de quien lo sufre, y en un desnudarse constante de las propias convicciones”<sup>28</sup>. El mundo interno del enfermo es un mundo rico, sometido a la lógica individual del sujeto que padece la enfermedad; ésta no es un castigo social y el loco, siguiendo a M. Foucault, no puede ser el gran castigado de la historia. Un castigado que desconoce la autoría y la naturaleza de su crimen.

Las reformas psiquiátricas traen de la mano nuevos aires de libertad para el enfermo. Afortunadamente las puertas de los psiquiátricos ya no están cerradas pero el estigma asociado a la enfermedad sigue siendo un elemento crucial y de castigo para el enfermo, si no en lo real y en lo simbólico, sí en el imaginario comunitario. La comunidad es un espacio complejo con capacidad de generarse y regenerarse hasta el infinito. Lo comunitario constituye ese otro espacio donde se logra el sentimiento del ser, de poder estar, de poder aportar; en definitiva, y en palabras de Zygmund Bauman, el espacio donde se genera la identidad<sup>29</sup>. Pero la comunidad no está preparada, sensibilizada, ni es conocedora de este tipo de enfermedades. Es más, en muchos casos, la comunidad de acogida para el enfermo, por miedos y prejuicios, le rechaza activa o pasivamente. Por tanto, las reformas conllevan la integración del enfermo mental en comunidad, pero esto no es sinónimo de plena integración para el sujeto enfermo, ni tampoco lleva consigo sujetos participativos y demandantes. No obstante, la permanencia en dicha comunidad es, indudablemente, la primera vía para el ejercicio de la participación.

*(...) pienso que la gente a partir de la Reforma Psiquiátrica y de vivir en la comunidad ha posibilitado que más gente estudie que más gente se forme..... que más gente tome su vida en sus manos (...) todos tenemos derecho una vez que hemos pasado la crisis y los problemas de salud mental a olvidarnos de ello o a luchar por los derechos de otros y por los principios. Creo que tiene que ser algo voluntario y de alguna manera algo que cuando ya tienes cubierto el cupo de necesidades ya estás viviendo en la sociedad, ya me puedo plantear multitud de cosas (...) Pues a eso sí que ha contribuido la salud mental comunitaria. (Sujeto nº 1).*

La participación, la visibilidad del colectivo no es una realidad en el escenario comunitario español hasta hace relativamente poco tiempo. En la actualidad en el país existe una pequeña red de asociaciones de enfermos, usuarios, afectados por enfermedad mental. Constituyen un ramillete importante de asociaciones distribuidas por la geografía española. (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Extremadura, Canarias, Castilla la Mancha, Cataluña, Madrid, Murcia y País Vasco). Mención especial requiere Andalucía en donde existe una plataforma de asociaciones de usuarios de Salud Mental que recoge aproximadamente un total de 18 asociaciones. Es ésta, sin duda, la Comunidad Autónoma que no sólo recoge el mayor número de ellas sino que presenta el mayor nivel de organización asociativa a nivel autonómica, y que, incluso, preparó en Cabra, Córdoba (2008), el primer encuentro de Usuarios de España.<sup>30</sup>

El momento de mayor protagonismo del movimiento asociativo fue sin duda el II Congreso de la Federación de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP) que se celebró en Bilbao en el año

<sup>28</sup> Correa Urquiza, M. (2005) “Radio Nicosia: Propuestas para una inclusión real que derive en eje de nuevos caminos terapéuticos” en *La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los Servicios Sociales* (2005) Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales familia y discapacidad IMSERSO. Madrid, p. 180.

<sup>29</sup> Bauman, Z. (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Ed. Siglo XXI. Madrid.

<sup>30</sup> Cabra (Córdoba) 15 al 19 de Octubre de 2008. II Campeonato de Fútbol -7 y Encuentro Europeo de Asociaciones de usuarios y usuarias, familiares y profesionales.



2008 por cuanto constituyo la primera invitación formal al movimiento asociativo de usuarios. Hubo intentos anteriores de organizar dicho movimiento asociativo con resultados diversos. En Abril del 2005 fueron invitadas a Milán algunas asociaciones españolas al Congreso de Rehabilitación Psicosocial organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WARP); en otoño del 2005 en el Primer Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP) fueron nuevamente invitados(...) *La convocatoria a la reunión de usuarios, si bien resultó interesante y permitió establecer los primeros contactos entre Asociaciones y redes de usuarios de distintos puntos de España, no consiguió un resultado concreto. No hubo acuerdo para continuar contactos; sólo se acordó, genéricamente mantener contactos por e-mail*<sup>31</sup>.

Hay que esperar al II Congreso Nacional de Rehabilitación Psicosocial a que aparezca por primera vez en la historia de la Rehabilitación en España, la voz de los usuarios en primera persona. En una mesa se expone la “experiencia de los usuarios” en primera persona, con ponencias de Rene Van der Maler (Experiencia EURO-PSY Rehabilitación) y Margarita Zabala, como representante de la Coordinadora del Movimiento de Usuarios de España. Se trata de un intento de dar cuenta de su experiencia sobre la enfermedad y de trabajar sobre los siguientes objetivos:

*Promover el fortalecimiento y auto representación de los Usuarios, crear redes de comunicación. Conocer otros Colectivos a nivel nacional e internacional. Pretendemos que sea un foro más donde ciudadanos y Asociaciones, encuentren espacio para el diálogo y la puesta en común de iniciativas para mejorar la calidad de vida, favoreciendo la autonomía personal (...) Pretendemos que se cree esa plataforma, en defensa de los Derechos de las personas con enfermedad mental.*

De este Congreso surge la Plataforma de Usuarios de España promovida por varias asociaciones de usuarios, Asociación de Bipolares de Madrid (ABM), Asociación de Usuarios de Salud Mental de la provincia de Cádiz (AVANTE) y Asociación de Usuarios de Salud Mental de Cataluña (ADEMM). Figura también el Colectivo Orate,<sup>32</sup> con sede en Madrid, y cuyo presidente ha participado activamente en todas las reuniones preliminares para la constitución de esta plataforma. Desde su acta constitucional plantean:

- 1. Consideramos esencial que se consiga crear una plataforma que pueda representar a todas aquellas personas que tienen afectada su salud mental, sin hacer discriminación alguna por razones de diagnóstico, género o raza.*
- 2. La representación de las personas afectadas por diferentes patologías psiquiátricas ha recaído hasta la fecha en organizaciones de carácter profesional y asociaciones de familiares de afectados.*
- 3. La creación de la plataforma por parte de las personas afectadas por problemas de salud mental, supone una plasmación de los derechos humanos y de ciudadanía. Además ofrecerá una visión más humana, realista y verdadera del afectado y de su entorno.*
- 4. Creemos que la adopción de responsabilidades de carácter representativo por parte de los propios afectados es necesaria ya que contribuirá a una mayor comprensión de las diferentes dolencias, aportando una visión más humana, realista y verdadera del afectado y de su entorno y, por consiguiente, conducirá a un abordaje de calidad para con la persona.*

<sup>31</sup> Proyecto Colectivo Orate. Inédito. Más información sobre el colectivo en [www.psicosocialart.es/.../colectivo\\_orate.htm](http://www.psicosocialart.es/.../colectivo_orate.htm) -

<sup>32</sup> La existencia de esta organización tiene como fin general la integración del colectivo de personas con trastornos mentales severos (graves y persistentes), así como dar voz a este colectivo de usuarios. Surge de la mano de un grupo de alumnos de Trabajo Social de la Universidad a Distancia UNED en Madrid en Julio de 2007.

5. *Reconocemos que el esfuerzo para la constitución de una plataforma verdaderamente significativa y capaz de representar lo que se ha dado en llamar coloquialmente la “voz del usuario” necesita grandes dosis de esfuerzo y dedicación.*
6. *En el desarrollo de este proceso será necesaria la interlocución y el debate con diferentes agentes sociales, así como con entidades que en el ámbito de la salud mental cuentan con una mayor experiencia de trabajo.*

Son todas propuestas que apuntan a hacer valer y respetar los derechos humanos del colectivo y el acceso a la plena ciudadanía; al logro de unos tratamientos y servicios públicos de calidad y accesibles; a facilitar el acceso al trabajo, la vivienda, ocio e inclusión social; a ser tenidos en cuenta en la definición y evaluación de servicios; a reclamar y promover la participación de los afectados en su propio proceso terapéutico; a ser respetados en el derecho a la propia imagen y lucha contra el estigma; a promover la responsabilidad y la autonomía personal; a exigir el derecho a ejercer la auto representación como colectivo. Y a plantear su ejercicio desde la abierta y leal colaboración con familiares, profesionales y otros actores psicosociales.

En relación a esta plataforma de Usuarios, La Asociación Española de Neuropsiquiatría<sup>33</sup>, conscientes de la importancia de este hecho, manifiesta:

*Entendemos que la constitución de una Plataforma de Usuarios favorecerá, junto con la participación de otros colectivos profesionales y sociales, la búsqueda de actuaciones que promuevan una mejora de la atención en salud mental más acorde a sus necesidades, opiniones y expectativas (...) Su incorporación significa un paso hacia delante en la consecución de la ciudadanía de pleno derecho, insistiendo en la igualdad de oportunidades y en la progresiva y definitiva superación del estigma.*

Y finalmente el manifiesto de apoyo concluye:

*Por todo ello, manifestamos nuestro apoyo y colaboración en todos los temas de interés común dirigidos a mejorar las prestaciones del actual Sistema Nacional de Salud y a todas las actuaciones que contribuyan a la prevención del estigma y al desarrollo de los recursos adecuados a la realidad de los usuarios. (Doc. nº 4).*

Es ésta, sin duda, una declaración de apoyo incondicional, por parte de la Asociación de profesionales con mayor prestigio dentro del panorama español en materia de psiquiatría y salud mental. Es un importante avance a la hora de representar y defender los derechos de las personas afectadas por una enfermedad mental, dado que: *Forma parte de la estrategia social de la rehabilitación, la constitución de cauces de cooperación con las Asociaciones de familiares y de usuarios, y en particular, el apoyo a aquellas formas de participación en que los usuarios puedan ejercer, individual o colectivamente, sus derechos civiles y su autodeterminación personal*<sup>34</sup>.

La asignatura pendiente de la reforma psiquiátrica española entra en una nueva etapa en la que los usuarios con voz reclaman: (...) *Aspiramos a algo más que tan sólo a satisfacer nuestras necesidades básicas de la vida diaria: aspiramos a la plena ciudadanía desde la independencia*<sup>35</sup>. La voz de los

<sup>33</sup> Manifiesto de apoyo a la Plataforma de usuarios de Bilbao por parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. <http://www.aen.es/>

<sup>34</sup> *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003/2007.* Comunidad de Madrid Consejería de Servicios Sociales.

<sup>35</sup> Plataforma de Usuarios 2008 Bilbao.

usuarios reclama, no tanto la búsqueda de un remedio que todo lo cure, sino la lucha de cada sujeto, que cada persona pueda reorganizar su propia identidad en un entorno afectado y transformado, tanto por sus propias proyecciones como por las visiones que de él se tienen.

Pero, ¿Qué puede llevar a un sujeto enfermo a plantearse una actividad participativa en una asociación? ¿Cuáles son sus motivaciones? ¿Cómo es el espacio asociativo de los usuarios en su interior? ¿Qué características tienen estos grupos? La posibilidad de pertenecer a un grupo, de trabajar por la constitución de un tipo de rol social, y por la construcción de una identidad distinta a la socialmente asignada al enfermo mental, es sin duda, una de las cuestiones importantes a la hora de plantearse la participación en un grupo asociativo de estas características. En general la posibilidad de pertenecer a un grupo, a una red, es crucial. Suelen ser grupos pequeños organizados alrededor de una persona fuerte con capacidad de liderazgo y de aglutinar en torno a su figura un grupo de trabajo.

*(...) El colectivo Orate donde se puede decir que (no porque me lo quiera atribuir) pero así me lo reconocen... parte de mí, parte de uno solo y otros que querían hacer otras cosas. (Sujeto nº 1).*

Se reúnen, pues, alrededor de una tarea que en general tiene que ver con mostrar una cara más amable de la enfermedad mental. Una imagen muy diferente a la que aparece en los medios de comunicación que, generalmente, propaga una representación del colectivo vinculada a la peligrosidad y a la violencia; una imagen que contrasta con las vidas calladas y desconocidas de la mayoría de los personajes. Unos sujetos a los que la vida no ha tratado con justicia. En general, la más de las veces, se reúnen para hablar de sus problemas en la creencia de que éstos necesitan algo más que “pastillas y profesionales”. El grupo les da un lugar, les obliga al encuentro, les proporciona una responsabilidad, en definitiva les responsabiliza en el ejercicio de un compromiso. Son además espacios donde pueden mostrarse en plenitud; no tienen necesidad de ocultar su condición de enfermos, y por tanto la presión de la normalidad no existe de la misma manera que en grupos o actividades de “carácter predominantemente normalizado”.

Obviamente, como en todo grupo humano, esta convivencia no puede realizarse sin conflicto. En este colectivo tampoco; por ello las situaciones de tensión emocional y relacional conviven con los personajes. La salud del grupo va a depender, en definitiva, de la capacidad de afrontar y resolver el conflicto entre sus miembros. Cuando un sujeto diagnosticado es minoría en un colectivo de defensa de los derechos de los enfermos mentales, pueden ocurrir cuestiones curiosas en relación al estigma como las que plantea el sujeto número uno:

*(...) Si yo tengo un diagnóstico que además se lo hago saber a mis compañeros, yo tengo un diagnóstico; tengo una valoración de discapacidad(...) me defino como persona, sujeto de derechos y mi situación en el colectivo es como un alumno más; pero una vez que el colectivo ha tenido ya su recorrido....siento que tengo que lograr salvar el estigma y el prejuicio (...) entonces a mí me eligen presidente del colectivo por unanimidad, el colectivo lo forman en principio diez personas y luego para las jornadas con apoyo de mucha gente y bueno yo me siento hoy uno más... pero ya te digo obra de alguna manera el prejuicio y entonces ha habido situaciones en el colectivo donde yo me he sentido incómodo. (Sujeto nº 1).*

El presidente del Colectivo Orate, único en presentar su diagnóstico frente al grupo, se encuentra con el prejuicio y el estigma frente a sus “compañeros de armas “. ¿Significa esto que el prejuicio actúa también entre los miembros del grupo en relación a una buena o mala salud? Así nos responde a esta cuestión:

*(...) No sé cómo decirte.... el estigma.... llámémosle estigma sí... El estigma obra también en los colectivos más solidarios y nos tenemos que medir nosotros mismos con otros que tengan enfermedad mental y elaborar nuestros prejuicios para que, de verdad, se respeten los derechos de esas personas. (Sujeto nº 1).*

Si se es diferente es porque se está en crisis y no porque se piense de diferente manera o se tengan criterios propios en relación a un tema determinado.

*(...) obra el prejuicio (...) cuando yo discuto, a mí me achacan nada menos que una crisis, es decir cuando yo discuto es probable que yo entre en crisis, es probable que yo me tenga que cuidar más, ante esos comentarios o afirmaciones, pues hay parte del colectivo que se pone a la defensiva de alguna manera; cuando yo siempre he manifestado que yo soy yo mismo, que no estoy en crisis que me cuido, que no es el diagnóstico y que soy así. (Sujeto nº 1).*

Pareciera entonces que estamos frente a una de las cuestiones claves en los grupos relacionadas con la cuestión del poder y el liderazgo en su seno, más allá de la condición de salud o enfermedad. El prejuicio es usado contra el líder, al igual que los “normales” usan el prejuicio y la descalificación para denostar al colectivo. Esta descripción es por tanto isomórfica respecto a la población mayoritaria cuando califican o valoran la representación y el peso de los colectivos de enfermos mentales graves.

Por otro lado, nos cuentan los entrevistados, existe otro tipo de movimiento asociativo<sup>36</sup> con distintos caracteres como vemos en la cita siguiente:

*(...) son claramente antipsiquiátricas y otras que tienen posiciones que serían fácilmente asumibles por los profesionales, digamos estándar, de la salud mental. Por ejemplo, tenemos la World Network of Users and Survivors of Psychiatry WNUSP (Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría), integrada por personas “experimentadas de la psiquiatría” que a su vez tiene una rama en Europa (ENUSP). Agrupan un número reducido de usuarios muy activos, y han conseguido hacer llegar sus opiniones con cierto impacto en la OMS o las Naciones Unidas o la FEARP. Tienen una vida asociativa difícil, enormes dificultades de financiación, pero sin embargo organizan reuniones en distintas partes del mundo, y ofrecen unos testimonios y unas ideas muy interesantes dignas de ser recogidas, y su actividad merece ser estimulada en los próximos años. (Sujeto nº 2).*

Así nos lo explica también JCC, presidente del Colectivo Orate:

*( ...) Sí, he tenido unos pequeños contactos con el movimiento asociativo en salud mental, se puede decir que estoy dando un poco los primeros pasos, he leído cosas sobre el movimiento en EEUU, he leído cosas también de proyectos de usuarios, de usuarios de psiquiatría en Europa, y... bueno, son un poco modelos donde los usuarios tienen más voz que aquí, tienen más relación, aunque al final es una idea mía, porque igual está pasando lo mismo en España, que hay movimientos locales pequeños que están luchando por sus historias personales y proyectos de vida y tratar con otros de hacer cosas. He tomado contacto con la Asociación Mundial de Usuari@s y de psiquiatría hace bien poquito, con motivo de la Convención de Derechos Humanos de personas con discapacidad porque esta Asociación ha participado en esta Convención...se autodenominan supervivientes de los usuarios de la psiquiatría. (Sujeto nº 1).*

<sup>36</sup> Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría. [www.ccdh](http://www.ccdh)

La Comisión Ciudadana de Derechos Humanos es una organización sin ánimo de lucro dedicada a la investigación y exposición de violaciones de derechos humanos realizadas en el campo de la psiquiatría. También, según figura en su página Web, se asegura que los actos delictivos de la industria psiquiátrica sean denunciados a las autoridades pertinentes para que se tomen las acciones pertinentes. CCDH (en inglés CCHR) fue fundada en 1969 por la Iglesia de Scientology y el Doctor Thomas SAS, Profesor Emérito de Psiquiatría en la Universidad Estatal de Nueva York, Syracuse. En la actualidad cuenta con 135 oficinas en 34 países (incluida España) y se ha establecido como un poderoso grupo de defensa de los Derechos Humanos en Salud Mental. Es frecuente ver a representantes de este movimiento en los actos públicos, jornadas y congresos de salud mental y psiquiatría, protagonizando y reivindicando la defensa activa de los derechos humanos del colectivo. Es éste, sin duda, el movimiento pionero y el más reivindicativo en el panorama asociativo a nivel internacional. Sus reivindicaciones han estado siempre del lado de reclamar el consentimiento informado para el tratamiento psiquiátrico y el derecho a la representación legal, defensa, recursos y compensación para los pacientes y la defensa de las buenas prácticas en psiquiatría. Es, en definitiva, un movimiento básicamente reivindicativo que proclama la defensa de los derechos humanos para el colectivo.

*(...) Los movimientos de usuarios queremos otra cosa, queremos vida independiente, queremos potenciar la autonomía personal y queremos de alguna manera que a la gente no se la incapacite, que seamos capaces de que una persona con los apoyos necesarios llegue a regir su vida, tome decisiones, tenga su trabajo, tenga su formación, bueno y si no puede trabajar porque la enfermedad deteriora mucho, por lo menos que siga conectado a la redes sociales y no se le excluya de todo, y porque es lo peor que le pueda pasar a un enfermo mental, es decir, pasar al lugar donde él está encerrado en su casa, se puede decir preso por su propia familia... O... por el mismo... por su propia enfermedad donde los derechos ya no cuentan porque no pueden disfrutar del ocio... Los usuarios tenemos que decir mucho sobre todo esto. (Sujeto nº 1).*

El grupo que describe JCC -El Movimiento de Vida Independiente-, es otro importante movimiento de corte reivindicativo, y con fuerza en el panorama internacional, que aglutina en sus filas a diferentes colectivos de sujetos dependientes. El movimiento surge en la década de los sesenta de la mano de Ed Roberts, y en un momento de la historia norteamericana de máxima reivindicación de los derechos civiles de la minoría afro americana; es el momento histórico en donde los grupos de autoayuda comienzan a cobrar protagonismo; donde en Norte América surgen organizaciones gestionadas por personas con discapacidad de diferente tipo. Sus reivindicaciones se centran en reclamaciones diversas para afrontar las necesidades de los discapacitados para vivir en comunidad. (...) *Una lucha por la justicia social y la igualdad económica. ¡Dignidad, igualdad y respeto, no caridad!*<sup>37</sup>. En definitiva reclaman auto-determinación, auto-control, autonomía personal, igualdad de oportunidades, no-discriminación, independencia y, como resultado, calidad de vida partiendo de la premisa de que la condición de discapacidad ha sido y es motivo constante de inequidad social según se plantea en las páginas del documento mencionado.

El movimiento de Vida Independiente ha evolucionado con el tiempo y está en Estados Unidos en lo que algunos denominan ya como Tercera Generación; hoy continúa evolucionando. Desde su territorio se ha expandido por el mundo entero. Existe la Organización Mundial de las Personas con Discapacidad (DPI) y la Red Europea de Vida Independiente (ENIL). Desde su ideario se entiende que la ayuda mutua, la ayuda entre iguales *que se propugna desde el Movimiento de Vida Independiente*, demanda del individuo con discapacidad automotivación, interés por sí mismo y por la mejora de las situaciones que

<sup>37</sup> Heumann J, E, prólogo al texto Movimiento de Vida Independiente de en García Alonso, J, V (Coord.) (2003). Movimiento de vida Independiente. Fundación Luis Vives, Obra Social Caja Madrid. Madrid.  
<http://www.fundacionluisvives.org/BDD/publicaciones/documentacion/MVI.pdf>



le afectan a él o a su bienestar, como un requisito previo a su participación plena en la sociedad. Esto significa que el individuo debe tener opciones para determinar la dirección hacia la que va a dirigir su vida, y estas opciones, a día de hoy, sólo pueden venir dadas por una exigencia ante el poder político de restitución de unos derechos vetados que permitan a los sujetos vivir de una manera digna y segura, así como decidir de manera autónoma sobre sus planes de vida futura.

En España, también este movimiento llegará más tarde. En los años de su aparición en el panorama internacional nuestro país por situación socio política está muy lejos de adscribirse al movimiento. España no sólo no tenía la tradición de la defensa de la discapacidad, sino que tampoco tenía la posibilidad de generar movimiento asociativo para reclamar y defender en la línea de los derechos políticos y civiles en que se estaba haciendo en el resto del mundo.

El Foro de Vida Independiente, surge en nuestro país a partir de 2001 como un movimiento virtual; utiliza Internet como modo de comunicación y está compuesto únicamente por personas que solo se representan a sí mismas.

Para el movimiento de Vida Independiente en España la discapacidad no es sino una faceta de la diversidad que exige equiparación de derechos en todos los planes de la vida. Desde sus filas y bajo el lema *nada sobre nosotros sin nosotros*, se promueve la responsabilidad del sujeto con discapacidad en la toma de decisiones vitales para su existencia.

El movimiento plantea la importancia y la necesidad de control sobre la vida cotidiana, profesional y familiar. Esto presupone, actuar de modo independiente de otras personas, uno de los núcleos de la filosofía de la Vida Independiente. Esta cuestión no debe confundirse con la capacidad de desenvolverse de modo autónomo. El movimiento parte de la premisa de que en un sistema fundamentado en la defensa de los derechos civiles toda persona tiene respaldados por el Estado sus derechos básicos y compensadas, igualitariamente, sus carencias. La discapacidad para el movimiento no es sino una forma más de la diversidad humana. Asimismo, propugna el control del sistema de ayudas y de atención por parte del sujeto dependiente. Para ellos no es aceptable un sistema de apoyos y ayudas que en cualquier momento pueda estar por fuera del control absoluto de la persona con discapacidad. Recientemente Juan Carlos Casal, presidente del Colectivo Orate y Presidente de la Asociación Alonso Quijano, ha sido invitado a representar al colectivo de enfermos mentales, a través del Foro de Vida Independiente.

Con respecto a las relaciones del movimiento de usuarios con otras redes de asociaciones a nivel internacional, los contactos son escasos, si bien recientemente la red asociativa europea está intentando organizar y sistematizar los encuentros. España necesita de un representante, con voz y fuerza para representar las voces de los diferentes colectivos nacionales, hecho éste que no es fácil dada la fragilidad relacional existente en la actualidad alrededor del mismo, pese a los indudables avances que se han producido en el movimiento asociativo del colectivo.

*(...) somos un colectivo poco comunicado con otros movimientos sociales, pero porque las propias estructuras de poder, se puede decir que hacen que el usuario simplemente crea que es él que hay que cuidar... proteger e incluso si no quiere medicarse pues le vamos a obligar, porque si no todo puede salir mal y todos conocemos un poco lo que piensa la prensa... y ahí está (Sujeto nº 1).*

Y continúa:

*(...) La primera dificultad es conocernos y que haya redes de comunicación, esa es la primera, después hay otra, la económica, después hay otras dificultades que vamos a la rémora de otros*



*colectivos; las asociaciones, están muy nutridas económicamente por medios públicos y las asociaciones no tiene esos medios públicos, no tenemos puntos de encuentro, jornadas, congresos para hacer este tipo de cosas, existe una barrera que es una barrera tecnológica en la comunicación, es decir, que es una barrera muy importante, porque el colectivo de usuarios al que nos estamos refiriendo cuando has pasado este tipo de procesos de enfermedades graves que te vieras individualmente y una de las cosas que se manejan muy poquito en las nuevas tecnologías, como el correo electrónico, apenas he manejado; no existen páginas webs, apenas blogs, tampoco, de usuarios donde podamos comentar cosas, donde podamos debatir. Es una dificultad muy importante porque, claro, el territorio español es muy grande, todos tenemos nuestras cosas y claro donde otros colectivos han podido comunicarse electrónicamente nosotros no podemos, pero existe analfabetismo, por así decirlo, de comunicación; a esto contribuye también la sociedad, porque el tener una conexión a internet es algo caro... no solamente ya formarte en ello, si no tener los medios para poder tenerla en casa, cosa que venía muy bien para otros factores o para otras cosas, no sólo para comunicarnos entre redes sociales, pero a mí me parece que eso es una dificultad mayor muy importante..., luego otra, la imposibilidad de tener encuentros personales, falta de bienes económicos, y luego falta de respaldo de las instituciones públicas .(Sujeto nº 1).*

Las dificultades a las que se hace alusión están en relación a la fragilidad de las redes sociales de los enfermos mentales, elemento de la vida social fundamental para mantener un cierto equilibrio frente a los desafíos de la vida cotidiana. Así, son definidas por Sluzki<sup>38</sup>: “como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o que define como diferenciadoras de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona que contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de si. Constituye, pues, una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis o situación problemática”. Por el contrario, las redes de estas personas son, en su mayoría, débiles, resquebrajadas, poco compactas y muy centradas alrededor de los cuidadores y familia de origen. Son altamente significativas las pérdidas a las que se han visto sometidos en la mayoría de los casos. Las crisis psiquiátricas que ha podido tener un sujeto en el tiempo contribuyen activamente a que las redes naturales se distancien, mientras que con el tiempo en general se van fortaleciendo las redes secundarias que se forjan a través de los Servicios de Salud Mental Comunitarios u otros dispositivos similares con fines rehabilitadores.

Es preciso, antes de concluir el presente epígrafe, analizar someramente las relaciones entre el movimiento asociativo de enfermos mentales y el resto de asociaciones de tipo profesional:

*(...) Ésta, la ASEP, la Asociación Española de Psiquiatría, en donde está el 90% de psiquiatras del estado español,; es una fundación que tiene asociaciones muy potentes de psiquiatría, psiquiatras biológicos... son profesionales y pienso que apenas tienen contacto con los usuarios españoles... Pero sí llaman a Jhon Nass para sus congresos... pero en España yo no conozco que esta gente tenga contacto con el movimiento asociativo de usuarios, sí que tienen convenio con FEAFES... ASEP ha hecho una serie de recomendaciones en conjunto con FEAFES de cosas que tienen que contener ese informe de salud para la obtención de la condición, entonces la ASEP tiene contacto con FEAFES. (Sujeto nº 1).*

<sup>38</sup> Sluzki, C.E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Ed. Gedisa. Madrid, p. 42. En este texto el autor analiza desde una óptica sistémica y constructorista las redes sociales en salud mental. Desde sus páginas plantea como las redes sociales desempeñan un papel fundamental como amortiguadores de los diferentes efectos que pueden producirse frente a situaciones estresantes así como su importante función como soporte social. Su obra es referencia obligada en el tema que nos ocupa.

La filosofía de atención al enfermo mental determina la posición ideológica y de poder de los profesionales de la psiquiatría. Es cierto que estas asociaciones han contado con egregios enfermos internacionales en sus Congresos, pero no con usuarios o representantes del colectivo a nivel español. Sus congresos son posiblemente de los más visitados por uno de los movimientos al que nos hemos referido y que con más virulencia reivindicativa se presentan. Nos referimos a la Comisión Ciudadana de Derechos Humanos. Esta respuesta y presencia masiva está, en parte, y según sus propias manifestaciones, motivada por el poder que para el colectivo representa esta Asociación, ya que es vivida como puramente biologicista y alejada de los paradigmas más humanistas de la psiquiatría actual. Por el contrario mantienen relaciones más fluidas con asociaciones de corte más progresista:

*(...) Hay otras asociaciones grandes en España de profesionales que son: La Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N) donde parte un poco todo el movimiento de psiquiatría, asistencia comunitaria, las asociaciones de psiquiatría en España y la FEARP que son Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial..... son asociaciones donde aparte de psiquiatras hay también otro tipo de profesionales de salud mental, trabajadores sociales, psicólogos...De vez en cuando, pues esta gente nos llaman por si hacen alguna ponencia o intentar que en el seno de sus jornadas allá algo de usuario pero algo muy poco, Lo profesionales quieren que los usuarios salgan adelante que se oiga la voz de ellos... Pero se nota que hay clases, yo he asistido a pocos congresos de profesionales pero sí que en alguno he estado, quizás sea como yo me posiciono, pero no es lo mismo ser un psicólogo o un psiquiatra en un congreso de la FEARP que ser un usuario. Volvemos al estigma... aunque sean los propios miembros de la asociación.... eso está ahí. Sí que el mayor respaldo se está teniendo dentro de estas asociaciones, dentro de la A.E.N y de la F.E.A.R.P. (Sujeto nº 1).*

Las reflexiones, sin embargo, del entrevistado retornan nuevamente al estigma y la segregación, a pesar de ser asociaciones muy activas en la defensa de los derechos del colectivo. Quizás lo que no hay todavía es tradición de su presencia, en igualdad de condiciones, como en el resto del panorama internacional. Quizás todavía estamos muy lejos de lo que la Doctora Raquel Perkins pregona y plantea abiertamente o lo que manifiesta el Doctor Guinea en su entrevista:

*(...) Acabo de llegar de Boston de una reunión científica donde aproximadamente una tercera parte de los participantes eran personas con enfermedad mental que tenían un punto de vista muy válido y auténtico sobre lo que les pasa y lo podían explicar.*

*Por ejemplo, tuve ocasión de coincidir en una ponencia del congreso con Judith Chamberlin, una mujer que lleva 20 años defendiendo los puntos de vista de personas con enfermedad siendo ella misma una persona enferma, lo que no le impide ni ser psicóloga ni colaborar con la Universidad de Boston como técnico y como líder y experta en los movimientos asociativos.*

*Lo que está claro es que cuando se permite a los usuarios explicar cuáles son sus necesidades, nos dicen cosas muy interesantes.* (Sujeto nº 2).

Y continúa:

*(...) Lo que sí parece evidente es que la capacidad de autrepresentarse, la capacidad de decidir pertenece a las personas y no hay razones médicas ni técnicas para hurtarles ese derecho.* (Sujeto nº 2).

Y es éste finalmente el reto al que todavía el colectivo de enfermos mentales tiene que enfrentarse. Situarse en el mundo asociativo con fuerza y reclamar por derecho lo que les corresponde, es decir, proclamar con una narrativa clara, en voz alta y en primera persona, las necesidades del colectivo,

buscando los apoyos necesarios para que esto pueda ser una realidad. Un reto que permita a las partes implicadas mostrar su realidad vital y existencial al mundo, sin miedo al estigma o a la segregación. Un movimiento que desde la diferencia, su diferencia, pueda construir una identidad y una plena integración de ciudadanía. La plataforma de asociaciones de usuarios a la que aludíamos al principio puede ser el espacio idóneo de encuentro y de reflexión, punto de debate entre el colectivo y la sociedad.

Aquel congreso de Bilbao del que dábamos cuenta como momento que inaugura la aparición formal del movimiento de usuarios ya es historia. El III Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (Valladolid Junio de 2010) contó con la presencia del movimiento de usuarios a través de varias de sus organizaciones para participar en una conferencia y un taller sobre participación y ciudadanía.

## 2. MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE FAMILIARES AFECTADOS POR ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

En este análisis es sumamente importante que nos aproximemos también al movimiento asociativo de familiares afectados por enfermedad mental grave. Este movimiento asociativo surge parejo a los momentos de reforma psiquiátrica en España, como podemos ver en la siguiente cita:

*(...) Esto supuso un avance en algunos aspectos de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica y facilitó la creación de unidades específicas de salud mental, así como unidades de hospitalización psiquiátrica en Hospitales Generales. Sin embargo, su puesta en práctica significó el desmantelamiento de otros recursos, que no se acompañó de la creación de otros alternativos, necesarios para la atención especial de las personas con enfermedad mental crónica<sup>39</sup>.*

Frente a este hecho algunos familiares deciden organizarse en aras de aunar esfuerzos, en y para la reivindicación de tratamientos y recursos adecuados para sus familiares. Las asociaciones surgen de la necesaria oposición a la realidad existente, de un balance negativo entre la realidad y las necesidades percibidas. Se reúnen y representan los problemas que ellos perciben.

*(...) nuestras asociaciones son todavía jóvenes, creadas a partir de la Reforma Psiquiátrica, y otras asociaciones se basan en la veteranía para marcar diferencias con las nuestras, con lo que provoca que dentro de las asociaciones que se preocupan de la discapacidad se tenga que luchar para que las asociaciones de salud mental tengan su sitio.* (Ent. D. Pedro Martínez Núñez).

En 1976 algunos familiares de personas con enfermedad mental de la mano de Margarita Henkell crean la Cooperativa Nueva Vida, disuelta para volver a aparecer años más tarde en 1981 como Asociación Psiquiatría y Vida de Madrid. En 1976 en Álava se constituye la Asociación Alavesa de Familiares de Enfermos Psíquicos ASAFES, todavía en funcionamiento. En 1979 se constituye la Asociación para la Rehabilitación de Enfermos Psíquicos AREP, todavía activa. En 1980, se crean asociaciones similares en parte del territorio español, La Coruña, Murcia, Valencia, Tenerife y en la Rioja siguiendo en parte el fenómeno asociativo que se está viviendo en el país, herencia en parte del movimiento asociativo reivindicativo de los últimos años del franquismo. En marzo de 1983 se crea la Federación Española de Asociaciones de familiares de Enfermos Psíquicos.

<sup>39</sup> Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental [www.feafes.com](http://www.feafes.com)

*Fue una labor muy dura. Primero por el ocultismo de las familias y segundo por el sigilo profesional.<sup>40</sup>*

¿Por qué el ocultismo al que hace alusión la directora de Psiquiatría y Vida, Margarita Henkell? La cuestión se repite sin cesar a lo largo de la historia identitaria de los enfermos mentales: el estigma, el prejuicio (que abarca la identidad familiar) siguen siendo elementos esenciales que determinan el comportamiento de los sujetos afectados y de sus familiares. Estigma y prejuicio obligan al silencio y al amordazamiento de los enfermos y de sus familiares en numerosas ocasiones. La identidad personal se construye en un contexto social, requiere además participación y una convivencia social de los autores protagonistas; el impulso de estos primeros movimientos de familiares de enfermos mentales tiene el sentido de visibilizar el fenómeno de la locura, combatir el estigma y generar capital social. Pero, ¿por qué el sigilo profesional? Los procesos se co-construyen; cuando los movimientos de familiares de enfermos mentales reivindican participación activa en la defensa del colectivo, persiste una línea de profesionales de la psiquiatría anclados en el viejo modelo de atención psiquiátrica. Por otro lado, un incipiente grupo de jóvenes profesionales de la salud mental (con ímpetu renovador pero sin poder dentro de las estructuras de decisión) reclaman (en sintonía con los aires reformistas europeos) la participación de los familiares en la normalización y el mantenimiento del individuo enfermo en la comunidad. Ambos posicionamientos por tanto funcionaron de manera diferente en este sentido funcionando con cautela en un tema novedoso y complejo.

La Federación Española de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos (FEAFES) fue declarada asociación de Utilidad Pública según Orden Ministerial de 18 de diciembre de 1996. Constituyó un hito por cuanto que es la primera organización federada de asociaciones en el territorio español unida por la reclama y defensa del colectivo de enfermos mentales. En 1991, FEAFES pasó a denominarse Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales. Tal fue el éxito del movimiento asociativo, que hizo que el aumento de Asociaciones en las diferentes Comunidades Autónomas propiciará la creación de Federaciones autonómicas. Esta organización federativa es valorada por sus protagonistas como *Un modelo adecuado oportuno y rentable para la coordinación, homologación y comunicación internas.*

FEAFES es, entonces, la Confederación Española que agrupa, desde 1983, a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares de todo el territorio nacional. Desde 1998, FEAFES cuenta con el Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental (CEIFEM), y en 2004 promueve la constitución de FUTUPEMA (Fundaciones Tutelares para Personas con Enfermedad Mental Asociadas) y FEAFES Empleo (Asociación empresarial constituida por los Centros Especiales de Empleo). En 2003, la Confederación inicia un proyecto denominado FEAFES Siglo XXI: Plan Estratégico. Según refiere la propia confederación éste supuso la apertura de un proceso de reflexión, definición y formación que culmina con el objetivo de aumentar la presencia activa de las propias personas afectadas con enfermedad mental en la organización, la toma de decisiones y el funcionamiento diario de las asociaciones<sup>41</sup>.

*Ellos se llaman Confederación de Familiares de Usuarios de enfermedad mental y se ha constituido ahora mismo en asociaciones casi de servicios, como yo pienso, gestionadas por profesionales mal pagados porque me imagino que, al ser asociaciones, tampoco deben de pagar mucho a sus gestores; entonces eso lleva a que la gente esté poco motivada; entonces, por ejemplo, en Madrid forma parte del movimiento de Feafes: Amafe que es una asociación más*

<sup>40</sup> [www.feafes.com](http://www.feafes.com)

<sup>41</sup> Sánchez Monge, J. M. FEAFES 25 años trabajando por la salud mental en *Revista Psiquiatría* vol. 2 nº 1, enero 2009.

*grande yo creo, incluso, que la más grande de España... es una asociación de usuarios de enfermos de esquizofrenia, pero claro su junta directiva son familiares y ellos en Madrid tienen un centro de día privado, entonces claro los usuarios no son más que consumidores de servicios. (Sujeto nº 1).*

Se pone de manifiesto con esta afirmación la evolución en el ideario del movimiento asociativo de familiares, desde la afirmación de la creadora M. Henkel, con un carácter reivindicativo y subversión del modelo de atención, hasta la asociación vista como empresa que provee de servicios, generando sus propios recursos y servicios: servicios asistenciales, rehabilitadores, informativos, consultivos, jurídicos y terapéuticos.

*FEMASAM en Madrid, tienen otra cosa que a mí me parece que no han hecho bien, que es la Fundación Manantial que ya se ha convertido como dicen otros en el Corte Inglés de los usuarios de salud mental y es una fundación creada por las asociaciones de familiares y entiendo que es para dar servicio a sus familiares (...) incluso con opción de tutela, con mini-residencia, pisos tutelados, entonces son cosas que están muy bien para cuidar a los enfermos mentales, pero ... se necesita cuidado, tratamiento, respeto, se necesitan otro tipo de cosas; en eso FEAFES y otras asociaciones de esa federación pecan, estén limitadas o no han empezado a abrir sus puertas a los usuarios más que como consumidores de servicios... proteger e, incluso, si no quiere medicarse pues le vamos a obligar porque sino todo puede salir mal y todos conocemos un poco lo que opina la prensa. (Sujeto nº 1).*

El discurso que domina en la federación, su ideario, está cifrado por el contrario en la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la defensa de sus derechos, en cuanto a normalización de la enfermedad para su equiparación con el resto de patologías, y la representación del movimiento asociativo en todos los ámbitos de representatividad social.

En el ámbito de los Servicios Sociales las asociaciones de familiares de Salud Mental tienen, en general, una trayectoria distinta a la del resto de asociaciones de discapacitados, reflejando por otra parte, la escasa protección social que hoy por hoy siguen teniendo las enfermedades mentales en nuestro país. Por todo esto, FEAFES se define como un movimiento eminentemente reivindicativo que trabaja en los diferentes foros y entidades a los que tiene acceso.

*Aclarar si estamos en un modelo sociosanitario o sanitario (...) cuando hablamos de actuaciones sociosanitarias o rehabilitación psicosocial, y muchas veces lo que oculta es un problema económico. Hay que tener en cuenta que una cama hospitalaria para atender a un enfermo mental, está en torno a 3.000 euros al mes. Si cambiamos el concepto y la llamamos cama sociosanitaria el precio estaría en torno a los 300 euros y si ya bajamos del concepto sociosanitario y es el nivel familiar, éste no cuesta nada. Lo que se ha hecho es una amortización de camas, es una Reforma Psiquiátrica con un coste cero para el Estado, y un coste familiar que no hemos cuantificado pero qué sería altísimo. (Entr. D. Pedro Martínez Núñez).*

En la misma línea, señalando la desigual atención desde el modelo social de cuidados en nuestro país, refiere F. Ibáñez Pascual<sup>42</sup> que este modelo propicia que la atención de cuidados recaiga básicamente sobre la familia y, fundamentalmente sobre las mujeres, principales proveedoras de cuidados. El rol de cuidadoras en las mujeres, señala la autora, es un rol de género asociado culturalmente al proceso de socialización, y con más intensidad en el caso de la atención a personas con problemas de salud mental.

<sup>42</sup> Ibáñez Pascual, F. Pascual Menéndez, J. (2006) "La familia en la continuidad de cuidados" en *La Continuidad de Cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios. Madrid.



Esta es una cuestión interesante si se piensa además en términos de participación en el movimiento asociativo de familiares. Sus miembros más activos y los que más tareas ejecutan en los espacios asociativos son precisamente las mujeres. Ellas pueden desarrollar un taller, destinado al asociado enfermo tanto de cocina como de literatura o habilidades de la vida diaria. Llenan además el espacio público de la asociación con la actividad y la participación de profesionales con distinto grado de implicación en su desarrollo.

¿Cuál es el panorama actual del movimiento asociativo en nuestro país? FEAFES es la única entidad de ámbito estatal existente en España, que representa al movimiento asociativo de familias y personas con enfermedad mental de modo que sus actividades están abiertas a cualquier persona interesada en la Salud Mental. Es además miembro fundador de la Federación Europea de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI); miembro de de la World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD); de la World Federation for Mental Health (WFMH); de Mental Health Europe (MHE); del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), del Patronato de la Fundación ONCE y de la Asociación Española del Pacto Mundial (ASEPAM).

*Los primeros seis meses de mi dedicación a la Federación de Asociaciones, me dediqué a la creación de la Fundación Manantial, después me impliqué en la presidencia de la Federación con siete asociaciones y lo dejé a los seis años, con 22 asociaciones, con todo un modelo, la creación de grupos de autoayuda, que se puedan formar grupos, que conozcan lo que es la enfermedad mental desde la perspectiva no que me puedan dar, sino de la que yo soy capaz de dar, y que adquieren una relevancia que nunca creí que pudieran llegar a tener .( Ent D. Pedro Martínez Núñez).*

La Fundación Manantial es una entidad sin ánimo de lucro, de ámbito estatal, declarada de finalidad benéfica asistencial en 1995 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Surge en 1995 a iniciativa de las asociaciones de familiares de enfermos. Sus fines se concretan en el ejercicio de la tutela de personas con trastorno mental grave, en la puesta en marcha y gestión de recursos de atención social, y en la búsqueda de recursos adecuados para la promoción, y creación de empleo. Según su presidente Francisco Sardina su misión es *La atención social e integral a las personas con Trastorno Mental Grave y encarna una mezcla de filosofía de empresa basada en una alta calidad de gestión, con un espíritu de entrega, y por qué no decirlo, de amor hacia las personas con TMG y de sus familiares*<sup>43</sup>.

La Fundación Manantial<sup>44</sup>, actualmente en Madrid, cuenta con una red de recursos de atención al colectivo muy importante. Recursos que están siendo financiados a través de la vía de la Concertación de Servicios con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. En la actualidad en la Comunidad de Madrid cuenta con ocho equipos de apoyo social comunitario (EAS), cinco Centros de Día, cinco Centros de Rehabilitación Psicosocial, cinco Centros de Rehabilitación Laboral, tres Mini Residencias, doce pisos supervisados, vinculados a Mini Residencias, y siete programas de pisos supervisados. Y según los datos de su memoria, a través de sus programas de integración laboral ha contratado 6 personas con enfermedad mental frente a las 101 que gestionan la actividad de sus diferentes recursos.

Volviendo a FEAFES y sus recursos, cuentan con el Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental (CEiFEM), servicio que ofrece la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Surge en 1998, como respuesta al gran

<sup>43</sup> Fundación Manantial. [www.fundaciónmanantial.org](http://www.fundaciónmanantial.org)

<sup>44</sup> Datos extraídos de la memoria de actividades de la Fundación Manantial 2008



desconocimiento que existe del tema y a la necesidad de una información permanente, directa y sencilla sobre la salud mental.

Hasta ahora, en lo que vamos describiendo, el movimiento asociativo de familiares se constituye como una alternativa viable en la prestación de servicios de bienestar para el Tercer Sector. Tienen una representación cada vez mayor, unos cauces de comunicación cada vez más directos con los representantes políticos. FEAFES, en su papel de representación del colectivo de personas con enfermedad mental y sus familiares, ha participado en el diseño y desarrollo de políticas y avances legislativos. Especial mención merece su participación en La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (Ley 39/2006 de 14 de Diciembre), en el Libro Verde de la Salud Mental<sup>45</sup>, en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (13 de Diciembre de 2006), en el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (Bruselas 12, 13 de Junio de 2008), y en el IV Plan Nacional de Inclusión Social 2006/2008.

Además, en los últimos años, la Confederación ha trabajado con los medios de comunicación con diferentes programas y proyectos. Documentos como *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo, Lexicon*. También en campañas como *Zeroestigma, La esquizofrenia abre sus puertas, Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental* (divulgada y lanzada por el Ministerio de Sanidad) o *Mentalízate y Acoso o Discriminación*<sup>46</sup>.

La Federación Madrileña de Asociaciones de Salud Mental (FEMASAM), por su parte, participó activamente en el proceso de elaboración del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003/2008. También tienen una mención especial en el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica (Programa de información, asesoramiento y apoyo a las familias). Y, de Manantial ya hemos visto la amplia cartera de servicios concertados que oferta.

La cuestión, a mi modo de ver, radica entonces en analizar el papel que en un futuro tendrá el movimiento asociativo de familiares; es decir, si ellos mismos se van ofertar como servicio, van a poner a disposición de sus asociados y de la población en general, *su cartera de servicios y programas*, o si, por el contrario, su papel y tarea quedará cifrado en la defensa del colectivo de usuarios y familiares, promoviendo la participación, combatiendo el estigma y sin oferta de servicios o, finalmente, en una tarea mixta donde ambas proposiciones se conjuguen y caminen parejas. Si se ofertan como servicios corren el riesgo en palabras de Alejandro Bello Gómez de realizar una función de espejo que refleja la descoordinación entre dispositivos, la no coordinación real a nivel clínico, y la prepotencia de los profesionales que se creen por encima de los demás<sup>47</sup>. Puede suceder que no favorezcan ni garanticen la continuidad de cuidados del colectivo de enfermos dado, que nuevamente estaríamos frente a redes diferentes de intervención y cuidados con los problemas que esto puede llevar aparejado. Puede que en aras de ofertar servicios creen una red paralela a la red pública y pierdan sus puntos de vista, sus objetivos reivindicativos, alejándose de este carácter inicial reivindicativo y de defensa de los derechos del colectivo y priorizando la prestación de servicios, mimetizados con el poder y convirtiéndose en mini empresas de servicios con amplias carteras de servicios a ofertar a la colectividad en plena competencia

<sup>45</sup> Publicado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO, Madrid 2005. <http://www.seg-social.es/imsero>

<sup>46</sup> Sánchez Monge, J. M. Op cit, p. 17.

<sup>47</sup> Bello Gómez, A. (2006). "Una perspectiva de las asociaciones de familiares en salud mental" en *La Continuidad de Cuidados y el trabajo en red en Salud Mental en La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios Madrid.

con la Administración Pública. Cuando las organizaciones de familiares son titulares de la gestión de estos servicios, las convierte automáticamente en proveedores de servicios profesionales.

### 3. RELACIONES EXISTENTES ENTRE EL MOVIMIENTO DE FAMILIARES Y EL MOVIMIENTO DE USUARIOS

Y, por último, y para completar este análisis, no podemos menos de acercarnos a un tema fundamental: las relaciones existentes entre el movimiento de familiares y el movimiento de usuarios.

El movimiento asociativo de familiares y enfermos, de usuarios surge en momentos bien diferentes de la historia del bienestar en nuestro país y responde a situaciones diferentes por parte de cada uno de los colectivos.

*(...) En España se ha desarrollado, en parte de manera independiente, el movimiento de familiares, profesionales, y usuarios. Esto no ha sucedido así en otros países; en España es una característica, las cosas se han desarrollado en movimientos distintos. (Sujeto nº 2).*

La provisión de servicios a las personas con discapacidad para que puedan desarrollar sus propias vidas en igualdad de condiciones es un derecho civil universal. Una vida independiente requiere de todo el conjunto de servicios de bienestar social. Una de las cuestiones a clarificar es quién tiene que prestar esos servicios y desde qué óptica.

*(...) la Reforma Psiquiátrica no estudió el mejor modelo para el entorno del enfermo mental, pero utilizaron los medios de que disponían, como la familia, que era, sin duda, el más barato. Parece que el mejor modelo es la familia, pero no está demostrado que aquellos enfermos que tienen un brote y vuelven a un ámbito que no es el familiar, sus recaídas sean menores. (Entr. D. Pedro Martínez Núñez).*

Al menos así lo viven los usuarios:

*(...) FEAFES ellos se llaman Confederación de Familiares de Usuarios de enfermedad mental y se ha constituido ahora mismo en asociaciones casi de servicios, como yo pienso gestionadas por profesionales mal pagados. Los usuarios no son más que consumidores de servicios. (Sujeto nº 1).*

El panorama del movimiento asociativo se complica, mezclándose intereses que en algunos casos son contrapuestos. Es cierto que las familias padecen los efectos colaterales de la enfermedad mental, los efectos de una Reforma psiquiátrica que pone el acento en los cuidadores informales.

*(...) las familias siguen igual de abandonadas, de desamparadas y sin un sistema que dé contestación a las expectativas familiares y, lógicamente a los pacientes, y que quite la angustia de qué será de nuestros pacientes el día que nosotros faltemos. (Sujeto nº 2).*

Pero también esta problemática es diferente a la soportada por personas con enfermedad mental.

*(...) Vamos a ver son muy diferentes, los dos quieren mejorar la calidad de vida del usuario y de la familia... pero lo quieren de muy diferente manera..., las asociaciones de familiares pretenden*

*que se les apoye como usuarios con certificados de discapacidad, además del 65%, para conseguir una pensión no contributiva, pensiones un poco de miseria pero ahí están(...) hacen muchas cosas bien, yo entiendo que sí, pero una de las cosas que hacen peor es intentar que sus propios usuarios estén bien cuidados y aparte que tengan voz que sean escuchados (...) se necesita cuidado, tratamiento, respeto, se necesitan otro tipo de cosas, en eso FEAFES y otras asociaciones de esa federación peacan, estén limitadas o no han empezado a abrir sus puertas a los usuarios más que como consumidores de servicios . (Sujeto nº 1).*

El discurso, pues, del colectivo, señala los intereses contrapuestos de uno y otro movimiento. Porque, efectivamente, y como señalábamos al principio de este análisis, los intereses de uno y otro movimiento son distintos. Los usuarios demandan vida independiente, autonomía, dignidad, oportunidades para regir, controlar, ser dueños de las decisiones acerca de su propia vida. Aunque en parte se repite la cita se menciona doblemente porque habla claramente de los intereses de uno y otro movimiento.

*(...) entiendo también que quieren otros tipos de servicios para entrar en la ley de dependencia y entiendo también que pidan los tratamientos ambulatorios forzosos y que propongan también incluso la incapacitación porque sus usuarios, que han estado de alguna manera sobreprotegidos por sus familiares, creen que no saben regirse normalmente. Los movimientos de usuarios queremos otra cosa... queremos vida independiente, queremos potenciar la autonomía personal y queremos de alguna manera que a la gente no se la incapacite que seamos capaces de que una persona con los apoyos necesarios llegue a regir su vida, tome decisiones, tenga su trabajo, tenga su formación (...) que no se nos someta a tratamientos forzosos... que haya tratamientos de calidad..., que no se nos excluya de los servicios de salud mental porque, claro, los que más lo necesitan son los que no van a ir, no se nos encierre en psiquiátricos que es una buena solución para las familias. (Sujeto nº 1).*

Y para las familias:

*(...) Yo creo que el momento, para el tercer sector, es importantísimo, y creo que la valoración real de algunos movimientos asociativos es muy superior a su entidad real, dada su repercusión social y en el ámbito sanitario. (Entr. D. Pedro Martínez Núñez).*

Parece claro entonces donde radica la convergencia entre ambos movimientos. Es indudable que para ambos movimientos asociativos la calidad de vida es defendida como el objetivo último a conseguir para cualquier ciudadano; ahora bien los usuarios como ellos se definen no desean calidad de vida a cualquier precio. No desean tratamientos involuntarios, tratamientos forzosos. Desean calidad de vida a través de la autonomía personal y de la posibilidad de elección acerca de sus propias decisiones, de sus tratamientos. Para Doyal y Gough la participación social junto con la libertad, constituyen el objetivo universal de la propia existencia del ser humano, del sujeto en sociedad<sup>48</sup>. Detrás de sus reclamos aparece la idea claramente enunciada de libertad y participación para poder constituirse como grupo con necesidades a satisfacer en parte y en la medida de lo posible por ellos mismos, teniendo como garante el Estado protector.

Mientras, el movimiento de familiares consciente de las dificultades del colectivo para acercarse al espacio sanitario y o socio sanitario demanda y reivindica espacio de poder y representatividad real en el Tercer Sector no tanto parcelas de libertad y representatividad para sus asociados y familiares como el movimiento de usuarios.

<sup>48</sup> Doyal, L; Gough, I (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Ed. Icaria Fuhem. Barcelona, p. 217.

La representatividad y los espacios de poder hasta ahora han estado muy desigualmente repartidos. Como hemos señalado el movimiento de familiares tiene cauces de representatividad oficial en prácticamente todos los planes sociosanitarios, de salud o de Servicios Sociales. Son representantes legítimos para el colectivo y su visión del problema, su narrativa acerca de las necesidades del colectivo son escuchadas y tenidas en cuenta en la planificación de programas y servicios. La debilidad del tejido asociativo de usuarios ha hecho que esto hasta ahora no haya sido posible. Falta por ver si a partir de la creación de la Plataforma de Usuarios está será llamada también a consulta por el poder oficial y si sus discursos y narrativas serán escuchadas y tenidas en cuenta. Además esto será posible en la medida en que las posiciones del movimiento asociativo de usuarios sea escuchado, reconocido y defendido por el veterano movimiento de familiares con la consiguiente pérdida de poder que llevaría pareja y quizás también con la renuncia a ser empresas del Tercer Sector proveedoras de servicios. No podemos olvidar que a medida que las organizaciones van teniendo mayor presupuesto y dando mayores servicios, mayor es la dependencia de los poderes públicos y menor su capacidad de maniobra para atender y denunciar la situación de marginación del colectivo que representan.

Es innegable que las familias han hecho mucho en defensa del colectivo en un momento donde la dignidad de este estaba encerrada tras las tapias de los manicomios. La defensa del colectivo pasa ahora por permitir la representatividad en primera persona y ceder y compartir espacios de poder y representatividad.

*(...) Las familias que se reúnen generalmente lo hacen porque son personas que tienen a su cargo personas muy gravemente enfermas y gravemente dependientes, y discapacitadas. Cuando ésta es la única imagen que se proyecta, esto hace que aparezca un sesgo particular. Cuando las familias hablan de sus allegados, hablan de las personas con enfermedad mental más dependientes y más discapacitados (pero habría que ver) si las personas con enfermedad mental a las que se refieren las familias son el estándar de la persona con enfermedad mental (Sujeto nº 2).*

*(...) Sucede que debido al estigma social, la mayoría de personas enfermas que se recuperan no tienen la menor intención de reconocerse socialmente como enfermos ni de representar a nadie enfermo, lo que es bastante comprensible. Lo que convierte al colectivo de las personas que se recuperan, o sencillamente que se las apañan bien, en un colectivo invisible. Lo que dejaría como únicos representantes del colectivo a los más discapacitados, que son precisamente los que tendrían más dificultades para ejercer su papel.* (Sujeto nº 2).

El psiquiatra y psicoanalista del que hablábamos al principio e identificábamos como sujeto nº 3 es claro con respecto al tema de la invisibilidad del colectivo. Actualmente tiene 74 años; sigue ejerciendo la práctica clínica después de haber debutado con la enfermedad a los 60 años de edad. Catorce años de tratamiento no le han permitido todavía colocarse del lado de enfermo; su identidad está cifrada en la práctica clínica y su discurso gira en torno a esto. En consonancia con esta cuestión hay un yacimiento de gente, que en un momento u otro de su vida ha pasado una crisis que ha supuesto una ruptura en su biografía con mayor o menor intensidad. Esto es vivido de diferente manera pero en general por miedo al prejuicio y al estigma como hemos visto se silencia.

*(...) Quizás no sea tanto la culpa como el prejuicio, en la línea de la desvalorización, en la línea de la dignidad del narcisismo, en la línea que las personas somos sensibles a la valoración que puedan hacer los demás, y eso es un maltrato, cuando realmente la persona te ve de esa manera y hace su juicio etc... y de alguna te trata y te juzga de manera inadecuada, y es verdad que yo creo que todas las personas que se hacen un tratamiento intentan por supuesto no hablar de él, porque piensan que la gente no lo va a entender por ejemplo, o que vayan a hacer unas interpretaciones inadecuadas de la situación por ejemplo,*

*y que no les va a favorecer, por lo tanto esto hay que mantenerlo en secreto, esto es así, yo creo que es lógico, porque si la sociedad estuviera preparada como para vivirlo con normalidad pues a la gente les importaría un pito, pero es así. (Sujeto nº 3).*

De hecho, él permaneció en silencio a lo largo de catorce años. La ruptura de este viene dada no tanto por reconocer su condición de enfermo como por establecer una cierta reciprocidad y mostrar su gratitud hacia su compañera, la psiquiatra que le está atendiendo a lo largo de estos años. Por esta razón en una sesión clínica de área presentó su biografía sintomática a los médicos y psicólogos internos residentes.

*(...)yo quiero correr ese riesgo y en una línea de coherencia, de coherencia personal y profesional, y no solamente por eso sino también en la línea de que la Doctora Ezquiaga que es la que me ha llevado el tratamiento, pues me parecía que era una forma de colaborar con ella, y de darle algo que no solamente me diera ella.... sino que también yo le diera algo a ella, y por supuesto en la vida hay que arriesgarse cada dos por tres, esa es la mayor dificultad que tienen los pacientes, la dificultad para arriesgarse, a dar pasos, se quedan pasmados muchísimas veces, es uno de los peligros que tengo yo.* (Sujeto nº 3).

Obviamente no podemos dejar de preguntarnos por las consecuencias que hubiera tenido la aparición pública de este relato hace catorce años en el panorama asociativo nacional (enfermo-médico; enfermo-psiquiatra; enfermo-psicoanalista) y de si este (junto con otros más) hubiera tenido efectos positivos en la visibilización del colectivo. Se trata en definitiva, al igual que en el sujeto número uno, de sujetos insertados en el discurso social que no necesitan de otros para su representatividad y que tiene acceso a los espacios de poder y participación.

Y esto es, lo que en definitiva piden los usuarios al movimiento de familiares, así desean que se concrete su apoyo:

*(...) Dándonos voz, dándonos lugares, espacios para poder decir lo que queremos y debatir.* (Sujeto nº 1).

Y así de esta manera se concreta también desde los profesionales.

*(...) que puedan aparecer portavoces que hablen de la vida, de cómo se vive con enfermedad mental en primera persona, sin utilizar otros interlocutores, otros portavoces en su nombre... La capacidad de autorepresentarse. La capacidad de decidir pertenece a las personas y no hay razones médicas ni técnicas para hurtarles ese derecho.* (Sujeto nº 1).

Éste es el tema francamente importante. No hay un a priori, no hay razones médicas ni técnicas para hurtarles ese derecho. Nada puede privarles de ser escuchados porque incluso en momentos de fragilidad y crisis está en juego su verdad. Nadie delira en cabeza ajena, su subjetividad está cifrada en la crisis. Por tanto sus relatos tendrán que, incluso en momentos de crisis ser reescritos, reelaborados para proporcionarles nuevas significaciones, nuevos sentidos.

*(...) La relación entre el movimiento profesional y el familiar es antigua, las posiciones respectivas son ya bastante conocidas y la colaboración funciona regularmente. Para la FEARP desde luego, es imprescindible la interlocución con los familiares como lo es con los usuarios.* (Sujeto nº 2).

Las relaciones del movimiento asociativo de familiares y usuarios, por tanto, han de moverse en la lógica del apoyo, respeto y complementariedad. Un trabajo cooperativo que exigirá la necesidad de llegar a un planteamiento de apoyo integral a la enfermedad mental en términos de justicia social, especialmente con aquellos sujetos enfermos, con mayores niveles de dependencia, que tradicionalmente han estado durante mucho tiempo olvidados. Los profesionales, el movimiento asociativo profesional como acabamos de ver en la cita anterior así lo reclaman.

## CONCLUSIONES

Y, llegado este momento, no nos queda más que destacar las principales conclusiones a las que hemos llegado en este caminar por las intersecciones de los espacios que envuelven a los enfermos mentales, es decir, todo aquello que condiciona su existencia, sus oportunidades vitales, sus relaciones interpersonales y las que establecen con las instituciones de protección.

La primera cuestión a destacar en estas conclusiones es, sin duda, la necesidad de permanencia en la comunidad del colectivo de enfermos mentales graves, como primera vía para el ejercicio de la participación y para la consecución de su estatuto de ciudadano.

Las hipótesis de partida se han visto confirmadas en el desarrollo del análisis del discurso. Por un lado, hemos visto cómo la fragilidad y la debilidad de los discursos subjetivos de las personas que componen este colectivo, no les ha permitido hasta ahora construir unas bases de poder político y social sólidas y perdurables en el tiempo, ni constituir redes sociales y comunicacionales de intercambio social y relacional fluidas. También, y por otro lado, hemos podido confirmar los diferentes intereses y motivaciones del movimiento asociativo de familiares y de usuarios, así como las notables desigualdades en la relación con el poder. Sí, podemos concluir, entonces, que estas diferencias llevan asociada una merma en el movimiento asociativo, en su potencial papel reivindicador en la lucha por los derechos de ciudadanía del enfermo mental. Además, se evidencia la necesidad de un trabajo compartido desde la lógica del apoyo, respeto y la complementariedad de los diferentes protagonistas (usuarios, familias y profesionales) en aras de aunar esfuerzos para defender un planteamiento de apoyo integral a la enfermedad mental, en términos de justicia social.

La participación ha de defenderse y realizarse de modo continuo, transversal y simultáneo a través de los diferentes Programas de Rehabilitación Integral y Continuidad de Cuidados de los enfermos mentales graves, de la clínica en general, de las prácticas de Trabajo Social, y además a través de las diferentes medidas a planificar y plantear en materia de Políticas Sociales para la defensa y garantía de los derechos de este colectivo. Estas políticas públicas deben trabajar en la línea de ayudar a cambiar tanto los discursos paternalistas y asistencialistas, como el estigma y los prejuicios sociales aparejados a la enfermedad. Su objetivo último ha de ser el de hacer valer las recomendaciones internacionales en la materia, proclamadas a través de la Organización Mundial de la Salud, en las que se prioriza el reconocimiento de la experiencia y el conocimiento de los usuarios de los servicios y sus cuidadores, como base importante de la planificación y desarrollo de los Servicios de Salud Mental e incentivar políticas nacionales para tal efecto. De la defensa y apoyo que estos movimientos reciban dependerá en buena medida el futuro y el porvenir de estos nuevos valores y perspectivas.



La Plataforma de Usuarios (Bilbao 2008) establece unas nuevas reglas de juego en el panorama asociativo de usuarios y familiares que necesitan de tiempo para consolidarse y para hacer visibles sus resultados a la sociedad en general y a los implicados en particular. Ésta, la Plataforma, puede constituirse en un espacio idóneo de encuentro y de reflexión, punto de debate entre el colectivo y la sociedad; espacio desde el que dirimir sus reclamaciones y proclamas con una narrativa clara, en primera persona, buscando además los apoyos necesarios para que esto pueda ser una realidad. Un reto que permita a las partes implicadas mostrar su realidad vital y existencial al mundo, sin miedo al estigma o a la segregación. Un movimiento que desde la diferencia, su diferencia, pueda construir una identidad y una plena integración de ciudadanía. Desde Bilbao aquí ya ha habido un nuevo congreso, Valladolid 2010 y las voces de nuestros protagonistas se han dejado escuchar en sus plenarios.

En el futuro (y desde una relación planteada en el ideal del deber ser) las relaciones del movimiento asociativo de familiares y usuarios, han de situarse, por tanto, en la lógica del apoyo, respeto y complementariedad. Un trabajo cooperativo entre ambos movimientos que exigirá la necesidad de llegar a un planteamiento de apoyo integral a la enfermedad mental en términos de justicia social, especialmente con aquellos sujetos enfermos, con mayores niveles de dependencia, que tradicionalmente han estado durante mucho tiempo olvidados. Los usuarios, los familiares, los profesionales, el movimiento asociativo en general así lo reclaman.

Desde el Trabajo Social en Salud Mental Comunitaria hemos acompañado en una importante parte del camino al movimiento asociativo de afectados y de usuarios; ahora, y también desde la práctica comunitaria, nos corresponde respaldar los espacios de participación y de poder recién conquistados por el movimiento de usuarios. Como es sabido cuatro son los principios básicos o de primer orden, que son relevantes para el trabajo social (Banks, 1977: 25): el “respeto hacia” y “promoción de” los derechos de los individuos a la autodeterminación; “la promoción del bienestar”; “la igualdad y la justicia retributiva”. Y, verdaderamente, estos serán una utopía para las prácticas del trabajo social en salud mental si no van acompañados de la búsqueda de cauces de participación de los usuarios. Participación en sus procesos que sirva para la defensa y el derecho a la autodeterminación; sujetos protagonistas de su propia vida dotados de contractualidad para la elección y determinación en su propio tratamiento así como participación social en los espacios públicos.

Es totalmente necesario (Desviat 2004) organizar, planificar, gestionar, una adecuada red de atención que garantice unos tratamientos y unos programas de rehabilitación y continuidad de cuidados que le aseguren al sujeto enfermo la posibilidad, no ya de recibir el derecho a ser tratado, sino también la posibilidad de generarles el derecho a la autodeterminación, en cuanto a qué tratamiento desean, e incluso la negación a recibir tratamiento, según la legislación vigente<sup>49</sup>.

Pero, ¿Cómo serían estos tratamientos? ¿La rehabilitación? Podemos enumerar algunas de las respuestas usadas para este fin. Las elegidas subrayan en primer lugar la noción de autonomía: “La rehabilitación psicosocial ayuda a las personas con incapacidades psiquiátricas a largo plazo a incrementar su funcionamiento, de tal manera que tengan éxito y estén satisfechas en el ambiente de su elección, con la menor cantidad de intervención profesional posible” (Anthony, Cohen y Farkas, 1990). En segundo lugar, la ciudadanía, porque: “El objetivo de la rehabilitación es el logro de la completa ciudadanía de los usuarios: política, jurídica, civil y económica” (Equipo de Trieste, en Saraceno y Montero, 1993).Y, por último, la autodeterminación, ya que: “La tarea de la rehabilitación es

<sup>49</sup> Campuzano, M. Guinsberg, E. Vainer, A y Desviat, M. en “ Una evaluación actual de la Antipsiquiatría, Subjetividad y cultura” en *Crítica de la razón pura*, nº 22 (2004) y nº 23 (2005).

ayudar al individuo a producir su vida”. (Pelicier, en Aparicio 1993).<sup>50</sup> En definitiva, la rehabilitación así entendida favorece la emancipación de los sujetos y la toma de decisiones que incrementan el empowement del sujeto y, por añadidura, del colectivo.

Volvemos a Michael Foucault y su conceptualización del poder, en tanto que el poder produce lo real, a través de la transformación técnica de los individuos<sup>51</sup>, entendida como una forma de adaptación irreflexiva, mecánica, pasiva a la sociedad. Lo real para el autor no es sino la forma moderna de servidumbre que viene a denominar como normalización. Y es, precisamente, esta normalización la que entraña el peligro con el colectivo. Desde sus filas pueden escucharse voces en defensa del derecho a la diferencia y la producción de significados diferentes a la norma, sin que ello implique exclusión o marginación. Es, posiblemente, la normalización mal entendida la que incentive los mecanismos de alienación en los sujetos enfermos, desde el momento en que el sujeto puede actuar desde posiciones que poco o nada tienen que ver con él. La ciudadanía diferenciada con la medida de discriminación positiva puede ayudar al colectivo a encontrar sus rasgos diferenciados y a reivindicar una ciudadanía plena como sujetos de pleno derecho. Una ciudadanía que permita, en suma, encontrar vías para las potencialidades implícitas en la libertad y en la dignidad del hombre; para encontrar oportunidades vitales que permitan el desarrollo de estos sujetos en un marco de libertades.

Esta es sin duda una forma de conseguir más calidad de vida social y mayor empoderamiento desde el momento en que los sujetos afectados por la enfermedad mental se adentran en el discurso y trama de lo social y lo relacional. Los usuarios entienden que la recuperación va asociada a la emancipación, a la autonomía, desligando de esta manera la falta de libertad asociada a la enfermedad, a la pérdida de los derechos, o a la imposibilidad de acceder a los recursos sociales

Hemos, entonces, de acompañarles en la construcción de una ciudadanía diferenciada, de una ciudadanía de la diversidad que permita y favorezca que se conviertan en protagonistas de su propio proceso, hecho que supone compromiso activo por parte de los profesionales del Trabajo Social; significa favorecer espacios de encuentro y de desafío al poder tradicional establecido que favorezcan la participación. Implica romper nuestras certezas acerca de la enfermedad mental, buscar nuevos espacios de escucha y encontrar fórmulas creativas y alternativas de intervención en los tratamiento para subvertir el orden social establecido y hacer realidad la máxima de: “de locos a enfermos”, “de enfermos a ciudadanos”.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Uria, F. (1983) *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Ed. Tusquets. Barcelona.
- Averbach, M (2000). “Psiquiatría y derechos humanos” en *Historia de la Psiquiatría en Europa*. Fuentenebro .F, Huertas. R y Valiente. C. Ed. Frenia Madrid.
- Ávila Fuenmayor, F. (2007). El concepto de poder en Michael Foucault. *A Parte Rei 53 Revista de filosofía*. <http://serbal.pntic.mec.es/cmuno11/avila53.pdf>
- Bauman, Z. (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Ed Siglo XXI. Madrid.
- Beck, U; Beck-Gernsheim, E.(2003). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas* .Ed. Paidós Estado y Sociedad. Barcelona.

<sup>50</sup> Rodríguez, A (Compilador). (2002). *La Rehabilitación Psicosocial*. Ed. Pirámide. Madrid.

<sup>51</sup> Foucault, M. (2003). *El poder psiquiátrico*. Ed. Akal .Madrid.

- Bello Gómez, A.(2006). “Una perspectiva de las asociaciones de familiares en salud mental” en *La Continuidad de Cuidados y el trabajo en red en Salud Mental en La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios. Madrid.
- Berger, P. L y Luckmann, T. (2001) *La construcción social de la realidad*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Blaxter, L. Hughes, C y Tight, M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* Ed. Morata. Madrid.
- Boletín CERMI nº 14 de 5 de Junio 2009. <http://www.cermi.es/>
- Campuzano, M. Guinsberg, E. Vainer, A y Desviat, M. en “ Una evaluación actual de la Antipsiquiatría, Subjetividad y cultura” en *Crítica de la razón pura*, nº 22 (2004) y nº 23 (2005).
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental [www.feafes.com](http://www.feafes.com)
- Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de Diciembre del 2006 y ratificada por España el 30 de marzo de 2008.Fecha de publicación en el Boletín Oficial del Estado el 21 de Abril de 2008. [www.convenciondiscapacidad.es/convencionESPANA.html](http://www.convenciondiscapacidad.es/convencionESPANA.html)
- Correa Urquiza, M. (2005) Radio Nicosia: Propuestas para una inclusión real que derive en eje de nuevos caminos terapéuticos Pág. 180 en *La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los Servicios Sociales* (2005). Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales familia y discapacidad IMSERSO. Madrid.
- Doyal, L; Gough, I (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Ed. Icaria Fuhem. Barcelona
- Etxebarria, X. (2008). *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*. Publicaciones de la Universidad de Deusto. Bilbao.
- EUFAMI [www.eufami.org](http://www.eufami.org)
- Federación de asociaciones de ex -pacientes y supervivientes de la psiquiatría [www.ccdh.es](http://www.ccdh.es)
- Ferreira, M. (2008) “Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos”, en *Reis, Revista de Investigaciones Sociológicas*. Vol. 124. Edita Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid, pp 141-174.
- Foucault, M. (1997). *Historia de la locura en la época clásica*. Ed. Fondo de cultura económica. Impreso en España. Cuarta reimpresión. Madrid.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Ed. Akal. Madrid.
- Foucault M. (1991) *Saber y verdad*. Ed. La piqueta. Madrid 1991.
- Fundación Manantial. <http://www.fundacionmanantial.org/>
- Frejreiro Varela, M “Ciudadanía, derechos y bienestar: un análisis del modelo de ciudadanía de T.H Marshall” .*Revista Reis* Vol No 2,pp 63-100.  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2005028>
- García Alonso, J. V.(2003). *El movimiento de vida independiente: experiencias internacionales*. Fundación Luis Vives. Madrid. <http://www.fundacionluisvives.org/BBDD/publicaciones/documentacion/MVI.pdf>
- García Giráldez, T.(2003) “La política social: en defensa de los derechos de ciudadanía” en *Revista de Trabajo Social hoy*. Monografía Política Social. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid, pp 13-27
- Gisbert, C; Hernández, M; Márquez, F. (2006). “Perspectivas de futuro en la salud mental. No hay salud sin salud mental” en *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Compilador Pérez, F. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Ibáñez Pascual, F. Pascual Menéndez, J. (2006).” La familia en la continuidad de cuidados” en *La Continuidad de Cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios Madrid.

- Imagen social de la discapacidad en <http://usuarios.discapnet.es/Ajimenez/imagen/imagensocial.htm>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO, Madrid 2005. <http://imserso.es>
- Keeney, B. y Ross, J. (1987). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Marshall, T H. "Ciudadanía y clase social. Conferencias Cambridge 1949". *Revista Reiss* Nº 79/97, pp 297-344 [www.reis.cis.es/](http://www.reis.cis.es/).
- Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave (2007) Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos Nº 21005. Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- Norbert, E. (1990). *Compromiso y distanciamiento*. Ed. península. Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud [www.who.int](http://www.who.int)
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad. Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. CERMI. Ed. Cinca. Madrid.
- Pisarello, G. (2007). *Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción*. Ed. Trotta. Madrid.
- Plan Nacional de Accesibilidad 2004/2012.  
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ipna2004>
- Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003/2007. Comunidad de Madrid Consejería de Servicios Sociales.
- III Plan Nacional para la Inclusión Social del Reino de España 2008/2010.  
[http://www.msc.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/2009\\_0\\_plan\\_nac\\_accion\\_inclusion\\_social\\_2008\\_2010.pdf](http://www.msc.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/2009_0_plan_nac_accion_inclusion_social_2008_2010.pdf)
- Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. (2001). Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Ed. Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid
- Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría. [www.ccdh.es](http://www.ccdh.es)
- Rodríguez, A (Compilador). (2002). *La Rehabilitación Psicosocial*. Ed. Pirámide. Madrid.
- Sánchez Monge, J.M (presidente de FEAFES). FEAFES 25 años trabajando por la salud mental en *Revista Psiquiatría* vol. 2 nº 1, enero 2009.
- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Pág. 42. Ed. Gedisa. Madrid
- Val, del C. y Gutiérrez Brito, J, (2005) *Análisis del discurso en Prácticas para la comprensión de la realidad social*. Ed. Mc Graw-Hill.
- Vida independiente: nuevos modelos organizativos.  
[http://www.forovidaIndependiente.org/files/documentos/pdf/vida\\_independiente\\_nuevos\\_modelos.pdf](http://www.forovidaIndependiente.org/files/documentos/pdf/vida_independiente_nuevos_modelos.pdf)

## ANEXOS:

**Sujeto 1:** Presidente del Colectivo Orate, Presidente de la Asociación Alonso Quijano, representante del colectivo de enfermos mentales en el Foro de Vida Independiente.

**Sujeto 2:** Médico, psicoanalista. Gerente del Hospital de Día Psiquiátrico de Adolescentes Hospital de Día Madrid. Ex-Presidente de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), Ex-Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial en España (FEARP) y Vicesecretario General de la Asociación Mundial de Rehabilitación (WARP)

**Sujeto 3:** Médico psiquiatra y psicoanalista. Miembro fundador del Instituto Psicoanalítico Oskar Pfister. Cofundador de la Comunidad Terapéutica de Peña Retama. Cofundador de la Comunidad Terapéutica de los Molinos. Experiencia y práctica clínica en diferentes ámbitos asistenciales.

## ANEXO 2:

Documentación recopilada de interés para el análisis:

- Documento elaborado por ADEMM, Usuarios de Salud Mental de Cataluña, AVANTE Usuarios de Salud Mental de Cádiz y ABM, Asociación Bipolar de Madrid en él a partir de la iniciativa tomada a lo largo del 2007 por diferentes entidades que trabajan en el ámbito de la salud mental, se han recogido las recomendaciones realizadas por la OMS y promovidas desde la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006, para impulsar la creación de una plataforma representativa de personas afectadas por enfermedades mentales.
- Documento propuesta de la Asociación Alonso Quijano para la constitución de una plataforma de ciudadanía para la defensa de los derechos civiles y prosalud mental para aportar al Congreso de Rehabilitación De Bilbao 2008 y organizado por la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.
- Documento Proyecto Colectivo Orate 2008 Plataforma de Usuarios. Tercera reunión del movimiento de Usuarios
- Documento de apoyo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría a la creación de la Plataforma de Usuarios promovida por ADEMM ,Usuarios de Salud Mental de Cataluña, AVANTE Usuarios de Salud Mental de Cádiz y ABM, Asociación Bipolar de Madrid
- Documento entrevista a Dctra Rachel Perkins publicada en *La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los Servicios Sociales* (2005). Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales familia y discapacidad IMSERSO. Madrid.

[www.seg-social.es/imserso/documentacion/saludmental.pdf](http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/saludmental.pdf)

- Documento entrevista a D. Pedro Martínez Núñez, Vicepresidente de la Federación Madrileña de Asociaciones Prosalud Mental (FEMASAM). Entrevista realizada por García Laborda A, Rodríguez Rodríguez C. para Revista Presencia 2007 ene-jun; 3(5). <http://www.index-f.com/presenia/n5/69articulo.php>

## UN REPASO A CUARENTA AÑOS DE TRABAJO SOCIAL Y LA APLICACIÓN DE LA ETICA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

Mercedes Santamaría Pastor

*Jefa del Servicio de Atención al Paciente y Trabajo Social  
Hospital Universitario de La Princesa*

Pretende este trabajo de reflexión, hacer un alto en el camino de nuestro ejercicio profesional, y analizar, tal como avanza su título, los fundamentos éticos que nos acompañan o deberían acompañarnos en nuestro ejercicio diario. Esta reflexión realizada con toda seguridad por multitud de profesionales de forma individual a lo largo del tiempo, en el momento actual debemos ponerla en común, porque solo así nos podrá acercar a los distintos colectivos de profesionales del Trabajo Social, poniendo de manifiesto el proceso evolutivo sufrido en la aplicación de estos Principios éticos, y una vez realizado el análisis a pesar de su dificultad, hacer una apuesta de futuro que nos fortalezca como personas y como profesionales.

Las ideas éticas, deben nacer desde la crítica de lo vigente, tratando de depurar las deficiencias conocidas y vividas con la esperanza de mejorar el mundo. Los tiempos actuales, con sus distintas Políticas Sociales, demandan al Trabajo Social la necesidad de revisar su papel en la sociedad, producir si es necesario rupturas respecto a directrices que nos vinculan, en ocasiones perdiendo con ello nuestra autonomía y el buen hacer según nuestro criterio.

Nuestra profesión es muy sensible al cambio, siempre fuimos agentes de cambio, y el cambio es tendente a la innovación, es difícil aceptar una situación que consideramos injusta, nuestra profesión siempre se ha rebelado contra la injusticia, pero en el momento actual ¿Seguimos siendo agentes de cambio? ¿Nos revelamos individual o colectivamente frente a políticas y situaciones claramente injustas? ¿Somos independientes a la hora de pensar, actuar? ¿Qué consecuencias tiene para otros y para nosotros mismos esta manera de hacer?

Sin querer ser pesimista, considero que el fundamento ético profesional, profundamente arraigado en los albores de la profesión, ha ido perdiendo fuerza en los últimos años, la actividad nos ha desbordado a muchos y no hemos tenido tiempo de hacer un alto en el camino y reflexionar.

Es lo único que pretendo con este pequeño trabajo, que no por pequeño pierde interés, si como pretendo sirve para poder juntos analizar como profesionales de dónde venimos, donde estamos y a donde vamos.

No es fácil hacer marcha atrás pues para muchos el atrás queda muy lejos, pero por lejos que quede, no hemos olvidado que fuimos formados en una profesión eminentemente vocacional, que analizadas las realidades sociales, y cuando estas no fueran justas, trabajaríamos por y con los hombres y mujeres para cambiarlas si fuera preciso y para acompañar a las personas con nuestros conocimientos y mente abierta a nuevas realidades persiguiendo siempre objetivo de mejora y bienestar general de las personas ..



Todo este caminar estaba apoyado en esos conocimientos a lo que he hecho referencia, pero fundamentalmente en unos Principios Éticos específicos de nuestra profesión. Es fácil recordarlos pues se imprimieron en nuestra cabeza como un sello de identidad que nos diferenciaba de otras profesiones y que nos obligaban a actuar de una determinada manera.

Nuestra actividad nunca había sido libre, estaba supeditada a estos Principios que era necesario recordar cada día y que formaban el centro de nuestra Profesión como elemento unificador de la misma, aunque en ocasiones causando situaciones de conflictos de valores entre estos y las normas y las instituciones, que superábamos apoyándonos en ellos, intentando conseguir la neutralidad e independencia de nuestras intervenciones y luchando día a día por hacernos hueco en los distintos ámbitos laborales con este “actuar tan especial” como hemos oído repetir en múltiples ocasiones, siendo un referente de otros profesionales frente a las instituciones. Constituían normas e ideas básicas que regían nuestro pensamiento y nuestra conducta creándonos deberes profesionales que era imprescindible cumplir creando un “deber hacer”...

Repasamos brevemente los Principios de Biesteck que se establecieron inicialmente para el ejercicio de nuestra profesión: Individualización, Aceptación empática, No juzgar, Autodeterminación y el Secreto Profesional. Estos Principios totalmente vigentes sin embargo han ido evolucionando al igual que la sociedad, los ciudadanos han ido conquistando derechos civiles y nuestra profesión debía de avanzar en el mismo sentido.

Aplicábamos los Principios en la llamada Ética de la conciencia, siguiendo estos y actuando siempre según sus indicaciones y exigencias. Pero la ética al igual que la sociedad avanza sin límites, ya no es suficiente actuar en buena conciencia. Nuestros actos, nuestras decisiones queramos o no tienen consecuencias que afectan a las personas, ya no es suficiente actuar según nuestro buen hacer, es necesaria la aplicación de los Principios de la Ética de la Responsabilidad. Nuestra profesión que desarrolla su actividad directamente con personas y sus problemas, incorpora la necesidad de Principios éticos más subjetivos y ligados a los derechos humanos.

La Ética de la Responsabilidad compromete a las personas entre sí, pasa de la ética individual a la ética de las personas, requiere en todo caso una vez realizada la actuación hacerse cargo de lo decidido y realizado, de nuestra intervención en la medida que nuestras acciones tienen consecuencias que afectan a otros.

Por ello, en esta corresponsabilidad, el afectado, tiene el poder de pedir responsabilidad por los actos realizados por el profesional y su justificación. Ello exige reflexionar sobre los actos realizados en libertad y responsabilidad. Esta libertad nos lleva de manera inexorable a nuestra autonomía, pero a pesar de ello debemos rendir cuentas de lo que hemos decidido o actuado en más o menos libertad.

La sociedad actual, potencia la autonomía en todos los ámbitos y para todos los actores desde el punto de vista teórico, la ética tiene un fundamento básico “la autonomía de los agentes”, pero claramente existen trabas que dificultan a veces de manera grosera su ejercicio por ambos. Esta dificultad se basa en la actualidad fundamentalmente en no identificar el responsable, la sociedad y en ella las instituciones, tienden a diluir responsabilidades, cada Institución achaca la culpa a la otra, la otra afirma que la una es la responsable y así se va aumentando poco a poco pero de forma imparable la distancia entre los que solicitan y necesitan nuestra intervención y los que debemos actuar y protegerlos cayendo ambos prácticamente en el anonimato. A esto hay que añadir la limitación continua de la autonomía de

los agentes, la cual se ve coartada por limitaciones de todo tipo, normas, ordenes, y en fin intereses no socialmente concebidos (personales, políticos,...).

En esta situación de dificultad de identificación de responsables, en ambos intervinientes, profesionales de Trabajo Social-Ciudadanos, se produce de manera inevitable una pérdida de confianza en ambos y entre ambos. En los profesionales, porque nos va minando nuestra identidad y nuestro fundamento ético aplicado, nos convertimos en cumplidores de instrucciones perdiendo el sentido de crítica tan típico siempre de nuestra profesión, y en los ciudadanos porque no identificando al actor achaca al profesional la culpa de las consecuencias de las actuaciones o decisiones de otros. La relación entre ambos se va deteriorando llegando los profesionales a una actitud de defensa y los ciudadanos a una inculpación injusta del profesional.

Los profesionales de Trabajo Social abanderando derechos humanos como soportes de un Estado de Bienestar, van perdiendo de manera indiscriminada y masiva su papel protector como agentes inmediatos de este Estado, van minando la fiabilidad de los ciudadanos conseguida con mucho esfuerzo a lo largo de los años va cambiando su rol en la sociedad hasta ahora mantenido.

La confianza que los ciudadanos habían depositado en nuestra profesión basada en la competencia técnica, y en la confianza de nuestro papel de defensores de lo justo, va desapareciendo como consecuencia de nuestras actuaciones, nuestro sometimiento a las situaciones injustas y nuestro silencio frente a estas, creando una enorme brecha entre la necesidad del individuo de confiar y la desconfianza que emana del agente y de las instituciones a las que representa, en los cuales había depositado su fe para consecución de sus objetivos.

En el momento actual, tanto el ciudadano como los profesionales asistimos al desmantelamiento del sistema protector del Estado, el desmantelamiento de Prestaciones y Servicios, la disolución de responsabilidades entre distintas instituciones (Estado, Comunidades Autónomas, Ayuntamientos, etc..) que eran asumidos por estos y ahora van abandonando y debilitando poco a poco su obligación protectora.

En este escenario, los profesionales de Trabajo Social no ajenos a este cambio, y muchos de nosotros como representantes directos de ese Estado multiinstitucional, se ven sometidos e inmersos en esta situación, vinculados a una manera concreta de actuar, lo que supone en muchas ocasiones su pérdida de autonomía en su quehacer y casi la imposibilidad de la aplicación de los Principios y fundamentos éticos de la profesión, que van perdiendo protagonismo llegando a diluirse de manera pausada.

Pero aplicando la ética de Responsabilidad, ésta exige el rendimiento de cuentas por las consecuencias que nuestras acciones tienen frente a otros. Nuestra falta de autonomía y la dificultad de aplicación de nuestros Principios Éticos, supone un mayor riesgo para los individuos para los que trabajamos. Nuestra falta de autonomía, nuestro quehacer sometido a normas, ordenanzas, circulares, de las instituciones, producen en la interrelación con los ciudadanos una creciente, expansiva e impredecible dominación de la institución sobre la responsabilidad profesional.

Pero desde el punto de vista ético, no es lícito eximir a las personas de sus responsabilidades como tales y en este caso además como Profesionales de Trabajo Social. No puede eximirnos el que nuestros actos están limitados y sometidos. Nuestro fundamento ético ¿permite este actuar o cabe la rebelión frente a esta limitación impuesta a nuestra profesión y a nuestras actuaciones profesionales individuales?.

Considero que la rebelión y la lucha sin constar como Principio ético profesional de manera explícita, ha estado, está y estará de forma implícita en el Trabajo Social, lo que supone la defensa de la autonomía individual a pesar del costo personal que pueda esto suponer, tanto desde el punto de vista personal como colectivo profesional.

Si queremos mantener nuestro rol, es necesario que nosotros identifiquemos de manera clara frente a los individuos los responsables directos de las decisiones que les afectan, actuando con la transparencia obligatoria en un Estado de derecho. Este Estado en el momento actual actúa de una manera turbia y diluida para la sociedad, lo que lleva al individuo como ya he apuntado a confundir el Estado protector con el profesional.

Quedamos de esta manera igualmente los profesionales desprotegidos frente a las instituciones y lo que es más importante frente a los individuos, lo que nos obliga a actuar para conseguir como colectivo devolver la confianza en esta profesión y recobrar nuestra credibilidad como agentes protectores del bienestar general e individual.

La Ética de la responsabilidad tiende un puente relacional entre los agentes y los afectados por el que debe transitar esta responsabilidad de ambos, pero además insisto es necesario establecer y fomentar la confianza perdida, consiguiendo la autonomía por ambas partes y en consecuencia el objetivo a alcanzar por todos.

Si no somos capaces de pasar del lado institucional al lado ciudadano, nuestras actuaciones serán insatisfactorias no solo para nosotros sino también para los individuos, creando así un panorama social injusto para ambos, produciendo una falta del respeto exigido por la dignidad de las personas y de los profesionales.

El respeto a la dignidad personal exigido y cumplido, no es suficiente, en este momento los individuos reclaman una mayor justicia social, una sociedad basada en la equidad, con respeto a los Derechos Humanos y comprometido con agentes y afectados. Nuestro referente ético nos obliga a posicionarnos en defensa de estos Derechos. Ello nos exige el conocimiento profundo de nuestro Derecho, las regulaciones jurídicas de los derechos individuales y colectivos, la interpretación y aplicación justa y responsable de estas normas, huyendo lo más posible de todas aquellas ordenes, instrucciones etc.. que se alejen o incluso vulneren los principios regulados en ellas y que suelen poner en peligro el ejercicio efectivo de estos derechos.

El desconocimiento por los profesionales de los derechos regulados que asisten a los individuos, su indefensión frente a las instituciones, o su olvido en la práctica diaria, vulnera nuestros fundamentos éticos profesionales. Creemos y actuamos en justicia, y lo justo es dar a cada uno lo que le corresponde, si existen derechos regulados que afectan a personas y grupos estos y sus regulaciones deben ser nuestra defensa frente a las instituciones que los obvian.

Ningún Estado de derecho, puede negar los derechos reconocidos en las normas, las órdenes, directrices, etc... no pueden ir contra las normas jurídicas establecidas y reguladas en el ámbito jurídico, pues si lo fueran tendríamos que considerarlas no válidas. Los derechos alcanzados por los ciudadanos, deben ser alegados día a día por los profesionales, en primer lugar para su divulgación en todo tipo de medios y por supuesto entre los propios ciudadanos afectados, debemos acompañar a nuestros clientes en la aplicación de sus derechos, para su interpretación conjunta y por ultimo motivarles para una reivindicación conjunta cuando estos no se hagan efectivos. Es obligatorio para el profesional, evitar los

riesgos y daños que pueden producir en los ciudadanos, los abusos basados en aplicación de órdenes contrarias a los derechos jurídicamente establecidos.

Además y yendo más allá del cumplimiento de la ley vigente, en muchas ocasiones de gran dificultad, en una sociedad evolucionada, los profesionales de Trabajo Social como agentes de cambio, debemos analizar el contenido de estas normas y someterlas a una revisión y caducidad inherentes a ellas mismas. Su contenido debe ser cada vez más protector lo que daría una mayor seguridad de sus derechos a los individuos, y una cobertura social más amplia y justa. Del posicionamiento del profesional ante las leyes debe extraerse el posicionamiento de este y su complicidad con el individuo con un compromiso mutuo de cambio si fuera preciso.

Ante la normativización de la sociedad, el respeto de los derechos de los individuos no es sólo éticamente exigible y deseable, sino que ante todo es normativamente obligatorio. Los preceptos éticos de la profesión, se vinculan con las obligaciones normativas. Cuando los derechos de los ciudadanos están reconocidos en una norma jurídica, aparece de forma inmediata el deber de respuesta a ese derecho legítimamente invocado y por tanto debemos realizar las actuaciones necesarias para que el ciudadano pueda hacerlo efectivo, removiendo las dificultades que lo impidan de acuerdo a sus intereses.

La Ética de la responsabilidad, nos obliga a vincularnos a este objetivo de cumplimiento de los derechos positivos de los individuos regulados en las distintas leyes, si las leyes son justas debemos actuar en su cumplimiento y si producen injusticia desde el punto de vista ético debemos actuar con los afectados en su reforma.

Asistimos en este momento a una enorme regulación, tanto Estatal como Autonómica, todas las Administraciones quedan vinculadas, la obligación de su cumplimiento es inexcusable. No cabe incumplimiento por falta de medios, ni por distintos intereses que no sea el bienestar de los ciudadanos, y por tanto la intención de la normas debe ser el objetivo último de los agentes.

Para la divulgación de estas normas, el profesional debe atender a su ética de responsabilidad, la veracidad es uno de los componentes éticos de la comunicación que debe establecer con sus clientes, acompañada siempre como es exigible, de la claridad y de la comprensibilidad de sus contenidos. El individuo, para poder actuar con autonomía, debe disponer de una información actualizada, veraz y transparente, de las normas existentes, de las obligaciones que para el Estado representan dichas normas y de los derechos que les asisten. En ningún caso, es éticamente admisible responder con falsedad, ni siquiera en la creencia paternalista de que el conocer va a suponer al ciudadano un mayor sufrimiento. El ciudadano tiene el derecho y el deber de conocer sus derechos, debemos trabajar en su ejercicio, independientemente de las consecuencias que esta información pueda tener para el individuo afectado.

Si no cumplimos la obligación ética de claridad y justicia y actuamos con falsedad o con informaciones y actuaciones poco claras, difuminadas, creamos en el individuo una mayor vulneración y aumento de su fragilidad frente a la posible reivindicación de sus derechos y esta vulnerabilidad le hará depender aún más de las situaciones injustas no favorables a él. La vulnerabilidad de la sociedad en general se hace más profunda en colectivos y grupos más vulnerables, ya sea temporal o definitivamente. La ética social, exige destacar a estos grupos de mayor vulnerabilidad para otorgarles una mayor protección, y nuestras actuaciones deben ir encaminadas a disminuir la susceptibilidad a la que pueden estar sometidos consiguiendo una mayor justicia social.

La Ética de la Responsabilidad, exige actuaciones basadas en el Principio de Prudencia y Precaución. Estos principios, tratan de evitar efectos indeseados que sean consecuencia de nuestros actos. Es necesario buscar un equilibrio entre las acciones que emprenderíamos basadas en nuestras ideas, principios éticos personales y profesionales y las que debemos emprender para consecución de los objetivos de nuestras actuaciones profesionales, que sin ninguna duda tendrán consecuencia no solo para nosotros sino para otros.

Debemos medir cada vez más los riesgos-beneficios de las decisiones y actuaciones diarias, es necesario ponderar las consecuencias de nuestras intervenciones. Nuestros clientes tienen el derecho de exigir responsabilidades profesionales por ellas. En un momento de crisis económica, el Principio de Prudencia debe ser mutuo, los profesionales debemos trabajar por la cobertura de las necesidades de los individuos con un compromiso protector de amparo de sus derechos, y los ciudadanos deben ponderar de forma autónoma y libre sus necesidades y los derechos que les asisten exigiendo sin excesos ni abusos estos derechos y el cumplimiento de sus necesidades.

Los derechos de los ciudadanos que en un momento han sido conquistados y que estos consideraban irrenunciables, pueden verse mermados limitando su ejercicio o introduciendo modificaciones restrictivas en las prestaciones por voluntades políticas, vaivenes económicos etc.. Esto se constata en limitaciones de poblaciones de algunas prestaciones, o exclusiones de prestaciones generales o modificaciones y dificultades en su tramitación, adjudicación, no identificando ni el agente desprotector ni a quien reclamar estos derechos. Todo ello lleva al ciudadano y al profesional, al desamparo y a la resignación, esta última enemiga última de la reivindicación y de la justicia.

¿Qué papel debemos jugar como profesionales de Trabajo Social en este marco?

¿Debemos volver la cara y la memoria a nuestros Principios y Código éticos y a los elementos y fundamentación de nuestra profesión o debemos en complicidad con el Estado desprotector colaborar fielmente por intereses personales en el cumplimiento de sus objetivos?

A partir de un planteamiento ético de la razón, de la conciencia y de la responsabilidad, aplicando el Principio de Prudencia, debemos interconexión entre profesionales evitando los enfrentamientos entre estos, analizando las situaciones y actitudes para poder hacer una acción conjunta tendente a evitar la pérdida del bienestar social conseguido y ponernos nuevas metas de mayor justicia social y objetivos comunes. Debemos ser auténticos agentes de cambio de situaciones injustas. Es necesario analizar de forma crítica nuestro papel en este momento, abandonar la rutina en la que algunos podemos estar inmersos, eliminando el cansancio que produce la presión y la disconformidad en nuestro actuar, estableciendo un debate profesional no solo a nivel de los profesionales activos, sino a nivel de aquellos que se preparan para ejercer, dando a estos los Principios y Códigos deontológicos como base de su actuar.

Con la vuelta a nuestros Principios éticos y los fundamentos de nuestra intervención, es posible que podamos resolver los conflictos de valores en juego, manteniendo en primer lugar la Deontología profesional por encima de la tecnificación de nuestra profesión. Nuestros Principios éticos como normas e ideas que rigen nuestra conducta, nos acercan a actuar con autonomía y deben ser nuestros referentes para establecer criterios de actuación. Es un momento de decisiones y elecciones sociales, debemos posicionarnos de forma clara y segura. Hablar de ética profesional en este momento nos obliga a realizar una revisión de nuestro rol, nuestras posiciones en la sociedad, nuestra credibilidad y nuestro comportamiento personal y profesional.

Nuestros Principios éticos y el reconocimiento jurídico de los derechos de los ciudadanos, nos proporcionan base en la que apoyarnos, y nos permite reflexionar sobre los retos y dilemas que se nos presentan cada día, con el respeto inherente a toda persona y a los derechos que les asisten. Así lo anuncia La Declaración de los Principios de la FITS al decir “ **La conciencia ética es una parte fundamental de la práctica profesional de los Trabajadores Sociales. El compromiso y su capacidad para actuar éticamente, es un aspecto esencial de la calidad del servicio que ofrecen a quien hacen uso de estos**”.

Reconoce dicha Declaración, que los profesionales pueden encontrarse en ocasiones en un conflicto de intereses , compaginando labores de ayuda y control con el fin de cumplir por un lado con los objetivos institucionales de eficiencia y utilidad y por otro por tener el deber de responder a las necesidades sociales y a la demanda de los que a ellos acuden demandando nuestra intervención en la consecución de sus intereses y todo ello en este momento de crisis con restricción importante de los recursos.

Del análisis de esta Declaración podemos extraer la actualización de nuestra Deontología aplicada, distinguiendo los Principios que amplía y la conducta profesional que define. En cuanto a los Principios enunciados destaca el respeto a la autodeterminación de las personas a tomar sus propias decisiones, a su participación con compromiso pleno e implicación de estos en la consecución de sus objetivos, en la globalidad de nuestra intervención y en nuestra obligación de potenciar sus fortalezas.

Pero más relevante si es posible es el apartado 4.2- referente a la Justicia Social. Enuncia la Declaración “*Que los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de promover la justicia social, desafiando la discriminación negativa, distribuyendo los recursos equitativamente de acuerdo a las necesidades reales, y oponiéndose a las políticas y acciones injustas, llamando la atención a sus empleadores, legisladores, políticos y a la sociedad en general sobre aquellas situaciones en la que los recursos son inadecuados o cuando la distribución de recursos políticas y prácticas son opresivas, injustas o perjudiciales*”. El contenido de este enunciado nos tiene que hacer reflexionar de nuevo. Nos adjudica no sólo el “debe de” sino “la responsabilidad” tanto de promover la justicia social como de hacer un reparto equitativo y lo que bajo mi punto de vista es de mayor actualidad de oponernos a las políticas y acciones injustas.

Volvemos a la ética de la Responsabilidad con este apartado, nuestro Código Deontológico la trae a colación no por casualidad, sino de manera explícita y clara, no cabe con este apartado en nuestra profesión, soportar distribución de recursos y situaciones claramente injustas, no cabe aceptar sin oponerse a políticas que merman derechos de los ciudadanos y además nos exige una llamada de atención a todos (empleadores, legisladores, políticos etc..) sobre recursos inadecuados e injusticias sociales.

El cumplimiento de este artículo nos da una idea del compromiso que adquirimos al actuar como Trabajadores Sociales, un compromiso con nosotros mismos a la hora de elegir esta profesión, a la que no se debe llegar como paso intermedio para nada, ni como acceso a unos estudios por no haber podido acceder a otros, un compromiso con la profesión misma y por supuesto con la sociedad en general que nos obliga a acciones concretas muy bien definidas pero de difícil aplicación. Por eso, porque nuestro ejercicio profesional fue, es y será un ejercicio difícil, de análisis de realidades ( que casi nadie quiere ver y poner de manifiesto) de lucha por el cumplimiento de la justicia social y todo ello en un entorno no muy favorable a esta actitud es por lo que debemos reforzarnos como colectivo y reflexionar sobre nuestra teoría ética y su aplicación.



Nuestro Código es tan concreto que incluso establece modelos de **conducta profesional**, repleta de conceptos puramente éticos como la integridad, el respeto a la intimidad de las personas, la empatía, la confidencialidad, y sobre todo de responsabilidad de nuestras actuaciones frente a los usuarios de nuestros servicios, nuestros empleadores y nuestros colegas. Volvemos de nuevo a la ética de la responsabilidad una y otra vez, nos exige preparación para dar cuenta de las decisiones que tomemos y da por supuesto que están basadas en consideraciones éticas ¿ siempre lo están, o nuestras decisiones carecen de autonomía y actuamos como emisarios de otros?.

También nuestro Código vuelve sobre los Principios generales de nuestra profesión: Principios específicos y renovados en relación con todos los agentes de nuestra intervención: usuario, institución, profesionales, llenos de contenido ético-social ( respeto de los derechos humanos, justicia social , honestidad profesional, ) todos ellos conceptos éticos que nos vuelven a los albores de la profesión y que en los grandes contenidos docentes actuales no aparecen con el protagonismo que según mi criterio requieren. La tecnificación de la profesión, los intereses profesionales ( el grado, y otros conceptos de no menos interés ) han ocupado los últimos años ¿ Y los Principios éticos de la profesión y las dificultades de nuestro actuar en la actualidad? Son principios éticos de gran profundidad que no solo vale enunciar, sino sobre los que debemos hablar, discutir e intentar aplicar.

En relación con los usuarios es importante destacar la obligación que nos impone nuestro Código Deontológico de ecuanimidad, interés, dedicación y honestidad profesional, así como de respeto a las decisiones no compartidas de nuestros usuarios.

*Ecuanimidad* que casi nunca podemos establecer de forma totalmente autónoma, y una llamada especial al *INTERÉS*. Independientemente de las causas que pueden haber generado la actitud de algunos profesionales, nos rendimos ante situaciones injustas y esto nos hace perder el interés en removerlas y poderlas resolver a lo que estamos obligados atendiendo a nuestro Código Deontológico. Perdido el interés se pierde la fuerza para conseguir el objetivo, diluimos la responsabilidad en otros y así justificamos nuestra responsabilidad. El respeto a las decisiones de nuestros usuarios es otro dilema importante y diario en nuestro actuar. Es fácil aceptarlas cuando claramente persiguen su bienestar y si la decisión según criterio profesional va en contra de su interés (cuidado, salud,... ) con dudas en muchas ocasiones sobre la competencia del individuo para decidir ¿Nos sigue obligando nuestros Principios éticos al respeto de estas decisiones o como agente protector que no paternalista, debemos protegerle de ellas? Otra dificultad más de la aplicación de nuestros Principios en el día a día.

Una llamada especial a la coordinación que enuncia en su art.20. Dice nuestro Código: *“En los casos que exista una intervención simultánea con otros profesionales, el Trabajador Social debe procurar la coordinación necesaria para que aquella sea adecuada”* Ha sido esta una manera típica del actuar en nuestra profesión, el contacto entre profesionales ágil, coordinado, colegiado, con objetivos comunes, con el mismo lenguaje ¿se mantiene en la actualidad? Es totalmente imprescindible para nuestro actuar, el individuo que atendemos tiene un entorno social, familiar, sanitario, de grupo que exige nuestra coordinación y sobre todo nuestra unanimidad en los objetivos y derechos. En la actualidad, en muchas ocasiones es más fácil establecer la coordinación con otros profesionales que con nuestros colegas, sigue manteniéndose el espíritu teórico de coordinación pero diversas causas como la desaparición de los responsables, la disminución de profesionales con desaparición incluso en algunos medios, el exceso de actividad de otros, la dispersión en algunas ocasiones, hace muy difícil el cumplimiento de esta coordinación obligatoria. Nuestro actuar sin coordinación disminuye la calidad de nuestras actuaciones, y puede generar una responsabilidad añadida por desconocimiento de actuaciones de otros.

Una especial mención merece todo el Capítulo IV de “Relación del Trabajador Social con la Entidad donde preste sus servicios”. El primer artículo de este capítulo hace relación a *la obligación del profesional del cumplimiento de los objetivos de la entidad donde trabaja, pero sigue añadiendo en caso de que estos contradigan los principios básicos de la profesión, deberá actuar pudiendo recabar el apoyo de los Colegios profesionales para su rectificación*” Combinar y compatibilizar los objetivos de algunas instituciones y nuestros Principios éticos profesionales es tarea ardua en este momento en que los objetivos e intereses economicistas, políticos, y cualquier otro que no sea el bienestar social impregnan nuestras instituciones y cuando los objetivos de ambos no sólo no son idénticos sino casi incompatibles ¿Cómo actuar? Los objetivos que no persigan el bienestar de nuestros usuarios deben cambiarse, hay que recordar nuestra obligación ética de remover las dificultades que impidan el cumplimiento de los derechos de los individuos y con los Principios éticos de Precaución y Prudencia actuar como colectivo para su modificación ¿Es esto posible?.

Una escueta reflexión sobre el Capítulo VI de “Secreto Profesional” La obligación de confidencialidad y el derecho y deber que esto supone en nuestro actuar. Este tema es muy debatido en los últimos años, la confidencialidad de los datos que poseemos y nuestras dudas sobre su transmisión por medios informáticos, faxes, etc.. En el ejercicio profesional por la posible vulneración de intimidad que esto pueda suponer, así como por la necesidad de obtener el consentimiento del usuario para su transmisión ha supuesto un debate pendiente.. Nuestro Código Deontológico es claro en este sentido, exige el deber del profesional de *guardar secreto de todo lo que los usuarios le transmitan y confíen y lo que conozca en su ejercicio profesional restringiendo su comunicación a las necesidades de intervención profesional, pero aclara de manera muy tranquilizante para todos siendo el acceso a la citada información restringido a los profesionales directamente implicados en la práctica profesional*”. Llama la atención con la claridad de este artículo las dudas que algunos profesionales presentan sobre la transmisión de la información interprofesional.

Por último una llamada de atención a la precaución de no judicializar nuestra actividad como ha ocurrido con otras profesiones, nuestra responsabilidad debe ser exigida en primer lugar por nosotros mismos como colectivo y a nivel individual frente a nuestros usuarios y nuestras instituciones, todos ellos pueden exigirnos esta responsabilidad incluso judicialmente, pero esta exigencia está definida en nuestro código y nuestras normas y no debe asustarnos ni vincular nuestra manera de hacer, esta debe estar sometida únicamente a nuestros Principios éticos, nuestro Código Deontológico y nuestra responsabilidad profesional y personal y si nos es exigida en el algún momento con justificaciones éticas será fácil su justificación.

A lo largo de más de 40 años de actividad como Trabajador Social , los Principios éticos de la profesión que aprendimos siguen vigentes, actualizados y ampliados con un Código Deontológico que nos guía, nos vincula y nos ayuda para apoyar nuestras conductas profesionales y nuestras actuaciones, debemos tenerlo presente día a día y enseñarlo a nuestros alumnos como el Tema de mayor interés entre todos los conocimientos que les enseñarán y defenderlos frente a todos los que no persiguen el Bienestar social de los individuos.

# 5 CONGRESO

TRABAJO  
SOCIAL  
MADRID

# TALLERES

# TALLERES

## Nuevos Contextos

- **Nuevas formas de gestión de Sanidad en Madrid.**  
*Cristina Alonso Salgado, Agustina Crespo Valencia y M<sup>a</sup> Luisa Pérez Pérez.*
- **Habilidades para la intervención.**  
*Angel Luis Maroto Sáez y Carmen Arenas Carbellido.*
- **Atención a las crisis de claudicación en las familias. Una difícil arquitectura.**  
*M<sup>a</sup> del Pilar Munuera Gómez, M<sup>a</sup> del Carmen Domínguez Rosingana, Gema Álvarez Idarraga y Carmen Alemán Bracho.*

## Nuevos Compromisos

- **Experiencia de talleres de empoderamiento con mujeres a través del arte.**  
*África Jiménez Cabré y Gema Palomo Ramírez.*
- **"Apostando por los procesos" Experiencias de mujeres en un proyecto de empoderamiento, crecimiento personal y creación de redes.**  
*María Montero Monferrer, Ana García Barbeito y Elia del Rey Puentes.*
- **Pararse a pensar, sentir y compartir: experiencias en torno a la reflexión sobre la identidad profesional.**  
*Grupo de reflexión sobre Identidad Profesional del Colegio de Trabajadoras/es de Madrid.*

## Nuevos Retos

- **¿Y quién me atiende a mí? Un abordaje del cuidado profesional.**  
*José Luis Gil Bermejo y Pilar Pérez Roldán.*
- **La visión de "maestros y alumnos" en Trabajo Social.**  
*Francisco Javier Pomar Fernández y Antonio Jiménez Fernández.*
- **Autoliderazgo y empoderamiento desde un abordaje emocionalmente inteligente en trabajo social: coaching para brillar con luz propia.**  
*Vicenta Rodríguez Martín.*

## NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DE SANIDAD EN MADRID

Cristina Alonso Salgado<sup>1</sup>  
Agustina Crespo Valencia<sup>2</sup>  
M<sup>a</sup> Luisa Pérez Pérez<sup>3</sup>

### INTRODUCCION

En las sociedades desarrolladas, la Salud Mental es un referente de la calidad de vida de las personas.

España se adhirió a la propuesta de la Conferencia de Helsinki (2005) donde se defendía la prevención y apoyo social a los enfermos mentales, dentro de una atención comunitaria, que permitiera el desarrollo de redes para el cuidado del enfermo y favoreciera la reducción del estigma asociado al proceso de enfermedad mental, tanto para el paciente como para su familia.

En nuestro Sistema Nacional de Salud, a pesar de reconocerse la Salud Mental como prestación sanitaria pública (Real Decreto 1030/2006), con un modelo comunitario de atención y estar incluida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, los cambios políticos y económicos están afectando a la consolidación de dicha prestación.

El escaparate actual en la Salud Mental Madrileña está generando un cambio de modelo asistencial con consecuencias en el tratamiento integral y comunitario en la Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

### OBJETIVOS DEL TALLER:

- ✓ Reflexionar sobre la situación y consecuencias de los cambios que se están produciendo en la Salud en General, y en la Salud Mental en particular, con la nueva forma organizativa de Área Única y libre elección (Ley 16 de noviembre del 2009 Comunidad de Madrid).
- ✓ Informar sobre las derivaciones causadas por los cambios de modelo en el desarrollo del Trabajo Social en Salud.
- ✓ Dar a conocer las influencias de los nuevos modelos, de abordaje sanitario, en la consecución de los derechos sociales de los enfermos mentales

### CONTENIDOS:

- El contraste de modelos de atención:

Del Modelo Comunitario (artículo 20, Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 abril) al Modelo de Área Única (16 de noviembre de 2009).

<sup>1</sup> Trabajadora Social de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

<sup>2</sup> Trabajadora Social de los Servicios de Salud Mental de Puente Vallecas. Madrid.

<sup>3</sup> Directora de Centro de Rehabilitación Psiquiátrica. Consejería de Sanidad. Madrid

El Trabajo Social en Salud Mental según el modelo comunitario, fundamentado en la Ley General de Sanidad, confirmado en el Plan de Salud Mental, (2003 -2008) y en el Plan de Atención Social a la Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003-2007).

Según dicho modelo de atención comunitaria, la intervención se realiza a través de un equipo multiprofesional, con división territorializada, con potenciación del trabajo en red, con la utilización de recursos asistenciales a nivel ambulatorio, con la hospitalización parcial y donde se priorizaban los procesos de rehabilitación social y de continuidad de cuidados en los pacientes con enfermedad mental grave y crónica; un trabajo de coordinación con los Servicios Sociales y entidades de atención social.

Una intervención fundamentada en la corresponsabilidad en el tratamiento del sujeto, la familia y la comunidad y con una meta desde el trabajo social: conseguir, en el enfermo mental, un posible cambio personal y su adaptación a una nueva situación de vida.

El Trabajo Social, dentro de un equipo multiprofesional, se incorpora al proceso de recuperación, aportando el trabajo específico de utilización de los propios recursos personales del paciente y de su entorno, así como instrumentos determinados del Trabajo Social y/o los recursos y prestaciones sociales de nuestro Sistema Socio-Sanitario.

Al modelo asistencial de Área Única, donde desaparece el concepto de territorio, donde se prioriza el concepto asistencial como especialidad médica, sin tener en cuenta una atención integral.

El ámbito del Trabajo Social contempla dentro de sus fundamentos el derecho de los pacientes a ser considerados ciudadanos de pleno derecho, no sólo usuarios del Sistema de Salud y por lo tanto, a potenciar su participación social en diferentes colectivos, asociaciones, luchar contra el estigma social y todo lo que conlleva el cumplimiento de la igualdad de los derechos.

A partir de estos puntos de análisis de situación, planteamos el desarrollo del Taller en tres módulos.

- 1.- Nuevos contextos: Área Única y Libre elección.
- 2.- Cambios en el modelo de gestión de casos.
- 3.- Mapa territorial de recursos de la Red de Salud Mental en Madrid.

## METODOLOGIA DEL TALLER.

### Modulo 1.-

- Nuevos contextos: área única y libre elección.
- Apuntes sobre la filosofía del área única y la libre elección.
- Gestión centrada en diferentes Hospitales de referencia.

### Modulo 2.-

- Programas y servicios de atención: cambios en el modelo de gestión de casos.
- Estructura y dependencia administrativa: peculiaridades de los Trabajadores Sociales en Salud Mental.
- Nuevos modelos de financiación versus nuevos modelos de gestión.



### Modulo 3.-

- Nueva conformación del Mapa de recursos según distritos de Madrid.
- Diferentes servicios y diferentes programas según territorio.
- Falta de igualdad y equidad en la formulación de servicios, programas y prestaciones dependiendo del territorio.

### BIBLIOGRAFIA

#### ○ Libros:

Navarro Pedreño, Silvia (2004). *"Redes Sociales y Construcción Comunitaria"*. Madrid. Editorial: CCS.

Howe David. (1992). *"Dando sentido a la Práctica"*. Granada. Edición: Maristan.

De Robertis, Cristina. (2003). *"Fundamentos de Trabajo Social"*. Valencia. Edición: PUV- Nau LLibres.

#### ○ Revistas:

Grupo de trabajo de la AMSM. (2003). *Análisis de la AMSM del Plan de Salud Mental en la Comunidad de Madrid 2003-2008*. Verano 2003. Páginas 10 a 17.

Alonso, Cristina; Pérez, María Luisa; Gil, Daniel (2004). *"Algunas reflexiones sobre la Atención Social a las personas con enfermedad mental crónica"*. AMSM-AEN. Primavera 2004. Páginas de 4 a 8.

Alonso, C; Perez, M (2005). *"El porqué es importante el Trabajo Social en Salud"*. AMSM-AEN. Verano 2005. Página 10 a 13

Grupo de trabajo de la AMSM.(2008). *"Informe sobre la situación de la Salud Mental en Madrid"*. Otoño 2008. Página 2 a 42.

TRABAJO SOCIAL HOY. Colegio de Trabajo Social de Madrid. Varios autores (2007) *Monográfico: "Trabajo Social y Sistema Público de Salud"*. Segundo semestre 2007. Página 5 a 220

Alonso, C (2010). *"Cuando el Trabajo Social en Salud Mental tenía un referente y respaldo institucional como trabajo comunitario"*. Nº 59. Abril 2010. Pág: 83 – 94.

#### ○ Documentos Técnicos-Científicos:

OMS. (2005). Declaración Europea de Salud Mental. Conferencia de Helsinki. 12-15 de Enero 2005.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *"Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013"*.

Aula de Trabajadores Sociales de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. (2003). *"Informe sobre las funciones de los Trabajadores Sociales en los Equipos de Salud Mental"*.

#### ○ Soporte Legal

Ley de Sanidad 14/ 1986 del 25 de Abril.

Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) 12/ 2001 de 21 de Diciembre.

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/ 2003 del 28 de Mayo.

Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica Ley / 41 /2002 del 4 de Noviembre.

Ley Decreto 122 / 2007 del 2 de Octubre, Régimen jurídico básico del Servicio de Atención Social, Rehabilitación Social de soporte comunitario de personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica

Ley de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid, 6/ 2009 del 16 de noviembre.

Plan de Atención Social a las personas con enfermedad mental grave y crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid 2003- 2008.

I Plan de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid 2004 – 2008.

II Plan estratégico de Salud Mental, de la Consejería de Sanidad 2010 – 2014.

Resolución de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria 23/ 2010 de 25 de Junio, en materia de Hospitales y Centros de Salud Mental.

Decreto 51/2010 de 29 de Julio por el que se regula el ejercicio de la Libertad de Elección. Comunidad de Madrid.

Directrices específicas de Libre Elección en Salud Mental. Oficina Regional de coordinación de Salud Mental, Dirección General de Hospitales, 22 de diciembre del 2010.

# HABILIDADES PARA LA INTERVENCIÓN

Angel Luis Maroto Sáez<sup>1</sup>  
Carmen Arenas Carbellido<sup>2</sup>

## 1.-INTRODUCCIÓN

De alguna forma, los aportes teóricos de los que nos servimos en nuestro quehacer profesional y los modelos metodológicos que asumimos como propios tienen todo que ver con el tipo de persona que somos, con nuestra propia biografía y nuestro “ser” hecho de múltiples experiencias. En el presente taller, se abordará la importancia que tiene la persona del/la Trabajador/a Social como herramienta del proceso de acompañamiento social, la necesidad del auto-cuidado, así como la importancia de distinguir diferentes procesos en el marco de toda intervención: el proceso de resolución de la situación-problemática y el proceso de resolución de la relación vincular con la persona.

La relación es y será el corazón de la práctica del Trabajador Social. Y, en esta relación, lo que somos como persona permea lo que somos y hacemos como profesionales de la intervención social, por lo que se hace del todo necesario, como paso previo a la apertura a la relación profesional, un trabajo en lo personal que nos permita tomar conciencia, por ejemplo, de: cuánto nos conocemos a nosotros mismos, qué dificultades y anclajes pueden provenir de nuestra propia vida, cuál es nuestro momento dentro del ciclo vital, nuestra condición de observador-participante-autobservador, etc...; con la finalidad de que dichas cuestiones no “contaminen” nuestras interpretaciones sobre las situaciones abordadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se trataría de acompañar a los Trabajadores Sociales en un proceso de “darse cuenta” de que, en todo acompañamiento social existen, de manera simultánea, dos procesos objeto de intervención: **el proceso de resolución de la situación-problema** (donde nos centraremos en el abordaje de la problemática explicitada y donde pondremos en acto nuestros marcos teóricos de referencia, nuestros modelos de intervención, las habilidades, técnicas y estrategias utilizadas, así como los recursos disponibles) y **el proceso de relación vincular** con la persona, donde se hace patente la ambivalencia emocional (atracción-rechazo) por parte de la persona solicitante de ayuda hacia la figura del Trabajador Social y por parte de este hacia aquella. Y cómo, ambos procesos, funcionan como una “gestalt” durante el acompañamiento requiriendo, por nuestra parte, estar atentos y abordar uno u otro en función de la persona y su proceso.

## 2.- OBJETIVOS

- 2.1.- Generar un espacio de reflexión práctica y de auto-exploración didáctica, en torno a la persona del/la Trabajador/a Social y su intervención profesional.
- 2.2.- Reconocer la importancia de la persona del/la Trabajador/a Social en los procesos de relación de ayudas establecidos en la intervención social.
- 2.3.- Explorar las propias experiencias: historia relacional, corporalidad, patrones emocionales, etc.
- 2.4.- Explicitar los procesos objeto de intervención social en todo acompañamiento social: proceso de resolución de la situación-problema y proceso de relación vincular.

<sup>1</sup> Trabajador Social. Máster en Supervisión, Orientación y Coaching por la Universidad de Deusto.

<sup>2</sup> Trabajadora Social. Máster en Supervisión, Orientación y Coaching por la Universidad de Deusto.

2.5.- Dotar de técnicas y estrategias para fomentar el auto-cuidado de los/las profesionales.

### 3.- METODOLOGÍA

La metodología del presente taller será participativa y vivencial con el objetivo de que los/las asistentes puedan adquirir conocimientos, técnicas y herramientas para su trabajo de forma vivencial e integrativa. Para ello, las temáticas a trabajar se abordarán mediante la realización de diversos ejercicios experienciales, tanto a nivel individual como grupal provenientes de diferentes enfoques teóricos y marcos metodológicos: Gestalt, Psicodrama, PNL, Análisis Transaccional, Terapia Breve Centrada en Soluciones, Counseling Centrado en la Persona, etc.

### 4.- ESQUEMA BÁSICO DEL TALLER

El foco del desarrollo de las sesiones del taller irá de lo más general a lo más específico. Primero, se realizará una aproximación a lo que sería el trabajo de acompañamiento social sea cual sea el marco institucional donde este se ejerza e independiente de las inclinaciones de especialización que hayan tenido los/las asistentes, haciendo especial hincapié en la importancia crucial de la persona del/la Trabajador/a Social en el establecimiento de la relación de ayuda y la consecución de objetivos de intervención. Tras este primer acercamiento general, el trabajo girará en torno al autoconocimiento. Y desde estas bases, abordaremos los procesos presentes en toda relación de ayuda (proceso de resolución de problema y proceso de relación vincular) para finalizar con un abordaje del propio autocuidado.

#### 4.1.- Temáticas y Actividades

TEMÁTICAS	ACTIVIDADES
<b>1.- El Trabajo de Acompañamiento Social.</b> – Introducción al taller y bienvenida. – Primer acercamiento al proceso de acompañamiento social y a lo fundamental del encuentro profesional-persona que solicita ayuda.	- Ejercicio de las Tarjetas.
<b>2.- Autoconocimiento: exploración y exposición.</b> - ¿Quién soy? ¿Cómo soy? ¿Qué es lo que proyecto?	- Dibujo de la Flor.
<b>3.- Procesos implícitos en la relación de ayuda.</b> - Proceso de resolución del problema objetivado. - Proceso de abordaje de la relación vincular.	- Trabajo en Grupos.
<b>4.- Límites y Autocuidado.</b> - Relevancia del establecimiento de límites y el autocuidado en la persona del/la Trabajador/a Social, en todas las áreas de su vida.	- Ejercicio Caja. - Configuración del Modelo Integrativo Supraparadigmático del burn-out.

## 5.- DESARROLLO DEL TALLER

### Temática 1.- El Trabajo de Acompañamiento Social.

La primera aproximación será la presentación del taller. Tras proceder a la presentación de los coordinadores del taller y comentar sus objetivos, así como algunas vivencias personales que han llevado a configurarlo, se procederá a realizar el encuadre del mismo. Acto seguido, cada participante, pasará a presentarse sirviéndonos de dinámicas de grupo dando lugar a la exposición de aspectos generales de sí mismo. Por último se realizará un ejercicio (“tarjetas”) para el primer acercamiento a aspectos del proceso de acompañamiento social, en torno a las preguntas **¿Cómo definirías tu el proceso de acompañamiento social?** y **¿Qué caracteriza, según tu, un proceso de acompañamiento social?**

Una vez realizado este ejercicio, se intentará establecer una visión general del proceso de acompañamiento social entendido como modelo conjuntivo de ayuda donde tiene lugar un proceso de encuentro personal. Desde este encuentro personal (Trabajador/ a Social – Persona) y su contexto existencial (entrevista) se establecerán los dos subprocesos presentes en toda relación de ayuda: comprensión del problema objetivado y establecimiento de la relación vincular.

### Temática 2.- Autoconocimiento: exploración y exposición.

Lo principal de esta temática será que, los participantes del taller, puedan profundizar respecto a cómo se perciben a sí mismos y que es lo que están proyectando hacia el exterior. Se buscará lograr la instancia para reflexionar en torno a los factores que influyen en adoptar tal o cuál imagen personal: ¿Quién soy? ¿Cómo soy? ¿Qué es lo que proyecto? Trabajaremos en torno a la imaginería y el “Dibujo de la flor”, que expresa la percepción de sí mismo, analizándose grupalmente los dibujos mediante las siguientes preguntas: ¿Qué les parece esta flor? ¿Qué nombre le pondría? ¿Cómo es ella? ¿Cómo es él? ¿Qué cualidades y defectos nos muestra? ¿Cómo sería como Trabajador/a Social? etc. Se dará la oportunidad de que el autor o autora del dibujo, si lo desea, se revelara y pudiera comentar sus similitudes y diferencias de las imágenes observadas por sus compañeros, aportando mayores datos de sí mismo, de su realidad y de cómo ésta fue percibida por el resto. En el caso de presentarse situaciones iatrogénicas, con carga emocional negativa, como es el caso de la toma de conciencia de déficit, carencias, etc, facilitamos el espacio de cambio (por ejemplo agregarle algo a su dibujo, motivando el cambio positivo, etc). En estos casos se facilitará la reparación de la autoimagen anterior, hasta que la persona logre integrar aspectos más positivos en torno a su aceptación personal. Finalmente, se enfatizarán la relevancia de los aspectos trabajados, y la importancia que tiene el mantener una imagen personal equilibrada y como esto se refleja en un mejor desempeño como profesional, independiente del enfoque o lugar de trabajo. Cada participante completará la frase: *“Me doy cuenta que...”* antes de finalizar la sesión.

### Temática 3: Procesos Implícitos en la Relación de Ayuda.

En este espacio abordaremos la visión general del proceso del encuentro personal y la configuración del encuentro profesional que nos permitirá establecer un proceso de acompañamiento social, exponiendo el contexto existencial en el que tienen lugar los encuentros profesional-persona que necesita ayuda: la entrevista.

Realizada esta aproximación general, se trabajará la escucha activa, la comprensión empática, la congruencia y las autorrevelaciones de los profesionales como destrezas para expresar la comprensión del problema objetivado, realizando algunas técnicas que permitan completar información acerca del mismo.

Finalizaremos el desarrollo de esta temática, trabajando en grupos los diferentes estilos de apego establecidos por Bowlby, intentando definir, dentro de estos, cuál es el estilo con el que más se identifica cada uno de los participantes, así como aquel o aquellos estilos que nos es más fácil identificar en nuestra intervención profesional.

#### **Temática 4: Límites y Autocuidado.**

En el ambiente del Trabajo Social suele hablarse sobre la relevancia de poner límites, sobre todo, con las personas que acuden en busca de ayuda. Sin embargo, se considera que una puesta de límites sana y efectiva no es ajena a la puesta de límites a sí mismo y por ende, del autocuidado. Por ello, se ha considerado que enfatizar el desarrollo del autocuidado como un hábito es esencial para cualquier Trabajador/a Social. Tomando como base los aportes de la investigación y la experiencia personal de quienes han diseñado este taller, se seleccionaron algunos elementos esenciales para el autocuidado, los cuales fueron desarrollados en esta sesión. Se realizará una exposición básica, clara, breve y lúdica (dinámica del cofre) sobre el concepto de límite, ya que muchas personas no tienen claro este concepto al momento de aplicarlo en sí mismos. De ésta forma se da inicio a la explicación de la importancia de los límites en uno mismo y como el buen o el mal uso de éstos repercute en el medio en el cual nos ha tocado interactuar.

En relación al Autocuidado, se le entregará a cada asistente una hoja con el “*Cuadro de autocuidado del/la Trabajador/a Social*”, que individualmente deberán completar (Anexo 1). Mediante los cuadros de autocuidado del/la Trabajador/a Social realizados y las respuestas de los asistentes se realizará un cuadro que sintetice en uno los cuadros realizados por cada grupo.

#### **5.- Resultados y Evaluación del Taller.**

Al finalizar el taller, se procederá a la evaluación del mismo mediante la entrega, a cada participante, de un cuestionario valorándose diferentes aspectos del mismo. Con los resultados obtenidos tras el análisis de los cuestionarios, los coordinadores del taller, elaborarán un documento resumen que será presentado a la organización del Congreso para su consideración.



## ATENCIÓN A LAS CRISIS DE CLAUDICACIÓN EN LAS FAMILIAS. UNA DIFÍCIL ARQUITECTURA

M<sup>a</sup> del Pilar Munuera Gómez<sup>1</sup>

Carmen Alemán Bracho<sup>2</sup>

Gema Álvarez Idarraga<sup>3</sup>

M<sup>a</sup> del Carmen Domínguez Rosingana<sup>4</sup>

*“El hombre que vive y que no quiere morir,  
que sufre y no quiere sufrir,  
que acostumbra a dolerse en silencio sin que nadie le escuche;  
esa pequeña cosa que somos cada uno de nosotros es,  
en verdad, lo más importante”.*

### RESUMEN DE LOS CONTENIDOS

Compartir el trance de cuidar de una persona querida que se encuentra en una situación de dependencia es una forma poderosa de intercambiar amor, solidaridad y respeto. Representa una prueba personal sublime y enriquecedora. Cuando alimentamos la dimensión humana de la muerte, la última despedida se convierte en una experiencia tan íntima, tan entrañable y tan valiosa como el mismo milagro del nacimiento.

Los distintos profesionales que hacen frente a la enfermedad y a la dependencia; con la idiosincrasia particular de los enfermos y sus familias, sin la adecuada formación y sin conocer las pautas de atención definidas hacia el enfermo y su familia, pueden generar, sin quererlo, estancias prolongadas en hospitales y sufrimientos innecesarios tanto a pacientes como familiares, teniendo gran repercusión en los propios profesionales y sus instituciones.

Hablamos de claudicación familiar cuando la familia se siente incapaz, se “rinde” y no da respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Esto tiene por consecuencia el abandono físico y emocional del mismo, y le puede provocar un sentimiento de culpabilidad inducido por los propios cuidadores, que ya no son ni su soporte físico ni su soporte emocional. Adquiriendo un sentimiento de impotencia que impide ver cualquier actuación.

En la intervención del Trabajador Social con familias que cuidan de un enfermo o persona en situación de gran dependencia, se debe garantizar una detección precoz de los factores desencadenantes ante una posible crisis de claudicación familiar, así como atender y facilitar la solución a los problemas específicos de una dependencia severa.

<sup>1</sup> Profesora Titular de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid.

<sup>2</sup> Catedrática de Servicios Sociales UNED.

<sup>3</sup> Trabajadora Social Funcionaria de Carrera del Ayuntamiento de Villaviciosa de Odón y Profesora UNED.

<sup>4</sup> Trabajadora Social Funcionaria de Carrera del Ayuntamiento de Madrid y Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid.

El Trabajador Social además de reforzar los recursos propios de la familia, debe gestionar todos aquellos que faciliten el mejor cuidado posible al enfermo en su proceso de enfermedad.

La Ley de Dependencia articula y promueve una serie de recursos de atención a las personas en situación de dependencia, tales como: atención residencial, centro de día, ayuda a domicilio, tele asistencia, prestación económica por cuidados en el entorno familiar, prestación económica vinculada al servicio o ligada a una asistencia personal, etc...

Es importante que los Trabajadores Sociales desde los Hospitales así como desde los Centros de Servicios Sociales Municipales, sirvamos de puente entre dichos recursos y las necesidades de las familias. Tramitar los recursos que garanticen el bienestar completo del paciente es fundamental para que la familia no llegue a una situación de claudicación familiar por “burn out” del cuidador principal.

Si la coordinación es una premisa fundamental en cualquier intervención social en el caso de grandes dependientes o enfermos terminales resulta una función imprescindible, de esa forma podremos tener un abordaje de sus necesidades desde un enfoque interdisciplinar tanto del enfermo como de su familia. El dotar al cuidador o cuidadores principales de información sobre el proceso que padece su familiar, ofrecer recursos materiales y económicos para afrontar la situación y coordinarnos con el Equipo de Atención Primaria de referencia, facilitará a la familia aceptar la evolución de la enfermedad de su familiar e ir interiorizando un posible proceso de duelo.

Además no se debe olvidar la importancia de las condiciones y barreras arquitectónicas para poder atender a un gran dependiente en el domicilio. Solicitar ayudas municipales para adaptación del domicilio a las necesidades actuales, en muchos casos puede repercutir en la calidad de atención que recibe el enfermo y así evitar un estrés innecesario al cuidador.

Este taller tiene como objetivo realizar una revisión semántica del concepto de claudicación familiar y analizar sus principales características. Se observarán las diferentes tipologías que puede presentar, y se propondrá una serie de intervenciones ante duelos patológicos desde el punto de vista preventivo y de acción en una triple dirección: la profesional y/o institucional, la del paciente y la de los familiares.

## II. OBJETIVOS DEL TALLER

El objeto de este taller, es sensibilizar a las instituciones, los profesionales, los enfermos y sus familiares, sobre las situaciones que pueden llevar a “crisis de claudicación” y la búsqueda de actuaciones adecuadas para evitar su aparición, o en su caso, contrarrestar sus efectos.

### Entre nuestros objetivos:

1. Promover la identificación y detección precoz de posibles factores desencadenantes de situaciones de “crisis de claudicación”.
2. Provocar la reflexión y el intercambio de experiencias enriquecedoras.
  - Potenciando una mirada novedosa donde todos seamos capaces de reconocer nuestras capacidades.

3. Favorecer la comprensión de las familias que tienen a su cargo una persona en situación de dependencia funcional.
  - Presentando técnicas y recursos. Entre ellas la eficacia del proceso de escucha y comprensión de la familia que tiene a su cargo una persona dependiente.
4. Mostrar la creatividad que pueden desarrollar las familias en dar soluciones. Las familias resuelven creativamente desde una “nueva cultura” la percepción de la realidad que están viviendo y a la vez descubren sus capacidades para resolver la crisis de claudicación con sus soluciones. Este proceso de intervención va a generar un pensamiento diferente. “Vivimos una multiplicidad de historias que son producto de nuestras acciones” (Sluski, C. 1998).
5. Romper la representación social que existe respecto al cuidado de una persona en situación de dependencia funcional.

En resumen, se trata de abrir un camino de intervención donde la persona asuma sus propias responsabilidades, y no se establezca el hecho de “cargar” estas responsabilidades en otras personas, para favorecer la toma de soluciones solidarias en su medio. Proceso que lleva a un adecuado desarrollo como persona. En definitiva es un aprendizaje que permite una mejor comunicación con los distintos sistemas donde la persona está inserta.

Mediante juegos grupales incorporamos una situación de claudicación creada por el grupo, que escenificaremos y resolveremos.

Para terminar el taller, daremos un espacio al grupo para expresar y compartir qué hemos aprendido de esta nueva mirada a la situación planteada.

### III. CONTENIDOS.

Apoyar a la familia y a los seres queridos del paciente para que mejoren su relación entre sí y se reduzca la sobrecarga que representa la enfermedad es una exigencia para el colectivo profesional que lo afronta y para la misma sociedad. La enfermedad provoca una convulsión en el mundo interior de quien la padece, que se encuentra de repente ante algo que no puede dominar. Si es particularmente grave, el paciente se repliega sobre sí mismo e interioriza el sufrimiento y la pregunta constante formulándose y planteándose interrogantes sobre el sentido de la vida, del dolor y de la muerte, etc., a los que pretende buscar una solución.

Muchos de ellos no sacarán a la luz sus preocupaciones si no se les pregunta específicamente por las mismas y, a menos que éstas sean reconocidas y atendidas, será por lo general imposible lograr un adecuado tratamiento del dolor y de otros síntomas molestos. Todas estas situaciones conducen a la claudicación de las familias que cuidan a personas en situación de dependencia.

Entre las actuaciones a desarrollar para tratar la crisis de claudicación se encuentra:

1. Recopilación de información, marcando un plan de actuación y priorizando de mayor a menor grado lo que es más beneficioso para el enfermo, teniendo en cuenta las posibilidades de éxito.

2. Aprobación de las actitudes y actuaciones de la familia para que sean las más favorables posibles. Las familias necesitan la confirmación y aprobación de que lo están haciendo bien. De esta forma, el provecho está más asegurado. Es mejor constatar lo que es positivo que lamentar o recriminar sobre lo que hacen mal o no hacen.
3. Respeto de las creencias y valores, tanto del enfermo como de la familia. Su tipo de relación, su socialización, sus quehaceres y sus dudas, dando importancia a lo que para ellos es importante. El respeto revertirá en capacidad para compartir y valorar nuestros consejos.
4. Empowerment de la capacidad de cuidadores. Debe entrar en un proceso que le permita ir conociendo cómo actuar frente a cada síntoma o frente a los cuidados terapéuticos que hay que llevar a cabo.(pudiendo ser ellos mismos quienes se encarguen de aquellos aspectos más íntimos. Proporcionar apoyo moral y social en la elaboración de duelos no resueltos con anterioridad, etc.
5. Empowerment de la capacidad para reparar los errores, ofreciéndonos para crear puentes de comunicación entre el enfermo y su familia, facilitando elementos que les capaciten para el diálogo y una mejora de la relación.

#### IV. METODOLOGIA DEL TALLER:

Nuestra cultura, en numerosas ocasiones sostiene una lectura lineal de los problemas, favoreciendo la definición de papeles victimizantes y culpabilizantes.

Abordaremos la crisis de claudicación desde una perspectiva sistémica, que ayude a desculpabilizar, abordando los problemas de una manera más neutral, no buscando ni identificando culpables ni víctimas.

El grupo creará una situación de “crisis de claudicación” a través de la observación de un video o de unas viñetas donde veremos cómo cada uno de los actores: plantean situaciones de dificultad o sobrecarga, situaciones de abandono de sus responsabilidades o manifiestan necesidades y valores contradictorios ante sentimientos de miedo, o cambian sus intereses o desean abandonar y huir de la situación.

Construiremos un clima reflexivo en el grupo, con el propósito de que los actores construyan la realidad de otra manera, dado que al crear una historia, la gente se comporta de una determinada manera. Los comportamientos resultan de la historia dominante del momento y a la vez reconstituyen la historia, sabiendo que tiene la responsabilidad de su vida y que es el constructor de la misma, y que sólo así se podrá ser conciliador y promover salud social.

#### Enfoque didáctico:

1. Se busca la participación activa de los participantes al taller a través del visionado de un video y role playing de un caso.

Tipo de público al que va dirigido: 30 personas como nº límite.

### Actividades:

Visionado de video o visionado de un comic, con role-playing didáctico y supervisión de un caso.

En resumen, parte del trabajo consiste en mantenerse en una historia más o menos dominante y ver que se puede cambiar de tal forma que suponga transformaciones en los personajes y en definitiva en la historia o en la vida de las personas que tienen a su cargo una persona dependiente, desde el cambio hacia otro tipo de historia.

### BIBLIOGRAFÍA:

- ASTUDILLO, W. y otros. (1997). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Navarra: Eunsa.
- GIL-MONTE, P. y PEIRO J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis psicología.
- HINTON, J. (1996) *Experiencias sobre el morir*. Barcelona: Seix Barral.
- MUNUERA GÓMEZ, P. (1998). *Intervención Social con enfermos terminales*. Libro de Actas del II Congreso de Escuelas de Trabajo Social. Septiembre de 1998.
- SALZBERGER-WITTENBERG, I. (1970). *La relación asistencial*. Buenos Aires: Amorrortu.
- TOWLE, CH. (1973). *El trabajo social y las necesidades humanas básicas*. México: Prensa Americana.
- WATZLAWICK P. y otros (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Ley 39/ 2006, de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. BOE nº 299 de 15 de Diciembre de 2006.

# EXPERIENCIA DE TALLERES DE EMPODERAMIENTO CON MUJERES A TRAVÉS DEL ARTE

África Jiménez Cabré<sup>1</sup>  
Gema Palomo Ramírez<sup>2</sup>

## FUNDAMENTACIÓN

### 1.- ORIGEN DEL PROYECTO

La experiencia a compartir es fruto de las prácticas realizadas en el Máster en Estudios Interdisciplinares de Género, del Instituto Universitario de Estudios de la Mujer (IUEM), en la Universidad Autónoma de Madrid.

Dichas prácticas se realizaron en un período comprendido entre el 12 Enero al 30 Junio 2009 en el *Centro de Atención a Mujeres María de Maeztu*, dependiente de la Dirección General de Igualdad de Oportunidades del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales (Ayuntamiento de Madrid.). Está situado en el distrito madrileño de Carabanchel, en el barrio de Carabanchel Bajo. En el mismo edificio se encuentra el Punto de Punto Municipal del Observatorio Regional de la Violencia de Género y las Agentes de Igualdad del distrito. El Centro atiende a mujeres que acuden bien por iniciativa propia, bien derivadas por otros recursos y agentes sociales. Se trata de una atención que se articula en 5 ejes o áreas: psicológica, jurídica, social, formativa-laboral y relacional. En esta última se incluyen todas las actividades y talleres participativos enfocados al desarrollo personal de las participantes, área donde realizamos el prácticum y con ello la experiencia a trasladar al congreso de Trabajo Social.

### 2.- PARTICIPANTES

El acceso de las participantes era libre o bien derivadas por otras áreas de atención del centro.

En torno al 95 % de las participantes eran de origen español y el 5% pertenecientes a países de latinoamérica. La franja de edad era más heterogénea, aunque en su mayoría estaba comprendida entre los cuarenta y los setenta años.

Todas ellas residían en el entorno cercano y eran usuarias habituales del centro (bien por haber participado en actividades anteriores o bien por ser atendidas en las áreas específicas).

Aunque las participantes eran muy diversas en expectativas, en las motivaciones que las movían a participar en los talleres, en el nivel de conocimiento de la materia sobre la que trabajamos, así como en el nivel de estudios, encontramos en ellas un interés real por el arte en sus distintas manifestaciones.

<sup>1</sup> Trabajadora Social. Máster Oficial de Estudios Interdisciplinares de Género. Universidad Autónoma.

<sup>2</sup> Trabajadora Social. Máster Oficial de Estudios Interdisciplinares de Género. Universidad Autónoma.



### 3.- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Basamos nuestra experiencia en la propia participación de las mujeres en un centro de estas características, tomando como referencia el concepto de desarrollo participativo, un proceso donde se representa un papel activo y determinante en la elaboración de las decisiones que deben influir en sus vidas (Tommasoli, 2004). Precisamente nuestra propuesta se basa en romper y provocar la ruptura de esquemas desde dos bases teóricas: la Sororidad entre las mujeres y el empoderamiento individual y colectivo.

Antes de introducirnos en conceptos como sororidad, nos ubicaremos en aspectos relacionados con la teoría de género en la que se apoya este taller. Las mujeres que acuden al María de Maeztu lo hacen por algún motivo concreto relacionado en ocasiones con la autoestima. Debido principalmente al sistema de género en el que ambos sexos crecemos, la autoestima estará marcada por todas las condiciones sociales que configuran a cada mujer por la condición de género. Así, el mundo patriarcal mella en las mujeres al colocarlas en posición inferior y secundaria, mientras que alza a los hombres hacia el poder y la conquista de todo aquello que se propongan. Por tanto, la autoestima de las mujeres se ve afectada por la opresión de género, cotidiana e imbuida en la discriminación, la subordinación, la descalificación. Evidentemente las mujeres están en desventaja y crecen con estos mandatos de género y roles asumidos e incorporados (Lagarde, 2000). Sin embargo, a lo largo de los siglos, han compartido sus descubrimientos, han comparado y sistematizado su experiencia y poco a poco han tejido consensos y alternativas. Así se proponen conformar a su género como un sujeto social y político, y lo están haciendo cuando comparten sus logros. Al protagonizar sus vidas, habitadas patriarcalmente por los otros, y lograr como género el derecho a intervenir en el sentido del mundo, las mujeres se convierten en sujetos históricos (Lagarde, 1996). El proceso de autonomía personal es individual y se encuentra influenciado por los contextos que acompañan al proceso vital de una persona. Cada mujer vive en su propio horizonte cultural cambiante y su biografía es su experiencia particular. La mismidad se convierte así en síntesis filosófica de la autoestima y la autonomía, es la afirmación que cada una en su vida, su cuerpo y su subjetividad. Por eso, el sentido de las mismidad lleva a buscar que cada mujer sea consciente de ser prioritaria e imprescindible para sí misma (Lagarde, 2000).

La alianza entre las mujeres es tan importante como la lucha contra otros fenómenos de opresión y por crear espacios donde las mujeres puedan desplegar nuevas posibilidades de vida (Lagarde, 2000). De aquí deriva la palabra sororidad, la hermandad entre mujeres, el percibirse como iguales que pueden aliarse, compartir, y sobre todo cambiar su realidad debido a que todas, de diversas maneras y en diferentes situaciones, han experimentado la opresión. Se trata de *“amistad entre mujeres diferentes y pares, cómplices que se proponen trabajar, crear y convencer, que se encuentran y reconocen en el feminismo, para vivir la vida con un sentido profundamente libertario”* (Lagarde, 2000).

La sororidad se traduce en hermandad, confianza, fidelidad, apoyo y reconocimiento entre mujeres para construir un mundo diferente; percatarse de que desde tiempos antiguos hay mujeres que trabajan para lograr relaciones sociales favorables para ellas y para nosotras, recordando siempre que todas somos diversas y diferentes (Lagarde, 2000). Así, este concepto de Lagarde está directamente relacionado con el empoderamiento que analizamos en el marco conceptual puesto que facilita el encuentro y la toma de poder colectivo de las mujeres, así como el proceso de autonomía y autogestión.

Además con el término sororidad nos acercamos al affidamento. El affidarse surge espontáneamente entre mujeres pero sin que ellas mismas tengan conciencia de su potencia (Librería Mujeres de Milán, 1991). Así, tanto sororidad como affidamento, producen autoridad femenina; tener autoridad o autorizarse unas a otras les hace desarrollar una autoestima identitaria (Lagarde, 2000).

Uno de los conceptos fundamentales a destacar en nuestra metodología de trabajo y la fundamentación teórica que detallamos a continuación, es el de empoderamiento como aspecto clave del desarrollo participativo. La verdadera realidad no es la que es, sino la puja por ser....precisamente esas realidades de cada mujer aparecen en esta propuesta de Taller ya que el empoderamiento dota de descubrimiento y de poder. “No hay palabra verdadera que no sea una unión inquebrantable entre acción y reflexión y por ende, que no sea praxis. De ahí que decir la palabra verdadera sea transformar el mundo” (Freire, 1970).

Según la Declaración de Beijing, en 1995, se considera indispensable favorecer que la mujer participe en la vida pública para aprovechar su contribución, garantizar que se protejan sus intereses y cumplir con el principio de que el disfrute de derechos humanos es universal, sin tener en cuenta el sexo de la persona. Afirma que la participación plena de las mujeres es fundamental, no sólo para su potenciación sino para el adelanto de toda la sociedad.

Desde los poderes públicos e incluso desde los equipos profesionales se tiende a subestimar y negar estos “saberes de experiencia vivida” con los que las personas acuden a recursos y dispositivos de atención social; así negar esta sabiduría que resulta necesariamente de la experiencia sociocultural es al mismo tiempo un error científico y expresión inequívoca de la presencia de una ideología elitista, es decir, las relaciones que se establecen con las personas con las que se interviene no parten de la igualdad sino que establecen poderes dentro de la misma (Freire, 1993).

Así, el conjunto de poderes para el desarrollo personal y colectivo basado en la cooperación solidaria entre personas, instituciones, estructuras y organizaciones es el poderío de las personas (Lagarde, 1996). Así, fortalecer la autoestima de las mujeres consiste en lograr el empoderamiento personal y colectivo de éstas y en potenciar su capacidad democratizadora en el mundo. El empoderamiento se concreta al mismo tiempo en lograr que cada mujer consolide los poderes personales que ya tiene y cada día aprenda más poderes vitales y los conexas de manera integral (Lagarde, 2000).

## 4.- EXPERIENCIA PRÁCTICA

### 4.1.- DESCRIPCIÓN

La experiencia a compartir se basó en tres talleres: *Mujeres Poetas*, *Expres-Arte* y *La Vida en Corto*.

Con ello pretendíamos que las participantes tomaran conciencia de sistema sexo-género, y cómo repercute en; la forma de relacionarnos con “el otro”, la construcción de nuestra identidad, los estereotipos sexistas (especialmente en aspectos como la relación con nuestro cuerpo y sus ciclos vitales), la división sexual del trabajo (en distintos contextos sociales y culturales),..., de modo que utilizamos precisamente las artes como medio de análisis, expresión de ideas y reconstrucción de un mundo que nos guíe a la libertad e individualidad. Pretendíamos, por tanto, construir un espacio de crecimiento personal, de encuentro entre mujeres que permitiera el intercambio, construcción grupal, y apoyo mutuo.

Tomamos como referencia la visibilización y representación de la mujer en la historia, compartimos algunas teorías o fundamentos feministas (sin entrar en planteamientos teóricos complejos) y analizamos el género como principio organizador. Abordamos temas específicos como la salud de la mujer, el género en distintos momentos del desarrollo evolutivo, aspectos de economía y trabajo,...

## 4. 2.- METODOLOGÍA

La metodología se basó en la propia experiencia de las mujeres con las emociones y el arte (a través de la poesía, la pintura, música, los medios audiovisuales,...), así como en la expresión de su creatividad. Desde aquí y desde propuestas provocadoras y participativas que invitasen a romper esquemas y a la ruptura de estereotipos y prejuicios que pudieran traer al taller, se trabajó la motivación para que compartieran y se “pusieran en juego” y pudieran exponer cómo se sentían y qué les provocaba las obras que analizamos.

La metodología que propusimos provocaba el aprendizaje significativo y por descubrimiento. Partiendo de la invitación a sumergirse en sus emociones, acompañamos a las mujeres a la vivencia de las palabras de las poetisas, o de los mensajes de los cortos o las representaciones de género de las obras artísticas, para analizar la construcción de género de éstas.

La metodología además de ser participativa, analítica y activa, fue vivencial y provocadora. Son las propias participantes del taller las que han marcado el ritmo de las sesiones, precisamente por eso las “facilitadoras”, ya que facilitamos y acompañamos en un proceso de empoderamiento individual y colectivo ofreciendo herramientas para el desarrollo personal a través del intercambio de experiencias vividas.

Además, los talleres ofrecieron a las mujeres la posibilidad no sólo de vivir dichas experiencias sino de recibir mediante un documento semanal, la “producción grupal” de las sesiones. En ellas reflejamos todas y cada una de las dinámicas llevadas a cabo con el grupo, así como las sensaciones y conclusiones alcanzadas de manera individual o colectiva. Era una manera más de hacer sentir y tomar el grupo y el espacio como un lugar propio y rico en emociones y como un proceso vivo y no estático o poco activo.

Nos parece importante recalcar que las propuestas que planteamos desde la provocación estaban basadas principalmente en la ruptura de esquemas, ya que “romper” significa reconstruir, en muchos casos, las ideas previas que se tienen del género, que han de exponerse para ser sentidas y vivenciadas, y a partir de esa toma de conciencia reconstruir un juicio sobre la construcción del sistema sexo-género.

Para conocer los resultados acerca de la satisfacción del taller en las participantes o cumplimiento de los objetivos, llevamos a cabo una evaluación inicial, una evaluación continua (al finalizar cada sesión) y una evaluación final.

La evaluación continua es uno de nuestros principios metodológicos, ya que es lo que nos ha ido permitiendo adaptarnos al grupo en cuanto a contenidos, metodología, su propia dinámica relacional,..., y definir o redefinir nuestra programación. Ésta ha sido bidireccional; tanto de las participantes a las facilitadoras como viceversa.

## 4.3.- TALLERES REALIZADOS:

### 4.3.1.- MUJERES POETAS

Consistió en un taller que pretendía tratar dos aspectos: un acercamiento a la poesía escrita por mujeres y la incorporación en este acercamiento de la perspectiva de género.

Durante 6 sesiones mostramos la obra de algunas poetisas españolas y latinoamericanas cuyo enfoque y mensaje hablasen de empoderamiento, de experiencias vividas que tienen que ver con la realidad social y emocional de las mujeres en el mundo. Y así, contamos con la obra y los versos de Gioconda Belli, Gloria Fuertes, Alfonsina Storni, Daysi Zamora y una poeta anónima llamada Hierbabuena, cuya vida sencilla y poco cultivada en lo intelectual podría acercar a las mujeres al mundo de las palabras, vividas como las de ellas.

Abordamos los contenidos desde el punto de vista analítico y vivencial. El analítico está relacionado con la reflexión de los poemas, sobre aspectos como qué transmite el poema, cómo está escrito, si el lenguaje es sencillo y sobre todo, cómo transmite y construye su identidad de género cada poeta. El vivencial está relacionado con la vivencia y toma de conciencia del cuerpo, de la construcción de la identidad, las relaciones con las personas, las dependencias, los atributos y estereotipos, las palabras dichas y vividas y las que nos llamamos.

¿Por qué la poesía de mujeres como eje de trabajo para el taller? Precisamente por la invisibilidad de estas autoras y la poca difusión de sus trabajos. El desconocimiento de poetisas españolas como Gloria Fuertes nos llevó también a nosotras como facilitadoras del taller a profundizar en una obra rica en mensajes que ha sido anclada únicamente en la poesía infantil y juvenil. Por otro lado, los mensajes de los poemas escritos por mujeres nos ayudan a trabajar y desmontar los roles, estereotipos y mandatos de género que la sociedad androcéntrica se ha encargado de hacernos incorporar a nuestro yo y nuestro ser mujeres.

Además hemos partido de la idea de que la expresión artística es, ha sido y será una herramienta de manifestación de emociones, sentimientos, deseos, saberes e ilusiones para mujeres, aunque esta obra haya permanecido oculta y poco valorada en muchas ocasiones por no interesar la difusión de la obra artística de éstas.

**Los objetivos generales** eran que las participantes:

- Conozcan a las principales mujeres poetisas a través de la lectura y la reflexión de sus textos desde una perspectiva de género.
- Analicen juntas la construcción de la identidad de las mujeres influenciadas por los distintos contextos y situaciones que viven y que utilizan como medio de expresión la palabra escrita.
- Tengan un tiempo y espacio para sí mismas, y que puedan compartirlo con otras mujeres.
- Estimulen la conexión de los textos propuestos con su realidad personal y emocional.
- Potencien el pensamiento creativo a través de las palabras.

#### 4.3.2. "EXPRES-ARTE"

Consistió en una exploración del arte a través de los sentidos, de forma que las participantes conectaran con las propias emociones y vivencias, así como la posibilidad de proporcionar un medio de análisis y reflexión crítica de los mensajes que transmite el arte.

Tratamos de provocar una conexión y recuperación de sus propias historias de vida, sus reflexiones, sus modos de percibir el arte (emociones, sensaciones, pensamientos que provoca,...), desde distintas disciplinas artísticas, para elaborar y construir juntas un discurso de género. Desde un enfoque inminentemente participativo y vivencial, algunas de las actividades que realizamos fueron:

- Compartir con el grupo obras de artes que nos han marcado o han sido significativas en nuestra historia de vida.
- Reflexionar sobre los distintos elementos y conceptos relacionados con el arte (el/la artista, sus cualidades, el concepto de arte,...).
- Cuestionar la imagen de las mujeres, tanto desde las potencialidades que no se visibilizan desde el arte como los atributos que tradicionalmente se asignan a la mujer y estereotipan su papel desde el género.
- Explorar distintos medios artísticos desde la creación; musical, la pintura, la representación de personajes (juego dramático),...
- Asociar la presencia del arte a nuestra historia de vida, permitiendo y facilitando la conexión que el arte tiene con lo emocional.
- Experimentar vivencias de conexión con los sentidos (tacto, oído y olfato principalmente), por la conexión que tiene con el proceso creador y de disfrute como receptor/a de arte.

Los objetivos generales eran que las participantes:

- Se acercasen a distintas disciplinas artísticas (música, pintura, escultura y narrativa) a través de una metodología analítica y vivencial.
- Conectasen con su propia historia personal utilizando como medio distintas las artes.
- Analizasen la representación de la mujer a través del arte a lo largo de la historia, desde una visión rompedora y crítica.
- Explorasen sus emociones y su creatividad a través del proceso que acompaña la creación artística.

#### 4.3.3.- “LA VIDA EN CORTO”

Consistió en el desarrollo de un análisis crítico, con perspectiva de género, de los cortos cinematográficos o cortos documentales que seleccionamos.

Permitió a su vez un acercamiento a distintas realidades personales, sociales y culturales en las que se encuentra las mujeres en el mundo, así como una conexión con las propias emociones e historia personal.

Los temas y cortometrajes sobre los que trabajamos fueron:

- La educación y desarrollo de la autonomía de mujeres mayores: “*La Gran Osa*” (Alex Just).
- La cadena de los cuidados: “*Cartas a Nora*”, (Isabel Coixet).
- La corresponsabilidad doméstica: “*Éramos Pocos*”, (Borja Cobeaga).
- El poder patriarcal en el ámbito laboral: “*Techo de Cristal*”, corto documental de “*Diversa: Género y Diversidad*”, de Taller d’Adivisuals de Universitat de València.
- La mujer en países los países pobres: “*Hijas De Belén*” (Javier Corcuera).
- Los mandatos de género: “*Zapatos En La Arena*” (Isabel Picazo de Fez).

Los objetivos generales eran que las participantes:

- Reflexionen y debatan juntas sobre las obras propuestas, a través del análisis crítico desde la perspectiva de género.
- Se acerquen al cortometraje como medio de expresión artístico.
- Analicen los procesos de lucha de las mujeres reflejados en los cortos

## 5.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La respuesta de las mujeres ha sido muy satisfactoria, y hemos visto una gran evolución en algunas de ellas tras el proceso vivido en los talleres en cuanto a su construcción del género, que era lo que pretendíamos.

Los talleres nos sirvieron para descubrir las múltiples posibilidades del trabajo social grupal y comunitario, como herramienta para el empoderamiento individual, colectivo y como forma de aprendizaje continuo y cotidiano como profesionales. Mediante el arte y las potencialidades no descubiertas, en este caso de las mujeres, pudimos explorar dimensiones desconocidas para ellas mismas acerca del género y de la construcción de los mandatos de género, que asumen e interiorizan. Nuestra intención entonces fue romper esquemas a las participantes, hoy se trata de facilitar y provocar esa reflexión y provocación en profesionales de la intervención social.

## OBJETIVOS

Teniendo en cuenta que nuestra intención con este Taller no es sólo mostrar nuestra experiencia sino facilitar el conocimiento de nuevos estilos de trabajo comunitario y grupal, los objetivos de esta propuesta son:

- Dar a conocer una metodología de trabajo grupal y comunitario basada en el empoderamiento individual y colectivo de los grupos de mujeres.
- Vivenciar una metodología de taller provocadora, vivencial, desde las artes y las emociones, activa y participativa.
- Implementar la perspectiva de género y la sororidad en la propia vivencia como participante en un taller, como metaaprendizaje para su aplicación en los distintos ámbitos de actuación profesional de los-as participantes.

## CONTENIDOS/ETAPAS

Los contenidos a desarrollar son:

- Bases teóricas basadas en *empoderamiento* individual y colectivo y la *sororidad* como forma de relación en los grupos de mujeres.



- Abordaje de las emociones desde la exploración por las artes (plásticas, musicales, literarias, audiovisuales...).
- Metaprendizaje de técnicas y metodología vivencial.

### Desarrollo de las etapas del taller:

El taller constaría de dos partes, en una primera se expondría la experiencia en los talleres realizados en el centro María de Maeztu y tras ésta se llevaría a cabo algunas de las experiencias prácticas con los/as participantes.

#### En la primera parte:

Mediante el apoyo de una presentación de powerpoint se expondría la experiencia: cómo organizamos y diseñamos los talleres, sus objetivos, las herramientas metodológicas utilizadas, fuentes teóricas, perfil de las participantes y su proceso en el centro, cómo fue el desarrollo de los talleres (sus logros y descubrimientos), nuestro papel como facilitadoras del proceso de intervención grupal, así como la evaluación y conclusiones de los mismos.

#### Tras la exposición y aportaciones del aforo daríamos lugar a la segunda parte:

Dado que la metodología que llevamos a cabo en el centro María de Maeztu fue vivencial, inductiva, provocadora, rompedora de esquemas y participativa, en esta segunda parte pondremos en práctica alguna de las dinámicas que realizamos en los talleres, teniendo en cuenta la disposición del grupo, el número de participantes y el espacio.

## METODOLOGÍA

La metodología de Taller parte de un enfoque basado en el *aprender haciendo*. Por ello, este taller no es sólo una muestra de nuestra experiencia en el María de Maeztu sino que quiere ser una herramienta para generar instrumentos útiles para el trabajo grupal y comunitario. Nuestro enfoque desde el género y las artes nos ha permitido como profesionales crecer no sólo como talleristas, sino en la intervención individual cotidiana. Se trata de extraer y poner en juego las potencialidades de las personas con las que trabajamos para que sean ellas mismas las que sean capaces de “deconstruir” el género y explorar sus emociones a través de las distintas expresiones artísticas y descubrir, en muchos casos, la creatividad que estaba oculta.

Se trata, por tanto, de que los-as profesionales que participen en nuestro taller puedan conocer otra manera de “hacer”, en lo grupal-comunitario-individual. Explorar las artes y conocer las posibilidades que estas técnicas ofrecen a la intervención social.

La metodología será participativa, provocadora, basada en la propia experiencia, en la experimentación y vivenciación de técnicas y dinámicas que luego podrán ser utilizadas. Se trata pues de “ponerse en juego” y mostrarse como participantes para ser después “facilitadores-as” en nuestros ámbitos profesionales.

## DURACIÓN

Para la realización de esta sesión nos adaptaremos al tiempo que la organización del Congreso nos facilite, siendo un tiempo adecuado 1 hora y media, teniendo en cuenta que se trata de una introducción a esta experiencia.

## Nº DE PARTICIPANTES

El número de participantes idóneo sería de 15 a 25.

## MATERIALES NECESARIOS

Las condiciones necesarias para el desarrollo del taller: sala diáfana con sillas que podamos desplazar (para la disposición de la sala en forma de U), con pizarra o papelógrafo, cañón y pantalla para su proyección.

## BIBLIOGRAFÍA

- BELLI, G. (2007). *Fuego soy, apartado y espada puesta lejos*. Madrid: Visor Libros (Colección Visor de Poesía).
- BELLI, G. (1998). *Apogeo*. Madrid: Visor Libros (Colección Visor de Poesía)
- BELLI, G. (1990) *El ojo de la mujer*. Madrid: Visor Libros (Colección Visor de Poesía)
- CASTRO POSADA, J. A. (2000). *Guía de autoestima para educadores*. Amarú Ediciones. Salamanca.
- FREIRE, P. (1999). *Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- FREIRE, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- FUERTES, G. (1983). *Historia de Gloria (Amor, humor y desamor)* Madrid: Cátedra.
- HIERBABUENA (1985). Por encima de la guerra está la paz, y paz son mis versos. Madrid (*\*Se trata de una publicación de una poeta anónima cuya muerte joven por cáncer hizo que sus amigos-as e hijos-as publicaran sus poemas en una edición única que tuvimos la suerte de encontrar. Es una poesía sencilla pero directa y emotiva*).
- LAGARDE. M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid: Horas y Horas.
- LAGARDE. M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas
- LIBRERÍA MUJERES DE MILÁN, (1991). *No creas tener derechos*. Madrid: Horas y Horas.
- STORNI, A. (2004). *Antología poética*. Madrid: Ediciones Escolares.
- TOMMASOLI, Máximo (2004). *El desarrollo participativo*. Madrid: IEPALA
- VV.AA. (2000) *Técnicas participativas para la educación popular (I-II)*. Madrid: Popular.

## “APOSTANDO POR LOS PROCESOS”. EXPERIENCIAS DE MUJERES EN UN PROYECTO DE EMPODERAMIENTO, CRECIMIENTO PERSONAL Y CREACIÓN DE REDES.

María Montero Monferrer<sup>1</sup>  
Ana García Barbeito<sup>2</sup>  
Elia del Rey Puentes<sup>3</sup>

Es un documento gráfico que se basa en una serie de entrevistas que se realizaron y que formaba parte de un trabajo de investigación en el que se evaluaba la percepción y repercusión de un proyecto de intervención social en las vidas de las mujeres.

Este proyecto se desarrolla desde los Servicios Sociales de la Junta Municipal de Vicálvaro desde el 2000 y es un Proyecto de Intervención Comunitaria con Mujeres, especialmente de la zona de Valdebernardo.

La finalidad ha sido contar una experiencia de intervención social a través de las vivencias propias de las participantes. En él se ve cómo ha afectado a las mujeres el involucrarse en el proyecto, qué cuentan que ha cambiado en ellas, lo que ha significado en sus vidas y en las vidas de sus hijos/as y familia, cómo se relacionan con mujeres de otras culturas y edades a partir de la participación en él; los aprendizajes vividos, las oportunidades de encuentro y de creación de redes con otros colectivos del barrio y del distrito...el bienestar personal que manifiestan fruto de la participación y de la pertenencia a un espacio de desarrollo personal y social cuyas claves son la perspectiva de género y la interculturalidad.

La elaboración del documental finaliza en el 2009 y el objetivo de su estreno fue dar valor a las mujeres y a los procesos del proyecto en sus vidas.

### METODOLOGÍA

El taller se iniciará con una breve contextualización del proyecto, contando desde cuando y donde se desarrolla, sus objetivos generales y líneas de actuación.

Después, se pasará a la **presentación del documento gráfico**: cómo surge la idea, cómo se realiza el vídeo y con quién...

*“Se basa en una serie de entrevistas que se realizaron y que formaban parte de un trabajo de investigación en el que se evaluaba la percepción y repercusión de un proyecto de intervención social en*

<sup>1</sup> Trabajadora Social. Socia de Cooperativa H2A.

<sup>2</sup> Trabajadora Social. Socia de Cooperativa H2A.

<sup>3</sup> Educadora Social. Socia de Cooperativa H2A.

*las vidas de las mujeres. La finalidad ha sido contar una experiencia de intervención social a través de las vivencias propias de las participantes. En él se ve cómo ha afectado a las mujeres el involucrarse en el proyecto, qué cuentan que ha cambiado en ellas, lo que ha significado en sus vidas y en las vidas de sus hijos/as y familia; cómo se relacionan con mujeres de otras culturas y edades a partir de la participación en él. Los aprendizajes vividos, las oportunidades de encuentro y de creación de redes con otros colectivos del barrio y del distrito...el bienestar personal que manifiestan.*

La elaboración del documental finaliza en el 2009 y el objetivo de su estreno fue dar valor a las mujeres y a los procesos del proyecto en sus vidas.”

**Visionado del documento** (La duración es de 16 minutos)

### Coloquio.

Se abrirá una rueda de comentarios y preguntas, aclaraciones...

Se podrán lanzar algunas sugerencias para comentar como son las siguientes:

- Hablar sobre el bienestar que muestran las participantes
- Cómo se percibe la influencia de la participación en el proyecto en sus vidas
- Apostar por proyectos a medio-largo plazo. La importancia de los procesos en el trabajo con las personas.
- La evaluación cualitativa en el trabajo social. Retroalimentando a profesionales y participantes.
- La imagen como herramienta de trabajo social.
- Los aprendizajes invisibles. Las aportaciones de los grupos al desarrollo personal, social y familiar.

## PARARSE A PENSAR, SENTIR Y COMPARTIR: EXPERIENCIAS EN TORNO A LA REFLEXIÓN SOBRE LA IDENTIDAD PROFESIONAL

Laura Díaz Fuente  
Irene Fuentes Prieto  
José Luis Gil Bermejo  
Luis Esteban Joyera Roldán  
Silvia López Bueno <sup>1</sup>

### FUNDAMENTACIÓN

Desde el interés suscitado por los miembros del grupo, respecto a la reflexión sobre la identidad de nuestro colectivo profesional, con objeto de crear un espacio que favorezca la expresión del pensamiento y el sentir de lo que nos lleva y nos hace ser Trabajador@s sociales, nos planteamos el taller con el objetivo general de poder crear y potenciar los diversos interrogantes, dilemas expectativas, hallazgos, confirmaciones, etc, que nos acercan a una supuesta identidad profesional del trabajo social.

### OBJETIVOS

- Fomentar un espacio de pensamiento y reflexión.
- Promover la expresión de las/os participantes en el aporte de los planteamientos dados.
- Debatar aspectos que forman parte de nuestra identidad profesional (poder, género, lo terapéutico, lo político, etc).
- Integrar nuevos planteamientos, dilemas o hallazgos respecto a la identidad profesional, que contribuyan al marco de referencia existente.
- Generar un espacio de escucha interna en las cuestiones planteadas durante la sesión.

### CONTENIDO/ ETAPAS

- Presentación del grupo y de los asistentes a la sesión
- Dinámica: *“Paseando por algunos senderos del mapa de la identidad”* Plantearemos una discusión en pequeños grupos sobre algunas preguntas relacionadas con factores que condicionan la construcción de nuestra identidad: ¿qué objetivo orienta el trabajo que hago? ¿dónde pongo el acento de mi intervención? ¿qué condiciones considero más favorables para el ejercicio del trabajo social? ¿de qué manera defino mi identidad? Entendiendo cada pregunta como un camino en el que existen algunas respuestas/paradas ya típicas, exploraremos si nos descubrimos (o no) ya ubicad@s en ellas y decidiremos si nos apetece quedarnos o, quizá, explorar caminos menos transitados que desemboquen en parajes más exóticos...

<sup>1</sup> Trabajadores/as Sociales, miembros del Grupo de reflexión sobre Identidad Profesional del Colegio de Trabajadores/as Sociales de Madrid.

- Dinámica: “*Capas de nuestra identidad*”: A través de una visualización iremos pasando por diferentes etapas de nuestro posicionamiento profesional, capas, barreras o defensas que llevamos consciente o inconscientemente en nuestro ejercicio profesional diario, descubrir cuáles son, o volver a reconocerlas nos acercará, quizás, a una identidad subjetiva que nos de una mayor claridad de lo que hacemos, para qué y desde dónde... (o al menos eso intentaremos).

**Metodología:** grupal, reflexiva y dinámica.

Desde la metodología grupal pretendemos fomentar el intercambio del conocimiento a nivel horizontal, generando una reflexión entre un pensar y sentir compartido de forma dinámica y compartida entre l@s asistentes a la sesión.

Este proceso será gradual, ya que la primera dinámica nos lleva a un contenido más desde la razón, y desde ahí el poder explorar otros caminos de forma más imaginativa, llevándonos a una segunda dinámica, donde el componente vivencial como personas y profesionales se entremezcla sutilmente, caminando hacia un sentido más subjetivo de nuestra identidad, llevado por la visualización con el fin de poder obtener un mayor conocimiento a nivel sensorial.



## ¿Y QUIÉN ME ATIENDE A MÍ?: UN ABORDAJE AL CUIDADO PROFESIONAL

José Luis Gil Bermejo<sup>1</sup>

Pilar Pérez Roldán<sup>2</sup>

### FUNDAMENTACIÓN

El presente taller Integraremos la metodología en psicodrama con sus diferentes etapas y el movimiento expresivo, como forma transversal de trabajo. A continuación exponemos los fundamentos de las etapas del psicodrama así como las cuestiones más relevantes sobre el movimiento expresivo.

#### El psicodrama:

Las sesiones en psicodrama se desarrollan a lo largo de tres etapas: caldeamientos, dramatización y comentarios. Estas diferentes etapas guardan una relación en espiral, donde partiendo de lo grupal, se va hacia el individuo para volver al grupo y emerger nuevamente en la persona participante de la sesión.

- **Caldeamiento:** A través del caldeamiento, vamos dejando nuestras defensas más estructuradas y racionalizadas que nos generan una visión parcial y errónea de la realidad, ya que nuestros procesos cognitivos son continuos modificadores de posibles disonancias, reiterando nuevamente en nuestras “trampas” cotidianas. Se trata de dejarnos sentir integrando nuestra razón, con la emoción y un todo corporal, dando una mayor cabida a nuestro inconsciente y deseo.

No se trata de favorecer un clima de amistad o cooperación mutua, permisividad y comprensión entre los participantes, aunque indirectamente ocurre, sino de que puedan aparecer y cobrar fuerza los sentimientos reales de cada miembro y sus interacciones positivas o negativas. Lo surgido en el caldeamiento, es lo que se llevará en la fase de dramatización.

- **Dramatización:** Es el núcleo del psicodrama, siendo heredera de la fase de caldeamiento y dependiendo de este, pudiendo tener que volver a caldear nuevos roles que hayan aparecido.

Es la fase en la que se interpretan personajes y se movilizan emociones, con el fin de resolver el conflicto planteado por la protagonista (y que resuena en el grupo). Se otorga a las participantes la posibilidad de retorno a la situación que generó conflicto, que se repite en la actualidad, “Toda verdadera segunda vez es una liberación de la primera”. En sus comienzos puede tener poca carga afectiva, por lo que a través de sucesivas dramatizaciones o la vuelta al caldeamiento de nuevos roles, se busca el compromiso de la protagonista con los personajes por ella planteados. Llegando a permitir que la protagonista llegue a trabajar desde un “como si” que le repercute, que le resuene afectivamente y que a su vez resuene en el auditorio. Para ello es necesario prestar especial atención tanto a la intensidad dramática como a la calidad estética de la misma, ya que con la introducción del cuerpo van a aparecer multitud de aspectos que nos pueden facilitar la

<sup>1</sup> Trabajador Social y Psicodramatista.

<sup>2</sup> Terapeuta y Psicodramatista.

evaluación “en lo real” del conflicto planteado (“*una imagen vale más que mil palabras*”). Trataremos de generar la posibilidad de traer al “aquí y ahora” todos los aspectos conflictivos de la situación tratada, podemos tener una visión más acabada de los hechos, así como una mayor capacidad a la hora de obtener todos los datos relativos a la misma, evitando caer en lo anecdótico.

- **Comentarios:** Es la tercera y última etapa de cada sesión. En ella la atención se centra en el auditorio, y se solicita a sus miembros opiniones y comentarios respecto de lo dramatizado. De esta manera, el aislamiento de cada una de las participantes empieza a desvanecerse, teniendo la resonancia afectiva un sentido de apoyo la protagonista, de manera que este no se sienta solo con su problema y compruebe en la realidad cosas similares les ocurren a las otras, a demás de favorecer un clima de empatía positiva y de apoyo intergrupal.

## El Movimiento Expresivo

Hablamos de movimiento expresivo porque expande, vitaliza, permite desbloquear y liberar sentimientos, deseos, anhelos guardados en el cuerpo y olvidados, y nos abre a descubrir nuevas formas de relacionarnos con nosotros mismos y con los demás.

Se trabaja con música, porque la música es un elemento de riqueza extraordinaria que permite entrar en correspondencia con la gama más completa de la expresión humana:

- porque ayuda a lograr continuidad en el movimiento, que es un gran equilibrante biopsicosocial.
- porque los distintos ritmos musicales, activan reflejos que se encuentran habitualmente en estado latente o deteriorados.

Se trabaja en círculo porque es una forma que permite que todas se vean las caras, que ayuda a una buena circulación energética entre las participantes, y que a la vez, mediante distintas evoluciones del círculo completo, estrechándose hacia el centro, expandiéndose hacia afuera, girando, etc., genera un mayor potencial energético y una integración entre las participantes, por lo cual uno sale renovado y revitalizado. Hemos observado que ciertas formas geométricas favorecen una mejor elaboración y transformación de las energías en juego.

### Objetivos:

- Promover un clima de confianza y confidencialidad entre las participantes.
- Generar un espacio de reflexión y conciencia corporal dejándose sentir desde lo percibido en el aquí y ahora.
- Fomentar un encuentro de comprensión y aceptación entre el yo personal y el yo profesional.
- Potenciar respuestas creativas de cambio entre las personas asistentes respecto a su ejercicio cotidiano profesional.
- Favorecer un espacio de autoapoyo y apoyo grupal.

## Técnica

La técnica empleada contendrá las fases de la sesión de psicodrama junto a movimiento expresivo, se realizarán técnicas mayormente en grupo circular en espacio diáfano, donde la sala pueda dar lugar al movimiento libre por la misma. Emplearemos música para facilitar el encuentro con la toma de conciencia con nosotras mismas.

## Metodología

Grupal-vivencial

## Etapas:

- Percepción del “aquí y ahora” tomando contacto con el lugar, y entorno.
- Movimiento expresivo a través del baile y la música
- Rueda circular para la dramatización, donde las participantes elaborarán una historia en base a las premisas dadas.
- Vuelta al movimiento expresivo para cierre de la sesión donde se elaborará una propuesta corporal como emergente.
- Fase de comentarios, en círculo y por ronda de devoluciones y resonancias grupales e individuales de forma verbal.

**Duración:** una hora y media

**Número de participantes:** grupo de 20 a 30 personas.

**Recursos materiales necesarios:** Una sala diáfana y un reproductor de música.

## BIBLIOGRAFÍA

- PALCOS, M.A. (1972). Río Abierto, Breve reseña sobre el trabajo que realizamos. Buenos Aires: Fundación Río Abierto.
- ROJAS-BERMUDEZ, J. (1997). Teoría y técnicas psicodramáticas. Barcelona: Paidós.

## LA VISIÓN DE "MAESTROS Y ALUMNOS" EN TRABAJO SOCIAL

Francisco Javier Pomar Fernández<sup>1</sup>  
Antonio Jiménez Fernández<sup>2</sup>

### FUNDAMENTACIÓN

La presente comunicación parte de la experiencia docente de los comunicadores en las Escuelas de Trabajo Social: Complutense y Comillas.

El objetivo fundamental de este taller es dar a conocer la realidad del docente motivado e ilusionado junto con la ilusión del que aprende y del que quiere experimentar la práctica después de haber vivido la teoría en el campus universitario con las exposiciones de los trabajos de los alumnos de la promoción de este curso de 2010-2011, tanto de Complutense, como de Comillas.

Ser protagonistas, como pretende esta exposición en este espacio tan importante, como es el V Congreso de Trabajo Social, en que lo sean los que van a ser el futuro de la profesión y los que nos van a suceder a lo largo de los años, supone un paso de motivación para el ejercicio de la profesión.

Al tener conocimiento de la realización de este V Congreso nos ha parecido interesante, traer a este foro profesional algo que en pocas ocasiones se hace posible y no es otra cosa que aportar a este Congreso que idea del Trabajo Social tienen actualmente los que nosotros llamamos aprendices profesionales: nuestros alumnos y a partir de ahí provocar, en su caso un debate.

Es cierto que toda persona que se acerca a una profesión "trae" su mochila cargada con sus estereotipos, sus prejuicios en el sentido de opiniones no formadas totalmente sino en proceso y al irse en su proceso de aprendizaje confirmarla, transformarla, mejorarla...

En este aprendizaje también queremos traer algo que planteamos para un ulterior debate; nuestro planteamiento profesional nos lleva a que nuestra intervención en cualquier ámbito se basa en la relación interpersonal bien sea con usuarios, alumnos, compañeros, incluso por qué no decirlo con los jefes. Y en concreto en el caso de la experiencia docente retomar la vieja figura del Maestro, el experto que transmite su experiencia, que da el relevo a sus discípulos; desde el aprendizaje que parte no tanto de aprender conceptos sino de asimilar experiencia, aprehender o absorber del modelo de su maestro, lógicamente criticándola, debatiéndola.

Una cosa que queremos es que como una cadena ese ir pensando, o más aún repensando sobre nuestro quehacer profesional y el caso de nuestros "aprendices" sobre lo que les transmitimos.

Dentro de su aprendizaje creemos que es necesario hacer un parón y que puedan plantearse qué es para ellos eso que estudian y más aún aquello a lo que se quieren dedicar.

<sup>1</sup> Trabajador Social. Profesor Asociado de la Universidad Complutense de Madrid.

<sup>2</sup> Trabajador Social y Profesor Asociado de la Universidad Pontificia Comillas.

## OBJETIVOS

- Dar a conocer la realidad del docente motivado e ilusionado junto con la ilusión del que aprende y del que quiere experimentar la práctica después de haber vivido la teoría en el campus universitario.
- Generar un debate constructivo entre los profesionales y los alumnos participantes del trabajo realizado.

## CONTENIDOS/ETAPAS

Todo esto nos llevó a plantear a los alumnos unos trabajos creativos donde en grupo (para de este modo poder confrontar entre ellos mismos) reflexionar sobre ese sentido de la profesión para ellos.

Hay que decir que la realización de sus trabajos; o por qué no decirlos nuestros en cuanto que han sido acompañados por sus ¿maestros? O cuando menos profesores en esa tarea es lo que hoy os presentamos.

Queremos comentaros alguno de ellos desde lo que tanto los autores de cada trabajo como sus compañeros nos han transmitido tras la oportunidad que han tenido de ver todos el trabajo de todos y producirles, mejor producirnos emociones a flor de piel.

Estas tareas realizadas nos devolvieron en su momento la ilusión de ver reflejado aquello que hemos querido transmitir: ese gusto por la profesión que es parte de nuestra vida; ello nos emplazó a traerlo aquí.

Con esta participación en el V Congreso de Trabajo Social de Madrid se pretende dar a conocer una visión motivadora de las figuras del docente, como trabajador social y como maestro; y del alumno como futuro profesional en el ejercicio del Trabajo Social.

Es importante mostrar la visión que tienen los alumnos de las dos Escuelas tradicionales de Madrid, y a través de sus trabajos se refleja de manera gráfica y moldeada en video, el papel de los profesionales del Trabajo Social, el posicionamiento de los usuarios-clientes, el sistema de bienestar social y la imagen que se da sobre la realidad que transmitimos todos los profesionales.

Los alumnos de forma grupal fueron invitados a reflexionar sobre que era para ellos el Trabajo Social. Lo plantearon en imágenes, donde las protagonistas de cada uno de los montajes son ellos mismos.

Puede parecer a simple vista que algunas son simples recogidas de la formación recibida en la Escuela, si bien esto no sería ya poco en si mismo pues supondría un necesario aprehendizaje de la profesión; otros lo plantearon como dramatización en vivo de la situación a través de un poema que para ellos refleja qué somos y para que estamos en este ámbito profesional.

Otros lo plantearon desde un cuento y como el profesional y los trabajadores ayudan y son sujetos y protagonistas de la Intervención profesional.

Finalmente otros dos grupos han planteado dramatizadamente unos campos de actuación y otros un modelo de acompañamiento del profesional de abrir posibilidades a la persona con la que intervenimos.

Consideramos que cada uno de vosotros a la vista de las imágenes aquí planteadas, no por nosotros sino por los que venimos denominando aprendices de profesional.

No olvidemos que prácticamente todos los participantes en este proyecto han pasado su periodo de prácticas y por tanto, han tenido un contacto directo con profesionales y con usuarios. De ahí, que su visión es más completa y más real. No se queda solo con lo vivido o estudiado en la Universidad, a nivel teórico, sino que se trata de dar la visión de haber experimentado un contacto real con nuestros ciudadanos usuarios del Trabajo Social.

La figura del maestro como el guía que acompaña el proceso de aprendizaje y de adquisición de conocimientos para que el alumno los aprehenda y los comprenda, hace de este trabajo su propia esencia. Si el futuro de la profesión está en los jóvenes estudiantes creemos que es fundamental poder transmitir y aportar todo el conocimiento posible desde la ilusión y desde las creencias de que el Trabajo Social es fuente de sabiduría y tiene la fuerza para formar a todos los alumnos en agentes de cambio social, que con el contagio de valores humanos se es capaz de dar una visión positiva y de futuro de nuestra profesión.

Permite reflexionar sobre qué estamos transmitiendo por una parte a personas que se han acercado a nuestro cuerpo profesional para ser ellos también trabajadores sociales. Cada momento cuando actuamos como docentes hemos de cuestionarnos y así lo hemos querido hacer con este trabajo compartido con nuestros alumnos qué es lo que les transmitimos.

Cierto es que la docencia profesional desde nuestro punto de vista es una forma de carrera de relevos, donde los profesionales del Trabajo Social quienes nos dedicamos con mayor o menor dedicación a esta tan apasionante tarea. Pero no somos sólo los docentes yo creo que cada uno de los profesionales estemos en el campo profesional en el que estemos (nosotros mismos también actuamos en otros ámbitos: los Servicios Sociales) somos responsables de esta transmisión de una profesión joven en lo que entendemos como tal, pero que como bien aprendemos en nuestra etapa de aprendizaje “nuestra figura” ha estado presente a lo largo de la historia.

Pensamos que debemos callarnos nosotros aquí y proyectaros las imágenes; después entrar en el dialogo y por qué cuestionarnos juntos, con vosotros, qué hemos hecho, qué debemos hacer cara al futuro y que imagen transmitir de la profesión ahí fuera; en una sociedad donde ha crecido el campo de las profesiones sociales, donde los recursos económicos son cada vez más escasos, donde la objetivación ha empañado para no pocos profesionales, entre los que nos incluimos esa cercanía y calidez de la atención profesional; ese estar con el otro y avanzar acompañando al otro.

## METODOLOGÍA

En primer lugar se realizará una **breve explicación** por parte de los ponentes. Posteriormente se procederá al **visionado** de los trabajos realizados por los alumnos: **videos**; y para finalizar se abrirá un **debate** a todos los participantes al taller.



# AUTOLIDERAZGO Y EMPODERAMIENTO DESDE UN ABORDAJE EMOCIONALMENTE INTELIGENTE EN TRABAJO SOCIAL: COACHING PARA BRILLAR CON LUZ PROPIA

Vicenta Rodríguez Martín

*Profesora Titular de Trabajo Social y Servicios Sociales  
Universidad de Castilla la Mancha*

*Cada cual se tasa libremente en alto o bajo precio,  
y nadie vale sino lo que se hace valer.  
Tásate, pues, como libre o como esclavo.  
Esto depende de ti.*

*Epícteto.*

## 1. PRESENTACIÓN

A través del presente trabajo damos a conocer el diseño de taller que considero interesante poder implementar en el marco del 5º Congreso “**TRABAJO SOCIAL HOY: NUEVOS CONTEXTOS, NUEVOS COMPROMISOS, NUEVOS RETOS**”. Esta acción formativa está orientada a la optimización de la intervención profesional de las trabajadoras sociales y trabajadores sociales, ya que permitirá explorar capacidades, visibilizar y manejar recursos y potencialidades propias, de forma que pueda suponer un impulso para un rendimiento profesional óptimo, para la prevención del estrés así como para la autoestima y autonomía de los y las profesionales que les permita constituirse como líderes y lideresas de su vida personal y profesional. A su vez, se contempla esta formación desde una triple dimensión: cognoscitiva, actitudinal y de habilidad, siendo el marco articulador de la misma, la inteligencia emocional.

## 2. FUNDAMENTACION

Salovey y Mayer (1997) definieron la inteligencia emocional como “la habilidad para manejar los sentimientos y emociones propios y de los demás, de discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y la acción...”.

El término “**inteligencia emocional**”, por tanto, hace referencia a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, reconocer los sentimientos de los/las demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con otras personas y con nosotros/as mismos/as. Se trata de un término, pues, que engloba competencias muy diversas, aunque complementarias entre sí, a la inteligencia académica o la capacidad exclusivamente cognoscitiva, medida exclusivamente mediante el cociente intelectual.

Para comprender la forma en que estas competencias influyen en el mundo laboral, Goleman incluye las siguientes cinco habilidades emocionales y sociales básicas (Goleman, 1999):

1. *Conocimiento de sí mismo/a*: Capacidad de saber lo que estamos sintiendo en un determinado momento y de utilizar nuestras preferencias para guiar la toma de decisiones basada en una evaluación realista de nuestras capacidades y en una sensación bien asentada de confianza en nosotras/os mismas/os.

2. *Autorregulación:* Manejar nuestras emociones para que faciliten la tarea que estemos llevando a cabo y no interfieran con ella; ser conscientes y demorar la gratificación en nuestra búsqueda de objetivos y ser capaces de recuperarnos prontamente del estrés emocional que determinadas situaciones nos hayan causado.
3. *Motivación:* Implica utilizar nuestras preferencias y valores más auténticos para encaminarnos hacia nuestros objetivos, ayudarnos a tomar iniciativas, ser más eficaces y perseverar a pesar de los contratiempos y las frustraciones que se presenten.
4. *Empatía:* Darse cuenta de lo que están sintiendo las personas, ser capaces de ponerse en su lugar y cultivar la relación y el ajuste con una amplia diversidad de personas.
5. *Habilidades sociales:* Manejar bien las emociones en las relaciones, interpretando adecuadamente las situaciones y las redes sociales; interactuar fluidamente; utilizar estas habilidades para persuadir, liderar, dirigir, negociar y resolver disputas así como para cooperar y trabajar en equipo.

Ciertamente, el punto de partida en el aprendizaje de la inteligencia emocional, y una de las claves fundamentales para poder manejarnos adecuadamente, tanto personal como profesionalmente, parte del conocimiento que cada persona tiene de sí misma, y por ello es absolutamente imprescindible reflexionar sobre esta autovaloración, ya que en la medida en que sea realista y ajustada a la realidad, nos permitirá guiarnos de un modo óptimo tanto en la relación propia como en las relaciones que tengamos con otras personas. Y este será uno de los contenidos prioritarios a abordar en el taller.

Hemos de tener presente que este autoconocimiento de recursos y potencialidades (también de déficits), es de importancia fundamental en la intervención social, ya que los y las profesionales del trabajo social con frecuencia, estamos sometidos a múltiples demandas y presiones procedentes de diferentes contextos (usuario/as, equipos, dirección, líneas políticas...) y este conocimiento de sí mismo/a es aún más relevante, si cabe, cuando, además, hemos de tener presente que trabajamos con personas y necesitamos tener un buen nivel de competencia personal, para poder ser eficaces en nuestro desempeño y prevenir situaciones de estrés. Por tanto, nuestro punto de atención en este aprendizaje, ha de estar centrado primeramente en la persona del/la profesional, para posteriormente y de forma transferencial, mejorar la relación profesional.

Tras lo expuesto destacamos que el abordaje formativo se llevará a cabo teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- ✓ La consideración del profesional que trabaja con personas, como un instrumento de su propio trabajo.
- ✓ El/la profesional es también es una persona inmersa en la misma realidad social, organizativa, laboral, cultural y de género que las personas que atiende.
- ✓ El marco teórico que marca el objetivo a conseguir es la excelencia profesional, por tanto, ha de ser analizado desde un enfoque de inteligencia/competencia emocional.
- ✓ La formación desde una triple dimensión: cognoscitiva, afectiva y conductual.

De modo que las y los profesionales han de adquirir, actualizar e implementar una serie de competencias para poder darles curso y tener un desempeño profesional efectivo, en el sentido de

lograr los objetivos solicitados con la mayor efectividad: máxima eficacia y menor coste personal; a la para que tener una vida personal más plena y feliz.

Por otra parte, entendemos que si bien el liderazgo es una competencia social apuntada por la inteligencia emocional, que es imprescindible para el ejercicio de nuestra profesión, queramos hacer visible un concepto novedoso y que es el de **autoliderazgo** o liderazgo personal, entendido como “el proceso que consiste en mantener la perspectiva y los valores ante una/o misma/o y llevar una vida acorde con ellos (Covey, 1997), de forma que el tomar conciencia de ello nos permita conducir nuestra vida personal y profesional según la hoja de ruta que cada uno y cada una nos hayamos marcado.

Tras la exposición realizada nos podemos plantear cómo se hace posible el aprendizaje de competencias emocionales que puedan revertir en nuestro trabajo profesional. Aquí apelamos a un procedimiento que está cobrando mucha relevancia en el ámbito empresarial y que es el del **coaching**, entendido como un proceso consistente en el entrenamiento de una persona para la consecución de una serie de objetivos o la adquisición de determinadas habilidades de forma que le permita desarrollar de un modo extraordinario su trabajo y vivir de un modo pleno y feliz su vida.

Para finalizar, quisiéramos dejar constancia de la radiografía que mostraría a una persona competente emocionalmente, no sin señalar que es un proceso de largo entrenamiento, pero que el taller sí puede constituirse como inicio de este modo de vivir personal y profesionalmente óptimo:

- ✓ Es capaz de responsabilizarse de su vida, sus recursos personales, sus actuaciones, a la vez que optimizar todas sus capacidades y ponerlas al servicio personal y profesional. (Empoderamiento)
- ✓ Igualmente es capaz de poder dirigir su vida hacia los objetivos que se haya establecido, sustentados en los valores que haya clarificado. (Auto- liderar)
- ✓ A su vez, tendrá capacidad para poder orientar a otras personas hacia sus objetivos. (Liderar)
- ✓ Por último exhibirá una serie de repertorios conductuales que le facilitarán la negociación basada en posiciones de beneficios de todas las partes (ganar, ganar).

### 3. OBJETIVOS

1. Explorar nuestro funcionamiento cognitivo y evaluar su grado de distorsión o de eficacia en nuestro desempeño personal y profesional
2. Explicitar la concepción que cada uno/a tenemos de nosotros/as y mismos/as a nivel de personal y profesional.
3. Fomentar la autoestima y auto-liderazgo de los y las profesionales del trabajo social de tal modo que les capacite para tomar sus propias decisiones personales y relacionales, así como potenciar todos sus recursos propios.

### 4. CONTENIDOS A ABORDAR

- I. Nuestra actitud ante el trabajo y la vida personal: Pro-actividad versus reactividad.
- II. Inteligencia Emocional: Autoconocimiento.

- III. Auto-liderazgo y Empoderamiento.
- IV. Punto de partida y meta: trazando mi hoja de ruta, siendo mi propio coach en mi vida personal y profesional.

## 5. METODOLOGIA

La modalidad formativa elegida es la de taller, de tal modo que mediante una metodología dinámica y participativa puedan ir abordándose contenidos teóricos y prácticos que promuevan la implicación y el cambio actitudinal de los y las profesionales.

Se partirá de diferentes preguntas que permitan a cada una de las personas asistentes plantearse su mirada ante sí mismas, su trabajo, sus relaciones profesionales o sus metas profesionales, que permitirán re/conducir sus actuaciones personales y profesionales desde una perspectiva de capacidad y cambio positivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Covey, S. (1997). *Los siete hábitos de la gente altamente efectiva*. Barcelona: Paidós.
- Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional*. Madrid: Kairós.
- Goleman, D. (1999). *La inteligencia emocional en la práctica*. Madrid: Kairós.
- Mayer, J. D. y SALOVEY, P. (1997). What is emotional intelligence? En Salovey, P. y Sluyter, D. (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. New York: Basic Books.

# 5 CONGRESO

TRABAJO  
SOCIAL  
MADRID

COMUNICACIONES  
LIBRES

# 5 CONGRESO

TRABAJO  
SOCIAL  
MADRID

## COMUNICACIONES

Nuevos Contextos



# COMUNICACIONES

## Nuevos Contextos

### Nuevos Contextos

- **Las personas sin hogar en España y la visión desde Europa.**  
*Inés Irene Abril Stoffels.*
- **Intervención familiar en situaciones de tecnoadicciones.**  
*Gema Álvarez Idagarra.*
- **Redibujando el modelo de familia: atención social a las familias transnacionales.**  
*Nuria Díaz Sánchez y Verónica Díaz Sánchez.*
- **Atención Sociofamiliar a Pacientes y Familiares en situación de Enfermedad Avanzada, desde las UCP de AECC J.P. Madrid durante los años 2008 y 2009.**  
*Marta Escudero Iglesias, Ana del Amo, Begoña de Cevallos y Mercedes de la Peña.*
- **Trabajo Social y la educación de las personas adultas.**  
*Dolores Fernández Fernández.*
- **Autismo y Trabajo Social.**  
*M<sup>a</sup> Cruz Herrero García, Rocío Esteras Calderón M<sup>a</sup> del Pilar de Tuero Gil-Delgado.*
- **La atención sociosanitaria en los nuevos contextos multiculturales.**  
*Ana Moreno Moreno, Noemí Blanes Palomar, Marta de Bordons Bordallo y Emma Díez Fontan.*
- **Reconociendo la necesidad del trabajo social en A.I.E.**  
*Tatiana Romero García.*

## LAS PERSONAS SIN HOGAR EN ESPAÑA Y LA VISIÓN DESDE EUROPA

Inés Irene Abril Stoffels

*Trabajadora Social*

Cuando hablamos de Personas sin Hogar (PSH), cuando nos acercamos a la exclusión residencial, encontramos distintos rostros, la persona que vive literalmente en la calle constituye únicamente la punta del iceberg, el resultado último de los estadios anteriores del mismo fenómeno, la prueba palpable de un sistema de protección social que en ocasiones no llega a tiempo, que en ocasiones no es inclusivo.

Se desconoce el número de personas que duerme literalmente en las calles españolas, aunque algunas cifras recientes y cercanas al fenómeno son abrumadoras: durante el 2008 se ofrecieron 13.650 plazas de alojamiento diarias (INE 2009), en el 2005, 21.900 personas fueron atendidas en centros para PSH (INE 2006), diversos estudios de organizaciones e instituciones que trabajan con PSH han estimado que en España hay más de 25.000 PSH (CABRERA, P. (2009), en realidad en nuestro país se calcula que viven 1.447.880 familias en infraviviendas (INE 2001). A modo de ejemplo comentar que sólo en la almendra central de Madrid duermen cerca de 600 personas CABRERA, P. et al. (2008)<sup>1</sup>.

Después de estas contundentes cifras nos preguntaremos ¿exactamente a qué nos referimos cuando hablamos de PSH? ¿Qué dimensión tiene la exclusión residencial extrema<sup>2</sup> en España? Una persona sin hogar es un hombre de mediana edad que vive entre cartones en el cajero automático de un banco; es una anciana solitaria que paga renta antigua en una corrala sin agua corriente y que tiene el baño comunitario al final del pasillo; es un hombre inmigrante que trabaja “recogiendo la fruta” de ciudad en ciudad.

Dentro de la Unión Europea todavía no existe consenso sobre la definición del sinhogarismo, pero dentro de un enfoque situacional extenso encontramos las primeras aproximaciones en la definición propuesta en 1992 por el Consejo de Europa. Esta definición plantó las bases de la que posiblemente sea la definición más compartida en la actualidad y que en la boca Dragama Avramof, representa la semilla de la política social europea.

Las PSH son “aquellas personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporciona un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presenta dificultades personales para llevar una vida autónoma” (FEANTSA<sup>3</sup> 1995)

<sup>1</sup> Esta cifra ha tenido insignificantes variaciones en los seis recuentos realizados por poner algún ejemplo: 26/02/2008, 651 personas; 03/03/2010 537 personas; 24/02/2010, 596 personas.

<sup>2</sup> Definición que incluye no sólo la falta de alojamiento, sino todas aquellas situaciones en las que las personas afectadas viven en alojamiento que no reúnen las condiciones mínimas para un adecuado desarrollo humano y social, no sólo las personas sin domicilio: enfoque literal.

<sup>3</sup> FEANTSA: Federación Europea de Entidades Nacionales que Trabajan con los Sin Hogar compuesta por más de 100 organizaciones de alcance nacional y regional proveedoras de servicios para PSH y trabajando en estrecha relación con las autoridades públicas.

Profundizando en esta definición y atendiendo los tres dominios propuestos también por FEANTSA: físico (condiciones de habitabilidad), social (espacio de privacidad y para las relaciones sociales satisfactorias) y legal (régimen legal de utilización/propiedad) encontramos las trece situaciones bajo las que se puede presentar el fenómeno de la exclusión residencial.

<b>Categoría conceptual</b>	<b>Categoría Operativa</b>	
<b>Sin techo</b>	<b>1</b>	<b>Viviendo en espacio público.</b>
	<b>2</b>	<b>Viviendo en un refugio y con obligación de pasar varias horas fuera.</b>
<b>Sin vivienda</b>	<b>3</b>	<b>Personas que viven en albergues y centro para personas sin hogar/alojamiento temporal.</b>
	<b>4</b>	<b>Personas en albergues para mujeres.</b>
	<b>5</b>	<b>Personas en centros de alojamiento para solicitantes de asilo e inmigrantes.</b>
	<b>6</b>	<b>Personas que en un tiempo definido van a ser despedidas de instituciones residenciales o de internamiento.</b>
	<b>7</b>	<b>Personas que viven el alojamiento con apoyo sostenido debido a su condición de PSH</b>
<b>Vivienda insegura</b>	<b>8</b>	<b>Personas viviendo en un régimen de tenencia inseguro/sin pagar alquiler.</b>
	<b>9</b>	<b>Personas viviendo bajo amenaza de desahucio.</b>
	<b>10</b>	<b>Personas que viven bajo amenaza de violencia por parte de la pareja o la familia.</b>
<b>Vivienda inadecuada</b>	<b>11</b>	<b>Personas viviendo en estructuras temporales y no convencionales.</b>
	<b>12</b>	<b>Alojamiento impropio.</b>
	<b>13</b>	<b>Hacinamiento extremo.</b>

FEANTSA 2007

Como podemos comprobar, una definición de las PSH extensa nos permite dimensionar la realidad de precariedad y vulnerabilidad en la que viven muchas personas y familias en España, paso necesario para pasar de una política asistencial de gestión de plazas de alojamiento (competencia de Ayuntamientos y Corporaciones Locales), a una política social que incida en algunas de las profundas causas del sinhogarismo (coordinación y el trabajo conjunto de todas las administraciones nacionales y europeas).

## DINÁMICA GENERADORA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL; ¿TODOS TENEMOS LAS MISMAS POSIBILIDADES DE LLEGAR “A LA CALLE”?

*“La pérdida de la vivienda es la expresión física (no tener un lugar donde refugiarse), afectiva (no tener un lugar donde ser reconocido) y simbólica (no estar en un lugar), de una doble pérdida anterior, como son la familia y el trabajo, que constituyen aspectos fundamentales para toda persona y que acaban afectando a su sentido vital” (CABRERA, P. (2002) en BUSQUETS, S. (2007): 13).*

Siempre encontramos un acontecimiento desencadenante, siempre se recuerda el día en que se durmió por primera vez fuera del “hogar”, el día en que se perdió *“el hueco afectivo, el nicho sociológico en el que poder refugiarse y ordenar la malla de relaciones e intereses sobre los que erigir la propia identidad”* (CABRERA, P. (1998): 167) Pero no todas las personas tenemos las mismas posibilidades de sufrir las formas más extremas de exclusión social.

Las PSH están sumergidas en una problemática social cuya etiología es multidimensional y en donde la exclusión residencial es un elemento esencial y definitorio pero no el único. Teniendo en cuenta los dos criterios de la vulnerabilidad descritos por Robert Castel en 1996: el grado de integración en las redes familiares y de parentesco, y la inserción estable en el mercado laboral, las PSH están situadas fuera de la zona de **integración**, las personas “sin techo”<sup>4</sup> en la zona de **exclusión**.

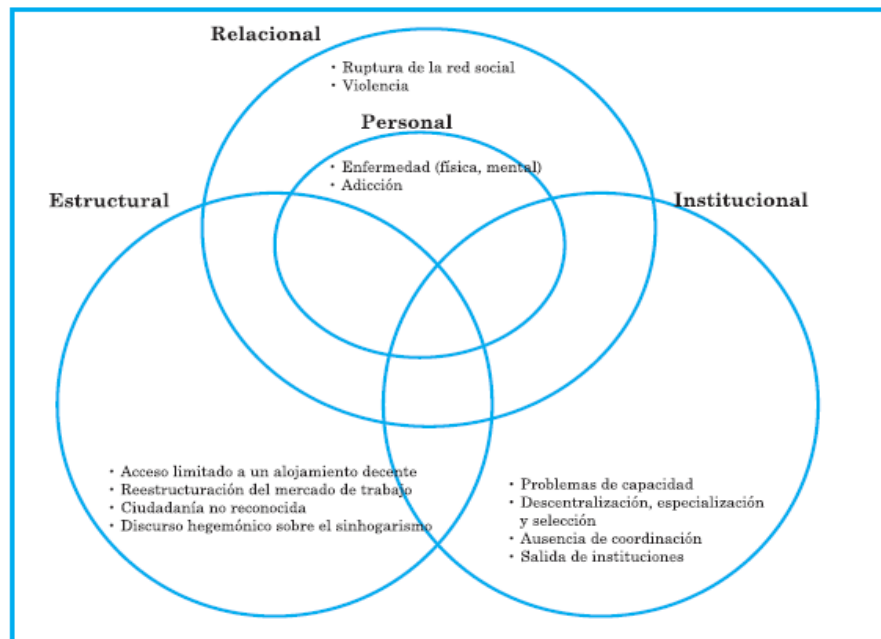
Siguiendo con esta idea, y tratando de ahondar en los factores explicativos del sinhogarismo, la doctora M<sup>a</sup> Rosa Sánchez Morales (2001) nos señala otra dimensión de este fenómeno: los factores estructurales. Aspectos como la política laboral, educativa, de vivienda, política fiscal y de distribución de la renta, pensiones, legislación social, políticas de inmigración, políticas sociales para sectores vulnerables y grupos excluidos... son variables tan explicativas del sinhogarismo como otros factores individuales tales como la pérdida de relaciones sociofamiliares, estado civil o salud.

Los factores estructurales pueden ser decisivos para contener o prevenir una catástrofe inesperada. Junto con el entramado de relaciones y las capacidades individuales, las políticas sociales determinan el ancho de los vasos comunicantes entre las tres zonas de integración descritas por Castel; son, en parte, lo que impide que una persona o familia descienda desde la inclusión social hacia el estado de vulnerabilidad o incluso de exclusión social.

Dentro de las múltiples causas del sinhogarismo, en parte también dentro de los factores estructurales, la respuesta institucional es otra de las dimensiones más importantes, sobre todo si tratamos de entender la existencia en España de esas 25.000 personas sin techo que se estima existen en nuestro país. ¿Qué respuesta se está dando al fenómeno del sinhogarismo extremo? ¿Existe recursos especializados? ¿Se llevan a cabo intervenciones incisivas, coordinadas y adaptadas?

<sup>4</sup> Tres primeras categorías ETHOS.

## LAS MÚLTIPLES CAUSAS DEL SINHOGARISMO. LOS DOMINIOS



Tomado de: L'évolution des profils des sans-abri: Une dépendance persistante à l'égard des services d'urgence en Europe: Qui et Pourquoi?. FEANTSA. 2005.

CABRERA, P. (2008): 54

Es urgente recobrar un enfoque social-estructural que permita hablar de derechos fundamentales; un enfoque que hunda sus raíces en las causas últimas del fenómeno del sinhogarismo. *“La exclusión es una condición de vida, no está alojada en las personas, debemos situarla en la relación entre las condiciones de las personas y las condiciones de la propia sociedad como tal.”* (RENES, A. (2000): 179).

## LAS PSH EN ESPAÑA; CONTEXTO, PERFIL Y RED DE ATENCIÓN

### 1. ¿Qué características del contexto social inciden en el sinhogarismo?

**A) PRECARIEDAD LABORAL:** Hasta que la crisis económica no hizo mella en España, lo cierto es que vivimos una época burbujeante en lo que se refiere a creación de puestos de trabajo, llegando incluso a situarnos al nivel de muchos países de nuestro entorno (lo que no ocurría desde los años 90). Escarbando un poquitín en la cualidad y no sólo cantidad de estos puestos de trabajo, podemos observar que estos fueron de una pésima calidad. España cuenta con la mayor tasa de **temporalidad** de la unión europea, sin olvidar **la precaria estabilidad** que caracteriza a nuestro sistema productivo, pues año tras año se observan subidas y bajadas en la ocupación en función de los meses de verano. Según la INE, la tasa de paro registrada en el cuarto trimestre del 2010 alcanzó el 20%<sup>5</sup> (EPA 2010); siendo los dos sectores decisivos para las personas en situación de vulnerabilidad o exclusión, el sector construcción y el sector servicios, los que han experimentado una escalada en la tasa de paro que ha llegado a unos niveles no registrados desde 1998.

<sup>5</sup> INE (2010). Encuesta Población Activa cuarto trimestre 2010. Madrid.

**B) CAMBIOS DEMOGRÁFICOS:** La solidaridad intrafamiliar, los vínculos vecinales y en definitiva la espesa red social que ha caracterizado a España durante siglos, está sufriendo en las últimas décadas una enorme transformación. El cóctel compuesto por: descenso de la natalidad, reducción del tamaño medio de la familia, descenso de matrimonios, retraso de la edad media de matrimonio, aumento de la esperanza de vida, aumento de separaciones y divorcios... tiene como resultado un notable debilitamiento de la red de contención y apoyo, que durante muchos siglos ha impedido las formas más extremas de pobreza. Se estima que en España de 1991 a 2005 el número de hogares compuesto por una persona sola creció hasta un 82%, algo parecido a los hogares monoparentales (adulto con niño/s) que aumentaron hasta un 38%<sup>6</sup>. Por otra parte, es por todos sabido que España ha pasado de ser un país de emigrantes a ser un país de inmigrantes, en los últimos 10 años la tasa de población inmigrante ha ascendido de un 2% (en 2000) a un 12% en 2010<sup>7</sup>.

**C) PRECIO DE LA VIVIENDA:** Según las cifras del Ministerio de Vivienda, el precio del metro cuadrado ha pasado de 692,7 euros en 1995 a 1.832 en 2010<sup>8</sup>. Incremento que no se ha visto reflejado, por ejemplo en el salario mínimo interprofesional, que pasó de 376,83 en 641.4 en la actualidad<sup>9</sup>.

**D) SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL:** Otra de las notas singulares del contexto de las PSH en España es el Sistema de Protección Social, caracterizado por estar subdesarrollado. Según Eurostat, España en el año 2006 (el último año con datos comparables) era el país, después de Portugal, que tenía el gasto social por habitante más bajo de la Unión Europea de los quince (UE-15). En aquel año, el PIB per cápita de España había alcanzado ya a ser el 93% del promedio de la UE-15 y, sin embargo, el gasto público social per cápita era sólo el 70% del promedio de la UE-15 (NAVARRO, V. (2009)). Recordemos que en la actualidad España está seis puntos por debajo de la media europea en inversión social y la pobreza relativa alcanza al 21% de la población<sup>10</sup>.

Haciendo balance podemos concluir que existen algunos aceleradores del sinhogarismo en el contexto social español. Aspectos como un sistema productivo en donde predomina la precariedad, un entramado social debilitado (solidaridad líquida), un escenario de convivencia con nuevos retos<sup>11</sup>, un precio de la vivienda desorbitado y una protección social subdesarrollada generan dinámicas de exclusión que debemos entender/atender.

## 2. ¿Cuántas personas sin hogar viven en España?; El perfil de las personas sin hogar en la España del siglo XXI:

Mientras que en Europa se estima existen 3.000.000 de PSH y otros 15.000.000 habitan en viviendas precarias (FEANTSA (2009)); en España las cifras estimadas son las siguientes:

<sup>6</sup> INE (2006) Anuario Estadístico. Madrid.

<sup>7</sup> INE (2010) Padrón Municipal, población extranjera. Madrid.

<sup>8</sup> Índice General del precio de la vivienda. Secretaría de Estado de Vivienda y Actuaciones Urbanas.

<sup>9</sup> INE (2010) Evolución del salario mínimo interprofesional por edad, cantidad y periodo. Madrid.

<sup>10</sup> INE (2010) Encuesta de Condiciones de Vida 2010. Madrid.

<sup>11</sup> Inmigración entendida como personas que salen de su país para buscar nuevas oportunidades y que en el país receptor no suelen contar con una seguridad económica, jurídica, relacional... El 48% de las PSH atendidas en los centros de acogida son inmigrantes (INE 2005).

<u>Categoría ETHOS</u>	<u>Cifra estimada</u>
SIN TECHO	6.190 personas
SIN VIVIENDA	33.464 personas
VIVIENDA INSEGURA	SIN DATOS
VIVIENDA INADECUADA	1.475.037 personas

ELABORACIÓN PROPIA DESDE CABRERA 2009 E INE 2009

Como podemos comprobar en la segunda encuesta sobre PSH realizada por el INE en 2005, el rostro de las PSH ha cambiado, en muchos aspectos está lejos del arquetipo de “vagabundo”, a él se están uniendo nuevos sectores de población. En España, las personas que duermen en las calles y centros de acogida suelen ser varones (83%) menores de 45 años (70%); se encuentran en esta situación desde hace más de un año (61%). Suelen pernoctar siempre en el mismo sitio (70%) y no utilizan los albergues y centro de acogida (46%). En su inmensa mayoría no reciben ayudas públicas (83%) y tampoco ejercen la mendicidad (86%), no son consumidores activos (30% abstinencia absoluta) ni sufren patologías mentales (67%)<sup>12</sup>, suelen ser solteros (56%), tienen familia (72%) e hijos (46%). Buscan trabajo (76%) y tienen estudios (93%, de los que el 13% son universitarios). Veamos algún aspecto de forma más detallada:

- Aunque el fenómeno del sinhogarismo continua siendo eminentemente masculino, se constata una mayor presencia de **mujeres** en situación de calle llegando a alcanzar el 17%.
- La tasa de PSH **inmigrantes** ha alcanzado 48%, mientras que en España la presencia de inmigración representaba, ese año, el 9% de la población total. Del 48% de las PSH inmigrantes, el 44% era africano, cuando la tasa de inmigrantes africanos en España en 2005 sólo alcanzó el 19%<sup>13</sup>.
- El 30% de las PSH son **jóvenes** menores de 30 años; tendencia que se constata también en Europa en donde según FEANTSA el 70% es menor de 40 años.
- Que el 47% de “los sin techo” **no duerma en recursos para personas sin hogar** y se aloje en pisos ocupados, espacios públicos..., nos desvela como la realidad de las PSH está en muchas ocasiones al margen de los recursos de alojamiento especializados<sup>14</sup>.
- Frente a la percepción generalizada de que las personas sin hogar sobreviven gracias a las ayudas públicas, los datos del INE confirman que esto sólo se produce en el 17% de los casos (de hecho, el

<sup>12</sup> La psiquiatra María Vázquez, del Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar del Servicio Madrileño de Salud afirma que el 25% de las PSH que llevan más de tres años en situación de calle (el 37% según el estudio de INE), padece trastornos mentales.

<sup>13</sup> INE (2010) Padrón Municipal, población extranjera. A problemas internacionales estamos dando respuestas asistenciales, desde entidades privadas mayoritariamente y bajo la atenta mirada de las administraciones locales (quienes tienen la competencia en la gestión de la atención social, pero no la competencia legislativa o efectiva).

<sup>14</sup> Hecho que contrasta con el nivel medio de ocupación de los recursos, que no alcanza el 83% en 2006 y el 87% en 2008.



61% considera que los servicios sociales le han ayudado poco o nada). La **mendicidad es la fuente principal de ingresos en el 14% de los casos**<sup>15</sup>.

- No existe consenso en lo relativo a la prevalencia del consumos activos en las PSH; esta encuesta refleja cómo un 4% expresa abiertamente tener una **adicción activa**, pero otros estudios como el de P. Cabrera en 1998 habla de un 23% y M. Muñoz en 1995 de un 26%. En cualquier caso muy por debajo de la percepción social generalizada.
- “*Los sin techo viven 21 años menos que un ciudadano medio*” (Caballo, J. M. y Pinar, J. M. (2007). El 30% sufre **enfermedades crónicas** y únicamente el 33% tiene tarjeta sanitaria, ¿qué ocurre después de un alta hospitalaria?, el 13% de las mujeres sin hogar ha sufrido agresiones sexuales, durante el 2009, 83 personas sin hogar murieron, 21 de las cuales por agresión física<sup>16</sup>.

La imagen social de la persona sin hogar está en muchos casos muy deformada. El desconocimiento de su situación real, la invisibilización en la que muchas veces se encuentra y la poca responsabilidad de la mayoría de los medios de comunicación, produce un arquetipo absolutamente estigmatizante y en infinidad de ocasiones muy alejado de su realidad. La consolidación de estos nuevos rostros de PSH tiene su explicación directa en la “nueva pobreza invisible” que está emergiendo dentro de nuestras sociedades, cada vez hay más colectivos vulnerables desfilando hacia la exclusión social.

### 3. ¿Quién y cómo se atiende a las personas sin hogar en España? (INE 2009)

Otro de los grandes enigmas que en este caso se convierte en paradoja, es lo relativo a la red de atención a las PSH. ¿Cómo es posible que el número de plazas de alojamiento para PSH, así como su ocupación, hayan ido aumentando discretamente durante los últimos diez años y la ocupación media no supere 87%?

La realidad muchas veces muestra unos recursos para PSH que trabajan al 200%, con muy buena voluntad, pocos recursos y escasa formación (únicamente el 8% del personal de los centros está contratado y cuenta con titulación técnica); se acaban convirtiendo en lo que podríamos denominar un “*cajón de sastre*”, en donde “*cabe todo y se atiende a todo a la vez*”, cuando en ocasiones lo único que une a las personas que comparten la habitación del albergue es la situación de extrema necesidad en la que se encuentran. Podría parecer que se pretende acabar con el sinhogarismo a golpe de plazas de alojamiento de emergencia.

¿Cómo es la red de atención a las PSH?: URBANA y de “grandes ciudades”. El 65% se sitúa en ciudades de más de 10.000 habitantes. Hoy al igual que en 1999, la atención a las PSH se realiza desde entidades PRIVADAS, (77% en 2008), que son más BARATAS<sup>17</sup>. Esta red pretende GARANTIZAR LA SUBSISTENCIA, comida,

<sup>15</sup> En la Comunidad de Madrid en 2006, de las 388 PSH reconocidas por todos los centros municipales de servicios sociales, únicamente 158 eran perceptoras de RMI, lo que representa 41% del total (CABRERA, P. (2007), sólo añadir que ese mismo año en un recuento nocturno de PSH realizado sólo en la almendra central del municipio de Madrid se detectaron 651 personas sin hogar.

<sup>16</sup> <http://www.noticiaspsh.org/spip.php?rubrique27&annee=2009>

<sup>17</sup> Una residencia de baja intensidad para ancianos en la Generalitat de Cataluña tiene un presupuesto mensual por persona de 1.157 euros, un centro para personas sin hogar 542 euros al mes (615 euros más baratos al mes) BUSQUET, S. (2007): 16.

cama, orientación e información básica<sup>18</sup>. Se trabaja desde alojamientos tipo ALBERGUE (el 88% de las plazas), otro tipo de recursos están infra desarrollados<sup>19</sup>.

Las necesidades de las personas sin hogar son muchas y variadas, es necesario “un continuo” de recursos que permita adaptarse a las necesidades de los distintos perfiles y situaciones. No existe un patrón definido en la trayectoria de las PSH, algunas rompen con el círculo de la exclusión, otras se cronifican o adaptan y otras muchas alternan temporadas (en función de los golpes de suerte). Es necesario establecer unos programas de ayuda que se adapten a la situación actual de las personas (sinhogarismo como proceso), que no trabajen únicamente desde la urgencia y que presten una atención especializada y personalizada durante el tiempo necesario.

Enmarcados dentro de la Campaña Europea promovida por FEANTSA; “*Erradicar el sinhogarismo es posible*”, y coincidiendo con el “*Año europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social*” 2010; un grupo de entidades de la Comunidad de Madrid (Asociación Realidades, Cáritas Madrid-CEDIA 24h, Centro Luz Casanova, FACIAM, Fundación S. Martín de Porres, Provivienda, Fundación RAIS y Red Acoge) han elaborado un documento que reúne “*10 propuestas para una estrategia de erradicación del sinhogarismo*”<sup>20</sup>. Este decálogo engloba aspectos fundamentales como los derechos, las políticas sociales y la prevención; así como dimensiones estratégicas como empleo, modelos de alojamientos, dimensión relacional-afectiva, participación, calidad, género y coordinación/redes. Puede que este sea el ejemplo más vivo e incipiente de un nuevo intento por articular lo público y lo privado, por romper inercias del pasado, por convertir la lucha contra la pobreza extrema en uno de los objetivos prioritarios de las agendas políticas.

## BIBLIOGRAFÍA

- BUSQUET, S. (2007). Nuestros vecinos de la calle. El rostro de una problemática social. *Cuadernos Cristianismo y Justicia*, nº 150.
- CABALLOL, J. M. Y PINAR, J. M. (2007). *Construyendo relaciones; intervención psicosocial con personas sin hogar. Madrid: Asociación Realidades y Fundación RAIS.*
- CABRERA, P. (1998). *Huéspedes del aire; sociología de las personas sin hogar.* Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- CABRERA, P. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España.* Madrid: Fundación FOESSA.
- CABRERA, P. (2008). Las personas sin hogar hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración.* nº 75. Pp. 51 – 74.
- CABRERA, P. (2009). *La acción social con personas sin hogar en la España del siglo XXI.* Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- CABRERA, P., RUBIO M. J. Y BLASCO, J. (2008). *¿Quién duerme en la calle?* Barcelona: Obra Social Caixa Catalunya.
- CABRERA, P., RUBIO, M. J. Y FERNÁNDEZ, E. (2007). Las personas sin hogar en la Comunidad de Madrid. *Revista de Filosofía, Derecho y Política*, nº 6. Pp. 107 – 126.
- CAMPAÑA NADIE SIN HOGAR (2010). *10 Propuestas para la erradicación del sinhogarismo.* Madrid: FEANTSA España.
- CÁRITAS ESPAÑOLA (2004). *Volver a ser: modelo de intervención social con transeúntes.* Madrid: Fundación FOESSA.

<sup>18</sup> Únicamente el 27% ofrece talleres de inserción; el 24%, regularización de papeles; el 34%, asistencia jurídica; el 43%, atención psicológica.

<sup>19</sup> No acabamos de desterrar la teoría de la puerta giratoria que sustentaba la Ley de Vagos y Maleantes de la II República (1933), en donde la visión de las PSH se asemejaba a la de indigente y perezoso.

<sup>20</sup> [http://www.noticiaspsph.org/IMG/pdf/10\\_Propuestas\\_para\\_erradicar\\_el\\_sin-hogarismo.pdf](http://www.noticiaspsph.org/IMG/pdf/10_Propuestas_para_erradicar_el_sin-hogarismo.pdf)

- CASTEL, R. (1995): De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Cuadernos de crítica de la cultura*. nº 21. Pp. 27 – 36.
- LARS, B., CABRERA, P., DANDOLOVA, I., FERNÁNDEZ, E., FILIPOVIC, M., HRADECKY, I., KORCH – NIELSEN, I., MAAS, R., RUBIO, M. J. ZIDI, D. (2005). *L'évolution des profils des sans – abril*. Bruselas: FEANTSA EUROPA.
- MUÑOZ, M.; CRUZADO, J. Y CRUZADO, J. (1995). *Personas sin hogar en Madrid; informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Consejería de Integración Social,
- RENÉS AYALA, V. (2000). *Las condiciones de vida de la población pobre desde una perspectiva territorial*. Madrid: Cáritas Española.
- SÁNCHEZ MORALES, M. R. (2001). Las personas sin hogar en España. En TEZANOS, J. F. (Ed.): *Tendencias en desigualdad y exclusión social; tercer foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Editorial Sistema. Colección Politeia. Pp. 617 - 642.
- INE (Instituto Nacional de Estadística): 2010: *Encuesta de condiciones de Vida, 2010. Evolución del salario mínimo interprofesional por edad, cantidad y periodo. Encuesta Población Activa cuarto trimestre 2010, Padrón Municipal, población extranjera*. 2010/2009: *Encuesta sobre las personas sin hogar–Centros 2008/2006: Anuario Estadístico de España 2006/2005: Encuesta de personas sin hogar 2005/2001: Censo de Población y Vivienda*.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

- NAVARRO, V. (2009). *El retraso social de España*. Diario Público. 26/03/09 (10/03/11)
- Secretaría de Estado de Vivienda. Índice General del precio de la vivienda. [http://www.mviv.es/es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1677&Itemid=178](http://www.mviv.es/es/index.php?option=com_content&task=view&id=1677&Itemid=178) (10/03/11)
- [Noticias PSH \(10/03/2011\)](http://www.noticiaspsh.org/spip.php?rubrique27&annee=2009) <http://www.noticiaspsh.org/spip.php?rubrique27&annee=2009>
- Enfermos invisibles: PSH y enfermedad mental (10/03/2011). <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/enferminvisibles2junio06.htm>

# INTERVENCIÓN FAMILIAR EN SITUACIONES DE TECNOADICCIONES

Gema Álvarez Idarraga

*Trabajadora Social Funcionaria de Carrera del Ayuntamiento de Villaviciosa de Odón  
Profesora UNED  
gema.alvarez@madrid.uned.es*

## 1. INTERNET EN NUESTRAS VIDAS

En los últimos años las nuevas tecnologías han generado importantes cambios en nuestra sociedad, instalándose profundamente en muchos aspectos de nuestra vida cotidiana y afectando a nuestros patrones de comunicación y conducta.

Pero el potencial comunicativo y relacional que plantean las nuevas tecnologías también puede suponer riesgos en especial para la población de menores y adolescentes los cuales por sus características evolutivas son más vulnerables al fenómeno. Pueden quedar atrapados en la "red", pudiendo llegar a sustituir el mundo exterior por una realidad virtual.

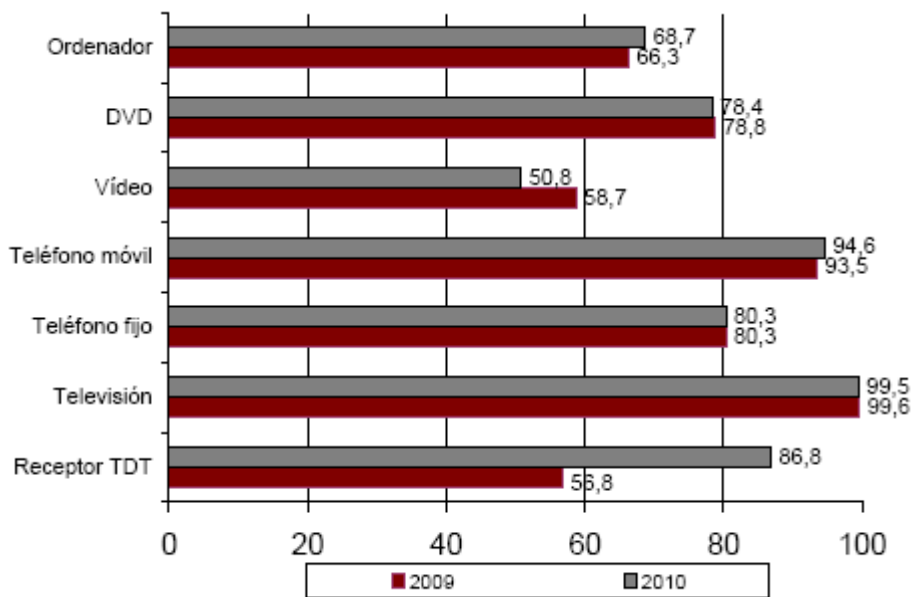
Los adolescentes han nacido y crecido inmersos en las nuevas tecnologías, siendo en muchos casos una señal de identidad para ellos y por tanto cuando se produce un uso abusivo del mismo es difícil privarles de él.

Son muchos los autores que intentan explicar los factores explicativos para que surja una tecnoadicción, algunas destacan como factor estimulante: la facilidad de acceso a la red, la intensidad de la información transmitida o la inmediatez de respuesta. Las relaciones sociales son más fáciles de iniciarse en un foro o en una sala chat, se rompen todas esas reglas, las personas se sienten escuchadas y el anonimato da más libertad que en otras fórmulas más convencionales cara a cara.

Ese anonimato permite crear una personalidad virtual más acordes con los deseos de la persona, en muchas ocasiones es una forma de cubrir necesidades psicológicas no afrontadas y posibilita falsear la realidad para intentar ocultar inseguridades y falta de autoestima.

Para entender la importancia del uso de internet y otras nuevas tecnologías en nuestras vidas, observamos algunos datos extraídos del INE respecto al porcentaje de equipamiento de productos de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares. Destacar como del año 2009 al 2010 ha sufrido un aumento significativo en especial el receptor TDT y el Ordenador.

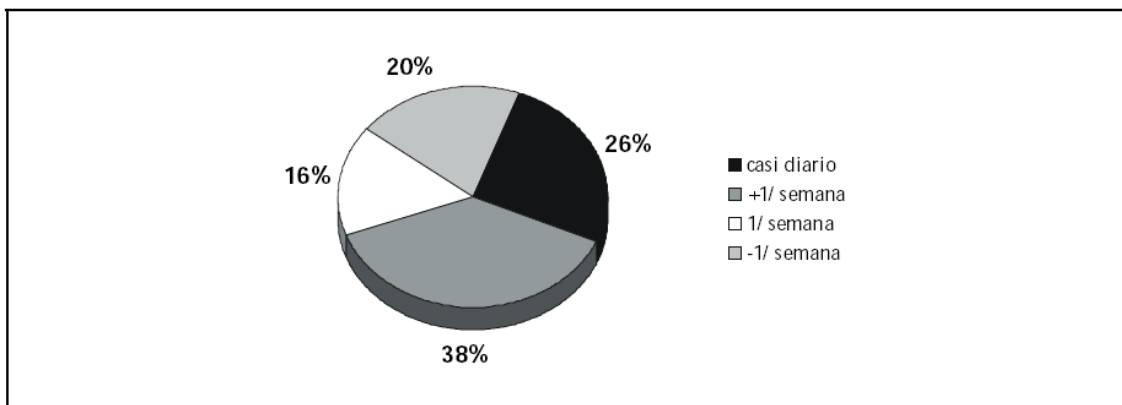
Equipamiento de las viviendas en productos de Tecnologías de Información y Comunicación. Año 2009 y 2010 (% hogares).



Fuente: INE. Nota de prensa 1 de Octubre 2010.

En el estudio realizado en 2002 para el Defensor del Menor por Protégeles y ACPI (Asociación Contra la Pornografía Infantil) sobre Seguridad Infantil y Costumbre revela datos interesantes respecto al tiempo de conexión a internet en población infanto-juvenil.

#### Frecuencia en la conexión



De este estudio se desprende que un 26% de los/as niños/as de 11 años, que utiliza internet con regularidad, reconoce que “siente la necesidad de conectarse a internet con frecuencia”.

En las conclusiones de dicho estudio respecto a la población total de estudio, nos alertan como un 11% de los menores que navegan por internet tienen características de riesgo para sufrir un posible Desorden de Adicción a Internet destacando:

- Manifiestan tener necesidad de conectarse con frecuencia.
- Los menores tienen una frecuencia de conexión casi a diario.

- Navegan más de 10 horas semanales.
- Suelen visitar páginas de pornografía y violencia.
- Es frecuente que entren en chats creando personalidades distintas.

## 2. ¿QUÉ ES UNA TECNOADICCIÓN?

Por tecnoadicción entendemos todo abuso de las nuevas tecnologías que pueden afectar al desarrollo y conducta de una persona entre las principales tecnoadicciones destacamos: abuso del uso del teléfono móvil, Internet o videojuegos entre otros.

Dentro de las distintas Tecnoadicciones sus características adictivas son similares, pero para el contenido de esta comunicación, analizaré el abuso del uso de Internet.

Actualmente la adicción a Internet no figura en el DSM-IV junto a otras sustancias adictivas pero si ha sido objeto de estudio por numerosos autores, especialmente en EE.UU.; incluso han surgido entidades como el IAD (Internet Adiction Disorder) que realizan intervenciones individuales y de apoyo a familias con miembros que sufren este tipo de adicciones.

La primera descripción de la llamada adicción la realizó el psiquiatra neoyorquino I. K. Goldberg en 1995 al que denominó “trastorno de la dependencia a Internet (E. González Duro 2005: 276) y definió como “uso incorrecto de Internet que provoca daños o sufrimientos clínicamente significativos.

La adicción a Internet se caracteriza al igual que otras adicciones por tres síntomas:

- Tolerancia: Aumento del tiempo de uso de Internet para obtener el mismo efecto placentero.
- Abstinencia: Conjunto de reacciones orgánicas desagradables que experimenta la persona cuando no puede hacer uso de Internet.
- Dependencia: Cuando la persona necesita aumentar el tiempo de uso de Internet para obtener el mismo efecto placentero. Hablamos de un uso excesivo que altera actividades diarias habituales como por ejemplo dormir o trabajar por el hecho de estar conectado a la red.

Debemos diferenciar entre uso y abuso ya que hoy en día el uso de internet, favorece muchos aspectos positivos de nuestra vida como búsqueda de información, facilidad de comunicación, etc., pero su abuso puede provocar graves problemas desde falta de rendimiento académico, laboral, disminución de horas de sueño, entre otros.

Dentro de los factores de riesgo para sufrir una Tecnoadicción es la vulnerabilidad psicológica, el aburrimiento, la falta de habilidades con el mundo real y la baja autoestima, son algunos de los factores que pueden desencadenar este tipo de adicciones.

### 3. LAS TECNOADICCIONES UNA ADICCIÓN SIN SUSTANCIA TÓXICA

Pero si no hay sustancia adictiva ¿Por qué hablamos de adicción? Hablamos de trastorno de adicción a Internet ya que cumple los siguientes criterios (Young 1996) al igual que otros trastornos adictivos:

- A) Tolerancia:
  - Necesidad de invertir una cantidad mayor de tiempo en la red para alcanzar el mismo grado de satisfacción.
  - Satisfacción cada vez menor con la misma cantidad de tiempo empleada en Internet.
- B) Síndrome de abstinencia:
  - Agitación psicomotriz, ansiedad, pensamientos obsesivos sobre lo que pasa en Internet.
  - Fantasías o sueños relacionados con la red.
  - Movimientos voluntarios o involuntarios relacionados con el teclado.
- C) Acceso más frecuente o más prolongado de lo que se tenía planeado.
- D) Deseo persistente e ineficaz de poner fin al uso de Internet.
- E) Inversión de mucho tiempo en actividades relacionadas con uso de Internet: ensayos, comprar libros, poker online.
- F) Abandono o reducción de actividades profesionales o lúdicas.
- G) Persistencia en el uso de Internet a pesar de los problemas físicos, sociales, profesionales o psicológicos que son causados o agravados por el uso de Internet.

Según E. Echeburúa (2000:64) la red permite satisfacer dos tipos de necesidades básicas:

- Estimulación solitaria: búsqueda de información, imágenes, juegos solitarios, etc.
- Búsqueda de interacción social: chats, foros, redes sociales, juegos on-line, etc.

Es significativo como tiene mayor poder adictivo las actuaciones relacionadas con la interacción social frente a las acciones solitarias.

En algunas personas la adicción al ordenador puede tener un papel secundario a otros trastornos como: adicción al sexo, juego, compras on-line, etc., o enmascarar algún problema familiar al que no quiere enfrentarse.

### 4. LA FAMILIA EN SERVICIOS SOCIALES

Al igual que en otros casos de adicciones, las familias que acuden a Servicios Sociales en búsqueda de una solución, ya que la interacción familiar se ha visto gravemente alterada por la adicción de uno de sus miembros a Internet, videojuegos on-line u otras tecnoadicciones.



En muchas ocasiones el miembro es uno de los hijos adolescentes, siendo habituales como primeras señales de alarma:

- Comprobación reiterada e irrefrenable del correo electrónico.
- Aumento de la factura de conexión a la red.
- Descontrol injustificado en la compra on-line así como aumento desproporcionado en las horas de uso.

Las personas con adicción a internet tienen problemas en las relaciones familiares, con amigos, en los estudios, en el trabajo, etc., y que en muchos casos pasa por un círculo vicioso en el que existe un deseo inicial de huir de la realidad para olvidar sus problemas, pero los problemas vuelven junto a trastornos de ansiedad cuando se desconecta de Internet.

En muchas ocasiones las familias llegan con un alto nivel de ansiedad y habiendo usado todos los recursos en su mano para limitar el uso de Internet a su hijo/a u a otro miembro de la familia, fracasando en sus intentos y provocando en muchas ocasiones episodios de violencia y agresividad.

Las Tecnoadicciones pertenecen al grupo de adicciones psicológicas y sus vías de intervención indicadas por (E. Echeburria 2000: 73) son:

- Control de los estímulos vinculados a la adicción: Implica una restricción total del uso de Internet y posteriormente una limitación en el tiempo de uso.  
La planificación del tiempo libre de la persona es fundamental para el éxito del tratamiento.
- Exposición prolongada a los elementos que provocan la ansiedad por el uso de Internet. La situación de evitación no puede ser indefinida, por lo tanto en esta fase la persona se expone a los factores de riesgo de forma progresiva y regular y es capaz de resistirse a ellos.
- Solución de los problemas específicos como la ansiedad, mediante técnicas de relajación, control de ansiedad y control de conflictos interpersonales.
- Creación de un nuevo estilo de vida, formando en habilidades sociales y con un ocio equilibrado entre obligaciones laborales, académicas y los deseos de la persona.
- Prevención de las recaídas.

Los conflictos intrafamiliares en Tecnoadicciones son abundantes, ya que el engaño y la frustración han sido situaciones prolongadas en el tiempo y la confianza no es algo automático, necesita tiempo. Todo ello requiere una reestructuración de las relaciones familiares y nuevos procesos de adaptación.

Desde el punto de vista familiar la terapia puede tener como objetivos según N. Madrid López (2000) en:

- Educar a la familia en lo adictivo que puede llegar a ser Internet.
- Reducir la culpa en el adicto por su comportamiento.
- Promover la comunicación abierta sobre los problemas que llevaron a la persona a implicarse en el abuso de Internet.

- Animar a la familia a colaborar en la recuperación del adicto ayudándole a encontrar nuevas ocupaciones.

## 5. CONCLUSIONES

A día de hoy las Tecnoadicciones suponen un fenómeno creciente al que tienen que enfrentarse muchas familias y del que hay pocos datos y estudios que reflejen sus características.

A través de la comunicación se ha realizado una revisión semántica del concepto, sus principales características y se ha destacado la vulnerabilidad psicológica como principal factor de riesgo; se analizaron las diferentes tipologías que puede presentar el fenómeno y se ha propuesto una serie de pautas de intervención tanto desde el punto de vista individual como familiar.

Destacar la importancia de la familia como elemento de intervención en Tecnoadicciones, tanto como elemento de prevención y protección ante este tipo de adicciones; como en la intervención directa que favorezca la reestructuración de las relaciones familiares en los nuevos procesos de adaptación.

## BIBLIOGRAFÍA

- E. ECHEBURRIA. (2000) ¿Adicciones sin drogas? Bilbao. Colección Preguntas.
- J. ADÈS & M. Lejoyeux (2003). Las nuevas adicciones: Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo y dinero. Barcelona. Kairós.
- E.GONZÁLEZ DURO (2005). El riesgo de vivir. Las nuevas adicciones del siglo XXI. Madrid. Vivir mejor.
- MADRID LÓPEZ, N. (2000). La adicción a internet. Psicología Online. Recuperado 1 de Marzo de 2011 de: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/nacho/ainternet.htm>
- YOUNG, K. S. (2007). Treatment Outcomes with Internet Addicts. CyberPsychology & Behavior. Vol 10 nº 5 pp 617-679.
- DEFENSOR DEL MENOR (2002). Estudio: Seguridad infantil y Costumbres de los menores en Internet. ACPI y Protégeles. Recuperado 8 de Marzo 2011 de: [http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/estudios/2002seguridad\\_infantil.pdf](http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/estudios/2002seguridad_infantil.pdf)
- PROTÉGELES. MENORES Y TECNOADICCIONES. ESTUDIO EMPÍRICO. Recuperado 10 de Marzo 2011 de: <http://www.hacemosuntrato.com/tecnoadicciones.pdf>

## ANEXO

### Test ciberdependientes

Asociación Americana de Psiquiatría (J. Adès y M. Lejoyeux 2003:122)

- ¿Se siente a menudo preocupado por Internet, incluso cuando no lo utiliza?  
Si  No
- ¿Siente la necesidad de conectarse cada vez durante más tiempo y más a menudo?  
Si  No
- ¿Es incapaz de limitar su uso de Internet?  
Si  No
- ¿Se siente irritable y tenso cuando intenta reducir o parar sus conexiones a Internet?  
Si  No
- ¿Navega para huir de ciertos problemas, o cuando está desanimado?  
Si  No
- ¿Esconde a sus allegados la importancia de Internet en su vida?  
Si  No
- ¿El uso de Internet es un estorbo en sus relaciones con los demás, amenaza sus relaciones con los demás, amenaza su trabajo o su carrera?  
Si  No
- ¿Continúa navegando incluso cuando sobrepasa el presupuesto de comunicación asignado?  
Si  No
- ¿Se siente deprimido o ansioso cuando no está conectado?  
Si  No
- ¿Se mantiene on-line más tiempo del previsto?  
Si  No

Tres respuestas positivas o más puede indicar riesgo de una utilización abusiva.

## REDIBUJANDO EL MODELO DE FAMILIA: ATENCIÓN SOCIAL A LAS FAMILIAS TRANSNACIONALES

Nuria Díaz Sánchez<sup>1</sup>  
Verónica Díaz Sánchez<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN AL TEMA DE ESTUDIO

En la actualidad, en un mundo globalizado, se está viviendo un proceso de feminización (Ariza, 2002) de los flujos migratorios latinoamericanos hacia las sociedades occidentales relevante en nuestra práctica de acción social. Ofreciendo un contexto de diversidad y realidad social que hace de estas mujeres sujetos de interés para arrojar luz sobre el fenómeno de la inmigración en las familias, interesándonos especialmente por el análisis de la relación de las madres con sus hijos y cómo construyen su maternidad transnacional.

Es así, que este estudio surge de la necesidad de analizar de qué manera las mujeres latinoamericanas asentadas en Madrid ejercen su rol maternal desde la distancia, cómo se ve determinado por el sistema de género e **identificar los cambios y ajustes** que se precisan en el ejercicio de la maternidad transnacional y sus posibles **consecuencias**.

Para ello este estudio se apoyará en teorías ya existente sobre feminización de las migraciones (Gregoria, 1998; Moore, 1999), ya que es necesario incluir la perspectiva de género identificando la especificidad de este tipo de migración, el transnacionalismo (González, 2007; Ávila, 2008), familia transnacional (Parrela y Cavalcanti, 2007; Herrera, 2004) y maternidad transnacional (Gamboa y González, 2002) aplicándose a nuestra población de estudio.

### HIPÓTESIS PRINCIPAL

La hipótesis con la que partimos es que el ejercicio del rol de reproducción social que desarrollan las mujeres latinoamericanas durante el periodo de separación producido por el proceso migratorio requiere de muchos ajustes en el entorno familiar, además de suponer una transformación del significado de la maternidad y un replanteamiento de las relaciones hegemónicas de género.

### OBJETIVO GENERAL

**Describir la experiencia vivida de la maternidad transnacional por las mujeres latinoamericanas afincadas en el Municipio de Madrid.**

<sup>1</sup> Trabajadora Social y Antropóloga Social y Cultural.

<sup>2</sup> Antropóloga Social y Cultural y Enfermera en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los procesos sociales y personales que influyan en las dinámicas familiares de las madres transnacionales.
2. Explorar las representaciones sobre la maternidad transnacional en las mujeres latinoamericanas emigradas al Municipio de Madrid.

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- ✓ **El ámbito o escenario de estudio ha sido** el municipio de Madrid, como espacio físico donde residen las mujeres latinoamericanas que experimentan la maternidad transnacional, ya que la mayoría de ellas se concentran en la capital (17,49%, según datos del Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y Datos de la Comunidad de Madrid, a fecha de 1 de enero de 2009) centrándonos en el entorno de los Servicios Sociales Municipales de Madrid.
- ✓ **La duración** de este estudio ha sido de 12 meses y se realizó durante el año 2010.
- ✓ **El diseño** de este estudio cualitativo es de tipo fenomenológico descriptivo que permite explorar **la experiencia** vivida del fenómeno a estudiar por los propios sujetos de estudios. El motivo de la elección de dicha perspectiva hace referencia por un lado a la propia naturaleza de los objetivos de estudio y por otro, a la necesidad de explorar de una manera abierta y flexible esta realidad social transnacional centrándonos más en la **captación del significado y no tanto en su frecuencia o dato cuantitativo**.
- ✓ **La población:** La población diana y criterios de inclusión: Mujeres extranjeras latinoamericanas, que pertenecían en su totalidad a América del Sur; ya que es la que tiene más representación en la región. Con una edad comprendida entre el intervalo de 25 a 42 años. Empadronadas en la región y que llevan más de dos años asentadas en la misma. Por tanto no son mujeres recién llegadas a España y que llevan al menos una trayectoria mínima en un país distinto al de origen. Tienen en su país de origen a sus hijos con los cuales mantiene una vinculación afectiva y que están a cargo de un familiar y/o comadre.  
Criterios de exclusión: Aquellas mujeres que tengan hijos en España. Consideramos que esta variable dificultaría el análisis de la maternidad transnacional.
- ✓ **Muestreo:** Inicialmente fue por propósito, las categorías iniciales que se utilizaron para realizar el muestreo fueron: nacionalidad, edad, tiempo de empadronamiento y el número de hijos en el país de origen.
- ✓ **Muestra del estudio:** 12 mujeres: 5 de nacionalidad ecuatoriana, 2 colombiana, 2 boliviana y 1 uruguaya -caso extremo-.
- ✓ **Los Criterios de selección de la muestra:** Se centraron en selección por cuotas, según tanto por ciento de nacionalidad de población empadronada en el Municipio de Madrid, posteriormente se amplió la muestra por técnica de selección por redes o “Bola de Nieve”.

- ✓ Los procedimientos que se utilizaron para la recogida de datos se centran en la **revisión bibliográfica**, para conocer el estado de la cuestión del estudio y el **trabajo de campo**, donde se utilizaron las técnicas de entrevista en profundidad y observación participante con utilización de diario de campo. El uso complementario de estas técnicas permitió la triangulación y validación de los datos, garantizando su fiabilidad y significatividad de los mismos. Todas las participantes del estudio han firmado un consentimiento informado sobre el estudio que garantiza su comprensión y confidencialidad.

El análisis del estudio es inductivo, realizando un análisis de contenido. Se utilizó la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002) y el programa informático atlas ti. 5.0.

## RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Lo primero que se quiere dejar patente, es que cada madre ha vivido de manera distinta el ejercicio de su maternidad desde la distancia y han puesto en marcha diferentes estrategias de negociación y superación familiar. No obstante, a través del análisis de las entrevistas se han podido extraer diversas características comunes en todas ellas, que nos han permitido teorizar al respecto:

En este sentido los resultados arrojan luz en torno a **cuatro dimensiones fundamentales**:

1. En cuanto a la decisión de emigrar y ejercer su maternidad en la distancia.
2. En cómo se establece la relación entre madres transnacionales con los padres de sus hijos.
3. Nos permiten analizar la situación familiar y socioeconómica antes y después del proceso migratorio.
4. Las repercusiones en la salud física y mental de estas madres, el coste en el mantenimiento del vínculo con los hijos en la distancia.

Cuando hablamos del porqué de su decisión de emigrar, obtenemos del estudio que en 8 de los 12 casos, quien decidió realizar el proceso migratorio fue la mujer y en todos los casos la razón principal de la emigración es la necesidad de obtener ingresos económicos para cubrir las necesidades de sus hijos. Esto implica que la mujer se convierte en el vector de desarrollo y en la principal sustentadora económica del grupo familiar. A la aspiración de una mejoría económica, se han sumado otras cuestiones con gran peso en la vivencia de las madres transnacionales. Las oportunidades educacionales para sus hijos, nuevas libertades políticas y sociales que en su país de origen no disfrutaban y la superación de situaciones de conflictos y violencia intrafamiliar.

En este sentido, adquiere importancia la relación de estas madres con los padres de sus hijos, dependiendo del progenitor que emigre, se producen nuevos procesos de jerarquización en el seno familiar. Es así, que la mujer que emigrar sufre un proceso de empoderamiento dentro del seno familiar de referencia. Aunque la decisión de emigrar suele ser consensuada, las mujeres de nuestro estudio expresan un vacío relacional con su pareja y una falta de confianza en los mismos.

Desde los diferentes discursos de las mujeres de nuestro estudio, nos refleja la situación familiar y socioeconómica previa y actual del proceso migratorio, de tal forma que nos evidencia la diversidad de modelos familiares con un imaginario social común, en el que la familia respondía a un modelo de tipo patriarcal, donde la existencia del cuidado es compartida por la familia o simplemente allegados. Es de destacar la autopercepción de estas mujeres sobre su familia como destructiva, donde el proceso

migratorio supone una salida para esta situación, es el caso de la violencia doméstica, exclusión y pobreza.

Todo esto tiene unas repercusiones en la salud física y mental de las madres transnacionales, evidenciándose el coste que supone para estas mujeres el mantenimiento y recreación del vínculo con los hijos en la distancia. Son mujeres que parten de un deterioro de las relaciones familiares y desestructuración familiar, incluso previa al proceso migratorio, en el que la migración suponía una separación temporal, una etapa previa a la reunificación o regreso a su país. Pero debido a las condiciones estructurales en la que se encuentran estas mujeres, restringen las oportunidades de decidir sobre la manera de llevar su maternidad. Todo ello, desemboca en cambios abruptos y difíciles en la forma de mantener sus relaciones sociales y su ejercicio de madre. Las madres transnacionales sienten legitimizado su autoridad en la distancia por ser fuente de recursos económicos. Esto es interesante en la medida que se genera un equilibrio muy frágil entre proveedora económica y los deberes de madre cuidadora. Este frágil equilibrio lleva a estas mujeres a frustraciones, sentimientos de culpa y depresiones en ocasiones muy fuertes, sobre todo cuando se asimila el discurso dominante de que *“Una buena madre es la que está junto a sus hijos”* (Wagner, 2005). En este sentido el concepto de maternidad se torna en base a una dedicación al cuidado. Ser madre es cuidar. Es así, que la forma de cuidado de estas mujeres y las estrategias que derivan serán legitimizado en la medida que favorezcan un cuidado centrado en la supervivencia, esencializada biológica y culturalmente (Monreal, 2000).

## CONCLUSIONES

En el estudio de la cuestión objeto de la presente investigación, se han extraído las siguientes conclusiones:

- Las migraciones de las madres transnacionales, existe un discurso sancionador que estigmatiza y no toma en cuenta la diversidad y complejidad del proceso migratorio de estas mujeres. Esta lógica estigmatizadora está relacionada con un cambio de roles de género, del control de lo doméstico y del propio concepto de maternidad.
- El concepto de maternidad transnacional amplía el imaginario occidental de una maternidad patriarcal con un modelo de familia nuclear y armónica. La maternidad es reinventada por la madre transnacional, dependiendo de sus condiciones materiales de existencia en su lugar de origen y de destino, es así, que se presentan nuevas “normalidades” de ser familia, de ser madre y de las formas de ejercer los roles de género: la madre experimenta un proceso de empoderamiento, caracterizado por el hecho de ser proveedora de su familia, y por poder autosubsistir por sus propios medios sin la figura masculina.
- Las migraciones de madres transnacionales tienen un alto coste emocional: Existe una tensión entre los sentimientos de estas mujeres ante la legitimidad de su viaje migratorio hacia un mejor futuro para sus hijos y por otro lado, los valores y prenociones sobre las formas de “ser buena madre”.

En este sentido, los roles de género aprendidos e interiorizados aparecen como “mala conciencia”, pero esto mismo les hace reinventar nuevas formas de cuidado desde la distancia, que en último término son el motor de cambio de los roles antes descrito. Es así, que la característica más común compartida por todas las informantes es la presencia de una dicotomía entre el sentido de sacrificio y su sentido de culpa.



- Las conclusiones de este estudio son reveladoras para servir de impulso para nuevas **aproximaciones a esta temática**, donde la perspectiva de género tenga su pleno desarrollo. De esta forma, los discursos sobre madres transnacionales son el escenario de estigmatización, sanción y negociación de los cambios de roles e ideología de género que a través del aumento reciente de migraciones feminizadas, han puesto el acento en estas temáticas. Son el espejo de una sociedad occidental que se debe plantear sus propias relaciones de género y su propio sistema patriarcal.

Una vez más la migración no sólo es vista como un motor económico y social, sino como una **oportunidad de cambio** para las nuevas relaciones de género allí y acá.

- Todo ello nos servirá para actualizar el diagnóstico de la situación de las familias y el ejercicio de la maternidad en el municipio de Madrid, debatir sobre los profundos cambios que se están experimentando en sus estructuras, formas de funcionamiento y convivencia, y **mejorar el diseño y la ejecución de programas de acción sobre la materia** implementados a nuestra práctica de trabajo social.
- Las madres transnacionales **ejemplifican perfectamente la existencia de otras formas de organizar la vida familiar y de ejercer el rol maternal**, acorde con los cambios relacionados con los procesos de modernización y globalización. Nos enseñan a ver esta realidad “con otras lentes” donde es posible otra manera de ejercer el rol reproductivo junto con el productivo, fomentando los efectos positivos recíprocos entre la maternidad transnacional y el desarrollo, empoderando las diásporas migratorias y aprovechando al máximo los resultados de esta nueva realidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- ARIZA, M. (2002). *Migración, familia y transnacionalidad en el contexto de la globalización: algunos puntos de reflexión*. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 64, 4, 53-84.
- ÁVILA MOLERO, J. (2008). *El individuo y sus redes sociales. Repensando el concepto de comunidad transnacional desde el análisis de las redes personales de los inmigrantes*. *Quaderns-e*, revista electrónica semestral de antropología. 11, 1-2.
- GAMBOA, L. y GONZALO-BILBAO, N. (junio-diciembre 2002). *Maternidad transnacional: experiencias de la mujeres inmigrantes dominicanas en Nueva York*. UN-INSTRAW. Programa de Pasantía. Área de Género, Migraciones, Remesas y Desarrollo. New School University.
- GONZÁLVez TORRALBA, H. (2007). *Familias y hogares transnacionales: una perspectiva de género*. *Revista Puntos de Vista (Madrid)*, 11, 7-26.
- GREGORIO GIL, C. (1998). *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*. Madrid: Narcea.
- HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. (2001). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Informe completo de población extranjera Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y Datos de la Comunidad de Madrid. Enero-2009. Consejería de Inmigración y Cooperación de la Comunidad de Madrid.
- INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (2009). *Los debates sobre la maternidad: maternidad y maternidades*, en *DETERMINANTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA MATERNIDAD EN EL SIGLO XXI: MITOS Y REALIDADES*. XVII JORNADA DE INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA (3-19). Madrid: I.U.E.M.
- MONREAL, P. (2000). *Las madres no nacen, se hacen*. En C. FERNÁNDEZ MONTRAVETA, P.; MONREAL, A. MORENO y P. SOTO, *Las representaciones de la maternidad*. Madrid: UAM.
- MOORE, H. (1999). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.

- PARELLA, S. Y CAVALCANTI, L. *Transnacionalismo económico: remesas y empresas de los migrantes bolivianos en España* (Ref.: SEJ2007-60734), parte del trabajo todavía en curso. Art. Avances del estudio: *dinámicas familiares transnacionales y migración femenina: el caso de las migrantes bolivianas en España*.
- PEDONE, C. (2008). *Varones aventureros vs madres que abandonan: reconstrucción de las relaciones familiares a partir de la migración ecuatoriana*. Revista Interdisciplinar de Movilidades Humano, 30, 45-64.
- RODRÍGUEZ, N. (2008). *Educar desde un locutorio. Ayuda a que tus hijos sigan creciendo contigo*. Barcelona: Plataforma.
- SORENSEN, N. (2007). *La vida de la familia transnacional a través del atlántico: la experiencia de la población colombiana y dominicana migrante en Europa*. Revista Puntos de Vista (Madrid), 9, 7-28.
- STRAUSS, ANSELM y CORBIN, JULIET (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá: CONTUS-Editorial universidad de Antioquia.
- VELASCO, H. M. y DÍAZ DE RADA, A. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Trotta.
- Wagner, H., (2005), *Maternidad transnacional: discursos, estereotipos, prácticas*, ponencia presentada en la Conferencia Internacional "Migración, transnacionalismo e identidades: la experiencia ecuatoriana", Quito, 17-19 enero.

# ATENCIÓN SOCIOFAMILIAR A PACIENTES Y FAMILIARES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA, DESDE LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER JUNTA PROVINCIAL DE MADRID DURANTE LOS AÑOS 2008 Y 2009

Marta Escudero Iglesias  
Ana del Amo Pinillos  
Begoña de Cevallos de Diego  
Mercedes de la Peña Escudero<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos no son en sí mismos novedosos, y tampoco lo es la presencia del trabajador social en las unidades domiciliarias, ya que desde que la Asociación Española contra el Cáncer (aecc) creó en 1991 las unidades de cuidados paliativos éstas contaban con un trabajador social para apoyar en el domicilio a la familia y al enfermo a sobrellevar la situación sociofamiliar que origina la proximidad de la muerte. Sin embargo, según fue asumiendo zonas de atención la administración, y crearse los ESAD<sup>2</sup>, la figura del trabajador social en estos equipos domiciliarios se fue perdiendo. Las necesidades sociales eran cubiertas por los trabajadores sociales de atención primaria, suponiendo esto para ellos una carga considerable. En 2010 comienzan a surgir los EAPS<sup>3</sup>, formados por psicólogo y trabajador social, siendo el fundamento de su creación la importancia de realizar una intervención integral con los pacientes paliativos y sus familiares.

En la actualidad, la figura del trabajador social de cuidados paliativos se ve reforzada en el marco del nuevo Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Éste establece la necesidad de un trabajador social de referencia en cada área de atención, para poder realizar una identificación de necesidades sociales eficaz, que permita articular los recursos sociales adecuados a cada situación.

El nuevo reto para el trabajador social que actualmente interviene con estos equipos de cuidados paliativos es hacer visible la necesidad de la figura de un trabajador social. Para ello es necesario investigar, conocer qué población atendemos y qué necesitan de nosotros, los trabajadores sociales, tanto los pacientes como sus familias. En resumen, necesitamos datos que justifiquen la presencia de trabajadores sociales en los equipos de cuidados paliativos.

## 2. ANÁLISIS

Por esto que desde el departamento de Trabajo Social de aecc Junta Provincial de Madrid, se ha realizado un estudio descriptivo de la intervención realizada por el mismo en las Unidades de Cuidados

<sup>1</sup> **Trabajadoras Sociales del Grupo de Cuidados Paliativos del Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid**

<sup>2</sup> ESAD Equipo de Soporte y Atención a Domicilio.

<sup>3</sup> EAPS Equipo de Apoyo Psico-Social.

Paliativos. El objetivo principal es definir el perfil de la población atendida durante los años 2008 y 2009, estableciendo además un modelo de intervención del trabajador social en cuidados paliativos.

Para ello se han revisado las fichas e historias sociales de los pacientes atendidos desde las diferentes unidades de cuidados paliativos de aecc. Los datos se recogen en el “documento de recogida de la información” que posteriormente son traspasados a una base de datos de Excel para luego convertirla en una base de datos de SPSS y realizar así el análisis.

La muestra analizada se compone de un total de 527 pacientes atendidos, de los cuales se han analizado diferentes variables agrupadas en apartados en los que se articula la narración.

### *¿Quién es el paciente?*

No existe una diferencia importante en el paciente atendido en relación al sexo, ya que hay un 57% de hombres frente a un 43% de mujeres. La mayor parte (más del 70%) superará los 70 años y sólo el 25% de los pacientes se reparten en los intervalos de 50 a 69 años. Por debajo de esta edad el porcentaje de pacientes atendidos es mínimo. Vinculando estas dos variables (sexo y edad) se ha observado que en prácticamente todas las edades hay mayor población masculina.

Son pacientes españoles (95%) aunque hay una minoría de pacientes (no llega al 5% del total) de otros países (Colombia, Perú, Cuba, Venezuela, Argentina, Brasil, Marruecos, EE.UU., Alemania y Portugal). Todos ellos en situación regularizada.

### *La familia y sus capacidades de cuidado*

Son pacientes casados (60%) y con hijos. El 29% de ellos están viudos, lo cual parece lógico al ser una población mayor. Solo el 7% son solteros y un 2,6% separados o divorciados. El 84% tienen hijos, siendo lo más frecuente dos (30%) o más hijos (tres 33%). Esto podría ser un factor positivo al tratarse de pacientes en situación de enfermedad avanzada, puede facilitar una mejor atención y respuesta a las necesidades y deseos que pueda tener el paciente.

La existencia de cuidador principal y apoyo familiar en la atención del paciente, supone la prevención de la claudicación familiar. El cuidador habitual, responde a todas las necesidades del paciente y es frecuente que se sobrecargue de tareas o emociones que acaban limitando su capacidad de cuidado. En relación a la colaboración familiar, un 85% de las familias cuentan con el apoyo de sus miembros en el cuidado del enfermo, y en un 79% de éstas hay un cuidador principal que se dedica exclusivamente al mismo.

El cuidador principal, suele ser el cónyuge (52%) o alguno de los hijos (32%). Con frecuencia es una mujer mayor, que habitualmente se encuentra en intervalos de edades superiores a 70 años. Esto supone limitaciones claras en la figura del cuidador debidas a la edad, siendo necesario un mayor apoyo sociofamiliar.

## ¿Cómo viven los pacientes?

Los pacientes atendidos residen en pisos (89%) al ser población residente en su mayoría en Madrid Capital y sólo en un 10% residen en casas o chalets. El resto de los casos en los que se ha recogido esta información residen en residencias o en una habitación. El 75% de los pacientes son propietarios de su casa, aunque en algunos casos viven en casa de algún familiar (14%) o incluso de alquiler (8%). Es frecuente por otro lado que estas viviendas tengan las condiciones de habitabilidad adecuadas (88%). Éste es un aspecto importante para poder atender al enfermo en el domicilio. Sin embargo en relación a las barreras arquitectónicas de las viviendas en un 57% no hay barreras arquitectónicas frente a un 43% que si las tiene.

## Atención sanitaria

Los pacientes y sus familias acceden a las Unidades de Cuidados Paliativos de aecc derivados por el médico de atención primaria o por el oncólogo que valora que el tratamiento que debe llevar el paciente, ya no tendrá fin curativo. Si el paciente vive en alguna de las zonas donde intervienen las unidades de aecc, será atendido por nuestros equipos. Éstos solo atienden a pacientes oncológicos en situación de enfermedad avanzada. La Junta Provincial de Madrid, tiene cinco Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) en la actualidad, al existir un convenio con el Servicio Madrileño de Salud. Cada una de ellas se compone de médico, enfermera, psicóloga y trabajadora social que realizan una intervención integral con la familia. Además en cuatro de ellas también hay conductor que se encarga de llevar al equipo a los domicilios de los pacientes.

La UCP de Móstoles es la que mayor porcentaje de población ha atendido con un 28.6%, seguido de la UCP de La Paz (22.4%) y de la UCP de Puerta de Hierro (19.5%). En cuanto a las unidades de Princesa (15,2%), Alcorcón (6,8%) y Arganzuela<sup>4</sup> (4,4%) tienen menor volumen.

La población atendida reside mayoritariamente en Madrid Capital con un 47%, seguido de Móstoles (28.5%) localidad con una UCP propia. En el resto de localidades residen porcentajes de población bastante más bajos.

Por último y en relación al diagnóstico, el cáncer de pulmón es el diagnóstico principal o primario más frecuente entre nuestros pacientes con casi un 24% del total. El segundo es el tumor cerebral con un 12%, seguido del cáncer de mama (8%), del gástrico (67.5%), de páncreas (6.3%), próstata (4.8%), vejiga (4,6%) y de hígado (4.4%).

## Intervención social

La intervención social realizada por el trabajador social de la UCP puede comenzar bien directamente realizando una visita a domicilio para conocer al paciente y su familia o bien telefónicamente. El trabajador social acude a la unidad cada 15 días y es cuando le comunican aquellas familias susceptibles de intervención social.

El profesional aborda en entrevista o en conversación telefónica la existencia de recursos sociales de apoyo al cuidador y al paciente. Esto es si ha acudido al Centro de Servicios Sociales y dispone ya de

<sup>4</sup> UCP Arganzuela, fue absorbida por Atención Primaria a mediados de 2008.

algún recurso público o no, y cuáles son. Un 56% de las familias disponían de recursos sociales públicos, siendo las prestaciones más frecuentes el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) (52%), Servicio de Teleasistencia (29%). Hay también un 10% de beneficiarios de ambas prestaciones.

Tomando estos datos como punto de partida analizaremos las demandas sociales que hacen el paciente o su familia al trabajador social de la unidad, para lograr un mayor bienestar en el paciente, su cuidador principal y el resto de familiares. La primera demanda y la más habitual es la de información/orientación con un 72,4% de los casos. Esto resulta comprensible, porque son muchos los ámbitos que se desconocen cuando no se ha vivido previamente una situación similar. En primer lugar se les informa de en qué momentos y de qué forma pueden contar con la UCP, el médico de atención primaria o el SAMUR.

Como resulta lógico, la familia tiene ansiedad porque no se creen capaces de atender debidamente al paciente, piensan que pueden hacerle daño en una movilización o incluso se sienten incapaces de darles la medicación pautaada por el médico. Es importante que sepan cómo puede ser la evolución clínica del paciente, que en un momento dado si se sienten desbordados pueden solicitar su ingreso en un hospital especializado. En ocasiones necesitan orientación hacia la contratación de un SAD para apoyar el cuidado del paciente, o sobre el número de horas que más conviene en cada caso. Otras veces se les hace ver lo práctico de utilizar algún recurso técnico (silla de ruedas, cama articulada, andador...) para el manejo del paciente en casa.

Se les informa del procedimiento de solicitud de reembolso de gastos a la Seguridad Social, del alquiler en ortopedias especializadas o del préstamo desde aecc siempre que esté disponible. Igualmente se les informa de otros recursos de aecc que se encuentran a su disposición. Es también común la solicitud de información sobre las prestaciones sociales que ofrece la Comunidad de Madrid o el Ayuntamiento.

La información es fundamental en el contexto sociofamiliar de los cuidados paliativos porque cuando sobreviene esta situación la familia se bloquea y pierde, la capacidad resolutoria. Suele ser en los momentos iniciales cuando solicitan información sobre diferentes aspectos, ya que el conocimiento calma la ansiedad. Es la puerta de acceso a la intervención social, ya que sólo conociendo las alternativas, pueden decidir cuáles son los recursos que mejor pueden responder a sus necesidades.

La siguiente demanda más frecuente es la solicitud de un Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en un 36,6% de los casos. El auxiliar acude al domicilio para atender al paciente, pudiendo incluso enseñar al cuidador principal a movilizar al paciente, a realizar transferencias por ejemplo de la cama a la silla, o a realizar el aseo del paciente en la cama. Se pretende cuidar al cuidador principal y por supuesto al paciente. Es muy común que el cuidador principal, probablemente mayor (como se ha descrito previamente), tenga miedo a no saber cómo actuar en cada momento y el apoyo de un experto le tranquiliza y por tanto previene la claudicación familiar. Otras veces demandan este servicio porque aunque se ven capaces de atender al paciente, no tienen tiempo para las tareas del hogar y necesitan que alguien se haga cargo. Por otro lado, son muchos los casos de cuidadoras mayores que rechazan cualquier ayuda en domicilio, aun estando agotadas se sienten en la obligación de hacerlo.

La solicitud de recursos técnicos (23,2%) durante todo el proceso de la enfermedad es frecuente, ya que según ésta avanza el paciente tiene cada vez más limitaciones. Cuando el paciente necesita ayuda para caminar, puede necesitar un andador o una silla de ruedas. Por otro lado el cuidador puede servirse de alguna silla de bañera que facilite el acceso del paciente a la misma sin riesgo de caída, o de una silla con ruedas para asear al paciente en la ducha.



En ocasiones resulta complejo que la familia acepte, que no es necesario que el paciente continúe levantándose para comer, o para ir al baño o a la ducha, ya que esto supone aceptar que la pérdida está cada vez más cercana. De este modo se sirven de recursos técnicos para retrasar ese momento. Lo mismo ocurre muchas veces con los pacientes más jóvenes; que se obligan a levantarse cada día aunque sea con ayuda, porque saben que cuando no puedan hacerlo tendrán que empezar a pensar en despedirse.

En el momento en que el paciente está encamado, el paciente se convierte en una persona muy dependiente y necesita ayuda para casi todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como afeitarse o vestirse. Al mismo tiempo pueden salirle úlceras por presión y para prevenirlas conviene que utilicen colchón antiescaras, que es también otro recurso técnico muy útil cuando el paciente está encamado.

El resto de demandas no alcanzan porcentajes muy significativos sin embargo conviene mencionarlos para comprender más a fondo el contexto de los cuidados paliativos.

Las demandas de material ortopédico (6,7%) parecen necesidades más secundarias para los pacientes y las familias, sin embargo son las que proporcionan bienestar emocional al paciente. Éstas son pelucas, prótesis de silicona o incluso bañadores o sujetadores para éstas y prótesis dentales que son facilitadas o costeadas por aecc (únicamente se costean cuando se valora situación de necesidad económica). Éstas no son demandas muy frecuentes porque sólo aparecen cuando el paciente se encuentra clínicamente estable y su sintomatología (dolor, náuseas) están controlados, entonces también sus familiares están tranquilos. Los pacientes intentan disfrutar del tiempo que tienen haciendo lo que su cuerpo les permite. Por ejemplo, si un paciente sigue disfrutando de la comida y se le rompe su dentadura, se le intentará proporcionar una cuando su economía no se lo permita, ya que se trata de mejorar su bienestar. O simplemente el querer pasar tiempo con su red sociofamiliar, para no pensar tanto en la enfermedad, el propio paciente demanda al equipo una peluca o un bañador para poder pasar un rato en la piscina con la familia.

Por último resulta interesante mencionar la demanda de “otros” o la de “ayuda económica”, ambas son también fundamentales en muchos casos.

La opción de “otros” hace referencia a la demanda de ingreso en una residencia, en un centro de día, en un hospital de paliativos, solicitud de adaptación del baño o de una ayuda de alimentos entre otros.

Por último también hay familias que han demandado una ayuda económica para pagar medicación, alimentos o como ayuda para pagar un servicio de ayuda a domicilio mientras transcurre el procedimiento administrativo que supone tal solicitud en Servicios Sociales.

Ante estas demandas o solicitudes, el trabajador social realiza diferentes intervenciones que se expondrán a continuación. Como se esperaba, la intervención social responde a las demandas planteadas por pacientes y familiares.

De este modo se confirma la importancia de la información para la familia, ya que desde que el paciente entra en la UCP, tanto su familia como él mismo demandan información y el trabajador social responde en un 86% de los casos, orientando sobre las prestaciones que pueden solicitar, dónde y cómo realizar estas gestiones, que documentación deben presentar. En ocasiones también ayudan a las familias a



realizar la gestión de las prestaciones, a agilizar prestaciones de Servicios Sociales ya que el procedimiento administrativo es lento. Es habitual que las familias desconfíen del equipo hasta que se dan cuenta que pueden ayudarles a cubrir sus necesidades y las del paciente. La orientación es como decíamos la puerta de acceso a otras intervenciones sociofamiliares.

La siguiente intervención más común es la búsqueda de un Servicio de Ayuda a Domicilio (25,6%), ésta también se corresponde con la segunda demanda más frecuente. Se trata de buscar una ayuda para atender al paciente o realizar las tareas domésticas, relevando al cuidador.

En ocasiones además de la búsqueda del SAD, hay que realizar un trabajo de concienciación, ya que sobre todo con cuidadores mayores, les cuesta aceptar que necesitan ayuda para atender a su familiar enfermo. Esto supone la descarga del cuidador principal significando además una atención más eficaz al enfermo.

La siguiente intervención más común tiene que ver con facilitar a la familia y al enfermo los recursos técnicos apropiados para cada momento de la enfermedad. En el 14% de los casos la intervención realizada por el trabajador social consiste en el préstamo de recursos técnicos, y en el 3% de ellas el profesional orienta a la familia sobre donde pueden alquilarlos o comprarlos. El préstamo de recursos técnicos, o la orientación para su alquiler ya sea silla de ruedas, cama articulada, andador, cojín o colchón antiescaras o incluso muletas, facilita al equipo la aceptación de la familia. Éstos son recursos técnicos donados por otras familias, que se prestan cuando las familias no pueden pagarlos o se prevé que el paciente los va a utilizar durante muy poco tiempo por lo avanzado de la enfermedad. Esta intervención, al igual que las demandas de recursos técnicos, se mantiene durante el proceso de enfermedad del paciente, ya que como se decía previamente, la enfermedad avanza y con ella las limitaciones del paciente.

En un 8% de los casos, cuando el paciente y la familia están viviendo días tranquilos en relación a la enfermedad, el trabajador social interviene con el préstamo o la derivación a ortopedias donde comprar material ortopédico. Esta es también una intervención que se hace más habitual una vez aceptada la clínica del paciente y la sintomatología está controlada. En un 5,3% de los casos se prestan pelucas, prótesis y en un 3,6% se deriva a una ortopedia.

El trabajador social de las Unidades de Cuidados Paliativos encuentra en muchas ocasiones situaciones económicas precarias. Esto tiene su explicación en que cuando un miembro de la unidad familiar enferma, el sistema familiar pierde el equilibrio y es necesario rehacerlo. Sin embargo al ser la causa del desequilibrio el diagnóstico de enfermedad avanzada en un ser querido, la familia entra en shock y en ocasiones necesitan apoyo sociofamiliar para realizar una organización de roles efectiva.

Además la enfermedad oncológica es muy larga, y los ahorros terminan por acabarse si no hay una organización adecuada. Con frecuencia uno o varios miembros de la unidad familiar dejan de trabajar para cuidar al otro y se reducen los ingresos. Sin embargo los gastos aumentan, porque lógicamente si el enfermo necesita alguna cosa, su familia no dudará en endeudarse si fuera necesario para proporcionárselo.

Por este motivo se han realizado valoraciones de ayuda económica (8%), concediéndose un 3% de ellas. En el 5% restante se les ha ayudado a salir del shock inicial y a realizar una organización de roles más efectiva para recuperar la homeostasis del sistema familiar, como propone la teoría sistémica.

La intervención “otros” con un 7,2% de las intervenciones realizadas, alude a situaciones en que la enfermedad se encuentra estable y se interviene para prevenir la claudicación y para mejorar la calidad de vida del paciente. Por ejemplo con la gestión de un centro de día o un ingreso temporal en hospital de paliativos para el respiro del cuidador. Es importante cuidar también al cuidador ya que si éste se agota física o emocionalmente, el paciente perderá calidad de vida y bienestar en sus últimos días. El voluntariado a domicilio de aecc, se propone a las familias muchas veces para que el paciente pueda relacionarse con otras personas y además para que el cuidador principal descanse al menos durante ese rato en que el paciente está acompañado.

Por último mencionar que la intervención de inserción laboral es muy poco frecuente en nuestra muestra, al ser éste un proyecto que se ha desarrollado sobre todo a partir del año 2010 en el departamento de trabajo social.

### Supervisión

La intervención en cuidados paliativos supone al profesional un desgaste emocional importante y que es necesario trabajar para evitar el burnout. Consideramos que la supervisión es una herramienta indispensable para la práctica de una profesión tan compleja como la del trabajo social. Ya que no solo nos permite mejorar y ampliar los conocimientos técnicos sino que sirve para poder darnos cuenta de cómo nos afectan emocionalmente las distintas realidades sociales con las que entramos en contacto.

Trabajar en paliativos supone estar en contacto constante con la muerte y esto supone un coste emocional muy alto, por eso es muy importante tener un espacio para elaborar temas como las verdaderas prioridades en la vida, la importancia de actualizar los temas pendientes, las propias pérdidas, la omnipotencia, la contratransferencia, etc.

Por otro lado el trabajador social es un profesional que está constantemente interviniendo en crisis por lo que la urgencia de intervención y la presión asistencial no le permiten, con frecuencia, reflexionar sobre su práctica diaria y la supervisión puede servir de gran ayuda en este sentido.

Existen muchas definiciones sobre supervisión siendo la más completa quizá la de Colomer y Domenech. “...método que ha de utilizarse para integrar diferentes conocimientos teóricos para la orientación de las tareas prácticas...” “consiste en un proceso dinámico de formación personal y profesional mediante una interacción, cuyo objetivo es conseguir una total integración entre la teoría y la práctica”. Esta incorpora aspectos importantes como la integración de diferentes conocimientos, en función de nuestra práctica. Es ésta la que en definitiva nos enseña la importancia de adaptar nuestro modelo de intervención en función de la persona o familia con la que estemos interviniendo.

Estas autoras señalan también que la supervisión es un proceso dinámico de formación, tanto profesional como personal. El trabajo personal puede ser clave para lograr una escucha limpia de prejuicios e interferencias personales, puede ayudar también a evitar que la empatía se convierta en simpatía o puede evitar que la congelación emocional se instale en nuestra forma de intervención como mecanismo de defensa anquilosado.

Existen tres tipos de supervisión, siendo la más adecuada al contexto paliativo de los trabajadores sociales la supervisión de apoyo. Su objetivo es ayudar a los profesionales superar mejor las tensiones y dificultades que se presentan en el ejercicio de su trabajo. En muchas ocasiones va dirigida a analizar los

aspectos personales del supervisado que influyen en su práctica cotidiana, de modo que pueda entender qué factores psicológicos personales afectan directamente a sus actuaciones profesionales y pueda conseguir superarlos.

En definitiva, la supervisión nos parece otro elemento fundamental para poder ejercer la profesión con las máximas garantías, para prevenir el desgaste emocional y aprovechar para aprender más de nosotros mismos atendiendo a las resonancias que genera en nosotros la experiencia profesional.

### 3. DISCUSIÓN PLANTEADA A RAÍZ DE DOS CASOS

Tras revisar los resultados de los datos obtenidos del análisis, se exponen dos casos que permiten diferenciar intervenciones complejas de otras menos complejas.

El primer caso es el de Julia, una mujer de 50 años, casada y con un hijo recién independizado y dos viviendo aún en casa. Su marido está aún recibiendo rehabilitación como consecuencia de un accidente laboral que le ha dejado en una silla de ruedas. Julia no cuenta nada del diagnóstico oncológico a su familia hasta que su hijo mayor se entera de casualidad. Este visita la asociación y es derivado por psiconcología al departamento de Trabajo Social. La intervención tenía como objetivo abrir canales de comunicación entre los miembros de la familia para que todos conocieran la situación, sin embargo no fue hasta el día que les dijeron que entraba en programa de paliativos cuando el marido de Julia se enteró porque la acompañó a la consulta con el oncólogo. Esto dio lugar a muchas tensiones familiares y un alto nivel de ansiedad. Se les orientó hacia la búsqueda de un SAD para ayudar a Julia y a su esposo, pero hasta que no vieron muy mal las cosas tras una visita a urgencias, no contaron nada a los hijos menores. A pesar de prestarles soporte psicosocial, orientación y ayudas técnicas la paciente terminó ingresando en un hospital de cuidados paliativos.

El segundo caso es el de Mariano, un hombre de 76 años, casado y con dos hijos independizados y con sus familias propias. El matrimonio desde el diagnóstico tenía claro que si tenía que morir, preferían que fuera en casa con su mujer. No tenían ninguna ayuda pública o privada, porque a pesar de las limitaciones físicas debidas a la edad de María, la esposa de Mariano, nunca había considerado que necesitase nada. Tras conocerles a ellos y a sus hijos se les orientó sobre varias cuestiones como ayudas técnicas o posibilidad de ingreso temporal en momentos en que la sintomatología fuera más compleja, SAD público y privado, entre otros. Finalmente y tras valorar estas cuestiones en familia, se les ayuda a pagar un SAD para el aseo de Mariano, aunque más adelante los hijos buscaron la forma de ampliar este servicio ayudando ellos. También se les prestaron ayudas técnicas para que Mariano se encontrara más cómodo y fuera más fácil su cuidado. Cuando fue necesario los hijos comenzaron a turnarse para dormir en casa y no dejar a sus padres solos, hasta que una tarde falleció.

Se han presentado dos casos típicos en los que difiere la forma de afrontar la enfermedad y que nos permite señalar algunos factores de riesgo que pueden dar lugar a intervenciones complejas.

El caso de Julia, lo conoce el trabajador social antes de que la paciente se encontrara en situación paliativa y desde entonces se detecta una ausencia de comunicación familiar. Por su edad, o porque contaba con tener más tiempo para cuidar a sus hijos y a su marido aún recuperándose del accidente laboral, no era capaz de afrontar esta situación. El trabajador social intervino acompañando a los familiares, en el proceso de la enfermedad, y facilitando la resolución de necesidades. Apoyó también en la ruptura del pacto de silencio de la paciente y su esposo, hacia sus hijos menores interviniendo en

la restauración de la comunicación familiar. Al no recibir información de la enferma, fue necesario orientar a la familia de la posible evolución de la enfermedad y de las alternativas que podrían necesitar en cada momento.

La desorganización producida por la falta de comunicación originó que las decisiones se tomaran entre el marido y la paciente, las dos personas menos capacitadas para ello, sin permitir la participación del resto de miembros de la unidad familiar. Por todo ello los acontecimientos se desarrollaban inesperadamente y de forma desordenada. La intervención sociofamiliar fue compleja, el trabajador social realizó visitas domicilio para conocer la distribución de roles familiares, y poder realizar una evaluación adecuada. En intervención familiar, se trató de mejorar la comunicación familiar, lo cual resultó difícil desde un inicio ya que no estaban incluidos los hijos menores. Además se realizan entrevistas con algún otro miembro de la unidad familiar existiendo en ellas la necesidad de expresión de emociones y sentimientos.

Por otro lado en el caso de Mariano, al ser ya mayores y entender ambos la muerte como parte de la vida, el afrontamiento de la proximidad de la muerte es diferente. Lo viven con tristeza, pero con serenidad. En este caso no se pierde el equilibrio de la unidad familiar, sino que los roles de los diferentes miembros, tanto de los hijos que ya no conviven, se adaptan a la nueva situación familiar. Como en el caso de Julia, se les informa de alternativas posibles de apoyo para que tomen decisiones reales, pero en este caso al hablar de la enfermedad y la muerte abiertamente, toda la unidad familiar tomó parte en la toma de decisiones, que se hizo de forma muy consciente por parte de todos y con la intención de respetar la última voluntad del enfermo, que era fallecer en casa con su mujer al lado.

En ninguno de los casos existía un cuidador principal capaz de prestar los cuidados necesarios, lo cual implica que ambos son casos complejos. Sin embargo las diferentes formas de afrontar la enfermedad y la proximidad de la muerte tienen en los enfermos y las familias, consecuencias diferentes. Las dinámicas familiares son también claramente diferentes, para empezar porque en el caso de Julia, tras el diagnóstico dos miembros de la unidad familiar dejan de participar en ella, sin posibilidad de adaptarse a la reorganización de la dinámica familiar. Sin embargo en el caso de Mariano, la familia se organiza en torno al fallecimiento en casa de éste.

En ambos casos se prestan recursos técnicos, y se informa de la posibilidad de ingresar en un hospital de cuidados paliativos, aunque sea de forma temporal. Julia termina ingresando y falleciendo en uno de ellos, pero la familia de Mariano logra mantenerlo en casa como era su voluntad.

Como decíamos ambos son casos complejos sin cuidador principal capaz. Este es uno de los factores que habitualmente dan la voz de alarma al equipo para que el trabajador social intervenga.

La existencia de problemas sociales cronificados, o de menores o personas con minusvalía en el domicilio, la detección de disfunciones familiares tales como conflictos familiares, problemas de comunicación, roles inadecuados, aislamiento social; son algunos de los factores de riesgo que pueden dificultar la permanencia en el domicilio, al imposibilitar la búsqueda del equilibrio familiar en torno al enfermo.

Aunque existen casos mucho más complejos, que no llegan siquiera a las UCP, y si llegan son derivados inmediatamente a estos hospitales. Por ejemplo las personas sin hogar, o las personas que viven solas y no tienen red sociofamiliar de apoyo. En los casos más extremos, el sistema sanitario suele responder, ya que si además tampoco existen ingresos económicos que puedan paliar la situación, terminan por ser

ingresados en hospitales, hasta periodos en que puedan valerse por ellos mismos, o hasta su fallecimiento.

Por todo lo expuesto, queda patente el reto que plantea la intervención social con familias en situación de enfermedad avanzada, traducida ésta en la necesidad de que la figura del trabajador social forme parte del equipo que valora e interviene con el objetivo final de garantizar una atención integral. Del mismo modo supone un reto la existencia de supervisión de los profesionales que trabajan en este ámbito.

## BIBLIOGRAFIA

- Blanco, L. et al; (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa*; 14:3, pp. 1-5; Ed. Arán: Madrid.
- Boceta, J. y Villegas, R. (2007). La teoría sistémica. Su aproximación al profesional de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*; 14:3, pp. 1-10; Ed. Arán: Madrid.
- Centeno, C. (1998), Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos. En Marcos Gómez Sancho (ed). *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos de Cáncer*. Las Palmas: ICEPS.
- Coller, X. (2000). *Estudio de casos*. Ed. CIS; Madrid.
- De Cuadras, S. et al. (2003). Reflexiones multicéntricas sobre la claudicación. *Medicina Paliativa*, 10:4; 187-190; Madrid.
- De la Revilla, L. (1994). La atención longitudinal. El ciclo vital familiar. En: De la Revilla, L. *Conceptos e instrumentos en atención familiar*. Ed. Doyma: Barcelona.
- Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*; Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Fernández, J. (1997,). *La supervisión en el trabajo social*. Paidós: Barcelona.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Ed. Desclee Brouwer: Bilbao.
- Gándara, A. (2009), Los Cuidados Paliativos en Madrid: Pasado, Presente y Futuro; *Medicina Paliativa*, 16:1 pp. 1-2; Ed. Arán: Madrid.
- Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Ed. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zervitzu Nagusia; 2008.
- Juvero, M. (2005). Reflexión sobre el Trabajo Social en Cuidados Paliativos; *Medicina Paliativa* 12:4 pp. 185-186; Ed. Arán: Madrid.
- Kadushin, Alfred (1985). *Supervision in social work*. Columbia University Press (2ª Ed.): Nueva York.
- Luxardo, N. et al. (2009). Perfil de cuidadores de enfermos en Cuidados Paliativos, *Medicina* 69:519-525; Argentina.
- Muñoz Cobos, F. et al. (2002). La familia en la enfermedad Terminal (II), *Medicina de Familia*; 4:262-268; Málaga.
- Novellas, A. (2000). *Trabajo Social en Cuidados Paliativos*; Ed. Arán: Madrid.
- Pascual, A. y Rocafort, J. (2009). Desarrollo de los Cuidados Paliativos en España, ¿Cuál es el siguiente paso?; *Medicina Paliativa* 16:4 pp.195-196; Ed. Arán: Madrid.
- Peñarrubia, F. (1999). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Ed. Alianza: Madrid.
- Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid (2010-2014)*. Ed. Consejería de Sanidad y Consumo. 2010.
- Stake, R.E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Ed. Morata S.A. Madrid.

Who (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*, 2ª ed. World Health Organization. Genova.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

Historia de los Cuidados Paliativos [14/04/11]

<http://www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20CP>

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. [15/04/11]

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/>

Guía de Cuidados Paliativos. SECPAL [18/04/11] <http://www.secpal.com/guiacp/>

# TRABAJO SOCIAL Y LA EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS

Dolores Fernández Fernández

Trabajadora Social

## 0.- INDICE:

### 1.- INTRODUCCIÓN – PRESENTACIÓN.

### 2.- MARCO NORMATIVO Y CONTEXTO GENERAL DEL TEMA

2.1.- A NIVEL INTERNACIONAL.

2.2.- A NIVEL EUROPEO.

2.3.- EN ESPAÑA.

### 3.- EL TRABAJO SOCIAL CON ESTOS COLECTIVOS

3.1.- POBLACIONES.

3.2.- AMBITOS DE ACTUACIÓN.

3.3.- ¿QUÉ SE PERSIGUE DESDE LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL CON LA INTERVENCIÓN EN ESTE ÁMBITO-QUÉ OBJETIVOS?

3.4.- LÍNEAS DE INTERVENCIÓN.

### 4.- EN LA COMUNIDAD DE MADRID:

4.1.- APROXIMACIÓN A SU REALIDAD.

4.2.- PROPUESTAS.

### 5.- SÍNTESIS Y CONCLUSIONES.

### 6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, WEB-GRAFÍA Y NORMATIVA.

## 1.- INTRODUCCIÓN-PRESENTACIÓN

Con esta comunicación se trata de destacar la relevancia que la disciplina del Trabajo Social adquiere como instrumento en las actuales sociedades –tanto de los países más desarrollados como los que están en vías de desarrollo- para incidir en el ámbito de la formación de las personas adultas.

La relevancia y el interés por esta cuestión correlaciona con diversos hechos como son, entre otros, que:

- Hoy más que nunca, a nivel mundial, se va reconociendo el valor de la educación –del aprendizaje a lo largo de toda la vida<sup>1</sup>- Siendo muy diferentes organismos internacionales quienes se hacen eco de este hecho lo recogen y normativizan.

<sup>1</sup> En el Informe Mundial sobre el Aprendizaje y la Educación de Adultos. (2010). Instituto de la UNESCO para la Educación a lo largo de Toda la Vida. Hamburgo. Alemania. Pag. 14 “...cambio necesario de paradigma hacia el aprendizaje a lo largo de toda la vida...”



- La educación-aprendizaje a lo largo de la vida- incluye claramente a las personas adultas como colectivo objeto de atención específicamente para esta cuestión.
- La educación como parte de los derechos sociales favorece -apuesta- por la inclusión y, por ello, se convierte en un recurso para prevenir, atajar... la vulnerabilidad, las desigualdades....
- El aprendizaje a lo largo de la vida contribuye a reducir la pobreza y, en esta medida, potencia la participación, reduce el aislamiento, incrementa la red de relaciones de las personas...
- El aprendizaje a lo largo de la vida es un elemento transversal en todas las sociedades y en las vidas de las personas, por lo que trasciende los contextos de la educación formal y alcanza también a la no formal y la informal y, por ello, proporciona y requiere de los profesionales del Trabajo Social una amplia y variada perspectivas de acción.
- La educación-aprendizaje a lo largo de la vida- afecta a un numeroso y amplio abanico de personas como: los jóvenes, las mujeres, los parados, trabajadores que desean ampliar su formación, los que desean cambiar de actividad profesional....

Hoy, contemplados los adultos como los protagonistas de su propia realidad y futuro, así como de la realidad y futuro de las sociedades, tienen que ir adquiriendo cada vez mayor protagonismo en relación a sus posibilidades como personas, como ciudadanos, como miembros de una familia, como trabajadores, como padres, como jóvenes o como abuelos, como jubilados....., para cada uno de los roles que en cada momento y circunstancia les corresponda desarrollar.

Esta perspectiva, seguramente la más amplia, a la que habría que aspirar, no puede hacernos olvidar que, en general, en muchas sociedades, -el aprendizaje a lo largo de la vida- mínimamente organizado no se produce, y las poblaciones adultas, con frecuencia, se encuentran todavía en los niveles de analfabetismo.

Igualmente es importante destacar, además del valor y las oportunidades que se le atribuyen al hecho educativo, que esta perspectiva -la más amplia- está directamente relacionada también, aunque quizá no sólo, con el crecimiento económico, con la riqueza, con el poder de algunos.... lo que no es lo mismo necesariamente que el bienestar, la calidad de vida, las oportunidades de igualdad, el disfrute de los derechos.... para la ciudadanía, cuestión que se manifiesta sobre todo en los periodos de crisis económica como el actual.

## 2.- MARCO NORMATIVO Y CONTEXTO GENERAL DEL TEMA

### 2.1.- A NIVEL INTERNACIONAL

Ya en la Declaración Universal de los Derechos Humanos se señalaba que *“toda persona tienen derecho a la educación”*.

Desde entonces y en relación al momento actual destaca **La Declaración Mundial sobre la Educación para todos**, aprobada por la Conferencia Mundial sobre educación para todos, celebrada en Jomtien (Tailandia) del 5 al 9 de Marzo de 1990.

La situación en datos en el año 2000<sup>2</sup> se correspondía con:

- Más de 960 millones de adultos -dos tercios de ellos mujeres- eran analfabetos y el analfabetismo funcional se daba en todo tipo de países.
- Más de la tercera parte de los adultos del mundo carencia de acceso al conocimiento impreso y a las nuevas tecnologías.
- En algunos países industrializados la reducción del gasto público en educación, durante los años 80, había contribuido al deterioro en la educación.

El propósito de la Conferencia es poder llegar a “*satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje*”, universalizándose el acceso a la educación en un abanico de propuestas según la situación de los países como: Alfabetización, Capacitación técnica, Aprendizaje de oficios... con programas tanto de educación formal como no formal en los que se incluirían también contenidos como el medio ambiente, la nutrición, la ciencia, la tecnología...

En 1999 nace la **Campaña Mundial por la Educación** (CME) promovida por una coalición internacional formada por ONGs, Sindicatos del mundo educativo, Centros Escolares y Movimientos comprometidos con el derecho a la educación para exigir a los gobiernos el cumplimiento de este derecho.

En el año 2000, después del **Foro Mundial sobre la Educación**, celebrado en abril en Dakar (Senegal), los Gobiernos del mundo y los representantes de las organizaciones internacionales se comprometían a lograr una “Educación para todos y todas” en el año 2015.

Este compromiso se concreta en seis objetivos de los que dos de ellos están en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y otros dos hacen referencia explícita a la población adulta<sup>3</sup> como son:

El Tercero: “*Velar para que las necesidades de aprendizaje de todas las personas jóvenes y adultas sean atendidas mediante el acceso a programas de preparación para la vida activa*”.

El Cuarto: “*Aumentar en un 50% el número de personas adultas alfabetizadas para el año 2015, especialmente mujeres y facilitar a todas las personas el acceso a la educación básica y a la educación permanente*”.

Desde el año 2001, durante el mes de Abril se celebra en todo el mundo la **Semana de Acción Mundial por la Educación** (SAME), la coalición española de esta Campaña está formada por Ayuda en Acción, Educación sin Fronteras y la Fundación Entreculturas.

## 2.2.- A NIVEL EUROPEO

Consideramos importante destacar, especialmente, uno de los **acuerdos de Lisboa** del año 2000, o lo que es lo mismo la **Estrategia Europea de Lisboa** <sup>4</sup>(4) cuyo objetivo era tratar de convertir la economía

<sup>2</sup> En La Declaración Mundial sobre la Educación para Todos. Marco de acción para satisfacer las necesidades Básicas de Aprendizaje. UNESCO. 2ª impresión-1994. Marco Jomtien.

<sup>3</sup> En el Marco de acción de Dakar. UNESCO. 2000. [www.unesdoc.unesco.org](http://www.unesdoc.unesco.org)

Europea en la primera economía del conocimiento del mundo, superando a Estados Unidos y a Japón. Lo que significaría que a nivel educativo el 85% de los jóvenes entre 20 y 24 años tendría que llegar a superar la Enseñanza Secundaria Superior -bachillerato o ciclos formativos-.

España queda lejos de ese objetivo ya que en el año 2008 solo el 62% de ese grupo de población tenía ese nivel de titulación.

### 2.3.- EN ESPAÑA

Además de los acuerdos y normas internacionales ratificados por nuestro país la normativa más específica se concreta en dos vertientes, que responden a las dos percepciones que con frecuencia se tiene de la educación de las personas adultas<sup>5</sup> como son:

- La Educación de adultos como derecho humano y medio para transformar a las personas, las comunidades y las sociedades.
- La Educación de adultos como medio para el desarrollo económico.

Dependiendo de donde se ponga el acento, las normativas se circunscriben más a un ámbito que a otro.

Parece que en periodos de crisis y en la mayoría de las sociedades actuales predomina más la segunda perspectiva que la primera.

Normativas destacables por sus implicaciones están, entre otras:

- Todas las Leyes Generales del Educación, como la Ley General (LGE) del año 70; La Ley General del Sistema Educativo (LOGSE) del año 1990 y la Ley Orgánica de Educación (LOE) de 2006.
- La Ley Orgánica 5/2002, de 19 de Junio de Cualificaciones y de la Formación Profesional.
- El Real Decreto 1128/2003, de 5 de Septiembre que regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales que desarrolla la LCFP de 2002.
- Real Decreto 1538/2006, de 15 de Diciembre, establece la ordenación General de la FP del Sistema de Educativo.
- Real Decreto 395/2007, integra la formación de los Trabajadores en un solo sistema.
- Real Decreto 34/2008, de 18 de Enero que regula los Certificados de Profesionalidad.
- Real Decreto 229/2008, de 15 de Febrero que regula los Centros de Referencia Nacional en el ámbito de la FP.
- Real Decreto 1224/2009, de 17 de Julio de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral.

<sup>4</sup> Las referencias al Tratado de Lisboa aparecen reseñadas en múltiples artículos y documentos.

<sup>5</sup> (5)- Como se recoge en el Informe Mundial sobre el Aprendizaje y la Educación de Adultos. (2010). Instituto de la UNESCO para la Educación a lo largo de toda la vida. Hamburgo. Alemania. Pág. 2 del resumen ejecutivo de dicho informe.

### 3.- EL TRABAJO SOCIAL CON ESTOS COLECTIVOS

#### 3.1. POBLACIONES

Dentro de la educación de la personas adultas en su acepción actual de “*aprendizaje a lo largo de la vida*”, está claro que quedan fuera todos aquellos colectivos no adultos que, en términos educativos y por edad, corresponden a los que se sitúan en las etapas de enseñanza obligatoria.

Así, las poblaciones a las que irían dirigidas las acciones de los Trabajadores Sociales cuando se habla de educación de las personas adultas se corresponden con la siguiente distribución:

- Poblaciones preadolescentes-adolescentes próximas a concluir la enseñanza obligatoria y que por edad podría decidir abandonarla aunque no la hubieran concluido.
- Adolescentes y jóvenes en la enseñanza post-obligatoria.
- Adolescentes o jóvenes que presentan necesidades educativas especiales.
- Adultos desde los 18 o 21 años de edad que pueden corresponderse con los siguientes colectivos:
  - ✚ Estudiantes que fracasan en la enseñanza post-obligatoria o que la abandonan sin concluir los Ciclos Formativos de FP o el Bachillerato.
  - ✚ Estudiantes que concluyen las etapas post-obligatorias con éxito pero que quedan en situación de búsqueda de empleo sin lograrlo.
  - ✚ Trabajadores en situación de desempleo puntual o de larga duración.
  - ✚ Mujeres que acceden por primera vez al mercado laboral o que intenta reincorporarse después de un largo periodo.
  - ✚ Adultos sin ningún tipo de formación básica, elemental o primaria.
  - ✚ Adultos prejubilados o jubilados que desean, aspiran o precisan mejorar sus condiciones de vida.
  - ✚ Adultos en condiciones de minusvalías o discapacidad en grado no invalidante para el desenvolvimiento autónomo.

#### 3.2.- ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

De alguna manera vienen determinados por los colectivos de personas a las que van dirigidas las actuaciones formativo-educativas que, en el caso de los adultos y en nuestro país son coincidentes con: “*Personas mayores de 18 años que necesitan o desean adquirir una formación inicial, mejorar o actualizar sus conocimientos u obtener alguna titulación*”<sup>6</sup>.

Es importante destacar, en primer lugar, que el ámbito de la educación de las personas adultas o en la terminología actual “*el aprendizaje a lo largo de toda la vida*”, en la medida que es transversal a la vida de las personas y de las sociedades se convierte en una alternativa de acción, en un recurso o en un

<sup>6</sup> - En la página de intranet de la Comunidad de Madrid: La Educación de Adultos y Centros en los que se desarrolla la oferta formativa para las personas adultas en la Comunidad de Madrid. Educamadrid.org

objetivo de los profesionales del Trabajo Social, independientemente del lugar, la estructura o la institución desde la que se interviene.

Por ello, es necesario que todos los Trabajadores Sociales conozcan y contemplen como parte de su tarea este ámbito y área de conocimiento. Esta necesidad se comprueba fácilmente cuando se constata que en cualquier unidad familiar puede encontrarse una persona en condiciones de acceder a la formación o el aprendizaje... Un joven mayor de 16 años, un padre en situación de desempleo, una madre o mujer queriendo incorporarse al mundo laboral, un adulto o persona de más edad –tercera edad- con necesidades de actualizar sus conocimientos para el desenvolvimiento en la vida cotidiana acceso a redes, el mundo virtual, ....

Dicho esto y contemplado entonces este saber específico como transversal también a la disciplina del Trabajo Social veamos en qué otros contextos se explica, se justifica, se hace necesaria la presencia del Trabajador Social

En el marco de la **educación formal** <sup>7</sup>(7), el que corresponde a la educación reglada y legitimada socialmente, tiene utilidad la presencia de este perfil profesional, además de en los niveles de enseñanza obligatoria, en todos aquellos de **educación post-obligatoria** que acogen a poblaciones preadolescentes-adolescentes tanto con éxito o fracaso escolar.

En el primer caso la presencia del Trabajador Social se justificaría en razón del acercamiento-acompañamiento social como media preventiva de disfunción y, en el segundo caso, cuando este alumnado ya se ha encontrado con la dificultad para poder permanecer en el propio sistema o se ha visto obligado a incorporarse a las ofertas educativas alternativas, que aunque regladas, con frecuencia son colaterales al propio sistema formal, como las anteriores Aulas de Compensación Educativa, o los Programas de Iniciación Profesional...

El tramo de edad en donde se explica en mayor medida la presencia del Trabajador Social lo será para la población entre 14 y 18 años.

También en el contexto de la educación formal, para poblaciones con necesidades educativas especiales y edades correspondientes a la preadolescencia-adolescencia y en el marco de la educación especial, se justifica la presencia e intervención de los Trabajadores Sociales por las mismas razones que en el caso anterior pero, además, por la trascendencia que en la vida de esta población y sus familias tiene la perspectiva de futuro, en la que necesariamente está presente el peso del déficit, discapacidad.... Que aparezca en cada caso.

El tramo de edad donde se debería concentrar para esta población el perfil profesional del Trabajo Social será desde los cero años hasta los 18 ó 21 de edad.

Igualmente se justifica la presencia del Trabajador Social en las estructuras creadas específicamente para la formación de las personas adultas, ya sea en la modalidad presencial o en la modalidad a distancia que incorporan como mínimo las siguientes Enseñanzas regladas: la Formación Básica, Técnico Profesional, Bachillerato, Ciclos Formativos, Español para Inmigrantes, Internet y redes, Idiomas.

<sup>7</sup> Entendiendo por educación formal el procedimiento sistemático, adoptado por la sociedad y legitimado por ella, que se aplica en establecimientos-centros reconocidos legalmente. Están homologados y unificados y sometidos a un canon.

En el contexto de la **educación no formal**<sup>8</sup>, pero complementario al anterior o simultáneo a él, se explica la presencia del Trabajador Social, especialmente, cuando su existencia es el resultado de un proyecto-propuesta complementaria-compensadora del déficit en la educación formal y, una vez comprobada la necesidad de articular sistemas de aprendizaje como respuesta a poblaciones alejadas de lo formal, o en conflicto con ese tipo de educación-procedimiento o con dificultades personales por sus características, condiciones de vida, horarios.... Para incorporarse o beneficiarse de lo formal.

Sobre todo en proyectos o programas concertados o sostenidos con fondos públicos o instituciones relacionadas con la economía social como ONGs, Asociaciones,...

Las cohortes de edad en las que se hace más necesario o se justifica en mayor medida la presencia de los Trabajadores Sociales serían desde los 18 años de edad en adelante. Las temáticas, los contenidos de los programas pueden ser muy variados.

En la perspectiva de la **educación informal**<sup>9</sup> se constata que la presencia del Trabajador Social está implícita, con frecuencia, en el desarrollo del propio trabajo, resultando de gran utilidad ya que la situación convierte a este profesional en referente de los ciudadanos que acceden a esos servicios y de los usuarios en general.

Las cohortes de edad en estos casos son tan amplias como poblaciones existen, ya que estas modalidades cuando están articuladas y organizadas, aunque sea temporalmente, pueden ser objeto de atención para la mayoría o la totalidad de las personas.

### 3.3.- ¿QUÉ SE PERSIGUE DESDE LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL CON LA INTERVENCIÓN EN ESTE ÁMBITO-QUÉ OBJETIVOS?

Cuando desde la disciplina del Trabajo Social se contemplan acciones en el marco de la educación de las personas adultas, necesariamente se muestran como inevitables, entre otros, los siguientes propósitos que operativizados como objetivos se pueden concretar en:

- Ampliar el repertorio de alternativas personales y profesionales de los individuos o grupos de personas a las que van dirigidas las intervenciones.
- Mejorar, recuperar, consolidar la autoestima y seguridad personal de los usuarios a los que se atiende desde este/os contextos.
- Proporcionar y/o ampliar la red de relaciones personales-sociales como elemento de integración-adaptación y apoyo a estos colectivos.
- Reducir incertidumbres, vulnerabilidades y riesgos de las poblaciones que carecen de formación o la que tienen les resulta insuficiente para desenvolverse de manera autónoma.
- Prevenir el deterioro que pueda producirse en algunos grupos de población, en razón de las dificultades que puedan encontrar para acceder al mundo del trabajo.
- Promover y/o potenciar la alfabetización en las situaciones que sea necesario.

<sup>8</sup> Entendiendo por educación no formal el procedimiento organizado a iniciativa particular con libre elección y configuración y puede impartirse en muy diversos establecimientos.

<sup>9</sup> Se entiende por educación informal la que proporciona toda situación de vida cotidiana.

- Detectar las necesidades de formación de las poblaciones con las que se interviene.

Este conjunto de objetivos determinan, reflejan y señalan significativas utilidades para la sociedad ya que avanzan en el desarrollo de las competencias de las personas en la doble dimensión: Personal-social y profesional.

### 3.4.- LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

- El conocimiento de los sistemas de educación formal, no formal e informal.
- Un estudio, detección o comprobación de las necesidades de las poblaciones usuarias de los servicios e instituciones desde las que se interviene.

Como Trabajadores Sociales de cualquier sistema o interviniendo desde las estructuras de los sistemas educativos se pueden contemplar como las principales intervenciones las siguientes:

- Acciones preventivas a través de propuestas informativo-reflexivas a los alumnos y sus familias, en grupos homogéneos o heterogéneos según la composición, para reducir o eliminar el fracaso, abandono, la desescolarización... especialmente para la población preadolescente-adolescente.
- Propuesta o desarrollo de campañas de sensibilización sobre el valor de la educación en todas sus formas.
- Identificación de los casos individuales que se encuentran en situación de fracaso o abandono prematuro de la enseñanza obligatoria o post-obligatoria.
- Valoración social de ese alumnado y sus familias para proponer acciones que aminoren el riesgo que representa, en el presente y futuro inmediato, esa situación.

En el marco de la educación no formal:

- Estudio de necesidades, especialmente las formativas, de las poblaciones que acceden a esta modalidad de aprendizaje.
- Acompañamiento social, a nivel individual o grupal, de este alumnado para mantener la asistencia, dar continuidad al aprendizaje, concluir los periodos y tramos educativos, obtener las correspondientes certificaciones y/o reconducir sus posibilidades de formación, ampliación, especialización...

Si nos situamos en la educación informal, el abanico de posibilidades se reduce a la vez que se incrementa en matices, aquí podrá ser considerado formativo cada acontecimiento de la vida-vivido, cada situación, cada momento crítico, cada celebración, cada logro, cada adquisición, cada éxito, cada superación... articulándolo como:

Propuesta de reflexión. Propuesta para el debate. Como elemento de integración. Como refuerzo de las potencialidades y posibilidades de las personas....



## 4.- EL CASO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

### 4.1.- APROXIMACIÓN A SU REALIDAD

La concreción de las posibles lugares desde los que intervenir, así como de los principales objetivos y actuaciones a realizar se contemplan teniendo en cuenta: la distribución de su población, los índices de éxito o fracaso educativo, los niveles de formación alcanzados por la población adulta, así como las posibilidades de reconvertir en créditos formativos la experiencia profesional acumulada.

### 4.2.- PROPUESTAS

Están dirigidas tanto a la perspectiva de desarrollo personal con la ampliación y mejora de los conocimientos, como a la que se dirige a incrementar las competencias profesionales específicas para favorecer el acceso al mundo laboral, dando respuesta o articulándose objetivos que mejoren las condiciones de subsistencia cuando sea necesario y teniendo siempre en cuenta los establecimientos, centros y recursos ya existentes.

## 5.- SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Conocer las diversas modalidades de acceso, mejora y ampliación del aprendizaje y la educación a lo largo de la vida, como elementos favorecedores-facilitadores de la inclusión-integración de los ciudadanos-personas conecta directamente con la disciplina del Trabajo Social.

La educación y la educación permanente de las personas adultas, en la práctica, funciona como un recurso de alta calidad, para la integración, adaptación e incorporación a la sociedad.

Tanto en los países con mayor grado de desarrollo, como en aquellos que este nivel todavía está alejado de los mínimos necesarios que permiten y aseguran la subsistencia, se justifica la presencia del perfil profesional del Trabajador Social en los diferentes contextos educativos, como elemento capaz de instrumentalizar acciones favorecedoras del avance y progreso de las condiciones de vida de los individuos, grupos y comunidades.

Tanto la educación formal como la no formal proporcionan a la población una amplia variedad de posibilidades para incrementar el repertorio de los recursos personales y profesionales de los ciudadanos.

Desde una perspectiva preventiva, las intervenciones de los Trabajadores Sociales con los grupos de jóvenes y sus familias para aminorar el riesgo de abandono y/o fracaso escolar, adquieren un valor añadido ya que se supera el beneficio individual de cada caso para alcanzar el beneficio de la colectividad.

## 6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centro de Estudios de Cambio Social (CECS). (2009): *Informe España 2009. Una interpretación de su realidad social*. Nº 16. Madrid. Fundación Encuentro. Tercera Parte. Capítulo I: Empleo y Cohesión Social. Pág 70-137.
- Centro de Estudios de Cambio Social (CECS). (2010): *Informe España 2010. Una interpretación de su realidad social*. Nº 17. Madrid. Fundación Encuentro. Tercera Parte. Capítulo I: La Formación Profesional en España. Evolución y perspectivas. Pág 59-104 y Cuarta Parte. Capítulo II: Los adolescentes en la ESO. Pág 107-159.
- Feito Alonso, R. (2010). *Escolaridad hasta los 18 años: Elementos para un debate*. Págs. 79-83. Cuadernos de Pedagogía. Nº 405. Octubre de 2010.
- Grañeras Pastrana, M. y Parras Laguna, A. (coordinadoras). (2009). *Orientación Educativa: Fundamentos teóricos, modelos institucionales y nuevas perspectivas*. Ministerio de educación, Política Social y Deporte y Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE).
- “La OCDE pide recursos contra el fracaso escolar”. El Público, 21 de Febrero de 2011.
- Reher, D. y Sánchez Alonso, B. (2009). “La excepcionalidad española”. El País, 18 de Febrero.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

- Educación de Adultos: Centros que desarrollan la oferta formativa para personas adultas en la Comunidad de Madrid. Por modalidades y tipo de enseñanza. <http://intranet.madrid.org/cs/>. Fecha de consulta el 17.01.2011.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (1990). Declaración Mundial sobre Educación para todos. Marco de acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. [www.oei.es/quipu/marco\\_jotiem](http://www.oei.es/quipu/marco_jotiem). Fecha de consulta el 28.11.2010.
- Instituto de la UNESCO para la Educación a lo largo de Toda la Vida (2010): *Informe mundial sobre el aprendizaje y la educación de adultos*. Hamburgo. [www.unesco.org/education/](http://www.unesco.org/education/). Fecha de consulta 17.01.2011.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), (2010): *Informe de seguimiento de la Educación Para Todos (EPT) en el mundo. Llegar a los marginados*. Director Kevin Watkins. París. [www.unescodoc.unesco.org](http://www.unescodoc.unesco.org). Fecha de consulta Febrero 2011.
- UNESCO (2000). *Marco de acción de Dakar*. París. <http://www.ibe.unesco.org>. Fecha de consulta Septiembre de 2010.

## NORMATIVA

- Real Decreto 631/1993, de 3 de Mayo que regula el Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional.
- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de Junio de Cualificaciones y de la Formación Profesional (LCFP).
- Real Decreto 1128/2003, de 5 de Septiembre que regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales que desarrollo la LCFP de 2002.
- Real Decreto 942/2003, de 18 de Julio que determina las condiciones básicas de las pruebas para obtener Títulos de Técnico y Técnico Superior de F.P. Específica.
- Real Decreto 1506/2003, de 28 de Noviembre recoge las directrices de los Certificados de Profesionalidad.
- Real Decreto 1558/2005, de 23 de Diciembre que establece los requisitos básicos de los centros integrados de FP.
- Ley Orgánica 2/2006 de 3 de Mayo de Educación (LOE).
- Real Decreto 395/2007 de 23 de Marzo, regula el Subsistema de FP para el empleo.
- Real Decreto 1538/2006, de 15 de Diciembre, establece la ordenación general de la FP del Sistema de Educativo.

Real Decreto 395/2007, integra la formación de los Trabajadores en un solo sistema.

Real Decreto 34/2008, de 18 de Enero que regula los Certificados de Profesionalidad.

Real Decreto 229/2008, de 15 de Febrero que regula los Centros de Referencia Nacional en el ámbito de la FP.

Real Decreto 1224/2009, de 17 de Julio de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral.

Real Decreto 10/2009, de 13 de Agosto que regula el programa temporal de protección por desempleo e inserción.

## AUTISMO Y TRABAJO SOCIAL

M<sup>a</sup> Cruz Herrero García  
Rocío Esteras Calderón  
M<sup>a</sup> del Pilar de Tuerdo Gil-Delgado<sup>1</sup>

Una de las conclusiones del IV Congreso de Trabajo Social en la Comunidad de Madrid 2007 señala que: “La profesión trabaja para las necesidades humanas y sociales en pro del bienestar social y del desarrollo humano. Su quehacer pertenece a cada trabajador social” (Colegio Oficial de Madrid, 2007), y nosotras en esta línea queremos transmitir como el trabajo social tiene un cometido con las personas con Trastorno del Espectro del Autismo y sus familias como objeto de trabajo.

Para ello hablaremos de la definición y de las características del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), cómo ha aumentado en los últimos años esta población -índice de prevalencia-, y posibles causas de dichos trastornos. Señalaremos la importancia de la metodología de intervención y los tratamientos seguidos en líneas generales.

Los manuales diagnósticos al uso—CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002)- dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia recogen la definición y las características del Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) que incluye el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Todos estos trastornos comparten las alteraciones graves y generalizadas en tres aspectos fundamentales del desarrollo:

- Habilidades para la interacción social.
- Habilidades para la comunicación y el lenguaje.
- Presencia de comportamientos, intereses y actividades restringidos y estereotipados (inflexibilidad mental).

Por ello, en una persona con TEA está afectado algo tan esencial en nuestra vida cotidiana como la capacidad de entender lo que los demás hacen, piensan, creen y sienten.

La definición del Trastorno del Espectro del Autismo, como tal, todavía no está recogida en los manuales diagnósticos señalados, sin embargo “gracias a los avances en el conocimiento disponible en relación al Autismo y a otros Trastornos Generalizados del Desarrollo, se han producido modificaciones conceptuales que progresivamente han incorporado el término “Trastornos del Espectro del Autismo”” (Vidriales, 2010:39).

Asimismo hay que tener en cuenta que “el cuadro clínico no es uniforme, ni absolutamente demarcado, y su presentación oscila en un espectro de mayor a menor afectación; varía con el tiempo, y se ve influido por factores como el grado de capacidad intelectual asociada o el acceso a apoyos especializados”. (Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III, 2004:1)

<sup>1</sup> **Trabajadoras Sociales.**

La Confederación Autismo España<sup>2</sup>, señala que el índice de prevalencia conforme a los estudios epidemiológicos, es que cada uno de 150 niños en edad escolar presenta un cuadro de autismo. Afecta más a los varones que a las mujeres (proporción 4/1), y de igual manera en todas las clases sociales y en las diferentes culturas estudiadas. Algunos estudios recientes señalan un incremento de la incidencia del trastorno. Esto puede deberse a un efecto de las modificaciones en los criterios diagnósticos, a que los profesionales tengan un mayor conocimiento del autismo, o porque se efectúen diagnósticos más precisos.

El Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III (2004) responde a una serie de preguntas sobre las causas, terapias y tratamientos más adecuados para las personas con TEA que nos sirve de guía para la exposición.

Respecto a las causas, afortunadamente ya se han desechado las teorías que consideraban a los padres como los causantes de estos trastornos por el trato frío y distante que daban a sus hijos, pasando al reconocimiento por parte de todas las instituciones científicas internacionales “que el autismo se debe a anomalías del sistema nervioso central, y tiene causas biológicas y no psicosociales” (*Ibid.*:5).

Hoy, “la evidencia científica plantea una visión multifactorial compleja, por interacción de diversos factores, genéticos y ambientales, sin que todavía se conozca exactamente cuáles son y cómo interactúan los posibles factores ambientales sobre la susceptibilidad genética” (*Ibid.*:5).

Sobre las numerosas terapias que han sido propuestas a lo largo de los años para tratar a las personas con TEA, cabe señalar el uso de animales (caballos, delfines, etc.), la musicoterapia, la fisioterapia o el arte sin demostrar que tengan un impacto específico en este trastorno. Se puede decir que estos tratamientos pueden llegar a ser gratificantes para la persona que los practica, aunque no existe garantía comprobada de su eficacia terapéutica.

Otra corriente se ha centrado en las dietas libres de caseína y de gluten. Los estudios experimentales sobre las dietas no son concluyentes: en algunos casos se encuentra una mejoría del comportamiento y del bienestar personal; en otros se ve lo contrario o, en muchos, los resultados son mixtos. El criterio actualmente aceptado es que una dieta restrictiva, libre de algún o algunos nutrientes, debe instaurarse sólo cuando la persona con TEA padece alergia y/o sensibilización documentada con las exploraciones específicas a nutrientes concretos y no sólo por el hecho de presentar un TEA.

Las familias hacen lo imposible por ayudar a sus miembros con TEA y buscan continuamente nuevos tratamientos, a veces en INTERNET, que al igual que es una fuente importante de conocimiento e intercambio, contribuye a una distribución no controlada de los argumentos de muchas de las terapias que se proponen.

Debe insistirse que estas terapias no concuerdan con los conocimientos actuales sobre el TEA; generan frecuentemente expectativas injustificadas de curación y algunos son muy costosos, por lo que cabe exigir que, antes de recomendar su uso, aquellos que los proponen y sus defensores, aporten evidencia científica que justifiquen su lógica y su eficacia.

---

<sup>2</sup> <http://www.autismo.org.es/>

La intervención temprana, apropiada e intensiva mejora en gran medida el resultado final de la mayoría de los niños pequeños con TEA. La mayoría de programas se basan en los intereses del niño con una serie de actividades constructivas altamente estructuradas. Los sistemas Alternativos y Aumentativos de la Comunicación, así como las ayudas visuales y la estructuración espacio-temporal son de gran utilidad en la mayoría de los casos. Hay que destacar que existe un consenso internacional de que la educación y el apoyo social son los principales medios de tratamiento.

La integración apoyada en el medio escolar ordinario permite que los alumnos con TEA accedan a un medio social estimulante, donde los demás compañeros puedan apoyarles a la vez que aprender a conocer cómo tratar a una persona con discapacidad. La política de ubicación escolar, en clase ordinaria, en clase especial o en un centro de educación especial, varía de unas zonas a otras de nuestro país, pero hay que insistir en la necesidad de establecer puentes entre unas y otras; a la vez que asegurar que se persiga la máxima inclusión social y que la integración no signifique la pérdida de los apoyos especiales necesarios.

El autismo sigue siendo un reto para los individuos y sus familias. En la actualidad, con una intervención adecuada, muchos de los síntomas de las personas con TEA se pueden mejorar, aunque permanecen durante toda la vida. La mayoría de estas personas son capaces de vivir con sus familias y en la comunidad.

El pronóstico depende de la severidad del trastorno y del nivel de intervención que el individuo reciba. El pronóstico depende de cada persona con TEA y sus familias, así como de los apoyos que se les faciliten.

Un segundo apartado de nuestra exposición trata sobre los recursos dirigidos a las personas con TEA y a sus familias.

Los recursos son los medios que se emplean para conseguir las metas propuestas. Estos medios pueden ser materiales—económicos, instrumentos, etc.— y humanos profesionales, servicios—.

Las familias de las personas con TEA han empleado muchos recursos para conseguir una atención adecuada para sus miembros a fin de dotarles de una calidad de vida conforme a la sociedad en la que viven.

Los estudios realizados que llevan a establecer el paradigma de la Calidad de Vida establecen ocho dimensiones a tener en cuenta a la hora de proporcionar los recursos necesarios a todas las personas, no sólo a las que tienen algún tipo de discapacidad. Estas dimensiones con los indicadores correspondientes se muestran en la Tabla1 (Schalock y Verdugo, 2007).

**Tabla 1**

LA CALIDAD DE VIDA Definición operativa (Schalock y Verdugo, 2002/2003)	
DIMENSIONES	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autodeterminación</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autonomía; Decisiones; Elecciones; Metas y preferencias personales.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Derechos</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Humanos; Legales.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bienestar emocional</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ausencia de sentimientos negativos; Autoconcepto; Satisfacción con la vida.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inclusión social</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Integración; Participación; Apoyos.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desarrollo personal</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trabajo; Educación; Actividades de la vida diaria.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Relaciones interpersonales</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Relaciones familiares; Relaciones Sociales.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bienestar material</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ingresos; Posesiones; Condiciones de la vivienda; Condiciones del lugar de trabajo.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bienestar físico</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Salud General; Atención sanitaria; Sueño.</b></li> </ul>

La sociedad en general, por su parte, debe proveer a todos los ciudadanos de aquellos recursos que les permitan desarrollarse para disfrutar de una vida plena reconocido como un derecho.

Los recursos y el trabajo social suelen ir de la mano y más si la intervención profesional va dirigida a población en riesgo de exclusión, como es el caso de las personas con TEA y discapacidad.

Se puede plantear cual es el objetivo de los recursos y para ello no es necesario hacer elucubraciones mentales, es muy sencillo, crear oportunidades para el desarrollo integral de las personas y la inclusión de todos en la sociedad.

La reflexión sobre las dimensiones de Calidad de Vida señaladas lleva a tomar conciencia de los recursos y servicios que deben estar disponibles y al alcance de todos los ciudadanos, no sólo por promover la Calidad de Vida de cada uno, sino también porque están muy relacionados con los Derechos Humanos.

La educación es un derecho universal de los ciudadanos y promover y proporcionar los medios para que en todos sea efectivo dicho derecho es tarea especial de los gobiernos, de la administración. En la medida que se facilitan los aprendizajes se promueve la competencia social y ciudadana, en una palabra, la participación. Esta participación se refleja en el ámbito personal (autonomía y autodeterminación) familiar, social, laboral, etc.

La salud es otro de los derechos universales de todas las personas y como tal, es deber de todos promover acciones saludables, así como cuidar la salud y el bienestar de aquellos que se encuentran en situación de desventaja por sus propias características personales, familiares y sociales.



El primer recurso de una persona es su propia familia, de hecho es la que genera y constituye la primera red de apoyo social, de ahí la importancia y la necesidad de prestarles la atención que precisan.

El Anexo 1 recoge una relación de los recursos educativos, sociales, sanitarios y de apoyo específicos para las personas con Trastorno del Espectro del Autismo.

Otro punto a destacar en esta comunicación es el trabajo con las familias de personas con TEA.

Señalamos que las personas con TEA cuentan con una red de recursos, éstos siguen siendo insuficientes pero cada año se va consiguiendo dar mejor respuesta a sus necesidades individuales. El problema principal es la no existencia de una red o estructura de apoyo para atender a sus necesidades de manera integral como familia.

Hemos adoptado la definición que dice que: “una familia es aquella que incluye a las personas que piensan en sí mismas como parte de la familia, ya estén relacionadas por sangre o matrimonio o no, y que se apoyan y cuidan entre sí de forma regular” (Poston et. al., 2004).

El trabajo con familias de personas con TEA es imprescindible por muchos motivos, principalmente éstos:

- La familia constituye la palanca más eficaz para la integración de la persona con TEA en el seno de la comunidad y ésta es posible sólo si antes se produce la integración en el seno de la familia.
- La familia es el principal recurso para responder a las necesidades propias y las de su miembro con TEA. Constituye el principal recurso para responder a las necesidades de todos sus miembros y hay que trabajar desde sus fortalezas.
- La familia es activa socialmente. Presta apoyos a otras familias que lo precisan y se constituyen en elemento esencial de un movimiento de ayuda mutua.

La Universidad Complutense de Madrid y FEAPS Madrid (García et. al., 2007) realizaron un estudio, para analizar las necesidades de las familias de personas con discapacidad intelectual. Entre otras cosas, se avaló la necesidad de desarrollar programas y servicios específicos dirigidos a familias. El estudio señala que la discapacidad intelectual produce un gran impacto en la familia, afectando a la calidad de vida de todos sus miembros y de manera diferente en las distintas etapas del ciclo vital de la misma. Aunque cada familia lo vive de forma diferente, se producen en ellas ciertas regularidades que afectan al resto de los hermanos, a la familia extensa, a la relación de pareja y al reparto de roles entre el padre y la madre.

Pilar Pozo, Cabanillas (2010) en su tesis doctoral *Adaptación psicológica en madres y padres de personas con trastornos del espectro autista: un estudio multidimensional*, expone cómo afecta a las familias las características de la persona con TEA, la percepción del problema, las estrategias de afrontamiento y los apoyos, ya que pueden modular el impacto que produce tener un hijo con TEA.

De los estudios, investigaciones y de la propia experiencia del trabajo con familias se deduce la necesidad de:

- Crear espacios donde la familia pueda expresarse; implicar a las familias y conseguir su compromiso.
- Crear servicios y programas específicos para las familias que impliquen y den respuesta a todos sus miembros.
- Potenciar el asociacionismo y redes de ayuda mutua.
- Tener un modelo de trabajo integrado en la comunidad.
- Formar a las familias para promover su participación.
- Disponer de servicios de respiro y acompañamiento.

En la actualidad la intervención con familias es un trabajo pendiente, aunque ya en muchas asociaciones y entidades se desarrollan algunas actividades y programas basados en la experiencia profesional, tales como:

- Apoyo Emocional:
  - Grupos de apoyo de familiares (madres, padres, hermanos, abuelos) de manera estable se reúnen periódicamente para compartir experiencias.
  - El programa Padre a Padre consiste en dar la posibilidad a los padres que acaban de conocer el diagnóstico de su hijo, o que se enfrentan a momentos de crisis puntual a ponerse en contacto con unos padres acogedores que están dispuestos a compartir su experiencia como padres de hijos con TEA.
  - Taller de familiares (madres, padres, hermanos, abuelos): actividad puntual, con un número de sesiones determinadas en las que, a través de diferentes actividades adaptadas a las características de los participantes, se favorece la comunicación y el intercambio de experiencias. También se facilita información sobre la discapacidad.
- Dinamización: son grupos de trabajo formados por familiares cuyo cometido se basa en la programación de actividades que repercutan positivamente en el resto de familias de personas con TEA. Para ello, se fijan unos objetivos y tareas concretas y se comprometen a su ejecución. Éstas pueden ser jornadas y encuentros de familias, mesas redondas, charlas, cafés-tertulia, etc.
- Formación: se puede desarrollar a través de talleres monográficos -duración determinada y carácter eminentemente práctico y lúdico-formativo- y acciones formativas o conferencias donde un experto expone el tema a tratar.
- Conciliación: son apoyos temporales dirigidos a la familia para la ayuda en la atención de la persona con TEA. Se trata de estancias, apoyos por horas individuales o compartidos, y acompañamientos.

Por lo expuesto, es evidente que hay que generar recursos con y para las familias de personas con TEA, que tenemos que ser especialmente flexibles, creativos, tener formación específica para dar empoderamiento a las propias familias y que éstas sean las principales protagonistas. Se ha conseguido mucho en este sentido pero todavía falta un gran camino por recorrer y mucho que reivindicar a los poderes públicos y a las administraciones para que desarrollen y/o financien actividades, programas y servicios en este sentido.

## CONCLUSIONES

El mayor conocimiento de los Trastornos del Espectro del Autismo, sus causas y características favorece la difusión y sensibilización del mismo.

La precisión en los diagnósticos y la detección más temprana permite una intervención más ajustada a las necesidades que presentan las personas con TEA.

Una intervención adecuada y contar con los apoyos necesarios permite que la mayoría de estas personas sean capaces de vivir con sus familias y en la comunidad.

Los apoyos y los recursos deben dirigirse tanto a las personas con TEA como a sus familias que son el soporte principal de todos sus miembros.

El empoderamiento de las familias redundará en beneficio de las personas con TEA, en la Calidad de Vida de cada persona y en la Calidad de Vida Familiar.

Las administraciones públicas deben velar por el bienestar y la Calidad de Vida de todos los ciudadanos y poner a su alcance los servicios y recursos necesarios para ello, evitando que los movimientos ciudadanos (asociaciones) carguen con el peso de cubrir las deficiencias de la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID. (2007). "Conclusiones del IV Congreso de Trabajo Social en la Comunidad de Madrid. Los Derechos Sociales en el s. XXI". *Trabajo Social Hoy*, 52, 77-81.

GARCÍA MOLTÓ, A., VERA TEJEIRO, A. y GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, M.J. (Dirs). (2007). *Necesidades de las Familias de Personas con Discapacidad Intelectual de FEAPS Madrid. Resumen de resultados del estudio para determinar necesidades, valorar su coste y hacer propuestas para mejorar su calidad de vida*. Madrid: FEAPS Madrid.

GRUPO DE ESTUDIO DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. (2004). *Trastornos del Espectro Autista. Una publicación que responde a las "preguntas más frecuentes" planteadas en el autismo*. Madrid.

[http://www.isciii.es/htdocs/centros/enfermedadesraras/autismo/autismo\\_preguntasfrecuentes.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/enfermedadesraras/autismo/autismo_preguntasfrecuentes.jsp)

- (2005a). Guía de buenas prácticas para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista Neurológica (Madrid)*, 41 (4), 237-245.
- (2005b). Guía de buenas prácticas para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista Neurológica (Madrid)*, 41 (5), 299-310.
- (2006). Guía de buenas prácticas para tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista Neurológica (Madrid)*, 43 (7), 425-438.

POSTON, D., TURNBULL, A., PARK, J., MANNAN, H. MARQUIS, J. y WANG, M. (2004). Calidad de vida familiar: Un estudio cualitativo. *Siglo Cero*, 35 (3), 211, 31-48.

- POZO CABANILLA, P. (2010) *Adaptación psicológica en madres y padres de personas con trastornos del espectro autista: un estudio multidimensional*. Tesis Doctoral.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). *CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- SCHALOCK, R.L. y VERDUGO, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero* vol. 38 (4), 224, 21-36.
- VIDRIALES, R. (Coord.) (2010). *Autismo, Calidad de Vida hoy*. Madrid: Confederación Autismo España.

# LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LOS NUEVOS CONTEXTOS MULTICULTURALES

Ana Moreno Moreno  
Noemí Blanes Palomar  
Marta de Bordons Bordallo  
Emma Díez Fontán<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

Tal y como se recoge en el Plan de Integración de la Comunidad de Madrid 2009-2012, en las últimas décadas, España comienza a ser un país receptor de personas inmigrantes desarrollándose así como una sociedad diversa culturalmente que afronta el reto de conseguir la plena integración entre las comunidades de inmigrantes y las comunidades de acogida.

Esta llegada de inmigrantes a España hace más evidente la necesidad de replantearse el funcionamiento de los servicios asistenciales, adaptándolos a esta diversidad demográfica y apareciendo nuevos retos, tareas y dificultades para los profesionales.

El II Plan Madrid de Convivencia Social e Intercultural 2009-2012 recoge cómo estos cambios afectan tanto a la población receptora como a la población inmigrante que llega a un país, en el cual no conoce el idioma y tiene que intentar adaptar su cultura a la cultura del país receptor en la mayoría de los casos, porque, aunque su cultura sea respetada, en ocasiones debe renunciar a ella por considerarse inapropiado en la cultura occidental.

El sistema de salud español viene adaptándose poco a poco a la nueva presencia de grupos étnicos o culturales diversos cada vez más integrados en los dispositivos asistenciales sanitarios, ya que el volumen de población inmigrante que acude a diario a dichos dispositivos va aumentando cada día, obligando así a actualizar el modo de intervención con este colectivo (Seoane Pascual L. y Portero P, 2006).

Como cualquier ciudadano cuando acude al hospital, el inmigrante debe recibir una atención sanitaria de calidad; sin embargo, no siempre es fácil poder suministrarla, ya que existen barreras que dificultan esta labor, como el idioma, el desconocimiento del sistema sanitario, las desigualdades de género y las distintas percepciones acerca de la enfermedad que pueden poner en peligro la evaluación médica y el tratamiento al diagnóstico.

La asistencia médica que reciben los inmigrantes en España es, en general, de una elevada calidad, pero lo más importante para atender correctamente a estos pacientes, además de tener en cuenta los aspectos médico-sanitarios, también se han de tener en cuenta aspectos socioeconómicos y culturales, ya que la población inmigrante que acude a nuestro país generalmente viene en situaciones muy precarias.

<sup>1</sup> Trabajadoras Sociales del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.

En esta situación, es muy importante que el inmigrante reciba una correcta atención en sus primeras etapas de vida en un mundo desconocido al que debe integrarse, un mundo que a la vez debe adaptarse a una realidad que cambia a marchas forzadas.

Estos factores que dificultan la integración del inmigrante en el sistema sanitario pueden paliarse cuando existe una intervención social destinada a dar protección al inmigrante.

Esta intervención es realizada por el trabajador social, el cual conoce recursos sociosanitarios, que facilitan la participación de los propios inmigrantes en el Sistema Público de Salud.

Además, hay que señalar que no todos los inmigrantes provienen del mismo país de origen y, por lo tanto, también entre ellos hay diversidad de culturas que el equipo socio sanitario debería conocer para saber abordar cada situación y la posible problemática que más tarde presente.

En el caso de menores, la intervención ha de ser más preventiva si cabe, puesto que es un colectivo más vulnerable y que requiere mayor atención.

El trabajo social sigue siendo una disciplina posibilitadora de cambios sociales y los profesionales somos imprescindibles en la construcción de comunidades más integradas. Hoy más que nunca y, ante esta realidad a la que nos vemos sujetos, es de vital importancia nuestro papel como mediadores, agentes de cambio y detección de posibles conflictos que puedan surgir.

## A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Presentamos dos casos en los que la trabajadora social tuvo un papel crucial dentro del equipo médico a la hora de valorar lo que se puede considerar meramente cultural, y lo que podría considerarse una situación de desamparo; entendido éste como incumplimiento, imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la [guarda](#) de los menores de edad, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material (código civil art 172).

Se presentan dos casos de similares características: dos menores de origen chino con quemaduras de diferente gravedad, en los que los padres, habiendo sido informados del tratamiento a seguir, expresan su deseo de llevarse a las menores de alta voluntaria para ser tratadas mediante la medicina tradicional china.

El primer caso, es una menor de 18 meses con quemaduras de 2º grado en un 20 % del cuerpo, localizadas en cara, cuello y torso superior, que permanece ingresada en la unidad de cuidados intensivos pediátricos ante el riesgo de complicaciones dada la extensión de las quemaduras.

En el segundo caso, la menor tenía 2 años con quemaduras de 1º y 2º grado en un 4,5% de su cuerpo, localizadas en brazo y pie, que permanece ingresada en planta de hospitalización.

En ambos casos, el equipo médico requiere la presencia de la trabajadora social dadas las dificultades con el idioma, y la negativa de los padres desde el primer momento al tratamiento quirúrgico.

En el primer caso, una vez evaluadas las heridas, se decide explicar a los padres la necesidad de intervenir a la menor para retirar la piel quemada y proceder a un injerto desde la piel del muslo, ya que las quemaduras eran muy profundas y corrían el riesgo de infectarse y provocar una infección generalizada muy peligrosa para la menor. Los padres, al explicarles los médicos el proceso, solicitan el alta voluntaria para llevársela a China y ser tratada allí sin cirugía.

El equipo médico avisa a la trabajadora social ante el conflicto, la cual solicita un intérprete oficial para explicar a los padres en su idioma el tratamiento a seguir, y así asegurar que la negativa al mismo y la conflictividad inherente no se debe a una falta de entendimiento sino al desacuerdo con el tratamiento.

En el segundo caso, la menor precisaba curas en quirófano y un injerto para reducir el tamaño de la cicatriz. Así se les explica a los padres, los cuales solicitan el alta voluntaria para tratarla en domicilio mediante la medicina tradicional china. Al igual que en el otro caso, se avisa a la trabajadora social como mediadora del conflicto, la cual, lo primero que hace es solicitar intérprete para asegurar que los padres comprenden el tratamiento de la menor y los posibles riesgos de no tratarla.

La trabajadora social en ambos casos solicitó un servicio de intérprete, para garantizar a los padres el derecho a comprender el proceso en el que están inmersos (capacitándoles así para proteger a los menores), y el de los niños a recibir el mejor tratamiento posible.

En el caso de la menor de 18 meses, se mantuvo una reunión con los intensivistas, los cirujanos plásticos, la trabajadora social y el intérprete, donde se les explicó el riesgo de no intervenir a la menor por el riesgo de infecciones, y a largo plazo, la posibilidad de que quedaran cicatrices en cara, cuello y torso superior.

Los padres no deseaban someter a la menor a intervenciones quirúrgicas, sin embargo se les explicó que no existía una solución intermedia sin cirugía. La menor estaba en una situación muy grave, pero no de riesgo vital inmediato (caso en el cual se le podría intervenir sin consentimiento de los padres) por lo que se precisaba de su autorización para la intervención.

Ante las reiteradas negativas de los padres, se les informa de que podrían poner en riesgo la vida de la menor, ya que el no limpiar las heridas provocaría una infección muy grave; por lo que nos veíamos en la obligación de informar al juzgado de la situación.

Se mandó informe social y médico al juzgado de guardia explicando la situación clínica y social, el cual decidió otorgar la tutela médico-quirúrgica al centro médico hasta que se produjera el alta hospitalaria.

Una vez recibida la contestación del juzgado, se volvió a reunir a los padres con el intérprete y se les explicó la decisión tomada, al igual que la posibilidad de recurrir dicha decisión judicial. La trabajadora social volvió a explicar a los padres, junto con el equipo médico, los pormenores del tratamiento, los riesgos de no operarla, y la conveniencia de seguir las indicaciones médicas; sin embargo, los padres siguen negando cualquier tipo de intervención.

En el caso de la menor de 2 años, el cirujano plástico explicó el proceso a los padres, los cuales habían estado ya en su pediatra de zona y en el Hospital 12 de Octubre y habían acudido a este centro buscando una solución alternativa a la cirugía.



El cirujano, junto con la trabajadora social, explicó a los padres que no existía posibilidad no quirúrgica, y que dicho tratamiento estaba orientado a paliar las posibles cicatrices, ya que las heridas no eran tan graves como para infectarse, por lo que la prescripción médica estaba orientada a un tratamiento paliativo, no curativo. Los padres entendieron el proceso, pero decidieron llevarse a la menor de alta voluntaria. La trabajadora social les explicó lo que suponía un alta voluntaria, y que una copia sería enviada a la fiscalía de menores (procedimiento habitual en todos los casos de alta voluntaria), por lo que les llamarían para explicar su decisión. Los padres lo comprenden, pero deciden no someter a la menor a una intervención quirúrgica por un motivo estético.

Los padres se marchan con la menor, con las pautas de cuidado y con la posibilidad de volver en caso de que decidan tratarla.

En el primer caso tras varias operaciones la familia relaja su actitud ante el personal médico y muestran confianza en el tratamiento, puesto que la menor mejora en pocos días y las heridas se curan sin complicaciones.

Al alta, el equipo médico explica a los padres la manera de hacerle las curas, los cuidados específicos y las revisiones. De igual manera, la trabajadora social explica a los padres que se enviará el informe de alta al juzgado para que cesara la medida.

Los padres, al alta, acudieron a las revisiones pautadas de manera adecuada, dando a la menor los cuidados que precisaba.

En ambos casos, la trabajadora social entrevistó varias veces a los padres para tranquilizarles, asegurarse de qué entendían que las medidas que se estaban tomando eran por el bien de la menor y explicarles junto a los médicos la mejoría experimentada por las pacientes.

La función de la trabajadora social fue mediar entre las partes, puesto que, según la explicación de los médicos, los padres consideraron excesivamente agresivo quitar piel del muslo de la menor e injertarlo en la zona quemada. En este sentido la trabajadora social dio a la intervención un enfoque “transcultural”, orientando al resto de profesionales sobre el hecho de lo que para la población occidental es un tratamiento rutinario (retirar piel de una parte del cuerpo para colocarla en otro), para otras culturas, con conceptos y costumbres diferentes, es algo impensable.

El trabajo social, en estas intervenciones, tuvo como objetivo facilitar una interpretación diferente a los problemas planteados por la familia, ya que entendiendo el componente cultural, se puede crear una alianza con la familia al sentirse comprendido, y por lo tanto, facilitar el proceso, ya que el fin último es la protección del menor y la garantía de sus cuidados.

En estos dos casos la situación es similar, dos familias de origen chino cuyas hijas presentan quemaduras que precisan de intervención quirúrgica para su tratamiento, y en ambos casos los padres desean que las menores sean tratadas mediante la medicina tradicional china; sin embargo, en el primer caso, el componente cultural suponía una desprotección de la menor, por lo que al amparo de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del menor en su artículo 2 (interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir) y artículo 11 (prevención de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal; la objetividad, imparcialidad y seguridad

jurídica en la actuación protectora garantizando el carácter colegiado e interdisciplinar en la adopción de medidas) se procedió a tomar la decisión que mejor protegiera los intereses de la menor.

## CONCLUSIONES

Tras la exposición de estos dos casos se plantea que la necesaria incorporación de la perspectiva multicultural en la asistencia sociosanitaria debe afrontar diversos aspectos:

### **Obligación de formación continua en nuevos contextos multiculturales.**

La rapidez de los cambios que se producen en las actuales sociedades crea la necesidad de dotar a los profesionales del ámbito sanitario de formación continua que les permita adecuar las actuaciones.

De esta manera, no solo será necesario la instrumentalización de cursos formativos para el profesional, sino que desde las escuelas universitarias se habrá de dotar a los futuros profesionales de las herramientas adecuadas para reconocer y afrontar los cambios y las necesidades de reciclaje profesional que llevan asociadas.

### **Adaptación de la burocracia sanitaria (universalizar la asistencia, simplificar trámites, etc.).**

El Trabajador Social se encargará de garantizar el acceso de todos los ciudadanos al sistema sanitario, intentando dar respuesta a las necesidades generales y específicas, informando de la disponibilidad de los servicios sanitarios, haciendo seguimiento de los casos para ver evolución y posibles necesidades, gestionando el servicio de traducción de intérpretes (la barrera idiomática es una de los principales problemas y desventajas), etc.

### **Trabajo Social preventivo.**

El Trabajador Social facilita al resto de profesionales la visión de la sociedad multicultural en la que nos encontramos y las necesidades que conlleva, lo que contribuye a que en sus atenciones tengan en cuenta dichos aspectos y evita malentendidos fruto del desconocimiento.

Si además de servir de vínculo entre la atención sanitaria y la multiculturalidad, el trabajador social contribuye a articular un acceso a la sanidad al alcance de todos, contribuiremos a que los pacientes y sus familias se acerquen a los recursos sanitarios desde la confianza, a utilizarlos para evitar la aparición de la enfermedad y no sólo en los momentos agudos, cuando es más fácil que aparezcan tensiones con el personal difíciles de reorientar.

### **Coordinación institucional y seguimiento de actuaciones: Trabajo en red.**

Si asumimos que la atención sanitaria es en muchas ocasiones reflejo y primer punto de atención de las dificultades de los pacientes y sus familias en las comunidades en las que conviven, que dentro del sistema sanitario articulemos mecanismos de atención a la multiculturalidad de poco valdrá si no somos capaces de relacionarnos de forma eficaz con todos aquellos recursos de atención que tomarán el relevo de las atenciones que podamos proporcionar.

## Participar en estudios y programas multiprofesionales de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Las dificultades de acceso y atención por las que en ocasiones los inmigrantes pasan a necesitar la asistencia sanitaria, o la simple percepción de que estas se van a dar, ya sea por experiencias propias anteriores o de otras personas de su comunidad, hace que con cierta frecuencia sólo acudan a los centros sanitarios en casos de gravedad en los que el personal sanitario percibe negligencia en la atención de la salud y los inmigrantes rechazo por haber intentado evitar lo que percibían como una amenaza.

La única forma viable de solucionar estas dificultades es que los programas de promoción de la salud se amplíen lo suficiente como para que toda la comunidad en la que se desarrollen tenga la oportunidad de participar.

No se trata tanto de crear programas específicos para inmigrantes, sino de hacerlos inclusivos para todos, de manera que permitan lograr tanto sus objetivos respecto a la salud, como que también puedan ser un punto de conocimiento del sistema sanitario y de relación de todos los actores de una comunidad.

## Vincular y movilizar a la comunidad.

La atención sanitaria debe aspirar a convertirse en un actor más de las comunidades en las que desarrolla su actividad, solo de esta manera lograremos que todos, ciudadanos y profesionales, nos conozcamos lo suficiente como para que los problemas que puedan surgir en nuestra relación tengan las condiciones suficientes para su resolución desde mucho antes de que aparezcan.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO A.; HUERGA H. y MORERA J. (2003). Guía de atención al inmigrante. Madrid, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- ALONSO E. (2002). Gestión de la diversidad cultural en atención primaria. Madrid, Cuadernos de gestión; 8: 49-53.
- BADA E, et al. (2002) Programas de salud comunitaria para comunidades de inmigrantes. En: GARAY J.; FERNÁNDEZ C.; GARCÍA M. A. La Atención Primaria de salud ante la población inmigrante. Madrid, Fundación CEMS.
- DIAZ, M. (2003). Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la integración. Cuadernos técnicos de Servicios Sociales. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- FARIAS, P. (2001). Manual de Atención Primaria a población inmigrante. Madrid, Artur S.A.
- GARAY J.; FERNÁNDEZ, C.; GARCÍA, M. A. (2002). La Atención Primaria de salud ante la población inmigrante. Madrid, Fundación CEMS.
- GIMENEZ, C. (2003) ¿Qué es la Inmigración? Madrid, Colección Integral de RBA Editores.
- PORTERO, P. y MATTIEU, G. (dir.) (2004) Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 91. Madrid, Instituto de Salud Pública Consejería de Sanidad y Consumo.

SANZ, B.; CASTILLO, S.; MONTOYA, P.; ROS, M. y BADA, E. (2003). La salud de la Población inmigrante. En MAZARRASA-GERMAN-SÁNCHEZ, M. Salud Pública y Enfermería Comunitarias 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana. p 1635-1664.

SEOANE PASCUAL, L. y PORTERO, P. (2006). Actitudes y demandas de los profesionales de la salud hacia la atención sanitaria de los inmigrantes. Madrid, Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Plan de Integración de la Comunidad de Madrid 2009-2012. Consejería de Inmigración y Cooperación de la Comunidad de Madrid.

II Plan Madrid de Convivencia Social e Intercultural 2009-2012. Dirección General de Inmigración y Cooperación al Desarrollo. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Ley 6/95, de 28 de marzo, de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia de la Comunidad de Madrid.

## RECONOCIENDO LA NECESIDAD DEL TRABAJO SOCIAL EN A.I.E.

Tatiana Romero García

*Trabajadora Social*

### ÍNDICE DE CONTENIDOS

0.- INTRODUCCIÓN.

1.- ¿QUÉ ES AIE? ORIGEN Y FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA.

2.- COMPROMISOS, MISIÓN y VALORES:

2.1.- Compromisos.

2.2.- Objetivos.

2.3.- Valores.

3.- POBLACIÓN DESTINATARIA: CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES.

4.- EL TRABAJO SOCIAL EN AIE:

4.1.- Origen y trayectoria: antes del Trabajo Social en AIE.

4.2.- Germen del Trabajo Social en AIE: valores imperantes y necesidad de un trabajador social.

4.3.- Situación actual del Trabajo Social en AIE: departamento de Fondo Asistencial y cultural.

5.- APORTACIONES DEL TRABAJO SOCIAL A LA EMPRESA:

5.1.- Metodología, instrumentos y técnicas.

6.- CONCLUSIONES.

7.- BIBLIOGRAFÍA.3

8.- Anexos:

Modelos de informe social, baremo, cuestionario de valoración...

Programas de aienruta artistas...

### 0.- INTRODUCCIÓN

Esta comunicación se enmarca en el contexto del Trabajo Social de empresa, desarrollado en particular por la entidad AIE: se trata de una sociedad colectiva, solidaria y democrática sin ánimo de lucro que gestiona y defiende los derechos de los **músicos**.

A través de esta comunicación pretendo trazar el recorrido de dicha entidad, señalando brevemente su evolución y compromisos, destacando los aspectos clave que han dado origen a la presencia del trabajador social como figura técnica esencial y específica.

Se trata de ofrecer una reflexión sobre aquellos elementos propios del Trabajo Social que ponen en valor la presencia de un profesional de la intervención social en el contexto empresarial, identificando los beneficios y aportaciones.

Se abordarán también aspectos metodológicos que caracterizan la intervención social que se realiza en el ámbito de la A.I.E. destacando: principios y valores que orientan la intervención, población destinataria, servicios y prestaciones propios, proyectos socio-culturales, naturaleza y papel del trabajador social en la entidad.

## 1.- ¿QUÉ ES AIE? 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 músicos<sup>1</sup>.

Centra sus actuaciones en el colectivo de los músicos, entendiendo que se trata de un colectivo con especiales características que los hacen vulnerables ante determinadas circunstancias, ya que en general, se constata una depreciación de la imagen del músico por parte de la sociedad.

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, contenida en el Texto Refundido de la LPI, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/96 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.

## 2.- COMPROMISOS Y MISIÓN<sup>2</sup>

**2.1.- 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 (becas, seminarios, locales, conciertos...) que permite a los jóvenes artistas intérpretes y ejecutantes iniciar y consolidar sus carreras musicales en condiciones más favorables. Complementariamente, AIE, también a través de su Fondo Asistencial, dispone de un conjunto de programas de apoyo y asistencia a nuestros artistas mayores.

**2.2.- Objetivos:** Los objetivos que persigue AIE como Sociedad de Gestión de los Artistas Intérpretes o Ejecutantes son los siguientes<sup>3</sup>:

<sup>1</sup> <http://www.aie.es/conozcaaie/quienes-somos/quienes-somos>.

<sup>2</sup> <http://www.aie.es/conozcaaie/quienes-somos/nuestros-compromisos>.

<sup>3</sup> <http://www.aie.es/conozcaaie/nuestros-valores/nuestros-objetivos>.

**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.

**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.

**2.3.- Valores**<sup>4</sup>: El modelo estratégico y de gestión de AIE se sustenta en cuatro principios: **Honestidad, Transparencia, Eficacia y Compromiso**, todos ellos orientados por la Solidaridad.

### 3.- POBLACIÓN DESTINATARIA: CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DEL COLECTIVO DE MÚSICOS<sup>5</sup>

Como en cualquier otro ámbito de intervención, el conocimiento profundo de la realidad del colectivo de los músicos nos permite lograr un mayor acercamiento a sus necesidades sociales, y con ello adecuar los recursos existentes, diseñando intervenciones ajustadas, realistas, integrales y eficaces.

En su interés por conocer de forma profunda y objetiva la situación del colectivo de músicos en nuestra sociedad, en el año 2009, se encargó la realización de un importante estudio sociológico cuyas conclusiones se presentan a continuación:

#### A.- Aspecto socio-demográfico del colectivo:

- \*\* Grupos de edad predominantes: menores de 30 años, y entre 35 y 54 años.
- \*\* Principalmente hombres.
- \*\* Fuerte concentración territorial en Madrid y Cataluña.
- \*\* Nivel formativo superior a la población en general: formación universitaria superior y alto nivel formativo musical.

#### B.- Aspectos laborales-profesionales:

- \*\* Itinerario profesional irregular: alternándose etapas de mayor actividad con abandonos temporales de la profesión.
- \*\* Desempeño de su actividad de forma irregular: esta irregularidad es una característica de todo el sector (salas), falta de coberturas. Desapego por temas burocráticos y legales: desconocimiento de la importancia de la cobertura de la Seguridad Social.
- \*\* Compatibilización con actividades profesionales complementarias: principalmente docencia.

<sup>4</sup> Vvaa 2009.

<sup>5</sup> CIMEC 2009.



\*\* En general se observa una gran inestabilidad e inseguridad en sus ingresos, siendo necesario compaginar su labor como músico con otras actividades para completar ingresos. Así mismo desde hace años, se constatan problemas estructurales del sector de la música que repercuten en el reconocimiento de la profesión.

### C.- Imagen social del músico:

En general se observa un gran desconocimiento de la vida del colectivo, que se ha ido construyendo desde una perspectiva muy polarizada: por un lado la imagen mitificada del músico caprichoso, alternativo, bohemio... con un estilo de vida vinculado a excesos. Por otro lado, la imagen de artistas prestigiosos de larga trayectoria y grandes éxitos, con un mayor atractivo social, potenciado por la imagen comercial y atractiva que se difunde en los medios de comunicación.

Ambas imágenes contribuyen a alimentar una serie de estereotipos y prejuicios sobre el colectivo que no se ajustan a la realidad y contribuyen a la depreciación de la imagen social del músico.

### D.- Principales dificultades del colectivo:

- a) Falta de profesionalización: necesidad de mayor regularización y legislación. Se hace evidente la necesidad de una ley de la música que regule y defina la profesión y su ejercicio. Carencia de mayor información sobre su especificidad y mayor regulación de todo el sector.
- b) Ausencia de asociacionismo: atomización del sector. Dificultad para nuclearse y actuar como colectivo. Falta de organización para representar adecuadamente sus intereses, necesidades y demandas.
- c) Desvalorización general de la profesión: desprestigio, deterioro de su imagen.

Desde nuestra perspectiva como trabajadores sociales, destacamos a continuación una serie de **aspectos que condicionan la intervención social**, exigiendo que ajustemos nuestra metodología:

- \*\* Situación laboral inestable: ingresos variables, irregularidad en las cotizaciones, lo cual dificulta el acceso a prestaciones (INEM/pensiones).
- \*\* Falta de previsión y coberturas: como se describía anteriormente la carrera musical suele atravesar diferentes fases de mayor actividad y de abandonos, lo que expone a una situación de gran vulnerabilidad.
- \*\* Desapego y desconocimiento de aspectos burocráticos y legales: esto genera mayor resistencia y dificultad para acreditar documentalmente su situación, de cara a tramitar prestaciones.
- \*\* Estilo de vida construido en torno a una gran movilidad e inestabilidad: improvisación para resolver el "aquí y ahora". Ante todo son músicos/artistas, su percepción del éxito dificulta el reconocimiento de su situación de dificultad.

## 4.- EL TRABAJO SOCIAL EN AIE:

### 4.1.- Origen y trayectoria: antes del trabajo social en AIE<sup>6</sup>

Desde el primer momento de la puesta en marcha de AIE siempre existió un firme compromiso solidario hacia el resto de músicos, compañeros de profesión que se encontrasen en situación de dificultad. Hubo un rápido consenso a la hora de decidir dedicar parte de los fondos que se recaudasen a atender las situaciones de necesidad de los socios.

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 verdadero espacio profesional de intervención.

Esta necesidad también fue corroborada por los miembros de la Comisión de Fondo Asistencial, quienes materializaron todas estas expectativas en la figura del trabajador social, por lo que desde el año 2007 se contó con la figura profesional del Trabajador Social, 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 tecnicizadas 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:

- \*\* Información, orientación y asesoramiento.
- \*\* Derivación y coordinación con recursos públicos y/o privados.
- \*\* Diseño y puesta en marcha de proyectos sociales.
- \*\* Creación y actualización de una guía de recursos sociales.
- \*\* Colaboración y apoyo a otras entidades en sus proyectos socio-culturales.

Estos aspectos los veremos con más detalle cuando se aborde el apartado del Fondo Social y Asistencial, por ser este el departamento desde el que se articulan estos y otros servicios para los socios.

---

<sup>6</sup> VVAA 1996

#### 4.2.- GERMEN DEL TRABAJO SOCIAL EN AIE: valores imperantes y necesidad de un Trabajador Social

A lo largo de la evolución de AIE como entidad, identificamos una serie de hitos y circunstancias que han favorecido la presencia y arraigo de la figura del trabajador social como un miembro más de la plantilla. Podríamos establecer cierto paralelismo con la evolución histórica del trabajo social, ya que en AIE al igual que las diferentes sociedades, se ha tratado de dar respuesta a las situaciones de exclusión que se daban en su seno. Las respuestas diseñadas son un reflejo de los valores imperantes en cada momento, así como de la cultura predominante, situación política, económica, etc. Por ello en un inicio, las alternativas que se ofrecían eran de carácter paliativo y asistencialista, evolucionando progresivamente hacia respuestas integrales y con mayor grado de tecnificación.

A continuación realizaremos una reflexión sobre aquellos aspectos que han favorecido la consolidación y evolución de la profesión dentro de AIE:

Un aspecto fundamental es el interés por ofrecer una respuesta de **calidad** a las situaciones de vulnerabilidad, siendo siempre exigentes con los procesos, estableciendo vías de mejora continuas para ofrecer una atención individualizada y de carácter integral.

De entre los elementos que han caracterizado la presencia y evolución del trabajo social cabe mencionar también el interés por convertir la entidad en la “casa de los músicos”, en su “Colegio Profesional” de modo que encuentren en él la respuesta a las diversas circunstancias que puedan afectarles a nivel jurídico, social, participativo, formativo...

Como explicábamos con anterioridad, la propia esencia de la entidad se sustenta en la solidaridad entre los socios, desde la cual se responde a aquellas peticiones de ayuda de los miembros más desfavorecidos. La **estructura y funcionamiento**<sup>7</sup> de la entidad ha ido adaptándose para responder con mayor **agilidad** a las peticiones de ayuda, creándose recursos propios y diversificando las ayudas prestadas con la finalidad de responder a un amplio perfil de situaciones de necesidad.

Ante todas estas condicionantes, el trabajador social debe posicionarse desde una **perspectiva integral y objetiva** que le permita comprender el conjunto de aspectos que configuran la situación problema, ya que de este modo se logra una **planificación** más eficaz, eficiente y de calidad.

A continuación describiremos brevemente las diferentes líneas de actuación que se vienen desarrollando desde el departamento de Fondo Asistencial y Cultural.

#### 4.3.- Situación actual del Trabajo Social en AIE: departamento de fondo Asistencial y Cultural<sup>8</sup>

En este departamento se entronca toda la actividad del trabajador social dentro de la entidad, ya que desde aquí se diseñan y se ponen en marcha todas las iniciativas y actividades de Asistencia, Formación y Promoción de la Música. Se trata de un departamento consolidado que ve fortalecido año a año su alcance y repercusión. Los proyectos iniciados en años anteriores se consolidan aumentando su

<sup>7</sup> VVAA 2006.

<sup>8</sup> VVAA 1996.

proyección, surgiendo además nuevas iniciativas y mejoras, con el fin de diversificar la labor de apoyo a la música de AIE.

Todas las actividades realizadas por el Fondo Asistencial y Cultural se financian con un porcentaje de la recaudación anual, distribuido en el 20% de los ingresos provenientes de la recaudación por Copia Privada, en cumplimiento de las disposiciones legales, y del 10% de los fondos generados por la recaudación de la Comunicación Pública y del Alquiler, de acuerdo con la voluntad de los socios reflejada en los Estatutos. Sus actividades se agrupan en tres líneas de actuación<sup>9</sup>:

- I.- Actividades de carácter social y asistencial.
- II.- Proyectos educativos y de formación.
- III.- Actividades de carácter promocional en favor de la música.

**I.- ACTIVIDADES DE CARÁCTER SOCIAL Y ASISTENCIAL:** El colectivo formado por los Socios de AIE sigue caracterizándose por su vulnerabilidad ante la falta de coberturas sociales adecuadas. Por este motivo el Área Asistencial es uno de los aspectos fundamentales del Fondo Asistencial y Cultural, al que dedican unos recursos cada vez más importantes cada año, y cuyas actuaciones se materializan en:

**Ayudas económicas:** destinadas a cubrir casos perentorios de los socios y a colaborar con asociaciones benéficas.

**Servicio de Información, orientación y asesoramiento** sobre derechos y recursos sociales. A través de este servicio se ofrece:

- Información sobre derechos y recursos.
- Valoración individualizada.
- Orientación.
- Asesoramiento y apoyo.
- Acompañamiento social.
- Intervención social.

**Seguro colectivo de accidentes y asistencia en viajes** que dan coberturas a contingencias frecuentes en la actividad profesional de los músicos.

**Actividades de carácter social:** apoyo a asociaciones profesionales, para la mejora de la situación laboral de los músicos. Uno de los aspectos profesionales de los músicos que más preocupan a la Sociedad de Artistas es la carencia de previsión social que, de manera endémica, sufre este colectivo.

**Guía de recursos sociales:** publicada en la web de AIE como herramienta de consulta para los socios, ofreciendo información sobre la red de Servicios Sociales Públicos y Privados. En esta guía se presta la siguiente información: Diccionario de recursos sociales, enlaces a páginas web pertenecientes a entidades de interés, teléfonos y direcciones de contacto en materia de

<sup>9</sup> <http://www.aie.es/conozcaie/defender-derechos/asistencia-a-nuestros-socios>.

Servicios Sociales y marco legislativo. La información que se facilita en esta guía es orientativa y deber ser verificada y constatada de forma independiente con el organismo o entidad correspondiente de quien dependa el recurso de interés.

**Otras actividades de carácter social:** AIE ha colaborado con asociaciones cuyas actividades están enfocadas a la mejora de las condiciones sociales de los músicos en distintas comunidades, como AMPE (Asociación de Músicos Profesionales de España), AMPOS (Asociación de Músicos Profesionales Orquestas Sinfónicas), la Unió de Músics de Catalunya, Músicos Ao Vivo y el Círculo Musical Recreativo entre otras.

**II.- PROYECTOS EDUCATIVOS Y DE FORMACIÓN:** Se materializan en:

**Becas de formación o ampliación de estudios musicales y de alta especialización de AIE:** Esta convocatoria está destinada a todo tipo de estudios musicales tanto en España como en el extranjero, y responde al objetivo del Fondo Asistencial y Cultural de apoyar y fomentar la formación musical en sus distintas modalidades.

**Seminarios.**

**Lecciones magistrales AIE.**

**III.- ACTIVIDADES DE CARÁCTER PROMOCIONAL A FAVOR DE LA MÚSICA:** Consisten en la organización de los ciclos anuales creados por la propia Sociedad para promocionar, difundir y fomentar la música en sus más diversas manifestaciones, como **AIEnRUTa-Artistas, AIEnRUTa-Clásicos, AIEnRUTa-Flamencos, AIEnRUTa-Latinos, UNIVERSIJAZZ ALCALÁ, LOS PREMIOS DE LA MÚSICA, el INTERCAMBIO CON EL INSTITUTO CERVANTES** (ver en anexos programas de estos ciclos musicales).

Otras fórmulas para la promoción de la música consiste en la colaboración con otras entidades y proyectos, cesión de instalaciones, etc.

## 5.- APORTACIONES DEL TRABAJO SOCIAL A LA EMPRESA

- ✓ Atención profesionalizada, rigurosa y específica: con la aportación del trabajador social se evoluciona para superar intervenciones paternalistas.
- ✓ Sistematización de las intervenciones: respuestas fundamentadas en una metodología, aplicando instrumentos y técnicas específicas a cada situación.
- ✓ Ofrece respuestas de carácter integral: se aborda la problemática multicausal y multifactorial buscando la superación de las circunstancias que han dado origen a las situaciones de vulnerabilidad.
- ✓ Habilidades de comunicación y coordinación interinstitucional para lograr optimizar todos ellos.
- ✓ Difusión de los recursos públicos y privados existentes en el contexto de cada usuario, haciéndolos mas accesibles y promoviendo el contacto normalizado con la red de Servicios Sociales Municipales que le corresponda. Además el trabajador social como parte de su gestión profesional debe tener un conocimiento amplio y detallado del repertorio de **recursos** existentes en su entorno inmediato. Se trata de identificar asociaciones, entidades, empresas y todo aquel

recurso susceptible de ser utilizado en nuestra intervención. No debe restringirse únicamente a entidades de carácter social, ya que dado el carácter integral de nuestras actuaciones a menudo es necesario cubrir otras áreas como formación, ocio, convivencia y participación, salud, empleo...

- ✓ Optimización de recursos: el trabajador social trabaja desde la perspectiva de la escasez de recursos y la proliferación de las necesidades, por lo que se siguen criterios que evitan la duplicidad en la aplicación de los recursos.
- ✓ Dentro de este apartado, resulta imprescindible hacer una especial referencia al valor que aporta el **componente ideológico** de nuestra profesión, que comprende los valores y principios que deben estar siempre presentes en nuestras actuaciones profesionales y que queda recogido en el Código Deontológico de la Profesión. Estos **valores y principios** son el marco de referencia para nuestras actuaciones, por lo que se ponen de manifiesto con la práctica profesional. Orientan la intervención hacia ideales humanos como la igualdad, respeto y dignidad reconocidos a todas las personas. Algunos de los valores imperantes en nuestra gestión serían: *Coherencia, Veracidad, Respeto, Dignidad, Solidaridad, Objetividad, Individualización, No juicio, No discriminación, Integralidad, Participación, Eficacia- eficiencia, Confidencialidad, Autodeterminación.*

A la luz de estas premisas, entendemos que el trabajador social debe integrarse en la estructura del sistema, participando plenamente en la gestión de los programas, recursos, servicios, prestaciones y actividades que lo integran, aportando además su capacidad de coordinación con otras entidades y sistemas afines, de modo que se garantice la continuidad y coherencia de las intervenciones.

**Funciones**<sup>10</sup>: Como sabemos, el trabajo social es una profesión versátil, que se construye socialmente y evoluciona de la mano de las necesidades emergentes. Por todo ello, el trabajador social puede asumir una multiplicidad de funciones, que aparecen recogidas en nuestro Código Deontológico y que tienen su plasmación en el trabajo diario en AIE: asistencia, información, coordinación, evaluación, supervisión, mediación, investigación, promoción, prevención, planificación... entre otras.

## 5.1.- METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

Desde este apartado se pretende hacer referencia a aquellos aspectos con un matiz eminentemente práctico, que tienen que ver con el "saber hacer" del profesional y que incluye elementos como: *metodología, instrumentos y técnicas* aplicadas por el trabajador social en su proceso de intervención. En este apartado tiene especial importancia la definición del proceso de *planificación de la intervención*, ya que es este elemento, la planificación, lo que nos aleja de intervenciones arbitrarias y nos acerca a una intervención rigurosa y eficaz.

La atención a los usuarios se realiza de forma personalizada. La **metodología** que se aplica es activa y participativa, fomentando que los usuarios sean los protagonistas de sus propios procesos de cambio. Una vez realizado el diagnóstico de necesidades se realiza un proyecto individualizado de intervención, identificando aquellas áreas sobre las que tenemos posibilidad de intervenir (dadas las particularidades del recurso desde el que nos ubicamos). Se ofrece en cada caso aquella información, orientación y asesoramiento que ponga a los usuarios en contacto con aquellos recursos públicos y privados que más pueden ajustarse a su situación de necesidad. La metodología además contempla la importancia de la

<sup>10</sup> Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social.

evaluación continua de todos los procesos que se realizan, por ello el seguimiento de los casos es parte fundamental de la intervención. Con todo esto se logra dinamizar las situaciones problema y generar sinergias en los destinatarios de nuestra intervención.

Para poner en marcha esta metodología, el trabajador social se apoya en una serie de **instrumentos y herramientas** que se adaptan a la naturaleza de las ayudas que se gestionan en AIE y al perfil de los destinatarios de las mismas. La presencia del trabajador social ha permitido una sistematización de las intervenciones, aportando la oportuna valoración social de cada caso a través de Informes Sociales, Historias Sociales y Proyectos de Intervención Social.

Las principales **técnicas** con las que poner en marcha la metodología antes descrita son:

La entrevista: en todas sus variantes: estructurada, semi estructurada o abierta. Y en todos sus momentos: inicial, de seguimiento o de cierre, como elemento fundamental para construir una adecuada relación profesional.

Técnicas de relación: acogida, empatía, transferencia, lenguaje no verbal...

La observación: participante o no.

Las habilidades de comunicación: el manejo de la asertividad, escucha activa.

La mediación: como técnica de resolución de conflictos.

La visita domiciliaria: como momento privilegiado para acercarnos a la realidad social, conjugando en un único momento el uso de diferentes técnicas (observación, entrevista, ...). Esencial como elemento valorativo.

La reunión: en sus diferentes formatos.

## 6.- CONCLUSIONES

Aunque el camino recorrido por el trabajo social en AIE ha sido muy fructífero, aún queda mucho por andar, trataré de aportar reflexiones personales sobre mi manera de concebir y vivir esta vocación mía que es la intervención social, tratando de plasmar la esencia y sensibilidad que deben estar presentes en las diferentes actuaciones propias del trabajo social.

El trabajo social se concibe como una disciplina de las Ciencias Sociales orientada al cambio y a la superación de situaciones problema, independientemente del contexto desde el que actúe. El trabajador social debe ser ese profesional de referencia que desde la proximidad sea capaz de crear espacios donde las personas puedan expresar y ahondar en sus dificultades y necesidades sintiéndose escuchados y acompañados, con una actitud exenta de juicio que les permita reconducir su situación y prevenir un mayor deterioro.

El trabajador social acompaña a la persona en su proceso de recuperación/reinserción sin sustituirla. Ofrece apoyos en forma de proyecto individualizado, devolviendo a las personas el protagonismo.



Un trabajador brinda "luz y calor" con su actuación profesional y rigurosa, mostrando alternativas y acompañando en la toma de decisiones. También es labor del trabajador social dejar crecer a cada individuo según sus potencialidades, y llegado el momento, promover su plena autonomía respecto al apoyo institucional prestado durante la intervención.

El ejemplo vivido en AIE nos permite constatar que en la actualidad la profesión sigue consolidándose de la mano de los cambios sociales, la figura del trabajador social se afianza con mayor rotundidad en los diferentes ámbitos de la intervención social: individual, familiar, grupal y comunitario. Además aparece presente en los equipos profesionales de los diferentes sistemas de protección social: sistema educativo, sanitario, servicios sociales... Se convierte en una profesión flexible que realiza importantes contribuciones al bienestar social.

## BIBLIOGRAFÍA

VVAA. (1996). Fondo Asistencial y Cultural AIE 1990/1996. Madrid: edición propia.

VVAA. (2006). *Memoria corporativa AIE*. Madrid: edición propia.

VVAA. (2009). *Memoria corporativa AIE*. Madrid: edición propia.

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 sesión extraordinaria de 29 de mayo de 1999.

*La situación de los músicos en España*: CIMEC para AIE. 2009 51 p.

Fuentes electrónicas: [www.aie.es](http://www.aie.es) (Marzo 2011).

# 5 CONGRESO

TRABAJO  
SOCIAL  
MADRID

## COMUNICACIONES Nuevos Compromisos

# COMUNICACIONES

## Nuevos Compromisos

### Nuevos Compromisos

- **¿Intervención relacional en Servicios Sociales? Un caso de familia alcohólica.**  
*Manuel Antelo Brioso y Monserrat López Bayona.*
- **La intervención social a través del arte: Arteterapia y Trabajo Social.**  
*M<sup>a</sup> Angeles Arquero Moreno.*
- **Trabajo Social narrativo e Intervención Social.**  
*Pedro de la Paz Elez.*
- **El otro lado de la intervención social: Una aproximación a la violencia en el trabajo social.**  
*José Luis Gil Bermejo.*
- **¿Sigue siendo la familia la principal cuidadora del enfermo mental?.**  
*Rosario Luis-Yague López.*
- **Hacia la movilización de la presencia terapéutica en Trabajo Social. Un enfoque basado en el Mindfulness.**  
*Angel Luis Maroto Sáez.*
- **Mediación Familiar en situaciones de Dependencia: una apuesta por el derecho de cuidar sin conflictos.**  
*M<sup>a</sup> del Pilar Munuera Gómez y Carmen Alemán Bracho.*
- **Intervención Social-Grupal con mujeres.**  
*Soledad Sánchez Hernández, Raquel Millán Susinos, Esther Cuadrado Rodríguez, M<sup>a</sup> José Martínez Torrijos, Carmen Merino Gómez-Serranillos y Carmen Sanz Cabrero.*

# ¿INTERVENCIÓN RELACIONAL EN SERVICIOS SOCIALES? UN CASO DE FAMILIA ALCOHOLICA

Manuel Antelo Brioso<sup>1</sup>  
Montserrat López Bayona<sup>2</sup>

**PALABRAS CLAVE:** Cambio. Contexto. Familia. Intervención. Proceso. Relacional. Servicios Sociales. Síntoma. Sistema.

## 1. PRESENTACIÓN

En esta comunicación se presenta un proceso de intervención con una familia con un miembro alcohólico, planteando la posibilidad de trabajar el cambio en la organización familiar en el contexto de los Servicios Sociales. Los objetivos que se persiguen con esta presentación son principalmente dos:

- Reflexionar sobre las limitaciones y posibilidades de los contextos de trabajo como el de Servicios Sociales.
- Reflexionar sobre los supuestos que guían el proceso de diagnóstico y por ende la intervención.

## 2. LA FAMILIA DE GERARDO Y RAQUEL

Gerardo y Raquel son un matrimonio obrero de cincuenta y tantos años que viven en un pueblo de la Comunidad de Madrid. Gerardo trabaja en mantenimiento y Raquel se dedica a las tareas domésticas. Tienen tres hijas, Rosa de 29 y Sonia de 26 que están emancipadas desde hace unos años y Laura, la menor de 24 años, que aún vive en casa. Las tres mantienen trabajos más o menos estables.

Acude Raquel a los Servicios Sociales explicando que Gerardo tiene problemas con el alcohol y ella ya no puede más. Se lo ha planteado al marido y él está de acuerdo en pedir ayuda.

## 3. EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

El proceso se desarrolla durante ocho entrevistas de una hora de duración realizadas con una periodicidad quincenal por un Trabajador Social y una Educadora Social con formación Sistémica. Se convoca a toda la familia a fin de conocer la visión de cada miembro sobre las dificultades familiares.

A la primera entrevista sólo acude el matrimonio y la hija menor, ya que las dos mayores no han podido venir por motivos laborales. Se insiste no obstante en la importancia de escuchar también a las otras hijas que se incorporan en la segunda y tercera entrevista, en la que podemos contar al fin con todo el sistema familiar. A partir de la cuarta entrevista y una vez escuchado todo el sistema familiar se decide continuar sólo con la pareja puesto que tal y como muy bien define Rosa su hija mayor, esta dificultad está centrada en el sistema conyugal.

---

<sup>1</sup> Trabajador Social

<sup>2</sup> Educadora Social

## ¿Por dónde empezamos?

En las primeras entrevistas se trata de vincularse con la familia, explorar su estructura y funcionamiento y conocer la función que cumple el consumo de alcohol (síntoma), en el funcionamiento de la familia.

Generalmente, lo que lleva a una familia a solicitar ayuda es el síntoma de uno de sus miembros al que identifican como *“el que tiene problemas”* o *“el que es el problema”*, pero, si consideramos que el síntoma puede ser la expresión de una disfunción familiar o, al menos es reforzado por el sistema familiar, la intervención deberá dirigirse a toda la familia.

Comenzamos preguntando cuál es el punto de vista de cada miembro sobre las dificultades familiares que les han llevado a pedir ayuda. En términos generales toda la familia ronda la idea de que el problema con la bebida se debe a una falta de control en Gerardo que no es considerado alcohólico. Lo interesante de preguntar a cada miembro es que cada cual matiza este punto de vista aportando información novedosa.

A Laura lo que más le preocupa es que sus padres se separen por culpa de la bebida. Sonia opina que su madre tendría que dejarle tranquilo cuando salen por ahí, porque lo agobia desde la primera cerveza o copa que se toma y no siempre se descontrola. Habla de su infancia, de cómo lo veía llegar mal y pedía dinero y las llaves del coche, *“y no se las puedes dejar. Si a mi padre le pasa algo a mi me da algo”*. Rosa resalta que es una situación que le hace sentir mal pero considera que les compete fundamentalmente a sus padres. Por ello, su madre que ya no aguantaba más ha sido la que ha dado este paso *“Mi madre es la que tiene que dar el paso, en ella está la decisión al fin y al cabo él es su pareja, su marido”*.

## ¿Y por qué ahora?

En estos primeros encuentros, también se pregunta qué es lo que ha cambiado para que ahora pidan ayuda, buscando diferencias que nos ayuden a formular hipótesis. La iniciativa parte de Raquel *“No quiero que siga haciéndolo, he sido una mujer enamorada de mi marido, pero últimamente no sé qué pensar. Él creía que yo no iba a llegar a este punto, pero he llegado”*. Además, añade que ahora están en una etapa de su vida en la que las hijas son mayores y son ellos dos solos *“todo está bien y el único problema es el alcohol”*. *“Ha pasado desde siempre, pero las chicas eran pequeñas, yo era joven y veía las cosas de otra manera. Ahora somos él y yo, mis padres son mayores y yo sólo le tengo a él”*. Vemos aquí que la familia está comenzando una nueva etapa evolutiva (nido vacío). Gerardo añade que últimamente ha tenido tres episodios en los que se ha descontrolado más por lo que expresa su deseo de aprender a poder parar de beber una vez que comienza.

## Más preguntas explorando la función del síntoma y la pauta relacional: ¿cómo bebe? ¿qué pasa cuando bebe? ¿por qué y para qué bebe?

De este modo, aparece una familia en la que Raquel está coaligada con sus hijas frente a Gerardo. Tanto su mujer como sus hijas le regañan y le dicen que deje la bebida. En la tercera entrevista aparece la pauta relacional en torno al alcohol: Gerardo bebe, Raquel se deprime y llora, Gerardo se siente culpable, Gerardo bebe.... Y nada cambia.

Entonces vemos como la función del alcohol está asociada fundamentalmente a las dificultades de comunicación y confrontación en la pareja.

## Con el desafío y la intensidad aparecen los primeros cambios

Por un lado, se desafía a Gerardo señalándole que ha estado infantilizado en la familia. *“Cuatro mamás frente a un niño de 12 años”* y por otro a Raquel preguntándole hasta cuándo va a aguantar esta situación. Ella dice que cree que toda la vida y Gerardo también opina que ella no se va a plantar.

Así comienza a darse una relación más simétrica en la pareja, Gerardo se sale un poco del papel que le tienen asignado y reivindica su necesidad de autonomía y espacio personal *“Yo sé que me quieren mucho y que mi mujer me quiere mucho y eso lo tengo claro, pero le digo no me quieras tanto y déjame respirar. Todo el mundo está pendiente de mí”*. Aunque rápidamente Raquel vuelve al síntoma (Homeostasis): *“Si no fuera por el alcohol no habría quien nos chillase”* y Gerardo se acomoda: *“la solución es dejar de beber, pero si soy sincero, cuando me apetezca una cerveza me la voy a tomar.”*

Raquel habla de su sufrimiento. *“me quiero morir” “este tema me mata” “tiene que quererse él”*. Gerardo ve el sufrimiento y piensa: *“ya no lo voy a volver a hacer, pero caigo nuevamente”*. Se siente culpable, pero esto no le sirve para cambiar. Y Raquel también reflexiona, *“el corazón dice una cosa y la cabeza otra”*; *“con lo bien miradas que están las mujeres ahora, como voy yo a aguantar estas cosas”*; *“Alguna vez me he preguntado que si yo seguía enamorada de él porque veía que estaba fría hacia él”*. En este ir y venir (*“danzar”* en palabras de Minuchin) se va desarrollando la intervención.

## La relectura de información novedosa ilumina nuevas áreas inexploradas

En la exploración de la formación de la pareja, aparece una pareja tradicional que llevan juntos desde los 11 años y que han realizado y realizan la mayoría muchas actividades de ocio y tiempo libre juntos. Gerardo sí tiene un grupo de amigos con los que juega a las cartas y un grupo de caza (y es aquí donde bebe) Raquel apenas cuenta con este espacio indiferenciado. Nacieron en el mismo pueblo y fueron juntos al colegio. Inician la relación a escondidas pese a la negativa de la madre de Raquel. En palabras de Raquel dice *“es el hombre de mi vida” “Toda la vida juntos”*.

Dos acontecimientos familiares durante los cuales Gerardo se mantuvo abstinentes, el cáncer de útero de Raquel hace 3 años y la hernia discal que tuvo Gerardo, abundan en la hipótesis de las dificultades de comunicación y la necesidad de espacios diferenciados.

En este proceso, Gerardo ha podido expresar verbalmente por primera vez cuestiones que le inquietaban con respecto a él y los padres de Raquel. *“Sus padres viven debajo. No quiere que se enteren. Por ahí he abusado yo un poco, sin querer hacerla daño”*. Aflora la dificultad en Raquel de contradecir a su madre y la presión de Gerardo: *“¿qué prefieres que le de un berrinche a tu madre o que me separe de ti?”*. *“No sé si esto me hace que me tome una copa de más”*. La dificultad de Raquel de enfrentarse a su madre es desde siempre y acaba cediendo para evitar problemas. Raquel teme que enferme, aunque nunca le ha pasado nada pero ella también ve el perjuicio. *“Nosotros estamos por encima de todo. Que les den morcilla”*. Esta dificultad ha coartado las discusiones de pareja que son necesarias y les ha llevado a evitar conflictos.

Se conecta la falta de discusiones con el consumo de alcohol de Gerardo. La presencia de los padres ha dificultado el que Raquel y Gerardo pudieran discutir y hablar claramente entre ellos. Ha dificultado el que Raquel se plante con respecto al alcohol de Gerardo y él ha aprovechado esto para mantenerse sin cambiar. Se refuerza la idea de que necesitan ser una pareja y han de poner el límite ellos. No se trata de que cambie la madre sino de ponerle un límite. Raquel dice que toda la vida ha estado

escondiéndose, *“Yo no he sido libre” “No he actuado como tendría que haber actuado una mujer en estos casos”* (refiriéndose al alcohol).

En su función como padres sí ha sido posible poner el límite. Raquel no ha permitido que se metiera su madre aunque lo ha intentado. Raquel ha defendido a sus hijas y han facilitado un buen crecimiento y diferenciación de las chicas. Igual que se ha puesto el límite con las chicas se puede poner con respecto a ellos como pareja.

### Aparecen las propuestas de cambio

Gerardo hace una propuesta para poder compaginar su necesidad de espacio personal (jugar con los amigos al mus en el bar) y las actividades conjuntas (ir al baile con Raquel y otros/as amigos/as). Volvemos a la necesidad de espacios diferenciados entre ambos. Mientras Gerardo confirma que él sí que necesita estos espacios ella le reprocha *“parece que te gusta más estar con los amigos que conmigo”*. Él tiene los espacios de la caza y de la partida y Raquel no cuenta con espacios personales aparte de la pareja y dice no necesitarlos. Pero Gerardo continúa reivindicando su espacio: *“Si algún día soy capaz de no beber una gota de alcohol, pero tengo mis espacios y yo llego del trabajo me avío y me voy por ahí a dar una vuelta, creo que no lo va a llevar bien”*. Raquel *“no sé estar sin él, estoy coja sin él”*.

### Adelantando la despedida

Comenzamos a hablar del final de la intervención cuando va apareciendo una pareja con nuevas necesidades, transformándose de pareja fusional en pareja con espacios individuales. Se da una mayor simetría en la pareja y es posible un mayor diálogo sobre las dificultades, tolerando cierto conflicto. Gerardo ha podido reclamar más su espacio, hablar de su molestia con respecto a los padres de Raquel. Se están empezando a decir cosas que no son agradables.

En casa todavía no hablan tanto y apuntamos que es cuestión de tiempo el que los cambios se consoliden. Pero el final trae consigo los miedos, más presentes en Raquel, *“Siempre está el peligro”*. Comenta que lo ha pasado muy mal y aunque ahora las cosas van mejor no se fía. *“No creo que pueda pedirle dejarlo del todo pero yo se cuando empieza a afectarle”*. *“Yo sé el daño que se está haciendo”*. Gerardo se apoya más en que es una cuestión de tiempo para que ella se fíe de él. Él ya se nota mucho mejor. Gerardo reconoce que gracias a venir aquí ha podido decir determinadas cosas y ve a Raquel más tranquila. Conecta el beber con no poder hablar. Se destaca que Raquel va siendo capaz de decir las cosas enfadándose y sin llorar.

### Y llega el fin de la intervención... y el comienzo de una reto para Raquel y Gerardo

En la última entrevista se trabaja la despedida, se habla del cambio iniciado y de la necesidad de continuar por ese camino. Cada uno analiza los cambios en el otro durante este tiempo. Gerardo reconoce que confía más en él. La pena y carencia de apoyo de hermanos/as por ser hija única en Raquel, es remitida por Gerardo a las amigas. Raquel dice *“soy joven y soy mayor”*. Hablamos de las buenas condiciones que tienen para poder disfrutar de la vida desde este momento hacia el futuro. Raquel *“estamos orgullosos y la gente nos da la enhorabuena”*. *“Los amigos nos dicen: queremos ser como vosotros”*. También habrá momentos tristes que afrontar, pero esto es la vida.

Aparece la pena por finalizar y la alegría por haber conseguido ciertos logros. *“Cosa nueva que me ha merecido la pena”*. Se cierra este proceso y si fuera necesario se podría reiniciar otro en el futuro.



#### 4. EL CONTEXTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

*“Yo ya no podía más y Gerardo me dijo: Raquel ayúdame”.* Aquí comienza el proceso de cambio. Raquel no acude entonces a un terapeuta particular ni a una clínica de terapia familiar privada, sino que recurre a su trabajador social de zona, que es a quien conoce porque lleva gestiones referentes a sus padres. Pero en esta ocasión plantea una demanda de ayuda diferente, acude a Servicios Sociales con un problema/síntoma (alcohol) entendido como “avería” buscando un recurso/arreglo.

Algunos autores han distinguido aquellas intervenciones cuyo objetivo es conseguir que la familia vuelva a la situación que existía antes de la crisis (Cambio-1), y aquellas otras encaminadas a modificar la estructura familiar y generar nuevas pautas de funcionamiento para afrontar las dificultades (Cambio-2). (Watzlawick, 1986). Tradicionalmente se asigna a los contextos asistenciales (como los Servicios Sociales) la función de producir cambios Tipo Uno, reservando para los contextos explícitamente terapéuticos la de obtener cambios Tipo Dos, entendiendo que es el más adecuado para afrontar aquellas crisis estructurales que presentan un miembro sintomático, ya que este tipo de crisis son fruto de un proceso marcado por la progresiva falta de alternativas, con múltiples intentos fallidos de solución que rigidifican las relaciones y desde la intervención se busca co-crear con la familia alternativas que permitan una vida diferente que excluya la sintomatología.

En muchas ocasiones, desde los Servicios Sociales derivamos hacia otros recursos aquellas demandas de cambio Tipo Dos. Sin embargo, pensamos con Cirillo que intervenciones realizadas en contextos no terapéuticos pueden en determinadas condiciones desencadenar un proceso de cambio (Cirillo 1994). ¿Por qué no en Servicios Sociales? A partir de esta demanda se puede iniciar un proceso de intervención dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, bien ofreciendo la posibilidad de crear un contexto terapéutico, o bien, como propone Cirillo, manteniendo el contexto asistencial, pero cambiando sus reglas, no para hacer terapia familiar, sino para trabajar las relaciones.

En general, el Sistema de Servicios Sociales sigue atendiendo fundamentalmente a los colectivos más desfavorecidos y con mayor desestructuración familiar, aunque en la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid se determine que el sistema tiene un carácter preventivo y universalista. Los/las profesionales que atendemos estas demandas, nos vemos en muchas ocasiones convertidos en gestores/as de recursos, olvidando otras posibilidades y potencialidades que como técnicos tenemos, junto con otros profesionales (educadores/as sociales, mediadores/as sociales, psicólogos/as, etc.).

Desde una perspectiva más universalista, podemos también actuar preventivamente en situaciones de crisis personal, familiar o grupal y promover actuaciones dirigidas a superar momentos difíciles incentivando la socialización, la integración y la normalización. Así, la familia se convierte en el espacio de intervención en el que se pretende neutralizar los desajustes con el medio social, posibilitando la adaptación y normalización de los diferentes miembros que forman la familia en su medio habitual, mejorando en la medida de sus posibilidades, su crecimiento y desarrollo.

Una de las dificultades de intervención en el Meta-contexto Asistencial que son los Servicios Sociales, es la posición “up” que se adjudica al profesional y “down” que se adjudica al cliente, definiendo una clara posición complementaria que supone generalmente una tendencia a la desresponsabilización del usuario y excesiva involucración del profesional (Lomas, 1997). Otra de las grandes dificultades del contexto asistencial es la cronificación.

En el caso que nos ocupa se trata de una familia con un problema de alcoholismo cronificado, donde la intervención relacional desarrollada desde la óptica sistémica ha permitido, en un período corto de

tiempo, otra lectura dentro de la familia en la que han podido aparecer otras dificultades subyacentes que no estaban siendo vistas a causa del alcohol y se han abierto nuevas alternativas de cambio. A partir de ese momento la familia irá buscando nuevos caminos, recurriendo a sus propios recursos, que han sido constatados durante todo el proceso.

## 5. NUEVOS CAMINOS EN LA INTERVENCION

Comenzábamos esta comunicación planteando la posibilidad de trabajar, en el contexto de los Servicios Sociales, el cambio en la organización familiar como una alternativa a la intervención en determinadas situaciones familiares.

Para ello hemos visto la necesidad de modificar o adaptar el contexto para posibilitar un proceso cambio en el que se pueda trabajar a través de las relaciones un proceso de reestructuración familiar (Minuchin, 2005)

Gerardo y Raquel acuden a Servicios Sociales en demanda de ayuda por el descontrol de Gerardo con la bebida. Las hijas ya son mayores, comienzan una nueva etapa en su vida que quieren continuar compartiendo juntos, pero Raquel ya no puede soportar más este descontrol. En ese funcionamiento se integra un síntoma, el consumo de alcohol de Gerardo, que produce un sufrimiento en la familia y que ellos, incluido Gerardo, achacan al síntoma o al miembro sintomático. Pero de alguna forma el síntoma es reforzado por el sistema familiar, de manera que quieren que las cosas cambien, pero a la vez reproducen la forma de funcionamiento que impide el cambio.

Este proceso, siguiendo a Minuchin, implica que los/las profesionales nos asociemos con la familia, sacando a la luz y evaluando la estructura familiar subyacente para cuestionarla, creando circunstancias que permitan su transformación. El cambio se produce a través del proceso de asociación con la familia y la reestructuración de ésta para poder transformar las pautas relacionales disfuncionales (Minuchin, 2005). Y los cambios en la estructura familiar producen cambios en cada miembro. *“Cada una de las partes del sistema familiar está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total”*. La información novedosa procede de todo el entramado de relaciones y no tanto del contenido, de lo que la familia cuenta (Watzlawick, 1981).

No obstante conviene partir de la demanda de la familia. Por este motivo, se trabaja con el síntoma y con el paciente identificado, en este caso el alcohol y Gerardo como portador del síntoma, pero con la idea de introducir nueva información dentro de la familia incorporando diferencias (Minuchin, 2005).

Siguiendo a Steinglass, durante el proceso de intervención se ha evitado discutir si es alcohólico o no. Aún teniendo en cuenta la preocupación de la familia que estaba en torno a la abstinencia frente al alcohol, se ha trabajado sobre, cómo el alcohol se ha introducido dentro del sistema familiar, a fin de sacar a la luz el funcionamiento disfuncional de éste. Aparecen de este modo las dificultades que genera el alcohol dentro de la familia (Steinglass, 2001). Hemos visto como, pese a que se trata de un problema cronificado en el tiempo, no ha habido dificultades a nivel evolutivo tal y como Steinglass describe, aunque sí que observa la estructura clásica de familia aglutinada y la coalición de la madre e hijas frente al padre.

Dado que el alcohol es un factor de equilibrio, predecibilidad, seguridad y ciclo recurrente que favorece la homeostasis familiar, se ha trabajado para romper la coalición y para ver cómo Gerardo puede pelear, discutir y quejarse sin necesidad de recurrir al alcohol. La dificultad no es tanto en dejar o no de beber

sino en lo que va a hacer Gerardo cuando no bebe, porque va a tener que hacer algunos cambios, independientemente de si hay abstinencia o no.

A nivel metodológico se han seguido además de los criterios anteriormente mencionados, técnicas enfocadas a cuestionar el síntoma, la estructura y la realidad familiar (Minuchin, 1983).

Otro aspecto clave, rescatado del modelo funcional, ha sido orientar la intervención hacia el crecimiento y no hacia la patologización, centrando en la familia el foco del cambio y facilitando a Gerardo y Raquel la exteriorización de sus posibilidades y capacidades orientadas a dicho cambio (Campanini y Luppi, 1991).

Por último, destacar que todo el proceso se ha realizado entre el trabajador social y la educadora social, revisando todo el material que se aportaba dentro de cada una de las entrevistas y relacionándolo con los diferentes planteamientos teóricos expuestos a lo largo de esta comunicación.

Ha resultado ser un proceso muy enriquecedor gracias a la retroalimentación y evaluación continua entre ambos profesionales junto con otros colegas de los que se ha recibido apoyo y reflexión.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Campanini, A y Luppi, F. (1991). *Servicio Social y modelo sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Cirillo, S. (1994). *El cambio en los contextos no terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Lomas, C. (1997). *Los primeros contactos*. En: Coletti, M. y Linares J. L. (Comp.). *La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (2005). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Steinglass, P.; Bennett, L. A.; Wolin, S. J. y Reis, D. (2001). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson D. D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P.; Weakland, Jh. y Fisch, R. (1986). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.

# LA INTERVENCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DEL ARTE: ARTETERAPIA Y TRABAJO SOCIAL

M<sup>a</sup> Angeles Arquero Moreno

Trabajadora Social  
Arteterapia2net@gmail.com

La finalidad de esta comunicación es mostrar una metodología de trabajo basada en la estructura de trabajo arteterapéutico, para estimular nuevas formas de análisis, indagación y estudio del trabajo social grupal.

A lo largo de mis conversaciones con profesionales interesados en la materia, las preguntas más repetidas han sido ¿Por qué el uso del Arteterapia dentro de una profesión como el Trabajo Social? Y ¿Cómo va un trabajador social a hacer uso de esta disciplina y de qué forma?

Como trabajadora social me atrajo esta metodología a raíz de observar las dificultades de comunicación que se pueden presentar en el trabajo con grupos. Ya sean grupos de acción social, socioterapéuticos o socioeducativos. Para ello, comencé a experimentar con la utilización de técnicas artísticas, para fomentar el auto-conocimiento, el desarrollo personal y mejora de la comunicación en el grupo (Arquero, M.A, 2011, págs. 24,25).

El Arteterapia se basa en el acompañamiento creativo de las personas que están viviendo determinados problemas por circunstancias vitales muy diversas. Entre los beneficios del Arteterapia están el propiciar un proceso de creación-transformación, en el cual se establezcan las condiciones idóneas para desarrollar el potencial creativo y autoperceptivo. Se consigue facilitar la articulación verbal de los conflictos, sensaciones y sentimientos mediante la exploración artística. Es el proceso de lo creativo lo que nos interesa, y la expresión artística es la vía que canaliza el trabajo creativo.

El arte, como disciplina, integra diversas funciones que permiten lograr asociaciones cognitivas, espaciales y creativas. La capacidad de usar diferentes actividades artísticas, convenientemente utilizadas, puede convertirse en un instrumento novedoso para reconciliar problemas emocionales, despertar la autoconciencia, desarrollar habilidades sociales, manejar conductas, resolver problemas, reducir la ansiedad, ayudar a orientarse hacia la realidad o incrementar la autoestima.

El arte, facilita herramientas para que se produzcan en los procesos creativos generando un cambio y proyección positivos, al representar concretamente lo que le sucede a la persona, logrando bajar los niveles de ansiedad, estrés, angustia y otros síntomas, alcanzando clarificación emocional y haciendo consciente lo inconsciente.

A modo de ejemplo muestro mi propia experiencia de trabajadora social con jóvenes y adolescentes en una barriada de exclusión social de Málaga, denominada "Las Cuevas".

## 1. PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA

La adolescencia constituye una época privilegiada para los procesos clave del desarrollo humano. En este sentido, es fundamental que los/as adolescentes logren satisfacer sus propias necesidades, pero

debemos aportarles las herramientas necesarias para que puedan asumir el control de sus actos y emociones, ya que tendrán mayores posibilidades de determinar sus propios modelos de conducta aplicables a sus vidas, como un proceso natural de maduración.

Mi labor dentro de la realidad social de la barriada “Las Cuevas” fue el acompañamiento de los jóvenes y adolescentes en su contexto diario para conocer sus problemáticas y necesidades principales y poder realizar propuestas individuales de atención. El proyecto en el que desarrollaba mis funciones era para la prevención de drogas con los jóvenes y adolescentes de la zona. El objetivo general era provocar la apertura de diferentes procesos de manera global, permitiéndoles ser protagonistas de su propio campo, potenciando el acompañamiento y las acciones socioeducativas que favoreciesen el desarrollo personal y progresivo de la integración en la sociedad.

A lo largo del primer año de trabajo en la zona se manifestaron muchas dificultades de acceso a los adolescentes. Mi trabajo se inició con técnicas de observación y observación participante, utilizando como instrumento de recogida de datos el diario de campo. A lo largo del año se realizaron numerosos contactos con la finalidad de configurar mi figura como un miembro de barrio con carácter de referencia. Cuando logré mimetizarme en la barriada, el acercamiento fue más sencillo. Durante ese periodo mi necesidad era conocer sus dinámicas diarias, gustos, aficiones y poco a poco iniciar el acercamiento para trabajar más profundamente con ellos.

La intervención que voy a desarrollar se plasmó en la consecución del desarrollo emocional de los adolescentes mediante el trabajo artístico, conociendo de antemano la necesidad de actuar en sus distintos aspectos emocionales. Presentaban una autoestima emocional baja, problemáticas familiares, sociales y educativas, así como su tendencia a la introversión y dificultades de interacción social.

La temática surgió de una queja de un miembro del barrio, al aproximarse las fechas navideñas y no encontrarse prevista ninguna actividad por parte de las administraciones locales. A raíz de esta demanda, configuré un taller con la finalidad de trabajar en grupo con una estructura de sesiones arteterapéuticas.

A partir de ese momento la planificación de mi trabajo adquirió dos matices diferentes debido a que jóvenes y adolescentes presentaban características muy distintas. Voy a centrarme en la experiencia con los adolescentes por su carácter diferente y novedoso.

### 1.1. LOS ADOLESCENTES

Las características que se destacaban en el grupo de adolescentes eran, el retraso madurativo, las dificultades académicas, las barreras para expresar emociones, la indefensión ante los jóvenes, la mayor incidencia de manifestaciones conductuales agresivas e inadaptativas reproducidas por imitación de los grupos de jóvenes y de iguales, la escasa voluntad de consecución de objetivos personales y sociales...

En este grupo me replanteé el trabajo en la adquisición de nuevos patrones de conciencia y comportamiento, englobando a la familia y la escuela en las actividades propuestas. Las funciones que demandé a los familiares y a los profesionales de la educación es la de informar, facilitar, aceptar y participar de sus inquietudes, ofreciendo una escucha que les permita descubrir, desarrollar y ampliar sus esquemas de búsqueda.

Mi línea de intervención se enmarcaba con el arte. Este posibilita un cambio conductual de aquellas personas que manifiesten comportamiento desadaptativos en el seno de un grupo. No se trata de un taller “al uso” propuesto para ser realizado. El espacio se conforma a raíz de la necesidad de un espacio donde reunirse, ya que los espacios físicos de la zona están ocupados por los jóvenes, menores y mayores. Los adolescentes están diseminados e interactúan de forma esporádica. El incentivo fue la preparación de actividades artísticas.

En este contexto describo las estrategias de intervención diseñadas, y desarrolladas, así como la metodología y la finalidad con un marcado carácter lineal y expresivo.

Los objetivos perseguidos en los talleres son:

- Desarrollar la creatividad y capacidades creativas.
- Favorecer la constancia y desarrollo personal.
- Favorecer la concentración y observación.
- Facilitar el aprendizaje de valores de cooperación, respeto y valoración de la realización de la tarea.
- Facilitar los medios para que el adolescente llegue a ser capaz de evaluar sus propias creaciones y las de los demás de forma crítica y positiva.
- Posibilitar el desarrollo de las capacidades de análisis y de síntesis, relativos a los objetivos en sí mismos y la relación con los demás.

## 1.2. DESCRIPCIÓN DEL TALLER

Basándome en Marián López y Noemí Martínez (2006, pág. 56) los tres parámetros que son referentes para la realización de un taller plástico con objetivos psicosociales son: espacios, el tiempo y la estructuración del taller.

1. Nuestro **espacio** está delimitado por ser un taller donde se realizan otras actividades como apoyo escolar y educación de adultos. Es perfecto para nuestro proyecto, ya que se nos va a desarrollar la función de intermediario entre la familia, la escuela, la calle, el taller por otra; es el lugar donde puede dejarse un objeto familiar, hacer una confidencia o una pregunta sin formalidades. Pero al mismo tiempo, este lugar constituye un límite que protege la propiedad e intimidad de los participantes, por lo menos durante la sesión de grupo.

2. **El tiempo** se establece en dos referentes. Uno es el tiempo necesario del individuo para adaptarse al taller cuyas reglas de funcionamiento y relaciones personales son diferentes de todo lo que era familiar.

3. **La estructuración** de las sesiones se desarrolla en varias fases:

a) La primera se desarrolla a la **entrada del taller**. Les facilito una camiseta para que en el inicio de las sesiones al ponérselas sientan la simbolización de entrada a un espacio relajado y diferente, también despertar la pertenencia a ese grupo.

b) **Los participantes y yo nos sentamos alrededor de la mesa**. Es el momento en el que cada miembro del grupo puede ver a todos los demás. Se hacen los comentarios sobre las llegadas al taller tarde y las

ausencias de los miembros del grupo. También se comentan las expectativas para el día de producción en el taller. Esos minutos intermedios de charla diferencian las sensaciones de estar fuera y dentro del taller.

Las normas que rigen el taller son sencillas y fundamentales ya que su cumplimiento facilita el desarrollo de las sesiones.

c) En la tercera fase, cuando **el clima es favorable**, se organiza el grupo. Una vez preparado, se recuerda el tiempo disponible para realizar el trabajo y la técnica de la sesión.

d) La cuarta fase es la del **trabajo**. Es necesario analizarlo en diferentes momentos que delimitan nuestra estructura de intervención.

### d1) Periodo de desbloqueo creativo

Es frecuente que al iniciar las sesiones los jóvenes manifiesten su incapacidad para expresarse de forma gráfica. El refuerzo positivo y la empatía deben ayudar a hacerles perder el miedo a no saber, a equivocarse, a hacerles comprender que cualquier cosa que hagan es válida. En el fomento de la creación artística hay que tener en cuenta el principio de libertad, expansión y gozo, sin que nada de ello tenga que ver con el desorden y la indisciplina, sino con la flexibilidad, la comprensión y la tolerancia.

### d2) Durante el periodo de propuestas artísticas y su desarrollo plástico

En los inicios de las sesiones se pueden trabajar ejercicios de calentamiento como garabateos rápidos, y desarrollarlos, crear un símbolo de identidad personal, dibujar con la mano no dominante, comenzar a dibujar con los ojos cerrados, fijarse en los colores y en las líneas rememorando texturas...,etc.

La consigna es el objetivo que le vamos a expresar al grupo antes de iniciar la propuesta. En ella propondremos trabajar algún aspecto que deseamos sea canalizado y reflexionado en grupo. Todas las consignas que he trabajado se han ido definiendo en función de los desarrollos de las últimas sesiones, porque no es aconsejable planificar rígidamente un itinerario de sesiones, ya que las problemáticas fluirán en el desarrollo de los talleres.

Ejemplos de consignas utilizadas: Algunas consignas con las que trabajé fueron: experimentación con los materiales, hacer asociaciones de palabras, trabajar las preocupaciones de los adolescentes.

La temática puede emerger de la revisión de la semana o del “calentamiento” que hemos hecho para iniciar la sesión.

El individuo puede trabajar una temática y decidir sobre el significado de su trabajo más tarde.

- Arte espontáneo. Dibujo con hijos, mandalas, técnicas de papel mojado o del papel maché, pintura líquida y pajita para soplar...

- Autodefinition. Retrato realista; retrato simbólico o abstracto; con un papel doblado: como te presentas a los demás y como te sientes interiormente; hacer una línea en el tiempo y representar los recuerdos más significativos, tres deseos...



- Los vínculos. Diagrama o átomo social, dónde incluyes la gente que está en tu vida. Tu red de apoyo; retraso abstracto de tu familia o como si fueran animales, plantas; la casa de tus sueños con gente dentro de ella; la gente que te acompaña y sostiene...
- Tus logros. Una representación de ti mismo/a cómo eres y como te gustaría ser; la situación más difícil que has vivido y cómo la sobrellevaste; tus sueños, ambiciones...
- Tú y tu entorno. Un lugar en el mundo de la naturaleza; tu sitio en el universo; una isla desierta y lo que necesitas para sobrevivir...
- Trascendencia. Una imagen de tu guía interior; una pared con tres puertas y lo que te gustaría encontrar a cada una de ellas.

Delimitando todas estas consignas de trabajo no pretendo mostrar que fuese una planificación cerrada, sino mostrar las ideas de trabajo del grupo. Esta fase da paso a la siguiente cuando finaliza el tiempo, se firman las obras y se les ponen un título.

**d3) Periodo de puesta en común de las obras** es la parte culminante de las sesiones, ya que es cuando se interpretan las obras y se da rienda suelta a las emociones.

En los inicios podemos apreciar el obstáculo que supone abrirse al grupo y expresarte abiertamente, con lo que observaremos que los análisis de las obras son meramente descriptivos. Una vía para desglosar esa rigidez es, una vez acabada la ronda de expresión, unificar las obras a través de la inventiva de una historia donde participen todos juntos. Este espacio de diálogo es abierto donde todos los componentes del grupo exponen sus obras y comentan las de los demás. La posición del trabajador social es de observador, de mediador entre la persona y la obra, nunca analiza ni interpreta ninguna obra, sí facilita la comunicación respecto a la misma por parte del autor como de los miembros del grupo.

## 2. ANÁLISIS

El análisis se realiza a nivel individual y grupal. De manera individual vamos a trabajar con el descubrimiento y la expresión de sus miedos, frustraciones, objetivos, sueños, emociones despertadas en las sesiones.

Para ello tendremos entrevistas individualizadas el día posterior a la sesión con los jóvenes que nos lo soliciten.

Algunos miembros del grupo presentaban obstáculos en verbalizar sus emociones en grupo, para ello reformulé la propuesta de trabajo individual a través de un instrumento que se denomina diario creativo. El cuaderno donde dibujar y escribir lo que les pasara por la cabeza facilitaría plasmar y tomar conciencia de las emociones para trabajarlas con ellos con posterioridad. De esta forma se puede seguir la evolución del adolescente durante el resto de la semana y trabajar otros planos que no se dan en el trabajo grupal.

Con el trabajo grupal se pueden trabajar líneas como:

1. La transmisión de la información.
2. El desarrollo de técnicas de socialización.
3. El comportamiento imitativo.
4. Catarsis.
5. Recapitulación correctiva del grupo familiar.
6. Cohesión del grupo (Vinogradov, S & Yalom, I, 1996, pág. 25).

Esta serie de factores van variando a medida que evoluciona el grupo. Las diferencias individuales entre los adolescentes son el eje activo de este desarrollo. La idea más clara que nos debe impregnar este trabajo es que nuestras funciones no van a encaminarse a analizar, juzgar, diagnosticar o calificar las obras de los sujetos.

Los indicadores que nos podrán facilitar o estructurar nuestro proceso de observación podrían ser:

- Aspectos a tener en cuenta en la sesión: El grado de comprensión y acogida de la propuesta; la dinámica general del grupo; tiempos de reacción (individual y grupal); tensión grupal en la realización de la propuesta; alianzas establecidas; comentarios sobre la obra y/o las otras; sensaciones que provoca el desarrollo de la sesión y hemos observado en el grupo; observar quien pide ayuda o busca aliados; quien se aísla de la propuesta; especial atención a los que tardan más tiempo en reaccionar.
- Aspectos a tener en cuenta en la obra: Intensidad, fuerza, debilidad en la realización de la expresión general de la obra. Adecuación o no de la consigna de realización; tiempo de realización; grado de satisfacción con la obra realizada.
- Aspectos a tener en cuenta al finalizar la sesión: Sensación general que nos produce las obras. Escribir la sensación, su lectura, del conjunto de las obras. Escribir un título o poner una frase al conjunto del taller. Todos en círculo, con las obras presentes, dialogar sobre el proceso al menos 15 minutos.

La observación es la técnica primordial de nuestro trabajo, ya que nos va a facilitar la posterior recogida de datos, análisis y reflexión profesional.

En Arteterapia, a través de la imagen y su proceso de creación, el participante realiza una serie de operaciones que movilizan y estimulan diferentes aspectos, personales e íntimos, sociales, se reproducen modelos, situaciones y comportamientos tomados de un mundo que no es fácil asimilar.

a) Van conociendo y transformando su relación con la realidad en que se inscribe, (no sólo ambiental, sino también como realidad psíquica) estableciendo un vínculo representacional a través del cual surge la apariencia de lo sensible.

b) Se proyecta (a veces sin saberlo) su propia visión y el modo de concebir las cosas e ideas, revela datos sobre su personalidad, inteligencia, afectividad y conflictos.

c) Trabajan sobre sí mismos realizando identificaciones.

- d) Sublima (reemplaza el impulso a actuar sus fantasías por el acto de crear imágenes visuales equivalentes).
- e) Se puede dar una actividad regresiva que facilita la producción de la transferencia.
- f) Simboliza.
- g) Aprende: mediante el aprendizaje el sujeto, lo que pone en juego es compartir y construir juntos autorías. Responsabilizándose de sus miedos y temores.
- h) Experimenta, juega.
- i) Empatiza, poniéndose en el lugar del otro e interactúa con los demás participantes.
- j) Expresa y satisface su necesidad de comunicar, trabajando el mundo interno (Klein, J.P, 2006, pág. 42).

### 3. EL TRABAJADOR/A SOCIAL

Entre las **funciones** que el Trabajador Social puede desempeñar están:

- Ser testigo y apoyo en la autoexploración del adolescente. Facilitar la puesta en marcha de todas las potencialidades del sujeto.
- Seguir su comportamiento y los obstáculos que encuentra.
- Mantener la mirada atenta y constante en los procesos creativos y bajo una conducta neutral (de modo que el sujeto no se sienta ni observado ni presionado).
- Dar importancia a la significación que da el sujeto a su propia obra. No buscar propias interpretaciones libres.
- Alentar a la búsqueda pero sin dar soluciones, es decir, dejar que el sujeto encuentre su propio camino.
- Mantener una actitud de diálogo y escucha empática (transferencia y contratransferencia).
- Buscar medios para crear reacciones en el sujeto.
- Aceptar las necesidades y expresiones del sujeto.
- Explorar áreas de posible conflicto.
- Hacer conscientes a los jóvenes de lo que ocurre, dando la información adecuada de la forma apropiada (Martínez, N. & López, M, 2004, pág. 259).

Para desempeñar las funciones antes enumerada es conveniente marcarlas dentro de la metodología. La expresión plástica aparece como instrumento a partir del cual poder detectar, -proyectar- las problemáticas e inseguridades, y sobre todo, un campo legítimo para tratar, rehabilitar, corregir determinadas manifestaciones comportamentales que pueden dificultar, como de hecho así ocurre, el desarrollo madurativo de los adolescentes.

Como trabajadora social, mi actitud fue básicamente empática, motivadora o facilitadora. Cuando se trabaja con adolescentes en pequeños grupos se rompe la barrera de comunicación y se produce una relación muy cercana de ayuda. Esa relación es de vital importancia al establecerse en un clima no competitivo, acogedor y de respeto por las producciones propias y ajenas.

La actitud de aceptación de la figura del/a trabajador/a social permite que los/as muchachos/as se sientan cómodos para expresarse con libertad. Esa actitud genera confianza en el adolescente al descubrir que el deseo primordial es ayudarlo hacia el éxito y de que dicha relación forma una base para experiencias correctivas.

Al final del taller se consiguió que los adolescentes expresaran sentimientos y emociones difíciles de mostrar. Estimularon la imaginación y la creatividad. Desarrollaron habilidades plásticas y perceptivas. Aumentaron la autoestima y autoconfianza. Clarificaron problemas y preocupaciones personales. Mejoraron las habilidades de socialización y comunicación. Compartieron un ambiente seguro. Se les ayudó al desarrollo de habilidades motoras y coordinación física. Y lograron la identificación de sentimientos y bloqueo en la expresión emocional y en el crecimiento personal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arquero, M. A (2011, Febrero). La intervención social a través del arte I: ¿Por qué Trabajo Social y Arteterapia? *TS DIFUSION*, (84), 24, 25.
- Klein, J. P. (2006). *Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social* (1º ed.,Vol.1). Madrid: Ministerio de Educación.
- López, M., & Martínez, N. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística* (1º ed.). Madrid: Ediciones Tutor.
- Martínez, N., & López, M. (2004). *Arteterapia y Educación* (1º ed.). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo* (1º ed.). Barcelona: Paidós.

## TRABAJO SOCIAL NARRATIVO E INTERVENCIÓN SOCIAL

Pedro de la Paz Elez

[pedro.delapaz@uclm.es](mailto:pedro.delapaz@uclm.es)

Profesor Ayudante Titulo de Grado en Trabajo Social  
Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina (Toledo)  
Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM)

*“A la luz de esta proposición no es difícil entender la afluencia de recuerdos infantiles y juveniles presentes en la vida, ya que la complicidad se tornará efectiva atendiendo al cuidado e interés con que, en su día, nos la contamos a nosotros mismos antes de guardarla” (Martín, 1982:23).*

### RESUMEN

Los métodos narrativos suponen una alternativa eficaz para la relación de ayuda que ha de establecerse entre el Trabajador/a Social y las personas mayores para ayudarles a integrarse en los Centros Residenciales y en el nuevo entorno donde van a desarrollar un nuevo proyecto de vida.

Dejar atrás sus historias de vida, sus recuerdos personales y familiares para comenzar una nueva vida en un lugar “diferente” al que están habituados, supone en muchos casos una crisis personal, familiar, social,... que en muchas ocasiones ha de ser tratada por especialistas y fármacos.

El/la Trabajador/a Social desarrolla un papel fundamental en estos cambios de transición que se producen desde que se toma la decisión de carácter personal o familiar para ir o llevar a una persona a un Centro Residencial. Es fundamental el primer contacto entre el profesional y la institución que son los que van a marcar el posterior recorrido.

Trabajar con la historia narrativa personal, utilizando las habilidades de comunicación en la intervención social, ayudará al profesional a conocer y entender mejor la situación social por la que está pasando una persona mayor, para poder diagnosticar y plantear un Plan de Integración Residencial Individualizado.

Encontrar el sentido a la historia personal y familiar narrada para las personas mayores va a suponer un gran atractivo que les va a ayudar a añadir realismo a la historia personal. Trabajar la narrativa en las historias personales y familiares va a ayudar a establecer una relación de confianza entre el usuario/a y el/la profesional, a animar, a liberar, a revitalizar o a “curar” al sujeto para poder establecer una relación de ayuda y poder marcarse unos objetivos por el/la Trabajador/a Social para favorecer la integración en un medio no deseado en muchas ocasiones.

### PALABRAS CLAVE

Trabajo Social narrativo. Intervención social. Historia de vida personal. Sentido. Narraciones personales. Práctica narrativa.

## INTRODUCCIÓN

Hace no mucho tiempo comencé a trabajar en una residencia de mayores como Trabajador Social y Director, donde me encontré con personas y con una historia personal a la que adoraban y veneraban.

Día a día, me fui dando cuenta que en las personas mayores y en otros colectivos en los que había trabajado, en muchas ocasiones la historia personal es lo único que tienen y que les queda después de los muchos avatares de la vida.

Especialmente fue en este momento cuando me senté a reflexionar sobre qué puedo hacer yo profesionalmente para ayudarles en el proceso de intervención social que se establece entre la relación trabajador/a social y usuario/a. Sentía una deuda interna, un compromiso. Poco a poco me di cuenta que había algo común en todos los casos atendidos hasta la actualidad con personas mayores y con otros colectivos considerados como “marginales” con los que había ido trabajando hasta la actualidad.

Yo me preparaba las entrevistas a realizar para desarrollar un plan de atención individualizado, con mis preguntas, con mis objetivos,... pero algo fallaba, yo preguntaba y todos/as sentían la necesidad de contarme su vida, su historia personal, su historia familiar,... o dicho de otra forma, todos tenían la necesidad de ser escuchados/as.

Es entonces cuando me doy cuenta que debía abordar las situaciones desde otra perspectiva, desde una perspectiva narrativa personal, donde iría trabajando día a día mediante un largo y complejo proceso de intervención social esos objetivos que nos íbamos marcando como equipo en el plan de atención individualizado.

## LAS NARRACIONES PERSONALES

Estando de acuerdo con Abels y Abels (2004:66) *“la práctica narrativa es eficaz para ayudar y asistir a las personas en la reconstrucción”*, la práctica narrativa nos posibilita ir reconstruyendo historias personales. La reconstrucción de una historia personal implica la participación e implicación activa del sujeto.

La revisión que se realiza sobre los acontecimientos extraordinarios que han ocurrido en el pasado según White y Epston (1993:69-70) *“pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden “hechos” o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Aunque estos eventos son experimentados por las personas afectadas en el momento en el que ocurren, los relatos saturados de problemas de sus vidas suelen impedir la atribución de nuevos significados a estas vivencias. Estos acontecimientos extraordinarios pasados pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente, significados que permiten a las personas volver atrás y revisar su historia personal y la de sus relaciones”*.

Desde esta perspectiva de intervención, el/la Trabajador Social revisará la historia y la influencia que tiene sobre el problema que se le plantea. En el caso de relatos “saturados”, llenos de drama y problemas, como indican los autores White y Epston (1993), no permiten aprender ni establecer nuevos modelos de vida diferente a los vividos. Revisando su historia personal del pasado lograrán atribuir nuevos significados sobre el presente y la actualidad, estos significados les va a permitir reinterpretar hechos ocurridos siendo el protagonista de su diagnóstico.

De acuerdo con Vidal (2009:142) *“una primera característica de la narratividad: precisamente narrar es la situación de relatar algo y esa situación incluye a todos los actores que participan, al contexto y los acontecimientos traídos a ese momento”*. El Trabajo Social narrativo, nos permite analizar la persona, el contexto, los acontecimientos y las interacciones que se producen entre éstos.

Según Delage (2010), una actividad narrativa que permita el trabajo de vinculación, de representación, de dar un sentido a la historia válido para todos y cada uno de los miembros,... La narrativa es importante en el Trabajo Social y desde la intervención social va a permitir trabajar con la historia, su composición, estructura, contexto y la adversidad cómo es vivida y representada por las personas implicadas. El Trabajo Social narrativo permite encontrar el significado de las cosas y del futuro que las personas desean.

Relacionado con todo lo anterior, el sentido personal que cada persona busca y realiza en su historia de vida es fundamental para continuar en el camino de la vida, para seguir adelante dejando atrás los fracasos, las dificultades, las añoranzas,...

Cuando uno/a busca y encuentra sentido a lo que le ocurre se ponen en marcha ciertos mecanismos personales de los cuales las personas disponemos. Estos mecanismos instintivos, innatos o bien aprendidos son los que hacen al individuo involucrarse en una capa de resistencia ante la adversidad.

Walsh (1998), considera que el sistema de creencias de la familia es clave para la resistencia familiar. Entre estas creencias compartidas incluye el dotar de sentido a las dificultades de la vida, tener una perspectiva positiva ante las dificultades, y compartir un sentido de trascendencia y de espiritualidad de la vida.

Estos significados que las personas, las familias hacen de los hechos ayudarán a éstos a encontrar un significado de lo que les está ocurriendo, asumiendo los hechos como algo “normal” o “natural” de la vida cotidiana. Para poder asumir estos hechos como algo natural de la vida misma, las personas, los individuos, grupos o comunidades en ocasiones necesitan de refuerzos por parte de profesionales para ayudarles a encajar las piezas como si de un puzzle se tratara.

Según Cyrulnik (2006:27) cree que el dotar de significado lo ocurrido es el elemento protector más importante y que *“la posibilidad de regresar a los lugares donde se hallan los afectos, las actividades y las palabras que la sociedad disponen ocasiones en torno al herido, ofrece las guías de resiliencia que habrán de permitirle proseguir un desarrollo alterado por la herida”*. La tarea del Trabajador/a Social en la intervención es buscar y encontrar a “la otra persona” que hay dentro de cada uno/a, es decir, encontrar el sentido, encontrar la parte positiva que todos y todas tenemos y que somos capaces de desarrollar a pesar de las dificultades.

Desde esta perspectiva de intervención los profesionales deben buscar el cambio y “enseñar” que los cambios son posibles. Partir del miedo al cambio es importante para trabajarlo en el proceso de intervención para incorporar los nuevos cambios a la vida de los/las usuarios/as del Trabajo Social, para adaptarse a las nuevas situaciones.

Profundizando en este aspecto, el mensaje que hay que transmitir desde esta perspectiva desde el Trabajo Social narrativo es que las oportunidades están fuera y están esperando, un mensaje positivo en un momento importante de la vida de las personas.



El sentirse apoyado, entendido, una palabra de ánimo y de apoyo a tiempo, un apoyo por parte del profesional o bien, dar el lugar que corresponde en la intervención social a los hechos que se están narrando, ayudarán sin lugar a dudas a ser elementos protectores importantes para el caso.

Dentro de la intervención social, el/la Trabajador/a Social tiene una gran responsabilidad, deberá transformar los diálogos, las narraciones de vida en positivo. Para ello utilizar la narración de forma ordenada incorporándola a la historia del sujeto, permiten que su historia y su propia narración es en sí lo que dan sentido al ser, a la persona, a las vivencias, a los recuerdos y a la formación del yo.

*“El momento de entrevista es el espacio en que nuestra profesión (Trabajo Social) escucha y conoce narraciones acerca de aquella realidad familiar que sus miembros relatan. El desencadenante podrá ser entonces la co-construcción de un cuento o historia alternativa re-significada y re-significante en la que ambas partes habrán contribuido”* (Contrera, 2006:151). Por lo tanto la narración va a servir como un modelo interpretativo de la realidad que viven las personas.

Así mismo, dentro de la narración personal de cada persona, de cada caso, el profesional deberá positivar el transcurso narrativo y hacer una lectura trasversal de las capacidades del usuario/a. Esta visión y reconstrucción narrativa, personal y social, servirá al Trabajador/a Social para conocer cómo es la realidad. Esta metodología narrativa va a permitir desarrollar un principio de reflexividad personal y la posibilidad de desarrollar, imaginar ideas de ser y de actuar (Contrera, 2006).

Frankl (1988:8) diferencia entre varias formas de neurosis, él llama a una de ellas *“neurosis noógena”* y se caracteriza principalmente *“en la incapacidad del paciente para encontrar significación y sentido de responsabilidad en la propia existencia”*. La tarea desde el Trabajo Social narrativo consiste en ayudar a los usuarios/as a encontrar significado y sentido de responsabilidad a su historia, a su vida.

En esta línea argumental el Trabajador/a Social ofrece la posibilidad de buscar dentro del usuario la posibilidad de encontrar significado y sentido de responsabilidad en su propia vida y existencia desarrollando habilidades internas utilizando recursos internos y externos de apoyo.

Profundizando en este aspecto, reconstruir los hechos, reconstruir a la persona dándole su lugar, es a partir de ahí, de los hechos y de la búsqueda de significado para la persona de donde debemos partir para recuperar o desarrollar la integración social de los/as usuarios del Trabajo Social. Ambas estrategias, reconstruir los hechos y dar el lugar a la persona que necesita dentro de la historia, dentro de su propia historia personal, adolece de algunos extravíos propios dentro de la intervención profesional. Una tendencia profesional consiste en automatizar las intervenciones no dando el lugar que corresponde a la historia personal de los/as usuarios/as.

*“Las historias dan sentido a la vida de las personas son, en la inmensa mayoría de los casos, positivas, pero también pueden ser destructivas”* (Abels y Abels, 2004:71). En el caso que nos encontremos con historias que dan sentido a la vida relacionado con aspectos negativos, traumáticos, destructivos,... los/las profesionales deberán trabajar esa historia para positivar esa visión que tiene el/la Trabajador/a Social de sí mismo/a, del entorno, de su familia,...

Para ello, la indagación y la transformación de la historia, de la narración, de las vivencias son tareas del Trabajador Social como objetivos en el proceso de intervención. Una transformación que ha de positivar los diferentes elementos que la componen a través del uso del apoyo en la intervención a través de la escucha.

Es por ello, que la narración personal les hace retomar el control de sus vidas y de sus acciones, posibilitar esta metodología narrativa supone un gran reto para el Trabajo Social del presente y futuro. Buscar un nuevo camino a los problemas sociales que se plantean es el objetivo de encontrar el sentido desde la intervención profesional.

*“Los que no tienen poder sobre la historia que domina sus vidas, el poder de volver a contarla, repensarla, reconstruirla, bromear con ella y cambiarla a medida que los tiempos cambian, en verdad no tienen poder porque no pueden pensar cosas nuevas”* (Rushdie, 1991:480). Ejercer el poder y control sobre sus propias vidas es lo más importante que debe sentir un ser humano, el sentirse dueño de su vida.

El/la Trabajador/a Social deberá trabajar con las historias de culpabilización y establecer estrategias positivizadoras cuestionando y desmontando sobre las diferentes premisas sobre las que se apoyan. Hacer ver al usuario que el problema es capaz de controlar, de dirigir su vida y la de la familia, grupo o comunidad y cómo su historia y su problema influye sobre los demás es el inicio de la intervención.

En este sentido, utilizar una metodología reflexiva es la base de una intervención basada en la narración personal. Hacer consciente de que él, el usuario es el experto en su problemática y circunstancias son parte de la base angular de la intervención basada en esta metodología.

En base a la anterior argumentación, al reconstruir la historia nos podemos encontrar en que el usuario ha olvidado partes de ella, sobre todo en colectivos en situación de riesgo social, vulnerabilidad social o exclusión social, pero quizá estos olvidos son necesarios y no es probablemente lo más importante de la situación sobre la que se está interviniendo.

Lo más importante por parte del Trabajador Social es narrar, dar y encontrar significado a la propia historia personal. Estas narraciones y reconstrucciones de los hechos van a posibilitar desarrollar estrategias resilientes en los usuarios.

Debemos buscar *“medios más eficaces para ayudar a las personas tanto en sus preocupaciones sociales como emocionales, que conectan su vida cotidiana con estos cambios, hemos descubierto que la práctica narrativa ofrece un enfoque de Trabajo Social que apoya la búsqueda del significado de las cosas y del futuro que las personas desean”* (Abels y Abels, 2004:65-66). La perspectiva narrativa da importancia al contexto, a los diferentes papeles que se pueden dar dentro de una sociedad y la significación que ésta da a sus propios actores.

Dentro del proceso de intervención que se produce en la relación de ayudas en el Trabajo Social narrativo, el/la Trabajador Social deberá ayudar al usuario/a a enterrar su historia pasada, los hechos negativos que torturan y condicionan su futuro, para así ir construyendo una nueva narración, una nueva historia a partir de las potencialidades de cada persona y de cada caso.

Según Wilkinson (2005:1252) *“los que abogan por la centralidad conceptual de la narrativa en nuestra comprensión del mundo social, la identificación ontológica de la narrativa persigue el papel que debe desempeñar en la conformación de nuestra identidad”*. La narrativa va a facilitar la formación de la nueva identidad dentro del proceso de intervención social.

Así, la construcción de nuestra identidad personal forma parte del gran proyecto biográfico en el que reflexivamente se produce una actual narrativa del “yo” (Bagguley, 1999).

*“La búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una “racionalización secundaria” de su impulsos instintivos” (Frankl, 1988:98). Encontrar el sentido forma parte de uno mismo, por eso precisamente es conveniente incorporar la narración, la búsqueda del sentido en la intervención social.*

Algunos autores defienden que es parte de un “mecanismo de defensa” la búsqueda de sentido, pero no debemos quedarnos aquí en considerarlo como un único mecanismo de defensa, considero que va más allá de un simple mecanismo de defensa. Me atrevería a añadir que forma parte de algo existencial y vital que es parte de un “todo” para la humanidad.

El sentido facilita la integración y la aceptación de uno mismo dentro de un contexto. Por “sentido ideal” y principios e incluso a lo largo de la historia hemos visto como el hombre es capaz de luchar y de perder la vida si fuese necesario por buscar el principio de “ese sentido”. Y gracias a estas luchas estamos donde estamos, en una libertad que en ocasiones quizá no se ha luchado todavía demasiado y debemos seguir luchando frente a esa búsqueda de sentido.

De acuerdo con la línea argumental de Vidal (2009:142) *“la perspectiva narrativa nos obliga a estar atento a las personas y las historias son inseparables de las personas y hechos que las protagonizaron”.*

*“Toda situación vital representa un reto para el hombre y le plantea un problema que sólo él debe resolver” (Frankl, 1988:108), los profesionales sirven de apoyo, ayuda, son un recurso fundamental en la intervención para “ayudar al hombre” a resolver sus cuestiones de sentido y sentimiento. Lo que hay que conseguir como partida del proceso es contar con el desahogo del usuario como un proceso inicial en el desarrollo de habilidades para la intervención, para crear ese clima que llamamos empatía.*

*“Cuando vivimos, las cosas nos pasan, pero cuando contamos las hacemos pasar; y es precisamente en ese llevar las riendas el propio sujeto, donde radica la esencia de toda narración, su atractivo y también su naturaleza heterogénea de los acontecimientos o emociones a que alude” (Martín, 1982:22).*

El individuo ha de hacer *“la búsqueda de un interlocutor soñado”* a través de su autonarración, esto es, “contarse” primero a sí mismo para poder más tarde “contar” a un posible interlocutor, es en esas otras búsquedas donde los usuarios/as han de encontrarse a sí mismo/a, o bien ha de encontrar aquello que “siempre han estado buscando”.

El narrador oral, la persona que nos cuenta su historia tiene que atenerse, quieras o no, a las limitaciones que le impone la realidad circundante o vivida, se ve limitado en muchas ocasiones por las experiencias vividas y la lectura que se hace de éstas.

La narratividad nos habla no solamente del origen del relator, sino también del destinatario para quien va dirigido ese relato (Vidal, 2009). Dependiendo para quien vaya dirigido el relato lo elaboramos de una forma u otra, dándole el sentido que esperamos para el otro (Martín, 1982).

También hay que tener en cuenta que una intervención desde una perspectiva narrativa desde el Trabajo Social, *“no solamente se preocupa por quién y cómo dice las cosas sino de cómo y quién las escucha” (Vidal, 2009:143).*

## CONCLUSIONES

La intervención narrativa ofrece una perspectiva de desarrollar y recuperar la “vaciedad íntima” de ciertas personas o colectivos. Darles contenido, estrategias y habilidades a los/as usuarios/as del Trabajo Social, para superar y hacer consciente que las personas son dueñas de sus propias responsabilidades, haciéndoles ver que el presente ya es pasado y que todavía están a tiempo de modificar y rectificar ese pasado construyendo desde el aquí y el ahora para el futuro. Las personas tendrán por lo tanto que enfrentarse a sí mismos, a lo que han construido, a lo que creen de sí mismos y de su vida.

Habrá que desarrollar habilidades y estrategias profesionales para buscar el sentido del sufrimiento, de las dificultades y ser capaz de construir a partir de ese sentido, desarrollando actitudes adecuadas para encontrar sentido a la vida y a los acontecimientos que nos están ocurriendo.

El desarrollo de habilidades y capacidades personales van a cubrir el vacío existencial de sentido y sentidos en personas, individuos, grupos y comunidades a través de la intervención social.

El Trabajador Social deberá desde un enfoque narrativo, trabajar los relatos y las narraciones personales que cada persona realiza, de su propia historia ya que éstos determinan quiénes somos y sobre lo que hemos llegado a creer sobre nosotros/as mismos/as y sobre los demás. Este enfoque es fundamental para trabajar a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, para cambiar la visión que se tienen de las cosas y de los problemas.

Esta práctica narrativa en Trabajo Social es muy útil para poder reconstruir la historia personal de personas en exclusión social, riesgo o vulnerabilidad para encontrar los significados de conexión entre la persona, proceso, contexto y tiempo. Siendo extremadamente importante la capacidad de desarrollar el poder del control de los pensamientos y de las acciones. Desde esta perspectiva se puede trabajar la visión y percepción que se tiene de uno mismo, de los demás y de la realidad.

Las personas cuando son capaces de ver y analizar la realidad despojada de todas las ilusiones adquiere significados de estar “psíquicamente desnudos”, desprotegidos ofreciendo su parte más íntima, más débil y expuestos a la desesperación, la depresión o incluso el suicidio.

Analizar desde una perspectiva la realidad de las personas, las ilusiones adquieren otra significación para estar protegidos frente a la desprotección personal y social recuperando el optimismo.

El empleo de técnicas reflexivas en la intervención de la práctica narrativa ayudarán a los usuarios a ir reelaborando su historia personal y social para encontrar el sentido, dar una explicación a los hechos que componen su historia y encontrar el lugar que les corresponde en la sociedad.

Hay que desmontar en la intervención el proceso de victimismo, la persona tiene que reconstruirse del proceso de exclusión. Para ello, la visión topológica recoge visiones compartidas, el sujeto ha de querer salir, ha de querer ser el protagonista, responsabilizarse de sí mismo, la participación del otro en la intervención es fundamental. Las personas tienen derecho a equivocarse para poder aprender.

## BIBLIOGRAFÍA

Abels, P. y Abels, S. L. (2004). Trabajo Social narrativo con grupos. En: Henry, S., East, J. y Schmitz, C. (Coords.). *Trabajo Social con Grupos. Modelos de intervención*. Madrid: Ediciones Narcea.

- Bagguley, P. (1999). "Beyond emancipation? The reflexivity of social movements", in M. O'Brien, S. Penna and C. Hay (Eds), *Theorising Modernity*. London: Longman.
- Contrera, V. (2006). La narrativa en Trabajo Social: entrevista familiar como espacio de re-construcción de relatos. *Revista Tendencia & Retos*, 11, 143-151.
- Cyrulnik, B. (2006). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Frankl V., E. (1988). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- Martín G., C. (1982). La búsqueda de interlocutor y otras búsquedas. Barcelona: Editorial Destino.
- Martín G., C. (1985). El cuento de nunca acabar. Barcelona: Editorial Destino.
- Rushdie, S. (1991). *Lecture: One Thousand Days in a Balloon*. *New York Times*, 12 December.
- Vidal F., F. (2009). *Pan y Rosas*. Colección de Estudios. Cáritas y Fundación Foessa. Madrid.
- White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Wilkinson, T. (2005). *Social Work and narrative Ethics*. *British Journal of Social Works*, 35, 1249-1264. doi: 10.1093/bjsw/bch242.

## EL OTRO LADO DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL: UNA APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO SOCIAL

José Luis Gil Bermejo

*Trabajador Social*

### INTRODUCCIÓN

Escribir tiene una responsabilidad ética y política, desde ahí tomo dicha tarea conociendo mis limitaciones y partiendo, en el presente trabajo, de mi experiencia subjetiva profesional y personal, dentro de mi ejercicio diario laboral, mis aprendizajes, mis reflexiones, mi contacto con otros profesionales y el enriquecimiento que me ha aportado conocer otras formas de entender el trabajo social desde diversos lugares, cercanos y lejanos.

### LA AGRESIÓN

Podemos definir agresión como "cualquier forma de conducta dirigida a dañar o perjudicar a otro ser vivo que está motivado a evitar tal trato" (Baron y Richardson, 1994), incluyéndose comportamientos interpersonales, grupales y societales.

Desde la psicología social podemos diferenciar dos tipos de agresión: la agresión afectiva, hostil o emocional, caracterizada por ser impulsiva, no premeditada y dirigida por la ira, dirigida por la intención de causar daño; y la agresión instrumental, que se considera más deliberada y racional que la anterior, ya que se realiza tras anticipar consecuencias reforzantes o para evitar castigos, causar daño o amenazar con hacerlo es un medio para conseguir un fin. Habitualmente convergen ambas motivaciones en los sucesos de agresión.

Las relaciones entre agresión y violencia (Pueyo, 2005) según las diferentes tradiciones son las siguientes: desde la psicología, la violencia es la conducta agresiva grave; desde la etológica la agresión responde a un instinto y la violencia es la desviación de esta agresión; desde psiquiatría la agresión es una característica normal y la violencia es una alteración; desde sociología la agresión es una conducta humana y la violencia un modo de relación social y desde la tradición jurídica, violencia y agresión son términos distintos en cuanto la gravedad de sus efectos y la intencionalidad con que se ejecutan.

Ante la diversidad de áreas que abordan ambos conceptos, para delimitarlos, tomaremos el concepto de agresión primeramente para contextualizar este primer apartado, donde describiremos la agresión en el contexto social. En el segundo apartado concretaremos la agresión empleando el término de violencia, tomando dicho concepto como conducta activa o pasiva pero siempre con repercusiones negativas para la víctima.

### La agresión en el contexto social

Podemos diferenciar tres formas de agresión en el contexto social: El mobbing o acoso laboral, el bullying o acoso escolar, y el rechazo estructural, genéricamente denominado como exclusión social.

El mobbing<sup>1</sup> se ha definido como toda conducta no deseada, realizada en el ámbito del trabajo, que tiene como objetivo o consecuencia atentar contra la dignidad de la persona y crear un entorno humillante u ofensivo, implicando una repetición de la acción y una relación asimétrica entre agresor/es- víctima/s.

Respecto al acoso escolar o bullying, vamos a detenernos en una violencia más sutil y aparentemente invisible, se trata de la violencia simbólica, en concreto de la violencia ejercida a través del llamado currículo oculto, el cual se refiere a la existencia de una contradicción entre los valores que se transmiten explícitamente, con lo que supuestamente debería transmitirse de forma curricular/programática. Es necesario hacer una revisión de lo políticamente correcto y de cómo realmente se abordan temas en la escuela como: diversidad, igualdad, interculturalidad, género, no-violencia, cooperación, etc. Quizás el abuso y mal empleo de ciertos conceptos hace que los mismos deban ser nuevamente revisados y contextualizados en la realidad actual. El fenómeno del currículo oculto es algo muy extrapolable en los programas de políticas sociales actuales.

Respecto a la exclusión/inclusión social desde el trabajo social hemos profundizado en gran medida en el concepto, a lo largo de nuestra historia profesional en España, hemos visto como el concepto desde los años 80 fue evolucionando, en su carácter estructural, en su inclusión en la política social, en los 90 su tecnificación y gestión (rentas básicas) y en su comercialización y empleo en cartas de servicios actualmente.

La exclusión social es un término de importante resonancia en nuestra sociedad etnocentrista y global neoliberal, ya que en nuestro imaginario se sitúa la inclusión/exclusión dentro de una sociedad supuestamente desarrollada, en base a unos indicadores económicos que determinan el estar dentro o fuera de la sociedad. Sería disparatado y complicado hablar de exclusión social en una comunidad indígena en el Amazonas o budista en el Tibet, y si lo hiciéramos, nuestro signo de riqueza tomado en términos económicos sería de lo más paupérrimo.

El Banco Mundial (2006) nos muestra como su discurso reemplaza el viejo término de igualdad por el de equidad, admitiendo la desigualdad como un proceso inevitable, en sus textos: "la mayoría de la gente estaría de acuerdo en que una sociedad necesita cierto nivel de desigualdad para proporcionar incentivos al trabajo y la inversión".

Actualmente el término de pobreza y vulnerabilidad se está vinculando a la ilegalidad, a la peligrosidad, inseguridad, incluso a la decisión o voluntariedad de serlo (Murillo et al., 2006).

Una vez analizado el contexto sociológico-estructural, sería adecuado poder analizar el concepto desde la perspectiva funcional-psicosocial desde donde la exclusión social presenta tres características fundamentales: se produce de manera continuada; es posible en virtud de un clima social que tolera o se muestra indiferente y es ejercida, en mayor medida, por los miembros más integrados de la sociedad.

Esto culmina en lo que Neulle-Newman (1995) denomina como la espiral del silencio, refiriéndose al proceso por el que la no intervención de las instituciones ante situaciones de exclusión o violencia es interpretada como una señal de conformidad con dicha situación.

---

<sup>1</sup>Posteriormente desarrollaremos más concretamente el fenómeno de mobbing en el contenido de la violencia de la institución hacia el profesional.



Desde el concepto de ciudadanía y de derechos sociales deberíamos acercarnos hacia una justicia social más real, deconstruyendo por parte de una ciudadanía participativa y representativa sus componentes psicosociales desde los significantes subjetivos, como actores reales de democracia y no espectadores de esta pseudodemocracia.

## VIOLENCIA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Retomamos el concepto de violencia y sus direcciones posibles, o al menos algunas de ellas, que pueden surgir, analizando la violencia hacia el trabajador social a por parte de la ciudadanía o población que atiende; seguidamente pasaremos al análisis de la violencia entre la institución y el profesional de forma recíproca e interactiva; finalizando con la violencia ejercida por el trabajador social y/o institución hacia el ciudadano.

Los factores analizados en lo que hemos llamado la direccionalidad de la violencia en la intervención social, a través de: institución, profesional y ciudadano, pueden ser y de hecho son recíprocos y extrapolables en cada uno de los espacios de violencia que se van a analizar seguidamente.

### Violencia ciudadana hacia el trabajador social

La violencia en el lugar de trabajo atenta contra la dignidad y los derechos de los trabajadores, pero también es una amenaza a la eficiencia y el éxito de las organizaciones.

Algunos de los factores más importantes que pueden incrementar la posibilidad de que se produzcan actos violentos por parte del perpetrador son los siguientes (Pérez, Nogareda, 2004): inestabilidad psicológica; ausencia de responsabilidad individual; insatisfacción con servicio o producto; largas esperas; percepción de promesas incumplidas; frustración, ira, estrés,...

Con estos factores solo nos queda hacer una comparativa de lo que supone la atención social institucional diaria para el trabajador social ante el ciudadano, dentro de la subjetividad del mismo y de la sensación (tanto para el profesional como para el ciudadano) que le puede quedar ante la repentina "desaparición de un recurso" o la "falta de presupuesto".

Hay dos conceptos claves para analizar la situación de desigualdad psicosocial de los ciudadanos usuarios de Servicios Sociales (públicos, privados de gestión indirecta o directa), la frustración ante la dificultad de acceso a recursos establecidos, con su carácter de escasez y dificultad de acceso a los mismos y el prejuicio social.

Retomando el tema de la agresión existen diversas hipótesis que relacionan la frustración con la agresión. La psicología-cognitivo conductual constata la hipótesis que supone que la frustración genera un afecto negativo. Berkowitz señala la conexión indirecta entre frustración y agresión, a través del afecto negativo, o sentimiento displacentero provocado por condiciones aversivas.

Esta revisión nos constata que la continua y diaria frustración que puede darse en las personas atendidas, en los Servicios Sociales u otros recursos de atención, puede generar un afecto negativo, ya simplemente por el hecho de suponer una situación de partida desfavorecida psicosocialmente, si

añadimos otros factores, como veremos a continuación, como el prejuicio o el "efecto de suma cero", consolidamos la frustración, una frustración que se muestra bidireccionalmente entre el profesional y ciudadano.

Ahora pasaremos al concepto del prejuicio social. Partimos de la actitud, la cual tiene tres componentes básicos, el afectivo, correspondiente al prejuicio, el cognitivo, con la consiguiente categorización de la realidad formando así el estereotipo, el conductual, con la discriminación que puede generar la actitud, de forma explícita o latente. Tanto las creencias estereotipadas como el prejuicio hacia un grupo influye de manera significativa en la conducta de los estereotipadores y en la de las víctimas. Constituyéndose así un imaginario de pobreza alejado de la individualidad de la persona así como de su sentir subjetivo.

Respecto a la amenaza de recursos aplicados en la política social se da lo que llamamos un efecto de suma cero, que describe teóricamente una situación en la que la ganancia o pérdida de un participante se equilibra con exactitud con las pérdidas o ganancias de los otros participantes.

La creencia en la vida como juego de suma cero, como numerosas evidencias lo indican, no está relacionada ni a un grupo ni a una clase social. Se desplaza en función de las relaciones de poder para inscribirlas en discursos que permitirán construir una cultura utilizada por tal grupo para dirigir a la población (Imbert 2004).

Lejos de lo que sería la visión de lucha de clases, nos hemos ido constituyendo, desde una visión etnocéntrica neoliberal en una identitaria clase de consumo, por lo que el acceso y derecho a servicios/recursos como consumidores parece inherente en nuestra condición de ciudadanía, concibiéndose así una estima social en base a nuestro consumo y no en torno a nuestra denostada u olvidada clase social.

Actualmente la mayor parte de las instituciones de intervención social contienen unos factores que deshumanizan la atención a la ciudadanía, generando frustración, malestar y activación del afecto negativo y prejuicio social, contexto propicio para el surgimiento de la agresividad que puede desencadenar en violencia.

Ante el contexto psicosocial e institucional descrito, frustración y prejuicio social, en su confluencia, como variables de nuestra realidad profesional, podemos encontrarnos ante una situación de hostilidad del ciudadano hacia el profesional que atiende y se acerca a la subjetividad de la problemática, de la misma forma que estos factores igualmente influyen en la direccionalidad de la agresión (del profesional hacia el ciudadano, o hacia su institución). Sin justificar esta posible violencia sí que aportamos la hipótesis de su existencia.

### **Violencia entre la institución y el trabajador social.**

El moobing o acoso moral en el trabajo tiene el objetivo de destruir la estabilidad psicológica de un ser humano, a través del descrédito y la rumorología, con la finalidad de encubrir un fraude. La indefensión de la víctima proviene de la pasividad de los testigos de la violencia que permiten la destrucción de otro ser humano de manera indignante (Pares 2005).

El acoso laboral ejercido por la institución o los mandos directivos tiene, por lo general, dos objetivos: la eliminación de trabajadores que no se someten a las comunicaciones implícitas (secretos o fraudes institucionales) de la institución y/o fomentar situaciones de esclavismo laboral.

Podemos identificar diversos tipos de mobbing: El acoso vertical descendente, realizado desde la jerarquía hacia el/los subordinado/s; el vertical ascendente, que sería el caso contrario, y el acoso horizontal, entre iguales.

En entornos laborales sanos los conflictos interpersonales no evolucionarán hacia ningún tipo de hostigamiento. En todo acoso moral hay encubierto un fraude, por lo que el fraude es algo muy común dentro de las instituciones donde se produce moobing.

Ante el contexto de desigualdad psicosocial, agresividad y emergencia constante donde trabajamos, en una primera toma de contacto, en la entrevista, la necesidad de dar una respuesta apremiante es errónea. Por una parte la demanda explícita, que en ocasiones desborda al propio profesional o recurso desde donde interviene, por otra la urgencia subjetiva ante una necesidad personal expuesta, por otra la carencia de recursos y dificultad de acceso (por trámites burocráticos, perfiles muy concretos o listas de espera), todos estos factores nos pueden llevar a un activismo desenfrenado que en vez de resolver la complejidad de la demanda o situación, se huye de ella vertiginosamente.

Esta complejidad pone en juego una importante disonancia para el trabajador social, desde dónde no puede dar una respuesta a la demanda concreta, en tiempo y adecuación de recurso, comenzando en una dinámica de ansiedad que transita desde la omnipotencia de “resolverlo todo” hasta la impotencia de la frustración que genera el “no llegar a todo”. Desde ahí, la elaboración cognitiva y emocional de agresividad comienza, pudiéndola exteriorizar en torno a dos posibles alternativas, una primera contra la institución y otra contra la persona/colectivo atendido.

Respecto a la agresión a la institución resulta muy común en el discurso del trabajador social, la proyección de los supuestos fracasos o frustraciones profesionales por culpa de “sus jefas”<sup>2</sup>, como podemos ver la frustración es una variable constante dentro de nuestro trabajo, y dentro de la queja subjetiva y crítica de cada profesional existe toda una verdad, incuestionable, sea proyectiva, o desde cualquier posicionamiento inconsciente, o consciente, aunque no sea intención alguna por parte de la institución o dirección el generar malestar en el trabajador.

El no poder cambiar realidades cotidianas estructurales de desigualdad social en muchos casos puede ser la razón de la frustración profesional, el estar frente a ello no nos condiciona a tolerar la frustración, si no a poder pensar en otras alternativas como profesionales y desde nuestra institución.

## Violencia del trabajador social hacia el ciudadano

Señalaremos dos procesos desde los cuales se pueden dar situaciones de violencia del profesional hacia el ciudadano, un proceso general, que aparece en muchas profesiones que trabajan en la atención directa a ciudadanos, el burnout y un proceso más a nivel subjetivo e inconsciente: los mecanismos de defensa surgidos por parte del profesional.

Proceso de burnout podría encuadrarse dentro de la repercusión que genera la violencia ejercida por la institución (o más bien del entorno socio-laboral en el que trabajamos) hacia el profesional, aquí lo tomamos como un factor potencial de la violencia hacia el ciudadano atendido por el trabajador social.

---

<sup>2</sup> Curiosamente en el discurso cotidiano profesional, ante la queja institucional, se subjetiviza la misma hacia la jerarquía reconociendo verbalmente la existencia del género femenino.

Los factores del burnout para el trabajador social son: el agotamiento físico/emocional; la despersonalización hacia el ciudadano y la autopercepción negativa en cuanto a las competencias profesionales.

La desvinculación del sentimiento de la propia persona genera una separación con la emoción ajena, propiciando un sucesivo y recíproco mecanismo de defensa de desconexión con nuestras propias emociones, racionalizando lo emocional.

La legitimación del prejuicio unido a la contra transferencia del profesional hacia el ciudadano suscita nuestra confrontación a nivel cognitivo e inconsciente, pudiendo generar acciones instintivas en el profesional que se muestra como un "defensor institucional/territorial" del sistema.

Analizando los mecanismos de defensa más comunes en nuestra intervención profesional, como sujetos e inconsciente que somos, hemos seleccionado (por su incidencia e importancia) los siguientes: la confluencia, la proyección y la racionalización.

**Confluencia:** Podemos encontrar la confluencia en posicionamientos benéfico-asistencialistas o moralistas, las llamadas situaciones que generan un supuesto enganche del usuario con el profesional, que viene a demostrar una reciprocidad de dicho enganche, donde el origen se encuentra en el profesional, y no en las "personalidades dependientes", como a veces creemos, ya que corresponde al profesional establecer unas mínimas bases de la relación, lejos de amateñar<sup>3</sup> a las personas que atendemos.

**Proyección:** El sujeto confiere una existencia objetiva fuera de él. En lugar de ser un participante activo de su propia vida, el proyector se convierte en un objeto pasivo, víctima de las circunstancias.

**Racionalización:** Enmarcándonos en un contexto de desigualdad social, y de sufrimiento humano surge la racionalidad del profesional, de tal forma que la injusticia se torna en su apariencia y detrás de la misma la razón nos facilita cognitivamente la forma de justificar las numerosas situaciones que estamos acostumbrados a ver, separándonos de la realidad, alejándonos de la indignación, del sufrimiento, de la otra persona, y en definitiva de nosotros mismos.

Emocionalmente y cognitivamente surge un proceso de vinculación con la institución para la cual trabajamos. El vincularnos con la institución, la cual nos nutre, nos dota de un espacio, de un lugar de "ser" trabajadores sociales, de ejercer nuestra profesión, con un consiguiente código deontológico, que aparentemente es respetado y asumido por la propia institución, nuestro deber a la misma es constante, desde una actitud de sometimiento, consentimiento o contra institucional (culpabilizando a la institución de la frustración que genera nuestro ejercicio profesional), pero la respuesta siempre existe, en acción u omisión, existiendo la vinculación emocional.

Nuevamente entramos en la dinámica de frustración-activación de afecto negativo, deshumanización (y demás características del burnout profesional) que puede desencadenar en violencia frente al

---

<sup>3</sup> Empleamos "amateñar" frente al concepto masculino de "apadrinar" por el carácter de influencia de género femenino en nuestra profesión, teniendo en cuenta los roles asociados a la mujer en la actual sociedad machista.

ciudadano, en nuestra interpretación de la realidad, a través del prejuicio, en la discriminación o en la "culpabilización" de la pobreza.

Un espacio de supervisión para poder volcar toda nuestra corporalidad profesional resulta fundamental, debemos de retomar esta supervisión antes de que espacios de control o también llamados de coordinación se apoderen del concepto, ya que nuevamente desde esta supervisión mal entendida volvemos a reproducir una relación más cercana a la comunicación-agresión del "deberías hacer" por parte de figuras jerárquicas.

## EL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL CONFLICTO SOCIAL

Hemos analizado algunas de las distintas formas de violencia que se pueden dar en torno al trabajo social, pero en muchas ocasiones sugieren unos orígenes que van más allá del profesional, el ciudadano o la misma institución. La desigualdad social ocurre más allá de nuestros despachos, la calle, es un acercamiento a la realidad, o al menos a una parte de ella, otras formas de nuestro ejercicio profesional histórico, como el trabajo comunitario han ido perdiendo importancia, sin entrar ahora en las causas, alejándonos de lo real, de lo social, de lo político, quizás de parte nuestra propia verdad identitaria.

Es imprescindible que la profesión reconozca y asuma que interviene en espacios de conflicto de intereses, en espacios de tensión. La respuesta a esto no está en la desinstitucionalización (como se pensó en el trabajo social reconceptualizador) ni en el ocultamiento de las tensiones o conflictos (como en la naturalización típica del trabajo social conservador), sino en el desvelamiento de la tensión, para que ésta sea el punto de partida que permita problematizar la intervención, es decir: haciendo visible la función que tiene la profesión, descubriendo los espacios de tensión y construyendo, individual y colectivamente, estrategias para analizar y decidir qué hacer con esos espacios

En consecuencia, trabajar desde el reconocimiento del conflicto y sus términos para la construcción de un pensamiento crítico y una intervención social crítica, abre posibilidades infinitas al conocimiento crítico sobre la realidad social (Parola, 2009).

Es necesario identificar un Estado que en sus discursos y prácticas, avala y justifica argumentos vinculados a la penalización de la pobreza, a la judicialización de la vida cotidiana y a la criminalización de la protesta social (Silva, 2004).

El posicionamiento conceptual, que hoy llamaríamos "ético-político", lleva a sostener que "el objetivo profesional debería ser –desde las instituciones de bienestar social o desde otras modalidades de intervención– acompañar activamente a los sectores populares en la resolución de sus necesidades y en la contribución al fortalecimiento de sus organizaciones" (Alayón, 1986).

## CONCLUSIONES

Conceptos como frustración, prejuicio social, y violencia se están dando en todas las direcciones de nuestro contexto personal y profesional, por lo que la frustración puede ser factor motivacional de la violencia y el prejuicio social el legitimador de la cognición o acto violento. Esto no significa la justificación de ningún acto violento, todo lo contrario, analizando sus factores nos puede acercar más a la complejidad del hecho.

Por otra parte la agresividad en sí, se puede considerar “normal” dentro de un cierto nivel funcional y necesario para la vida cotidiana, como variable de motivación no hacia una conducta violenta, sí hacia una tipo de conducta que pueda generar actos creativos o novedosos que salgan de una rutina de frustración y repetición profesional.

Resulta de suma importancia ser conscientes de la existencia de la violencia y quizás con habernos aproximado a sus posibles manifestaciones más directas ya estamos abriendo nuestra conciencia, cognición y emoción, desde su manifestación simbólica, subjetiva o real. Ser y estar presentes ante la violencia que podemos estar presenciando o sintiendo nos facilitará mucho más nuestro ejercicio ético y profesional.

No es necesario detenernos solamente en encontrar el origen de la violencia en el entorno del trabajo social. Sabemos que estamos cerca de ella, pero debemos de mirar más allá de los actores anteriormente señalados. La descripción que hemos hecho reflejaba una posible direccionalidad de la violencia, pero no el origen, ya que cada cual deberá subjetivar y posicionar la violencia, y dependiendo de dicho posicionamiento mostrará una forma particular identitaria de la profesión.

Muchas veces frente a la violencia pensamos que desde nuestro imaginario profesional debemos responder a ella o tolerarla desde nuestro saber hacer contenedor y de respuesta pasiva frente al conflicto, siendo nuestro sujeto corporal el único que lo hace y lo sufre, pero nuestra profesión ahí no tiene lugar.

Por otra parte, en cuanto a la direccionalidad y factores de la violencia revisados en el presente trabajo, hay que tener en cuenta que se ha categorizado “sobre el papel” para partir de un esquema, no correspondiendo a una realidad fija y unidireccional, si no dinámica, multidireccional y con una interacción en todo esquema relacional anteriormente descrito, así como sus factores.

La violencia cotidiana se muestra desde la variable psicosocial, desde la exclusión social que emana de nuestra sociedad y políticas neoliberales, hasta los continuos procesos que se están dando en cuanto una progresiva extinción de ciudadanía de derechos, y supuestas regulaciones/justificaciones solidarias “por la crisis” de un sistema capitalista. Todo ello, apela a un posicionamiento profesional, como trabajadores sociales, de estar presentes y ser consecuentes con un compromiso ético-político, crítico y reflexivo.

La complejidad de la profesión aborda cuestiones que nos indican la conjugación de dos aspectos que sólo nuestra profesión contiene en su identidad, el político y el terapéutico, diferenciando rotundamente un aspecto político meramente llevado por un activismo contra la injusticia o un aspecto terapéutico de “aconsejar” el buen hacer desde el juicio moral profesional o institucional labrando una tarea de reproducción social.

Ante la multitud y minuciosidad de hechos y procesos emocionales y cognitivos, resulta urgente una adecuada supervisión profesional y espacios donde poder compartir una mayor autenticidad, corporalidad y presencia sobre el trabajo social y en definitiva sobre un compromiso ético-deontológico que tenemos al trabajar con personas.

Los ingredientes están listos para ser mezclados al gusto de cada profesional, sin olvidar la historia, afrontando el futuro, y estando siempre presentes y conscientes de la realidad desde una subjetividad



diaria e identidad profesional que vamos construyendo, imaginando, reforzando y creando sutil y cotidianamente.

## BIBLIOGRAFÍA

- BARRANTES, C. (2005). *Pensar el trabajo social en la construcción de un nuevo paradigma*, ponencia magistral de cierre al V Congreso Ordinario de la Federación Mexicana de Escuelas de Trabajo Social, celebrado en la UNAM, México D.F. del 17 al 19 de noviembre de 2004. Buenos Aires: Revista Margen, No. Nº 36/37.
- BARROCCO, M. L. (2004). *Ética y Servicio Social: fundamentos ontológicos*. San Pablo: Cortéz Editora.
- CORDES, C. L. y DOUGHERTY, T. W. (1993). *A review and integration of the research on job burnout*. New York, USA: Academy of Management Review.
- GIL, J. L. (2010). *Las fuerzas centrífugas de la identidad profesional*. Revista del Colegio de Trabajo Social de Madrid nº 58, 67-79.
- IAMAMOTO, M. (2006). *El Servicio Social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. Brasil: Cortez Editora.
- MATUS, T. (1999). *Propuestas contemporáneas en trabajo social: hacia una intervención polifónica*. Buenos Aires: Espacio editorial.
- MURILLO, S. (2006). *Banco Mundial: Estado, mercad y sujetos en las nuevas estrategias frente a la cuestión social*. BA. Argentina: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.
- NETTO, J. P.; PARRA, G et al. (2002). *Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- NETTO, P. (2003). *La construcción del proyecto ético político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea: Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. San Pablo: Cortez Editora.
- PAINE, M. (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. Buenos Aires: Paidós.
- PARES, M. (2006). *Las fases del acoso moral en el trabajo*. Congreso nacional AMET, Trabajo y reestructuración: los retos del nuevo siglo. México: Siglo XXI
- PAROLA, R. N. (1997). *Aportes al saber específico del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- PÉREZ, N. (2004). *Violencia en el lugar de trabajo Documentación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.
- VV.AA. (2007). *Psicología Social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- WATZKLAUWICK, P. (1987). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Editorial Herder.



## ¿SIGUE SIENDO LA FAMILIA LA PRINCIPAL CUIDADORA DEL ENFERMO MENTAL?

Rosario Luis-Yagüe López

*Diplomada en Trabajo Social, Licenciada en Sociología  
Especialista en Terapia Familiar y Pareja*

### INTRODUCCIÓN

La finalidad de esta comunicación, es concienciar que si bien las familias siguen siendo cuidadoras principales de su familiar enfermo mental, estas precisan un compromiso serio, eficaz y continuado del Trabajador Social (T.S.), que les acompañe a la hora de afrontar las dificultades que se les presenten, en el marco de la atención a su familiar enfermo, cubriendo las áreas sanitaria, social, relacional, laboral, judicial, etc.

Una de las funciones habituales que lleva a cabo el T.S. en los Centros de Salud Mental (CSM) es la entrevista, tanto al paciente como a sus familiares. Es a lo largo de las primeras entrevistas, donde el T.S. descubre si en todo el proceso de intervención social que va a realizar con la persona derivada, va a poder contar o no con el apoyo familiar. Este dato será de gran importancia a la hora de plantear tanto la estrategia de intervención, como los objetivos.

En la actualidad estamos asistiendo a una serie de procesos de cambio en todas las estructuras y ámbitos relacionales. Los componentes de la unidad familiar, ya sea por motivos laborales, matrimonio, independencia, etc., abandonan el hogar y se van a residir a barrios alejados, a otras ciudades e incluso países. Esto hace que el T.S. se pueda encontrar, con pocos referentes familiares, y que en la mayoría de los casos estos sean los padres (con la consiguiente edad elevada), lo cual le llevará a tener que definir su intervención y compromiso de forma ajustada a esa realidad.

### MATERIAL Y MÉTODO

El distrito Fuencarral-El Pardo, ubicado en el norte de la ciudad de Madrid, cuenta con una población censada (enero de 2010) de 191.280 habitantes mayores de 18 años. Diez psiquiatras, cinco psicólogos, cuatro enfermeras y dos trabajadoras sociales son los profesionales, que componen el equipo del CSM, encargado de atender a la población mayor de 18 años, que reside en dicho distrito.

El estudio se centra en las personas derivadas a trabajo social durante los años 2003 a 2010, y que viven en cuatro de los ocho barrios en que se divide el distrito.

Las variables analizadas son:

- El género.
- E apoyo y la implicación de los familiares.
- La intervención social prolongada.

La tercera variable, hace referencia a las personas que padecen un trastorno mental severo (TMS) y son incorporadas al programa de Rehabilitación y Reinserción social, donde se aborda la intervención por un equipo multiprofesional.

Se entiende por población enferma mental crónica (EMC) o con TMS: “Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maníaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos” (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

## RESULTADOS

El número de **derivaciones** hechas a Trabajo Social en el CSM durante los años 2003-2010 han sido de 598 personas. Atendiendo al **género**, la media es del 57,7% mujeres y del 42,3% hombres (**CUADRO 1**).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	Media
<b>Varones</b>	46	32	32	28	31	26	25	33	253	<b>42,3</b>
<b>Mujeres</b>	39	47	57	42	38	39	40	43	345	<b>57,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>79</b>	<b>89</b>	<b>70</b>	<b>69</b>	<b>65</b>	<b>65</b>	<b>76</b>	<b>598</b>	

En cuanto a la **asistencia e implicación/apoyo de los familiares** (abarca padres, cónyuges, hijos, hermanos, así como personas que mantienen vínculos con el paciente), y excluyendo a los pacientes derivados que no asistieron a la entrevista:

- Asistieron solos el 53,8 %.
- El paciente con familia el 29,3%.
- Solo familiares el 16,9%.

De lo expuesto se deduce un **apoyo familiar** del **46,2 %** (**CUADRO 2**)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Media
<b>Asistió</b>	46,4	70	60,8	48,1	52,5	42,4	56,1	54,2	<b>53,8</b>
<b>Con familia</b>	34,8	20	13,5	38,9	26,2	40,7	29,8	30,6	<b>29,3</b>
<b>Solo familia</b>	18,8	10	25,7	13	21,3	16,9	14	15,3	<b>16,9</b>

En lo referente a la variable **intervención social prolongada**, cada año pasan a formar parte del Programa de Rehabilitación y Reinserción una media del 27,7% de los derivados, lo que hace que en los

ocho años que abarca el estudio, 163 pacientes hayan pasado a formar parte de dicho programa (CUADRO 3).

CUADRO 3. CONTINUAN EN INTERVENCIÓN										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	SUMA	MEDIA
P.R. y R.	22	21	17	24	20	24	17	18	163	
% TOTAL	25,9	26,6	19,1	34,3	29	36,9	26,2	23,7		27,70

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La Base de datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, de la Comunidad de Madrid, registró en el año 2004 una tasa de 1.116 casos nuevos (por cien mil habitantes) de mujeres atendidas en los CSM, frente a 788 casos nuevos de hombres. Lo que en porcentaje equivaldría a un 58,6% mujeres y un 41,4% de hombres.

Vemos en el estudio que nos ocupa, que atendiendo al **género**, son también más las mujeres derivadas a trabajo social (57,7%), que los hombres (42,3%), por lo que ambos estudios coinciden en señalar que *la patología mental es más frecuente en mujeres*.

**Asistencia e implicación/apoyo de los familiares.** En el 46,2% de las entrevistas la familia manifiesta su apoyo, al acudir con su familiar (29,3%), o sin él (16,9%). En el segundo de los supuestos, lo hacen con el fin de solicitar información, mostrar su inquietud, sus preocupaciones, demandar pautas de convivencia, pedir ayuda en la realización de gestiones, conocer las consecuencias que tendría el denunciar situaciones conflictivas, etc.

El abordaje de este punto resulta delicado, pues nos introduce en el campo de la protección de datos, de la privacidad de las personas y del derecho a la confidencialidad.

A la hora de realizar una entrevista “solo a familiares” se tiene en cuenta:

- Que sean familiares directos (padres, hermanos, hijos, etc.), o tutor legal.
- No se atiende a mujeres/maridos (o pareja) de pacientes, a no ser por demanda expresa del profesional que le atiende y con una finalidad específica.
- Haya permiso expreso del propio paciente.
- Que el responsable clínico del paciente, esté informado de dicha entrevista. En la mayoría de los casos, ellos son quienes realizan la demanda de intervención del T.S.
- Los pros y contras de llevar a cabo la entrevista sin consentimiento del paciente.
- Intentar, que tras la entrevista, el paciente conozca la realización de la misma y los motivos de haberse realizado, intentando que esté presente en las siguientes.
- Trabajar con la información precisa y siempre buscando el beneficio del familiar enfermo,...

No olvidemos, que en Salud Mental, podemos encontrar pacientes con escasa conciencia de estar padeciendo una enfermedad mental, y cuyo comportamiento está perjudicándole a él y a su entorno familiar y social.

Este es uno de los motivos que nos lleva, a atender a familiares, sin contar con la autorización expresa del enfermo, teniendo como fin último conseguir el mayor bienestar bio-psico-social del paciente.

En estas entrevistas los campos que se abordan con ellos son:

1. *Familiar/social.* Convivencia. Relaciones en casa. Resolución de conflictos. Pautas de interacción. Límites. Ley de dependencia. Alternativas residenciales. Asociaciones profesionales y de ayuda mutua...
2. *Sanitario.* Qué es la enfermedad mental. Medicación. Cuando acudir al CSM. Medidas a tomar ante descompensaciones clínicas. Ingresos hospitalarios involuntarios...
3. *Laboral.* Orientarles e informarles sobre el abanico de opciones posibles en este ámbito. Prestaciones económicas. Ayudas/subvenciones. Pensiones...
4. *Judicial.* Derechos legales. Protección de la sociedad. Procesos de incapacitación. Medidas cautelares. Tutelas. Testamentos.

**Intervención social prolongada.** En estos últimos ocho años, han sido 163 personas las incorporadas al Programa de Rehabilitación y Reinserción.

Un porcentaje considerable mantiene estabilidad clínica durante largos periodos, sin precisar intervención social, pero la experiencia nos enseña que cualquier cambio en su situación laboral, familiar, afectiva, relacional,... hace que se desencadenen situaciones impredecibles que requieren la intervención del T.S. de forma intensiva y a realizar en un corto espacio de tiempo. Es en estos casos donde se constata la necesidad de contar con interlocutores válidos, que puedan llevar a término las gestiones, medias y acciones precisas.

En conclusión, las familias siguen respondiendo y sirviendo de referente a la hora de la intervención con su familiar enfermo. El ser en la mayoría de las ocasiones, los padres quienes ejercen esta función, con la consiguiente edad avanzada, debe provocar en los profesionales un deseo de compromiso con ellos, que sea firme y acompañado de muestras de cercanía.

En ocasiones los familiares deberán tomar decisiones trascendentales, tener en quien confiar y apoyarse les será de gran ayuda. El profesional de trabajo social debe renovar y ampliar día a día este compromiso con las familias, cuidadoras informales, a fin de conseguir que estas puedan seguir realizando una función tan vital para la sociedad, como es el velar por su familiar enfermo, sin que esto les suponga un deterioro de su salud psico-física, ni les merme en sus relaciones sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*. Madrid: Consejería de Sanidad.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. *Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009*. Madrid: Consejería de Sanidad.

- TOURIÑO GONZÁLEZ, R.; INGLOTT DOMÍNGUEZ, R.; BAENA RUIZ, E. y FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J. (2004) *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- GRADILLAS, V.,(1998) *La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental. Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra: OMS
- CALDAS DE ALMEIDA, J. M.; TORRES GONZALEZ, F., (2005) *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Organización panamericana de Salud (Publicación Científica y Técnica nº 601) Washington DC: OPS.

# HACIA LA MOVILIZACIÓN DE LA PRESENCIA TERAPÉUTICA EN TRABAJO SOCIAL. UN ENFOQUE BASADO EN EL MINDFULNESS

Angel Luis Maroto Sáez

*Trabajador Social. Máster en Supervisión, Orientación y Coaching por la Universidad de Deusto.*

*En la mente del principiante hay muchas posibilidades, en la mente del experto sólo hay unas pocas.  
Shunryu Suzuki (1970).*

## 1.- INTRODUCCIÓN

La agenda cotidiana de los Trabajadores Sociales se encuentra repleta de tareas. Programar las intervenciones sociales a realizar, responder llamadas telefónicas, enviar y responder correos electrónicos, registrar las notas de cada entrevista realizada, elaborar informes sociales, diseñar proyectos individualizados de intervención o acompañamiento social, realizar visitas a domicilio, rellenar mil y un formularios y/o registros, asistir a reuniones, tener en cuenta el cumplimiento de los principios recogidos en su código Deontológico..., y un sin fin de otras actividades ajenas al trabajo estrictamente relacionado con la atención directa a las personas.

En medio de toda esta vorágine, no es difícil desarrollar una sensación o impresión en la que, el encuentro personal aparezca como meramente subsidiario o como una interrupción provisional de otras actividades que en nuestro labor parecen tener un papel fundamental. Pero por más que en ocasiones nos resulte fácil caer en esta trampa, los Trabajadores Sociales sabemos que lo que realmente importa, nuestra labor fundamental, es centrar nuestra actuación en la persona y sus problemas. Y, aunque los Trabajadores Sociales nos hemos formado en habilidades y acciones como, por ejemplo, la escucha reflexiva, la conexión o el acompañamiento, es preciso tomar conciencia de la existencia de un ingrediente fundamental en toda relación de ayuda importante y nutricia y, que no es otra, que la PRESENCIA TERAPÉUTICA. Dicha presencia, no es tanto un conjunto de habilidades (o forma de hacer) como una cualidad de la relación (o forma de ser) que el Trabajador Social aporta al encuentro con el otro.

Es una la actitud o postura hacia la experiencia presente que el Trabajador Social aporta al acompañamiento social instante tras instante y cuyos componentes básicos son: la atención y apertura a todas las dimensiones de la experiencia de la persona, la atención a nuestra propia experiencia cuando estamos con la persona y la capacidad de responder desde la inmediatez de esa experiencia.

Pero, para poder estar COMPLETAMENTE PRESENTE, el Trabajador Social debe ser capaz de dejar a un lado otras cuestiones y permanecer en silencio, abierto y receptivo con las personas a las que atiende. Esta capacidad –a la que también podemos llamar mindfulness- constituye el *sine qua non* de una relación de ayuda curativa, restaurativa o terapéutica.

## 2.- HACIA UNA DEFINICIÓN DEL MINDFULNESS

Durante nuestras jornadas de trabajo, lo que nos sucede con mayor frecuencia, es que nuestra mente se encuentre vagando sin orientación alguna, saltando de unas imágenes a otras, de unos pensamientos a otros. El estado normal de nuestra mente podría ser denominado como **atención parcial continua**

donde, mientras respondemos un correo electrónico o estamos hablando con un compañero iniciamos, de forma simultánea, una llamada telefónica. Es como si nos hallásemos continuamente inmersos en un flujo de interacciones en las que sólo nos concentramos de manera parcial.

No es infrecuente que, mientras estamos manteniendo una entrevista en el despacho intentando realizar un diagnóstico de la situación problemática que nos expone la persona, nuestro pensamiento comience a vagar hacia esas tareas que tenemos pendientes y que, sin querer, terminan tomando el protagonismo de nuestra conciencia consiguiendo evadirnos de nuestra principal tarea: tomar conciencia de la situación problemática expuesta por la persona. Sin darnos cuenta, iniciamos un cierto vagabundeo mental y comenzamos a pensar en ese informe pendiente reclamado por la Fiscalía, en esa reunión de equipo que tenemos programada para el final de la mañana o en la visita a domicilio que habíamos concertado hace dos semanas para valorar un servicio de ayuda a domicilio. Estos y otros posibles ejemplos, ponen sobre la mesa la dificultad de centrar nuestra atención en el aquí y en el ahora de nuestro momento presente, en la experiencia concreta que estamos viviendo.

Frente a la atención parcial continuada, el Mindfulness se presenta como algo muy simple y familiar, algo que todos nosotros hemos experimentado en numerosas ocasiones en nuestra vida cotidiana y que hemos experimentado cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo. Justo en esos momentos es cuando estamos practicando Mindfulness.

La “Atención Plena”, o su equivalente anglosajón Mindfulness, es el corazón de la psicología budista. Ha sido definido como estado inherente de conciencia que implica la atención focalizada, momento a momento, en la propia experiencia, la cual es recogida tanto del mundo interno como del mundo externo (Kabat-Zinn, 2003). Mindfulness *“puede ser considerada como atención intensificada o un darse cuenta de la experiencia corriente o realidad presente”*<sup>1</sup>. *“Focalizar la atención de un modo particular: en un objeto, en el momento presente y sin juzgar”*<sup>2</sup>. *“Estado en el que el practicante es capaz de mantener la atención centrada en un objeto por un periodo de tiempo teóricamente ilimitado”*<sup>3</sup>.

Partiendo de que todos tenemos la capacidad para alcanzar una atención plena a lo que sucede en nuestro momento presente, todo lo que necesitamos es cultivar nuestra capacidad de prestar atención a dicho momento, de una manera no valorativa, aceptando la experiencia tal y como se da.

Se trata de observar de manera abierta, ausente de crítica, donde permanecemos atentos a la experiencia sensorial, sin prejuicios. Mindfulness supone una conciencia ecuánime, no discursiva y centrada en el presente que reconoce y acepta tal cual es cualquier pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional. Es una capacidad humana innata que nos permite prestar atención deliberada y completa a lo que somos, a nuestra experiencia real y aprender de ella. Es una forma de vivir que contrasta profundamente con nuestro cotidiano existir con el “piloto automático” donde pasamos el día sin estar realmente donde estamos.

De alguna manera, podríamos señalar, que la práctica del mindfulness tendría que llevarnos a vivir centrados en cada una de las acciones que estamos desarrollando en un momento concreto, evitando

<sup>1</sup> BROWN K., W., RYAN R. R. Perils and Promise in defining and measuring Mindfulness: Observations from experience. Clinical Psychology: Science and Practice. 2004.

<sup>2</sup> KABAT-ZINN, J. (1990). Full Catastrophe Living. New York: Delta. Edición en Castellano: Vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Ed. Kairós. 2003.

<sup>3</sup> LUTZ, A.; DUNNE, J. D & DAVIDSON, R. J. Meditation and the Neuroscience of Consciousness. En: Zelazo, P.; Moscovitsch, M., & Thompson, E. The Cambridge Handbook of Consciousness. New York: Cambridge University Press. 2007.



que el pasado o el futuro, lo realizado o por hacer tomen nuestro momento presente evitándonos vivir “aquí” y “ahora” la plenitud de la experiencia actual.

### 3. ACTITUDES BÁSICAS EN LA PRÁCTICA DEL MINDFULNESS

Basándonos en los fundamentos de la práctica en Mindfulness que hace Kabat-Zinn (1990), existen siete factores relacionados con la actitud que constituyen los principales soportes de la práctica del Mindfulness, los cuales son: no juzgar, la paciencia, la mentalidad de principiante, la confianza, el no esforzarse, la aceptación y el ceder. Estas actitudes, al practicar, deben ser cultivadas con conciencia. No son independientes unas de otras. Cada una de ellas influye y se basa en el grado que seamos capaces de cultivar las otras. Trabajar con una de ellas nos lleva con toda rapidez a hacerlo con las demás. Juntas, constituyen la base sobre la que se construye una sólida práctica del Mindfulness.

**No juzgar.** La atención plena se cultiva asumiendo la postura de testigos imparciales de nuestra propia experiencia. Siendo conscientes del constante flujo de juicios y de reacciones a experiencias tanto internas como externas para así poder salir de ellas. Es importante en la práctica darse cuenta de esta capacidad enjuiciadora y limitarse a observar el ir y venir de pensamiento y juicios, no hay que actuar sobre ellos, ni bloquearlos, ni aferrarse, simplemente se observan y se dejan ir.

**Paciencia.** La paciencia demuestra que comprendemos y aceptamos el hecho de que, a veces, las cosas se tengan que desplegar cuando les toca. Permitir que las cosas sucedan a su debido tiempo. La práctica de la paciencia nos recuerda que no tenemos que llenar de actividad e ideas nuestros momentos para que se enriquezcan. Tener paciencia consiste sencillamente en estar totalmente abierto a cada momento, aceptándolo como tal.

**Mente de principiante.** Para ver la riqueza del momento presente, el Mindfulness enseña a promoverla a través de lo que se viene denominando “mente de principiante”, que es la actitud mental de estar dispuesto a ver las cosas como si fuera la primera vez y mantenerse abierto a nuevas potencialidades.

**Confianza.** El desarrollo de una confianza básica en uno mismo y en sus sentimientos constituye parte integrante del entrenamiento en Mindfulness. Se recomienda confiar en la intuición y en la propia autoridad, aunque se puedan cometer algunos “errores” en el momento, es preferible que buscar siempre guía en el exterior.

**No esforzarse.** En el momento en que se utiliza el Mindfulness como un objetivo o como un medio para algo, se está dejando de meditar, por paradójico que parezca meditar es el no hacer, por eso cualquier esfuerzo por conseguir que la meditación tenga una finalidad no es más que un pensamiento más que está entorpeciendo la atención plena.

**La aceptación.** La aceptación significa ver las cosas como son en el presente. Es mostrarse receptivo y abierto a lo que sienta, piense y vea, y aceptarlo porque está ahí y en ese momento.

**Ceder/Dejar ir.** Ceder significa no apegarse, es dejar de lado la tendencia a elevar determinados aspectos de la experiencia y a rechazar otros, en la práctica del Mindfulness, se deja de lado la tendencia a elevar determinados aspectos de la experiencia y a rechazar otros. Lo único que se debe hacer es dejar la experiencia tal y como es.

## 4.- MINDFULNESS Y LA PRESENCIA TERAPÉUTICA EN TRABAJO SOCIAL

El concepto de alianza terapéutica supuso una contribución muy positiva de la teoría psicoanalítica que subrayó la importancia de la interacción entre paciente y analista dirigida a promover la colaboración, y que los trabajadores sociales hemos ido adoptando en nuestras intervenciones profesionales dentro de un marco de relación de ayuda.

A comienzos de los años setenta tuvo lugar un cambio de énfasis de la relación terapéutica como fuerza curativa, que se caracterizó por centrarse en lo “real” –como algo opuesto a los elementos transferenciales del encuentro cliente-terapeuta-. Rogers (1957) y sus colegas subrayaron las propiedades curativas de las condiciones facilitadoras proporcionadas por el terapeuta, caracterizadas por la *comprensión empática* (el grado en el que el terapeuta consigue entender la experiencia del cliente y transmitirle su comprensión en un lenguaje que él entienda), el *afecto no posesivo* y la *consideración positiva* (el grado en que se comunica con él sin valorarlo y respetándolo como persona), y la *congruencia* (es decir, el grado en que el terapeuta se relaciona con su cliente con una actitud no defensiva, real y sincera). Este enfoque subrayó la importancia de valorar al cliente y adentrarse en la relación terapéutica sin “el manto protector de la autoridad profesional”.

El Mindfulness no hay que considerarlo como una técnica o como un conjunto de habilidades sino como una herramienta que desarrolla en el Trabajador Social un cierto tipo de PRESENCIA.

Más allá de las preocupaciones relativas a la gestión de prestaciones, la información, el asesoramiento, el diagnóstico social y el apoyo emocional, el Trabajo Social sigue siendo un encuentro entre dos (o más) personas cuyo objetivo fundamental consiste en la mejora de las circunstancias vitales del cliente y el modo, tanto interno como externo, en que aborda sus circunstancias. Independientemente de la existencia o no de recursos técnicos o económicos, es decir, de prestaciones, lo que en la relación de ayuda establecida por el Trabajador Social con el cliente y que conduce a un resultado exitoso es aquello que podríamos denominar presencia terapéutica. Dicha presencia terapéutica no es tanto un conjunto de habilidades (una forma de hacer) como una cualidad de la relación (una forma de ser) resulta difícil incluirla formalmente en los planes de formación,

La presencia terapéutica podríamos definirla como la forma de ser o cualidad del yo que el Trabajador Social aporta al encuentro con el cliente (Geller y Greenberg, 2002). Dicha presencia, es la actitud o postura hacia la experiencia presente que el Trabajador Social aporta al encuentro instantáneo tras instantáneo. Hablando en términos budistas, esta postura se caracteriza por la sabiduría (es decir, por la capacidad de ver claramente la experiencia) y por la compasión, es decir, por la comprensión profunda del sufrimiento que, en tanto seres humanos, nos une a todos (Brach, 2003). Así, la aprehensión desnuda del momento presente, con todas sus alegrías y todas sus tristezas, se origina en nuestra humanidad común para impedir que se convierta en un objetivo frío o en una barrera que nos separe. En el encuentro propiciado entre el Trabajador Social y la persona que requiere de sus servicios, ambos desempeñan papeles diferentes, sin dejar, no obstante, de ser por ello plenamente humanos.

Siguiendo los planteamientos del terapeuta humanístico-existencial Bugental (1987) son tres los componentes fundamentales de la presencia terapéutica: LA ATENCIÓN Y LA APERTURA A TODAS LAS DIMENSIONES DE LA EXPERIENCIA DE LA PERSONA, LA ATENCIÓN A NUESTRA PROPIA EXPERIENCIA CUANDO ESTAMOS CON LA PERSONA Y LA CAPACIDAD DE RESPONDER DESDE LA INMEDIATEZ DE ESA EXPERIENCIA. Desde esta perspectiva, el Trabajador Social debe poder conectar plenamente con la experiencia de la persona mientras observa sus propias reacciones y experiencias, y actúa desde la confluencia de estos aspectos de la relación.

De este modo, la presencia terapéutica es una cualidad de ser que el Trabajador Social aporta al encuentro y a la relación con la persona que alienta y promueve activamente el proceso terapéutico y el logro de objetivos y que:

- No está necesariamente ligada a las verbalizaciones ni a técnicas concretas (es decir, a las afirmaciones enfáticas, a las preguntas abiertas, etc.), sino que se experimenta como una actitud u orientación hacia la experiencia en el momento presente.
- Compete a todas las dimensiones del Trabajador Social, tanto física como emocional, cognitiva, social y espiritual.
- Suele caracterizarse como una expresión equilibrada de compasión y ecuanimidad (Salzberg, 1995) que asume la alegría y el sufrimiento como aspectos indiscutibles del viaje humano.
- Se expresa como la capacidad de atender abierta y claramente tanto a la propia experiencia como a la experiencia del cliente, y de actuar terapéuticamente desde la inmediatez de esa atención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Brach, T. (2003). *Radical acceptance: embracing your life with the heart of a Budha*. Nueva York: Bantam.
- Bugenthal, J. F. T. (1987). *The art of the psychotherapist: how to develop the skills that take psychotherapy beyond science*. Nueva York: Norton.
- Epstein M. (2001). *Pensamiento sin pensador. Psicoterapia desde una perspectiva budista*. Argentina: Lumen.
- Geller, S. M y Greenberg, L. S. (2002). "Therapeutic presence: therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter". *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, pp, 71-86.
- Hick Steven F. y Bien Thomas (2010). *Mindfulness y Psicoterapia*. México: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. México: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2003) *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós.
- Nhat Hanh, T. (2007). *El milagro de mindfulness*. Barcelona: Oniro.
- Rogers, C. (1957). *El Camino del Ser*. Barcelona: Kairós.
- Salzber, S. (1995). *Amor incondicional*. Madrid: Edaf.
- Siegel Donald, J. (2010). *Cerebro y mindfulness. La reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar*. Barceona: Paidós.
- Siegel Donal, R. (2011). *La Solución Mindfulness. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Zelazo, P.; Moscovitsch, M.,&Thompson, E. (2007) . *The Cambridge Handbook of Consciousness*. New York: Cambrige University Press.

# MEDIACIÓN FAMILIAR EN SITUACIONES DE DEPENDENCIA: UNA APUESTA POR EL DERECHO DE CUIDAR SIN CONFLICTOS

M<sup>a</sup> Pilar Munuera Gómez<sup>1</sup>  
Carmen Alemán Bracho<sup>2</sup>

*Es una desgracia que lo que es sencillo  
desde el punto de vista de la lógica,  
sea tan complicado desde el punto de vista  
del cálculo.*

Albert Einstein 1949

## RESUMEN

Se presenta las posibilidades que ofrece la mediación en el contexto de la atención a la dependencia desde la consideración de un marco legislativo donde se analizan las últimas leyes de mediación autonómicas. Esta normativa contempla la resolución de los conflictos que se pueden presentar en relación con el cuidado de las personas en situación de dependencia. Favoreciendo la resolución de los conflictos que se pueden presentar en las familias que tienen a su cargo una persona con dependencia y favoreciendo el derecho a cuidar de las familias.

## PALABRAS CLAVES

Mediación. Dependencia. Legislación. Derecho a cuidar de las familias.

## FAMILY MEDIATION WITH DEPENDENT PEOPLE: A BET FOR THE RIGHT TO TAKE CARE WITHOUT CONFLICTS

## SUMMARY

This work introduces the possibilities that mediation offers in the field of taking care of dependent persons from the point of view of the current legislation. The most actual autonomic and public laws related to mediation are also analyzed in this work. The aforementioned legislation provides the resolution of the conflicts that can take place when taking care of a dependent person. The conclusion of this work is that promoting the resolution of the conflicts that take place among families who have to take care of dependent persons, promotes also the right to take care of the families.

## KEY WORDS

Mediation. Dependence. Legislation. The right to take care of the families.

<sup>1</sup> Profesora Titular de la Escuela. Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid. Mediadora. [pmunuera@trs.ucm.es](mailto:pmunuera@trs.ucm.es).

<sup>2</sup> Catedrática de Servicios Sociales UNED. [caleman@poli.uned.es](mailto:caleman@poli.uned.es)

## INTRODUCCIÓN

La atención a la salud y la atención a la dependencia están en un contexto sociosanitario determinado por la consideración de *salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social*. Esta relación establece la interacción entre enfermedad y dependencia, pues para conseguir salud, debemos conseguir un estado de bienestar integral, donde toda persona tenga cubiertas sus necesidades, entre las que destacan: “la necesidad de ayuda o cuidado para poder realizar las actividades de la vida cotidiana”, que tiene toda persona enferma o en situación de dependencia, en esencia la necesidad de resolver los conflictos generados en su entorno que les impiden relacionarse adecuadamente.

La administración del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales ofrece una cobertura claramente insuficiente dado el número de personas en situación de dependencia y los recursos disponibles en la actualidad. Existiendo diferencias en la resolución de las peticiones de prestaciones sociales por dependencia entre comunidades autónomas y dentro de las mismas comunidades entre las áreas urbanas y rurales<sup>3</sup>. De ahí el planteamiento de configurar una realidad integral que de soporte a las familias, resolviendo también los diferentes conflictos que encuentran en el cuidado y atención de sus familiares enfermos. No se trata tanto de gastar más, sino de optimizar al máximo los recursos, con el empowerment de todas las partes involucradas.

El papel de los profesionales involucrados en el abordaje de la dependencia es básico tanto desde un punto de vista asistencial como ético. La dependencia plantea algunos retos a la sociedad, de carácter sanitario, social y económico, siendo necesario planteamientos que den solución a los diferentes conflictos que tienen planteados las familias tanto en el contexto de salud como en dependencia.

Las familias que viven en estas circunstancias presentan falta de comprensión, redes sociales debilitadas, desgaste emocional, soledad y suelen estar reclusas en su domicilio, siendo el cuidador principal el más afectado.

Las personas dependientes y sus familiares demandan respuestas por parte de organismos públicos así como ayuda para resolver todos los conflictos personales, familiares, institucionales, etc., que tienen. Situación que se está incrementando en estos años como consecuencia del aumento de la población dependiente por diferentes variables sociodemográficas (crecimiento de la población anciana, aumento de la esperanza de vida, avances científico-médico y social, etc.).

## I. INTERVENCIÓN EN DEPENDENCIA DESDE LA MEDIACIÓN

A diferencia de otras técnicas como pueden ser la conciliación, negociación y arbitraje, los postulados de la mediación aseguran satisfacción y duración de los acuerdos. En la mediación la presencia de un mediador que cuida el proceso, favorece que las partes sean las protagonistas en la solución adoptada, siendo acuerdos más duraderos. A diferencia de las otras medidas de resolución de conflictos, la

<sup>3</sup>En España sólo el 3,14 por 100 de las personas mayores de 65 años cuentan con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,05 por 100 con teleasistencia, y el 0,46 por 100 con una plaza en un centro de día.

La preocupación sobre la creciente lista de espera para la concesión de la ayuda por dependencia se asienta en los datos que acompañan al borrador del decreto de moderados. Según su memoria económica, el número de dependientes con derecho a ayudas crecerá en 380.000 personas en 2011, en 205.000 en 2012 y en 311.000 en 2013, lo que implica duplicar el número actual en tres años. Esto supondrá un sobrecoste para las arcas estatales y autonómicas, que financian al 50 por ciento de la ley, y que elevarán su gasto un 45 por ciento respecto al de 2010, hasta alcanzar los 3.273 millones.

mediación favorece el encuentro y la comunicación, objetivos que no se plantean el resto de las técnicas de resolución de conflictos mencionadas anteriormente.

La evolución de la mediación en España en los últimos diez años presenta una perspectiva positiva. Se ha pasado del desconocimiento absoluto en la población hace tan sólo dos décadas, a la existencia de importantes experiencias realizadas que proliferan en los últimos años. Se ha recorrido un camino en el que se han ido sentando los cimientos de un verdadero cambio de mentalidad, posibilitando que la mediación sea un nuevo yacimiento de empleo fortaleciendo el valor del diálogo en la sociedad.

La mediación familiar está aportando algo más que una forma de ayuda a las familias que viven una separación, está aportando técnicas, y un contexto diferente donde las partes en disputa aprenden a resolver sus conflictos, respetar sus posiciones y defender intereses comunes por encima de intereses individuales. Algunas familias que tienen a su cargo una persona dependiente necesitan la figura de un mediador para fortalecer el espíritu solidario y colaborador entre todos sus miembros, creando un espacio de diálogo que les ayude a satisfacer sus intereses. Mejorando sus relaciones y resolviendo sus disputas con la participación y reconocimiento de todas las partes involucradas.

La utilización de la mediación en este tipo de conflictos supone una respuesta eficaz para resolver los conflictos en las relaciones familiares e institucionales. Favorece la adaptación a la última etapa del ciclo evolutivo de la persona y de la familia donde se presenta la enfermedad y/o muerte. Entre los objetivos perseguidos se encuentran: favorecer la atención y los cuidados resolviendo los conflictos que se generan; potenciar el interés común de las partes involucradas en el cuidado; el máximo bienestar dando calidad de vida para la persona enferma y/o en situación de dependencia y su familia.

La mediación ayuda a consensuar entre las familias las pautas de cuidado que más benefician a todas las partes involucradas. Adaptándose a las posibilidades de los familiares y contemplando las prestaciones del sistema de dependencia y de salud, potenciando el ejercicio del derecho a cuidar de sus familiares.

## II. MARCO JURIDICO RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA

La Carta Social Europea, redactada en Turín en 1961, reconoce los derechos civiles y políticos de los ciudadanos en los siguientes términos: *Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar.* Posteriormente la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (13 de diciembre de 2006) desarrolla los derechos de las personas con diversidad funcional y la responsabilidad de la sociedad en el mantenimiento de las barreras que dificultan su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones.

Los artículos 49 y 50 de la Constitución Española de 1978, recogen la labor de los poderes públicos de garantizar el bienestar de las personas en situación de dependencia. Posteriormente la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, regula la creación de un sistema nacional de dependencia con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas. Se reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España: *la protección social del estado para las personas que no pueden valerse por sí mismas garantizándose una serie de prestaciones sociales.*

La ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, recoge y amplía los derechos del enfermo en su art. 10, especialmente respecto al derecho a la información (da lugar al “consentimiento informado”). En su



art. 11 quedan reflejados los deberes del enfermo, las obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario. Renovada por la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, entra en vigor el 16 de Mayo del 2003, y cambia por completo el panorama del consentimiento informado. Estas leyes han derivado en el origen de un marco jurídico autonómico como la Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid, que contempla en el Título IV, Capítulo III, (art. 38) la figura del Defensor del Paciente, como institución que cuida los derechos de los pacientes.

A pesar de los avances legislativos y sociales, en salud y dependencia, las personas en situación de dependencia siguen siendo objeto de discriminación y una parte importante sin acceso a los servicios esenciales de la comunidad. La mediación abre una vía a la solución de estos conflictos desde las directrices europeas que aconsejan la utilización de la mediación así como desde las leyes de mediación.

El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea, en su Diario Oficial de la Unión Europea de 24 de Mayo de 2008 en su artículo 3, define la mediación *“como un procedimiento estructurado (...), en el que dos o más partes en un litigio intentan voluntariamente alcanzar por sí mismas un acuerdo sobre la resolución de su litigio con la ayuda de un mediador”*, esta definición facilita la utilización de la mediación para resolver cualquier conflicto siempre que haya voluntariedad de las partes en llegar a un acuerdo, dejando abierto el tipo de conflicto que se somete a mediación.

Las leyes de mediación autonómicas tratan de forma amplia el tipo de conflicto que se puede resolver en mediación pero destacamos tres leyes que determinan la utilización de esta medida en los conflictos que viven las familias que tienen a su cargo una persona dependiente.

En primer lugar, la Ley 15/2009, de 22 de julio, de Mediación en el ámbito del derecho privado de la Comunidad de Cataluña publicada en BOE núm. 198 del 17 de agosto de 2009, que nos dice en su artículo 1.1 que: *“se entiende por mediación el procedimiento no jurisdiccional de carácter voluntario y confidencial que se dirige a facilitar la comunicación entre las personas, para que gestionen por sí mismas una solución de los conflictos que los afectan, con el asistencia de una persona mediadora que actúa de forma imparcial y neutral”*. Esta ley considera la utilización de la mediación en torno a las familias afectadas por los *procesos de discapacidad psíquica o de enfermedades degenerativas* que limitan la capacidad de obrar. Aspectos que se desarrollan en su artículo 2. apartado 1, determinando los diferentes conflictos objeto de la presente ley, de los cuales solo mencionamos los relacionados con nuestro objeto de estudio, entre los que se encuentran los epígrafes:

*“h) Los conflictos sobre el cuidado de las personas mayores o dependientes con las que haya una relación de parentesco.*

*p) Los conflictos surgidos en las relaciones convivenciales de ayuda mutua.*

*q) Los aspectos convivenciales en los acogimientos de personas mayores, y también en los conflictos para la elección de tutores, el establecimiento del régimen de visitas a las personas incapacitadas y las cuestiones económicas derivadas del ejercicio de la tutela o de la guarda de hecho.*

Deja abierto la posibilidad de tratar *“cualquier otro conflicto en el ámbito del derecho de la persona y de la familia susceptible de ser planteado judicialmente”*. Esta ley une la atención entre dependencia



funcional y enfermedad, cuando habla de atención a procesos de discapacidad psíquica o de enfermedades degenerativas.

En segundo lugar, la Ley 1/2009 de 27 de febrero reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía (BOE de 2/4/2009), por su compromiso en la resolución de conflictos en materia de dependencia, como se puede leer en su artículo 1.2.: *Podrán ser objeto de mediación familiar los conflictos que en el ámbito privado que surjan entre las personas mencionadas en el artículo 3, sobre los que las partes tengan poder de decisión, y siempre que guarden relación con los siguientes asuntos:*

a) *Los procedimientos de nulidad matrimonial, separación y divorcio.*

b) *Las cuestiones relativas al derecho de alimentos y cuidado de personas en situación de dependencia, conforme a la definición reflejada en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las Personas en situación de Dependencia.*

c) *Las relaciones de las personas menores de edad con sus parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, personas tutoras o guardadoras.*

d) *El ejercicio de la patria potestad, tutela o curatela.*

e) *Los conflictos derivados del régimen de visitas y comunicación de los nietos y nietas con sus abuelos y abuelas.*

f) *Los conflictos surgidos entre la familia adoptante, el hijo o hija adoptado y la familia biológica en la búsqueda de orígenes de la persona adoptada.*

g) *Los conflictos surgidos entre la familia acogedora, la persona acogida y la familia biológica.*

h) *La disolución de parejas de hecho.*

Considera la utilización de la mediación en relación con el derecho de alimentos y cuidados de las personas en situación de dependencia, con expresa consideración de los conceptos de dependencia reflejados en la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las Personas en situación de Dependencia.

Por último, la Ley 14/2010, de 9 de diciembre, de mediación familiar de las Illes Balears, que incorpora por primera vez la consideración de la mediación como servicio público según se refleja en la exposición de motivos de dicha ley. Considera que la mediación debe formar parte de los servicios sociales en los siguientes términos: *Actualmente se produce una confluencia entre el desarrollo de la institución de la mediación familiar y un proceso de universalización de los Servicios Sociales y, por tanto, entendemos que el de los servicios sociales es el marco idóneo en el que se ha de incluir la institución de la mediación familiar. En coherencia con este planteamiento, la actividad de mediación familiar se desarrollará mediante la red pública de mediación, sin perjuicio de las iniciativas privadas que puedan surgir y que habrán de someter su actuación a las disposiciones de esta ley.*

Contempla la mediación como un servicio público donde hay que garantizar: *el acceso de los ciudadanos y las ciudadanas a la mediación familiar, y también la gratuidad de este servicio en los términos que establece la ley.* Coincide con la Ley de Mediación de Andalucía al considerar en su artículo 3. d) como materia de mediación familiar: *Los conflictos relativos a la obligación de alimentos entre parientes y los relativos a la atención de personas en situación de dependencia, de acuerdo con la definición introducida*

por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a Personas en situación de Dependencia. En su epígrafe g) abre la posibilidad de actuar en todos los conflictos en el seno del núcleo familiar: *entre los progenitores y sus hijos e hijas y otros familiares, siempre que se trate de materias disponibles por las partes de acuerdo con el derecho de familia y susceptibles de ser planteadas judicialmente*. En su art. 18, 3 sobre el contenido de los conflictos establece que los acuerdos tendrán como prioridad *el interés superior de los y las menores y de las personas con discapacidad*.

En estas tres leyes de mediación familiar analizadas se contempla la resolución de los diferentes conflictos que se pueden dar en las familias en materia de enfermedad o derivados de la dependencia como de su competencia, el resto de leyes publicadas lo hace de forma amplia. Por tanto la mediación familiar, puede y deber ser utilizada para la resolución de los conflictos que tienen las familias que tienen a su cargo una persona en situación de dependencia.

### III. FORTALECER EL DERECHO A CUIDAR DE LAS FAMILIAS

El derecho surge en la sociedad para resolver los conflictos originados por la convivencia. Las familias en España siguen asumiendo por tradición la atención a personas en situación de dependencia. La enfermedad y la dependencia en la persona implican una serie de problemas, tanto individuales como de orden familiar.

Se debe prestar atención a la familia, ya que en estos momentos están dado respuesta y apoyo a las necesidades de la sociedad, con el cuidado de sus hijos, con el cuidado de sus mayores, etc. *La familia brinda bienestar a sus miembros, adaptándose a las necesidades cambiantes. La atención a los mayores, niños, la ayuda a la enfermedad, la protección por paro -de pérdida de empleo y por acceso al primer empleo- y en tantas otras ocasiones,* Iglesias de Ussel, J. 1998: 343.

Las familias deben recibir ayuda para resolver los conflictos que se les presentan en la convivencia y cuidado con una persona en situación de dependencia. Pues conociendo sus causas posibles: evolución, actitudes, defensas, etc., se pueden prevenir determinados conflictos y favorecer el bienestar de las familias. Determinadas necesidades individuales y familiares deben ser atendidas por el sistema sanitario y por el sistema de servicios sociales de forma coordinada y programada.

A las familias debemos ayudarles a resolver dichas situaciones desde la revalorización de sus capacidades, mejorando sus relaciones con sus propios recursos, intervención que permite de forma casi inmediata un aumento de la calidad del trato y una disminución de un estrés innecesario. Favoreciendo con estas medidas el ejercicio del derecho a cuidar que las familias están dispuestas a realizar.

La familia que cuida a una persona en situación de dependencia quiere resolver las diferentes situaciones conflictivas que se le presentan para poder cuidar a sus familiares sean menores o mayores.

Repartir responsabilidades en el cuidado entre los diferentes componentes de la familia es algo que el enfermo o persona en situación de dependencia generalmente agradece, al igual que la persona que cuida se siente poseedor de un beneficio muy personal cuando ha podido ofrecer a la persona querida un tiempo y un espacio de apoyo vivido como muy útil. Incluso los niños, por pequeños que sean, pueden aportar su parte en los cuidados y sentirse igualmente beneficiados.

Son necesarias nuevas prestaciones en la atención a la dependencia, que permitan la conciliación de la vida familiar y laboral, hacia la protección de un nuevo derecho subjetivo, el derecho que tiene toda persona de cuidar a sus familiares en las mejores condiciones posibles.

## A MODO DE EPILOGO

En la actualidad la esperanza de vida es cada vez mayor, lo que origina que muchas familias en algún momento de sus vidas tengan que hacerse cargo de sus mayores, personas con discapacidad o dependencia y adaptarse a un nuevo escenario difícil de conjugar con el ritmo actual de trabajo y obligaciones familiares.

La realidad exige "una atención sociosanitaria que redistribuya los recursos y reorganice las actuales estructuras sociales y médicas" contando con el enfermo o dependiente y su familia. No se puede olvidar que todo problema sanitario en la persona dependiente tiene un trasfondo social y a la inversa, y que hay que apostar por la indisolubilidad de la atención sanitaria y social en este grupo de población bajo el principio de equidad, *tomando por objetivo la coordinación de los servicios de atención social y sanitaria, existen sinergias que pueden favorecer el proceso, siempre y cuando este se plantee desde la óptica de una cultura de cooperación*, Jiménez-Martin, S. y otros 2011: 401.

Entendemos que la dependencia es un reto para los Sistemas Sanitarios y Servicios Sociales que tienen que afrontar nuevas necesidades y demandas sociales en un contexto contradictorio de presiones políticas y económicas en favor de la contención del gasto social en general y del sanitario en particular.

Las personas en situación de dependencia y sus cuidadores/as necesitan resolver los diferentes conflictos que se les presentan en su vida diaria para poder aumentar su bienestar.

## BIBLIOGRAFIA

- ALEMÁN, C. y TRINIDAD A. (2006). Servicios Sociales: Planificación y evaluación. Madrid: Civitas.
- GRACIA, DIEGO (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad.
- IGLESIAS DE USSEL, J. (1998): La familia y el cambio político en España. Madrid. Tecnos.
- JIMENEZ-MARTIN, S. OLIVA, J. y VILAPLANA, C. (Coordinadores) (2011). Sanidad y dependencia: matrimonio o divorcio. Madrid: Circulo de Sanidad.
- MUNUERA GÓMEZ, M. P. (2006) *Mediación en situaciones de dependencia: Conceptos claves y marco jurídico relevante*. Revista Acciones e investigaciones sociales. 1-31.
- (2008) Mediación intercultural en el ámbito socio-sanitario. Revista: "Trabajo Social Hoy". Monográfico Trabajo Social y Sistema Público de Salud del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. (Madrid), 119-141.
- MUNUERA GÓMEZ, M. P. y RONDÓN GARCÍA, L. M. (2010). Mediación y Resolución de Conflictos con Personas en Situación de Dependencia. En ALEMÁN BRACHO, C., y OTROS, *Dependencia y Servicios Sociales* (323-360). Navarra: Aranzadi.
- ORTIZ, CARLOS N. (1983). El derecho a la salud y los derechos de los enfermos. Ediciones encuentro.
- RONDÓN GARCÍA, L. M. y MUNUERA GÓMEZ, P. (2009). Mediación Familiar: Un nuevo espacio de intervención para trabajadores sociales. En la Revista de Trabajo Social. Universidad Nacional de Colombia (Bogotá), 8-11.

## INTERVENCIÓN SOCIAL-GRUPAL CON MUJERES

Soledad Sánchez Hernández  
Raquel Millán Susinos  
Ester Cuadrado Rodríguez  
M<sup>a</sup> José Martínez Torrijos  
Carmen Merino Gómez- Serranillos  
Carmen Sanz Cabrero<sup>1</sup>

### Introducción

La intervención social grupal con mujeres, es uno de los métodos más adecuados para el abordaje de situaciones/demandas que se presentan en las consultas de atención primaria. Situaciones que se expresan a través del malestar en el cuerpo, que se pueden atribuir a factores sociales, y que están ligados a condicionantes de género, esta relación en algunos casos es desconocida, por supuesto por las propias mujeres pero también por algunos profesionales socio-sanitarios, por lo que la tendencia generalizada en el ámbito sanitario es a medicalizar, (especialmente cuando se interviene desde un modelo biomédico).

La sintomatología que presentan es: cansancio, angustia, dolores de cuello y espalda, ansiedad, taquicardias, estado de ánimo depresivo, jaquecas, trastornos gastrointestinales, trastornos psicósomáticos, lumbalgias crónicas, síndromes ansiosos depresivos, fibromialgia, en muchas ocasiones estos síntomas se cronifican, y no responden adecuadamente a los tratamientos farmacológicos habituales, por lo que al no mejorar su situación frecuentan mucho las consultas del ámbito sanitario.

Estos malestares, además, tienen que ver con muchos otros aspectos de la vida diaria como son: problemas sociales, violencia de género, ruptura de pareja, dificultades en el ámbito familiar y las diferentes etapas vitales requieren nuevos procesos de adaptación, en definitiva se detecta que la insatisfacción familiar y personal unida al aislamiento personal y social, les hace enfermar.

Lo hacemos con mujeres, porque es el colectivo que mayoritariamente manifiesta estos malestares, y por estimar necesario facilitarles un espacio, para reflexionar sobre, como son sus relaciones con ellas mismas, con la familia, con el entorno, y como todo esto influye en su estado de salud.

Estos aspectos requieren otra manera de intervención que les facilite darse cuenta de cómo estas situaciones influyen en su salud, para poder trabajar esto nos parece importante favorecer un espacio de intervención social en grupo donde:

- Poder intercambiar experiencias, vivencias y sentimientos, que les ayude a visibilizar las situaciones personales y comunes en muchos casos a todas.
- Facilitarles un espacio de relación para evitar el aislamiento social, en el que muchas se encuentran, y que les conduce a un empobrecimiento personal.

<sup>1</sup> Trabajadoras Sociales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

- El grupo actúa como apoyo en el proceso de buscar salidas a su situación y hacer cambios en sus vidas.
- Se les permita ser escuchadas y escucharse, desde una escucha compartida, entendida y acompañada.

## Objetivo general

Facilitar un espacio de relación y reflexión, donde se puedan intercambiar experiencias, vivencias y sentimientos, y ayudarles a analizar la relación existente con su salud y/o enfermedad.

## Objetivos específicos

- Visualizar la salud de las mujeres a través de la influencia de la perspectiva de Género.
- Mejorar conocimientos sobre la relación entre cuerpo, mente y emociones.
- Adquirir hábitos para su autonomía personal.
- Ampliar conocimientos para la utilización de recursos de la red comunitaria, y conocer su funcionamiento.
- Mejorar la salud de la población desde los entornos sociales mediante la adquisición de hábitos saludables.

## Captación de mujeres

La captación será realizada, por los profesionales de enfermería, medicina, pediatría, matronas y de trabajo social, fisioterapeutas y personal administrativo.

Se pasará a los diferentes profesionales un papel escrito, díptico, folleto, o a través del correo interno, describiendo el perfil de las personas a derivar al grupo, tras una sesión de información del proyecto a desarrollar, también sería conveniente que anotaran en la historia de la persona el motivo de la derivación.

## Información a la comunidad

También a través de asociaciones, carteles informativos en el centro de salud y otros lugares, como mesas de salud, centro de barrio, centro de la mujer, “el boca a boca”,...

## Entrevista de valoración

Una vez valorada la idoneidad de la incorporación, se citará con la coordinadora del grupo, para realizar una entrevista antes de la incorporación al mismo, ya que no todas las personas son susceptibles de incorporarse a un grupo, no todos los momentos son iguales. Por lo que se valorará la idoneidad del grupo, la motivación, inclusión y se informará del funcionamiento del mismo.

Se realizará siempre individualmente una entrevista como mínimo, a la persona antes de la incorporación al grupo, si procede y la persona está dispuesta a acudir, la finalidad de la entrevista es:

- Conocer datos personales (apoyos, cómo afronta las dificultades, cómo es el mundo de relaciones familiares y sociales, reparto de responsabilidades en la familia ...).
- Valorar la pertinencia de la asistencia al grupo en ese momento.
- Informarle del funcionamiento del taller, los objetivos, la metodología, organización, funcionamiento ...
- Conocer la demanda que ellas presentan.

## Criterios de inclusión

El perfil de la población a incorporarse sería:

- Mujeres, en algunos grupos se tiene en cuenta la edad.
- Frecuentadoras del centro de salud.
- Con manifiestas dificultades para enfrentarse a los problemas cotidianos de la vida, y que esto le influya en su salud.
- Que presenten síntomas tanto físicos como psíquicos inespecíficos, (dolores, ansiedad, bajo estado de ánimo, con problemas psicosomáticos).
- Mujeres con escasas relaciones sociales o con aislamiento social.
- Mujeres que han emigrado de otro país y este cambio está afectando a su salud.
- Personas sin patología evidente de salud mental.

## Metodología

- Será participativa, activa y vivencial. Esta metodología permite la participación a lo largo de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Formación del grupo: máximo 15 mujeres.
- El grupo es cerrado, con principio y final programado sin permitir incorporaciones durante el proceso grupal.
- Duración sesiones: será de 3 meses (12 sesiones), con periodicidad semanal y duración aproximada de 2 horas.
- Desarrollo de las sesiones: estarán presentes coordinadora y observadora.
- Coordinadora: realizará el encuadre del taller, promoverá el diálogo y la participación aportando los elementos necesarios de análisis y reflexión.  
Clarificará aspectos que puedan interferir en el desarrollo y dinámica del grupo.
- Observadora: registra por escrito el desarrollo de las sesiones. Y la interacción entre la coordinadora y el grupo.

Cada sesión tiene tres momentos; uno de apertura, otro de desarrollo y por último el cierre.

La sesión puede empezar, recogiendo las impresiones de las personas sobre lo trabajado el día anterior, que se puede seguir hablando sobre determinadas situaciones que no quedaron claras, o que no se plantearon, o de lo que les ha ocurrido en el transcurso de la semana, por lo que es necesario mantener una actitud abierta y flexible, con respecto al ritmo del grupo.

El desarrollo de la sesión, vendrá dado por la interacción entre las participantes y por desarrollar los contenidos temáticos previstos, así como la realización de las actividades prácticas que la coordinadora puede proponer para profundizar en determinados temas.

Cerrar la sesión haciendo un breve resumen de lo trabajado, o dejando pendiente tarea para la próxima sesión, esto lo puede hacer la coordinadora o en ocasiones también alguna del grupo con su intervención, también se puede proponer alguna tarea práctica fuera del taller.

Algunas de las dinámicas que consideramos deben desarrollarse en el proceso grupal, son las siguientes, no por orden de día ya que dependerá de las componentes del grupo y de cómo éstas hagan el proceso grupal e individual, se realizarán unas u otras, o se trabajará sobre lo del día anterior, porque las técnicas no son herramientas aisladas, aplicables en cualquier momento, todo dependerá del propio grupo (es decir las técnicas o dinámicas a desarrollar se adaptarán a las necesidades que van surgiendo en el propio grupo, que es quien marca el ritmo del mismo).

En el grupo se establecerán desde el inicio, unas normas para el buen desarrollo, que se fijarán desde la primera sesión, serán:

- Todas tienen derecho a expresarse en el grupo y a ser escuchadas.
- Hablar en primera persona de manera habitual.
- Evitar interrumpir a alguien que esté hablando, ni acaparar todo el tiempo, de manera que el resto no puedan intervenir.
- Lo que se dice y se trabaja en el grupo no debe contarse fuera de él, como forma de proteger al grupo.
- Evitar enjuiciar las experiencias y opiniones de las personas del grupo.

## Contenidos a desarrollar

- **Primera sesión:** presentación de las profesionales y de las mujeres, normas del grupo, funcionamiento, expectativas...

Además de la presentación de las asistentes, coordinadora y observadora, es necesario hablar de los aspectos formales, horario, calendario, metodología, funciones, normas del grupo, con el fin siempre de propiciar el respeto, la confianza y la comunicación. Y la confidencialidad.

- **Segunda sesión:** La comunicación verbal y no verbal, darnos cuenta de cómo nos comunicamos, y desde dónde (si siempre lo hacemos desde la queja, a la larga no tiene ningún efecto), escuchar y ser escuchadas, si no escuchamos no podemos exigir que los/as demás lo hagan con nosotras.

Conciencia corporal del yo y el nosotros, la comunicación, las relaciones.

- **Tercera sesión:** Analizar qué valor tiene la palabra en la relación de pareja y en el entorno, aprender a decir NO, y a poner límites, sin tener sentimiento de culpa, es decir entendiendo las causas de las decisiones.



- **Cuarta sesión:** Concepto de género y la influencia del mismo en la salud, mitos y estereotipos sociales que existen en torno al tema y cómo nos dificultan las relaciones placenteras y de igualdad.
- **Quinta sesión:** Proceso de socialización, roles masculino y femenino. Como nos hemos socializado las mujeres y los hombres, y como repercuten los roles (masculino y femenino), en nuestras vidas y en nuestra forma de hacer y estar en el mundo.
- **Sexta sesión:** Reflexionar sobre las relaciones, familiares, de pareja y con el entorno, y así darse cuenta si son o no satisfactorias, si son opresivas, si hay negociaciones, si cubren sus deseos y su necesidades.
- **Séptima sesión:** La sexualidad femenina y masculina, y las diferentes formas de vivirlo, como hemos aprendido unos y otras, ayudar a descubrir la propia sexualidad y la posibilidad de vivir el cuerpo como lugar de placer y de goce.
- **Octava sesión:** Autocuidados, cuidarse y cuidar, poniendo límites a los cuidados a otros/as, visibilizando el desgaste personal que esto supone, cuando siempre se está pendiente de las necesidades de los demás sustituyéndolas por las propias.
- **Novena sesión:** Aprender a escucharse, a respetarse, a cuidarse, poder repartir de manera equilibrada el autocuidado, ser cuidada y cuidar a otras personas.
- **Décima sesión:** Despedidas y duelos. El dolor de las separaciones de pareja, familiares, hijas/os. Darse cuenta del coste y la repercusión de las rupturas que vamos haciendo durante la vida, y se les va preparando para el cierre posterior en el grupo.
- **Undécima sesión:** Conocimiento de los recursos de la red comunitaria, y el funcionamiento de los mismos, con las actividades que se estén realizando y que ellas pueden acceder, trabajar en el grupo para que entre ellas puedan acudir a los mismos.
- **Décimo segunda sesión:** Cierre del grupo, despedida con una evaluación, y con una fiesta, para vivir mejor el momento de la ruptura, ya que en estos grupos se han creado unos lazos afectivos importantes, el cierre también conlleva cierta parte de dolor.

De forma transversal, a lo largo de las sesiones se enseñarán técnicas de respiración y relajación. El objetivo es que aprendan a controlar las tensiones y a relacionarlas con el malestar y el dolor corporal.

Trabajar el empoderamiento de las mujeres, ejercicios prácticos sobre autoestima y autocontrol.

## Evaluación

La evaluación será cuantitativa y cualitativa, a los docentes y a los discentes.

Esta se hará de manera continua, es decir, tras cada sesión se valorará el trabajo de las profesionales del grupo, analizando detenidamente lo que ha ocurrido.

Los aspectos que podemos evaluar del grupo son:

- El nivel de participación.
- La comunicación e interacción.
- La cooperación.
- Las resistencias.
- La asistencia con el grado de puntualidad.

- Los aspectos dinámicos y temáticos.

El último día se puede pasar un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, para que puedan expresar y escuchar, lo vivido durante todo el proceso grupal.

## Conclusiones

A través de la escucha y de las palabras de de las mujeres, se confirma cómo el malestar y los dolores están relacionados con los roles que nos han asignado socialmente, y con la interiorización y el desarrollo en la vida diaria de los mismos.

Consideramos que una vez más, los/as Trabajadores/as Sociales, tenemos el reto de aprender a dar respuesta a las necesidades y problemas sociales, y facilitar espacios para que ellas lo vayan descubriendo.

El concepto de la educación para la salud, se concreta cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía de la población con la que trabajamos.

La educación para la salud en grupos, es una vía efectiva de promoción de la salud, donde la persona elabora la relación entre su malestar físico y psíquico, y sus condiciones sociales de vida.

En el discurso de las mujeres está siempre muy presente el tema de la soledad, aunque vivan acompañadas, y en el espacio grupal se van dando cuenta que ellas pueden y deben relacionarse y hacer cosas fuera de casa, sin sentirse culpables, es una vía para evitar el aislamiento social que tantos malestares genera en la salud de la población.

Lo que se define como salud o enfermedad, como bienestar o malestar, depende no sólo de los factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual vivimos.

Es decisivo que la EPS (educación para la salud) tome en cuenta los factores sociales, ambientales, económicos que determina la salud de la población.

La mayoría de los proyectos de EPS se concretan exclusivamente en la mujer, podemos ver que algunos programas están abiertos también para la participación a los hombres, pero siempre con una participación mayoritaria de mujeres. Consideramos importante seguir trabajando para poder sensibilizar y motivar también a los hombres para su participación en estos grupos.

## BIBLIOGRAFIA

Dio Bleichmar, E. La depresión en la mujer. Ed. Temas de Hoy. Madrid, 1999.

Instituto de la Mujer.

Colección de salud: La salud mental de las mujeres. Familia y reparto de responsabilidades. La salud laboral de las mujeres. La violencia contra las mujeres.

Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima. Madrid. 2000.

Lagarde, M. Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Colección, cuadernos inacabados. Ed. Horas y Horas. Madrid. 2000.

Claves feministas para la negociación en el amor. Ed. Puntos de encuentro. Managua. 2000.

Millán, R.; Jiménez, J. T. y Blanco, P. Intervención grupal con mujeres como prevención de la violencia y promoción de la salud y autonomía de las mujeres. En: La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la Atención primaria de Salud. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid, 2002.

Nogueiras, B. Trabajo en grupo desde la perspectiva de género. En: La violencia en la familia: perspectiva interdisciplinar. VI Jornadas Madrid unidad Familiar. Universidad Pontificia Comillas. Fundación Mapfre Medicina. Madrid. 1999.

Sanz, F.

“Los vínculos amorosos”. Ed. Kairós, Barcelona. 1995.

“Psicoerotismo femenino y masculino”. Ed. Kairós. Barcelona 1990.

Tschorne, P.

“La dinámica de grupo en Trabajo Social, Atención Primaria y Salud comunitaria”. ED. Amarú. Salamanca, 1997.

“La dinámica de grupo aplicada al Trabajo Social”. Ed. Obelisco. Barcelona. 1990.

Aguilar, M<sup>a</sup> José. “Como animar un grupo”. Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas. Argentina, 1990.

# 5 CONGRESO

TRABAJO  
SOCIAL  
MADRID

## COMUNICACIONES

### Nuevos Retos

# COMUNICACIONES

## Nuevos Retos

- **Trabajo Social en Sanidad: el profesional de referencia en el maltrato infantil.**  
*Noemí Blanes Palomar.*
- **El Servicio Social Internacional y de Restablecimiento del Contacto familiar: 40 Años de Protección a la Infancia y las Familias a través de las Fronteras.**  
*Luis Carlos Chana García, Elena Girón Girón y Virginia Tapia Hompanera*
- **Mayor Inversión en Gasto Social: Futuro del Estado de Bienestar.**  
*Orlanda Díaz García.*
- **PRISMA, un servicio familiar innovador.**  
*M<sup>a</sup> José Izquierdo Villaverde y Lourdes Fernández - Quintanilla Gallastegui.*
- **La Incapacitación Civil en Personas con Enfermedad Mental. A quién, por qué y para qué.**  
*M<sup>a</sup> Rosario Luis-Yague López.*
- **El papel del Trabajo Social en los Equipos de Apoyo Social Comunitario.**  
*M<sup>a</sup> Angeles Caneiro Villayandre, Juana Mancebo Muñoz, Raquel Munilla Rebollo, Luna Nieto Acero, Ignacio Paniagua Guijarro, Daniel Subirats Matías y Ruben Titos Rodríguez.*
- **Importancia de la prevención en la erradicación de la violencia a Mayores.**  
*Rosario Paniagua Fernández.*
- **Evolución del Trabajo Social Forense.**  
*Joaquína Sánchez Arenas y Silvia Jiménez López.*
- **Coaching: una nueva herramienta en el Trabajo Social.**  
*Mercedes Sanjurjo Calatayud y Techu Arranz Bazagoiti.*
- **Reflexiones sobre la Intervención Social en ASP desde la experiencia de un Seminario sobre Trabajo Social de Casos.**  
*Lucía Santos Santos, Araceli Cantero Sáiz, Juan Carlos Chans Pousada e Iefkiné Hamparzoomian Montilla.*
- **Trabajadores Sociales Solidarios (TRASS) una respuesta profesional en un mundo globalizado.**  
*Mercedes Sundheim Losada.*
- **Investigación sobre los aspectos sociales de los trastornos de la conducta alimentaria en un grupo de estudiantes de Talavera de la Reina.**  
*Miriam Valles Casas.*

# TRABAJO SOCIAL EN SANIDAD: EL PROFESIONAL DE REFERENCIA EN EL MALTRATO INFANTIL

Noemí Blanes Palomar

*Trabajadora Social*

## INTRODUCCIÓN

La atención de los casos de maltrato infantil conlleva una alta complejidad técnica derivada de las múltiples causas que desembocan en situaciones de maltrato, de todos los aspectos que hay que tener en cuenta para proteger a los menores, de la variedad de recursos que hay que interrelacionar para que dicha protección se haga efectiva, y de las situaciones de tensión por las que se pasa cuando se sospecha que un menor pueda estar siendo maltratado.

Esto puede llevar a los profesionales a situaciones complicadas en las que resulta más sencillo delegar la responsabilidad de atender dichos casos en otros, con el peligro de entrar en una dinámica de trabajo en la que parece más prioritario discutir sobre quién y cómo debe certificar y atender el caso que hacerse cargo de él.

La atención a los casos de maltrato infantil requiere que las redes de atención se pongan a trabajar de manera rápida y efectiva ante la más mínima sospecha de desprotección de un menor, lo que puede resultar muy complicado si atendemos a las dificultades para obtener toda la información de un mismo caso: falta de bases de datos comunes, dificultades para acceder a la historia clínica de pacientes, problemas para localizar a los profesionales responsables...

Los profesionales del trabajo social tenemos en nuestra mano resolver estas situaciones y aumentar la calidad de las atenciones del maltrato infantil si asumimos y aceptamos nuestra capacidad, y la responsabilidad que ello conlleva, para convertirnos en los profesionales de referencia en estas situaciones.

## EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL MALTRATO

En la publicación del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) "Atención al Maltrato Infantil en el ámbito sanitario" se establece un proceso de atención en cinco fases, que si bien parecen solo referidas a la atención clínica de los casos de maltrato, hace importantes referencias al papel fundamental de los trabajadores sociales en la atención y tratamiento de estos casos, además de proporcionarnos un esquema básico para la atención del maltrato infantil desde el trabajo social, dimensionar la responsabilidad de nuestra intervención, y servirnos de referencia para analizar los retos que supone asumir ser el profesional de referencia en la atención integral a los pacientes.

Es importante señalar que durante la intervención del trabajador social estas fases no siempre son secuenciales, en muchos casos se superponen y con cierta frecuencia se intercambia el orden (a veces lo primero es notificar una situación de desamparo para más tarde completar la intervención; en otras, primero intervenimos con la situación planteada para más tarde comunicar a los servicios oportunos, la prevención debería ser siempre la primera de las actuaciones).

## 1. Detección.

El Sistema de Salud se convierte con frecuencia en una inmejorable muestra representativa de las dificultades de los pacientes, sus familias y de los sistemas en los que estos participan, dificultades que en ocasiones pasan desapercibidas hasta que la enfermedad y la asistencia sanitaria las “sacan a la luz”.

Aunque los trabajadores sociales en salud recibimos demandas de información y/o intervención desde cualquier sistema asistencial en el que puedan estar incluidos nuestros pacientes y sus familias (servicios sociales y educativos fundamentalmente), la mayor parte de las demandas de atención llegan desde otros profesionales del propio centro.

Puesto que la primera demanda de atención en el ámbito sanitario es la clínica, que exista un trabajador social de referencia para la atención del maltrato infantil contribuye a que los profesionales sanitarios que reciben en primera instancia el caso asuman con más facilidad que estas situaciones no se solucionan sólo con la atención médica, sino que existe la necesidad de atender múltiples aspectos (protección, tratamiento familiar) que son abordados por otro profesional integrado en el equipo.

## 2. Notificación

En la publicación del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) “Atención al Maltrato Infantil en el ámbito sanitario” se refiere a la notificación al trabajador social de la institución sanitaria, así como a otras instancias (policía, juzgados, fiscalía).

En este punto la existencia de un trabajador social de referencia resulta fundamental ya que propicia que la intervención social se pueda realizar o bien desde el mismo momento de la detección clínica, o bien en los momentos inmediatamente posteriores.

Pero sobre todo que el trabajador social sea el profesional de referencia en esta fase permite que la atención realizada en el ámbito sanitario sea transmitida a todos aquellos servicios que deben ejercer medidas de protección (Comisión de Tutela, residencias de protección), o bien trabajar con la situación para la protección del menor en su ámbito (servicios sociales, educación, atención primaria).

De esta manera la notificación que realiza el trabajador social a los servicios oportunos en cada caso se convierte en la primera medida de protección en casos de sospecha de maltrato infantil, facilitando dicha protección al proporcionar a los profesionales una primera información completa de la situación.

## 3. Intervención

Esta fase del ciclo de atención resulta especialmente importante ya que del trabajo que en ella realicemos dependerá, en gran medida, que el proceso de atención y protección al menor sea lo más eficaz posible.

En este momento no nos limitamos a transmitir a otros servicios la información que nos da el personal que atiende al paciente, convirtiéndonos así en meros tramitadores de atenciones, sino que debemos asumir la responsabilidad de intervenir con la situación, valorando todas las circunstancias (sociales, familiares) que puedan ser relevantes para el caso.



Realizar una valoración completa y adecuada sobre la situación del menor facilita la fluidez de la atención y que la toma de decisiones sobre las actuaciones que sean oportunas sea lo más ajustada posible.

Para ello, el contacto del trabajador social como profesional de referencia en la atención del maltrato infantil con las personas y servicios que estén en relación con el menor resulta imprescindible, ateniéndonos de esta manera no sólo a las entrevistas que podamos realizar con la familia o el propio menor, sino coordinando información con colegios, centros de atención primaria, servicios sociales...

De esta coordinación el trabajador social no solo obtiene la información precisa para realizar la valoración, sino que además facilita los contactos necesarios para continuar con la intervención cuando el paciente ya no esté siendo atendido en el centro sanitario.

#### 4. Seguimiento

Esta es quizás la fase del proceso de atención que más cuesta asumir, y es que habitualmente antes de que acabemos con un caso ya tenemos encima de la mesa tres o cuatro nuevos, pero los trabajadores sociales de salud tenemos una labor fundamental en este punto: mantener la interrelación de servicios y profesionales garantizando la continuidad asistencial.

En este punto es en el que como profesionales podemos poner más de nuestra parte para solucionar los retos que se nos pueden plantear ya que superarlos depende ya no tanto de la organización de la institución en la que nos encontremos, sino de nuestra propia dinámica de trabajo.

Además de la habitual sobrecarga que a todos nos afecta en mayor o menor medida, esta fase de la intervención se complica en ocasiones por la utilización de diferentes métodos de trabajo y el desconocimiento de las instituciones y los profesionales con los que nos relacionamos.

Quizás la sobrecarga fruto de la infra-dotación de personal no sea algo a lo que podamos dar una respuesta rápida y efectiva al depender su solución principalmente de la voluntad institucional, pero que el trabajador social sea el profesional de referencia en los casos de maltrato infantil proporciona una solución a las dificultades derivadas del desconocimiento y las diferencias en la atención. Siendo el profesional de la institución sanitaria cuya actividad tiene más relación con la de otras instituciones, tiene conocimiento de los diferentes métodos de trabajo y es consciente de las particularidades de cada atención, convirtiéndose de esta manera en el “profesional puente” idóneo entre servicios.

#### 5. Prevención

Refiriéndonos a la prevención primaria del maltrato infantil, aquella en la que se trabaja con las familias en las primeras fases de la crianza de los menores, incluso antes de su nacimiento, y asumiendo que ésta se va a dar prioritariamente en el ámbito comunitario, el trabajador social se convierte en el profesional de referencia por conocer y estar en disposición de poder detectar tanto los procesos sociales, familiares y personales que desencadenan el maltrato, como las estrategias y recursos para evitar que aquellos provoquen una situación de maltrato a los menores, así como a la comunidad en la que se desarrolla su intervención, pudiendo de esta manera desarrollar estrategias de prevención ajustadas al contexto.

En lo relativo a la prevención secundaria, entendiéndola por ésta aquella que busca intervenir con las situaciones en las que se dan las primeras formas de maltrato, que el trabajador social sea el profesional de referencia dentro del ámbito sanitario supone que debe evaluar la situación sociofamiliar del paciente de forma que dicha evaluación sea la base sobre la que se articulen las medidas necesarias para que el maltrato no se vuelva a dar y se resuelvan las causas que lo originaron, proporcionando al menor factores de protección dentro de su ámbito.

Respecto a la prevención terciaria, siendo ésta la que busca evitar mayor deterioro para el menor una vez que se considera que éste se encuentra en una situación de desamparo, el trabajador social será el profesional de referencia para articular las medidas oportunas de protección informando a los recursos oportunos.

## CONCLUSIONES

En la atención al maltrato infantil dentro del ámbito sanitario, la principal dificultad que encontramos es atender situaciones de gran complejidad técnica y carga emocional tanto para los implicados como para los profesionales que los atienden, en un espacio de tiempo limitado tanto por la necesidad de proteger a los pacientes como por la saturación de los servicios.

La complejidad técnica se produce al ser el maltrato infantil un fenómeno multicausal (entorno social y familiar, estilos de crianza, apoyos parentales), y de gran variedad de consecuencias (legales, emocionales) para los implicados en ella.

A la carga emocional que lleva implícito el maltrato infantil para los implicados en ella, se suma la de unos profesionales que en muchas ocasiones se ven sin las herramientas oportunas para tratar con tales situaciones, lo que puede llegar a derivar en un distanciamiento respecto al tratamiento del maltrato que deriva en no implicarse (“que lo resuelva otro”) o, en casos más graves, al no detectar de forma oportuna los casos que se presenten.

Todo ello se produce en un espacio de tiempo limitado, ya que las situaciones de maltrato que se detectan dentro del ámbito sanitario tienen que encontrar las primeras vías de solución pero sin el tiempo ni los recursos necesarios para valorar y tratar la situación (no se disponen de bases de datos comunes que permitan conocer posibles antecedentes de maltrato en el mismo paciente, no se pueden alargar ingresos mientras se contacta con todos los servicios).

La atención al maltrato infantil supone trabajar en este escenario de complejidad técnica, carga emocional y tiempos y recursos limitados, por lo que parece necesario que dentro de los equipos interdisciplinarios dé atención a estos casos exista una figura profesional de referencia que de coherencia a la intervención, sirva de apoyo para los miembros del equipo e interrelacione el trabajo de éste con el de otros.

### ¿Debe ser el trabajador social este profesional de referencia?

Por un lado el trabajador social es el profesional del equipo que conoce todas las fases de la intervención, desde la aparición de los primeros signos indicativos de una posible situación de maltrato, pasando por todas las fases del proceso de atención, hasta las obligaciones y responsabilidades de todos los implicados (profesionales, padres, familiares).

Pero no sólo conoce el proceso de atención al maltrato infantil dentro del ámbito sanitario, sino que además conoce los procesos de atención de otros servicios implicados (policía, juzgados, servicios sociales).

Por otro lado, el trabajador social de sanidad es el profesional que relaciona toda la información clínica, social y familiar de la que se dispone cuando se detecta un caso de maltrato infantil, de manera que puede realizar una primera valoración de la situación y estructuración del posterior proceso de atención.

Además, el trabajador social no sólo valora la situación y transmite la información, sino que en muchas ocasiones se convierte en el nexo de unión entre ámbitos de atención, siendo el mediador que explica a los profesionales cómo su trabajo se relaciona con el de otros (“traducir” términos clínicos, explicar las causas y consecuencias de la atención sanitaria, transmitir al personal sanitario los resultados de la atención realizada).

Puesto que el trabajador social conoce todo el proceso, valora la situación, y relaciona a los servicios de atención, parece el profesional adecuado para asumir el papel de referente en los casos de maltrato infantil.

Asumir la responsabilidad que conlleva este papel de referente supone que los trabajadores sociales del ámbito sanitario debemos conocer tan bien otros servicios como el nuestro propio, conocer todos los aspectos relativos al maltrato infantil, y no solo los referidos a los recursos de atención, así como implicarnos en la resolución de las situaciones que se nos presenten.

Todo ello pasa necesariamente por dos claves: formación específica en maltrato infantil para trabajadores sociales, y oportunidades de intercambio de experiencias profesionales más allá de las coordinaciones que se puedan establecer para cada caso.

Respecto a la formación, el panorama puede parecer desalentador, en las escuelas universitarias apenas recibimos unas leves pinceladas de lo que es el maltrato infantil, sus causas y consecuencias y su tratamiento.

Los nuevos profesionales que salen de las escuelas tienen necesariamente que formarse de forma específica, y en este punto se produce otro problema: la escasa formación complementaria que existe sobre maltrato infantil no está dirigida exclusivamente a trabajadores sociales, por lo que difícilmente se estudiará con profundidad el campo de intervención propio del trabajador social en estos casos.

Los profesionales que ya estamos implicados en la atención al maltrato infantil debemos asumir que dicha formación específica no sólo pasa por colaborar en la formación práctica de los alumnos de las escuelas universitarias, sino que además, desde la experiencia y el análisis de nuestras propias carencias formativas, debemos implicarnos en la promoción de nuevas experiencias formativas (promoción de cursos, seminarios, master...).

Por otro lado, más allá de las publicaciones, cursos de formación o congresos, rara vez los trabajadores sociales tenemos la oportunidad de conocer de primera mano la experiencia de trabajar en ámbitos profesionales relacionados, nuestra experiencia profesional suele limitarse a un ámbito concreto, lo que provoca desconocimiento sobre las implicaciones de trabajar en otras instituciones, con otras formas de actuar y hasta de comunicarse.

De este desconocimiento surgen con facilidad celos, incomprensiones y malos entendidos que lo único que consiguen es dilatar y restar calidad a los procesos de atención.

Quizás debería contemplarse en la formación continuada de los profesionales, tiempos en los que salir de la propia institución para insertarse de manera temporal en otras. En este punto, la experiencia de los médicos que durante el MIR pasan temporadas en otros hospitales y centros de salud para completar su formación pudiese servirnos de guía.

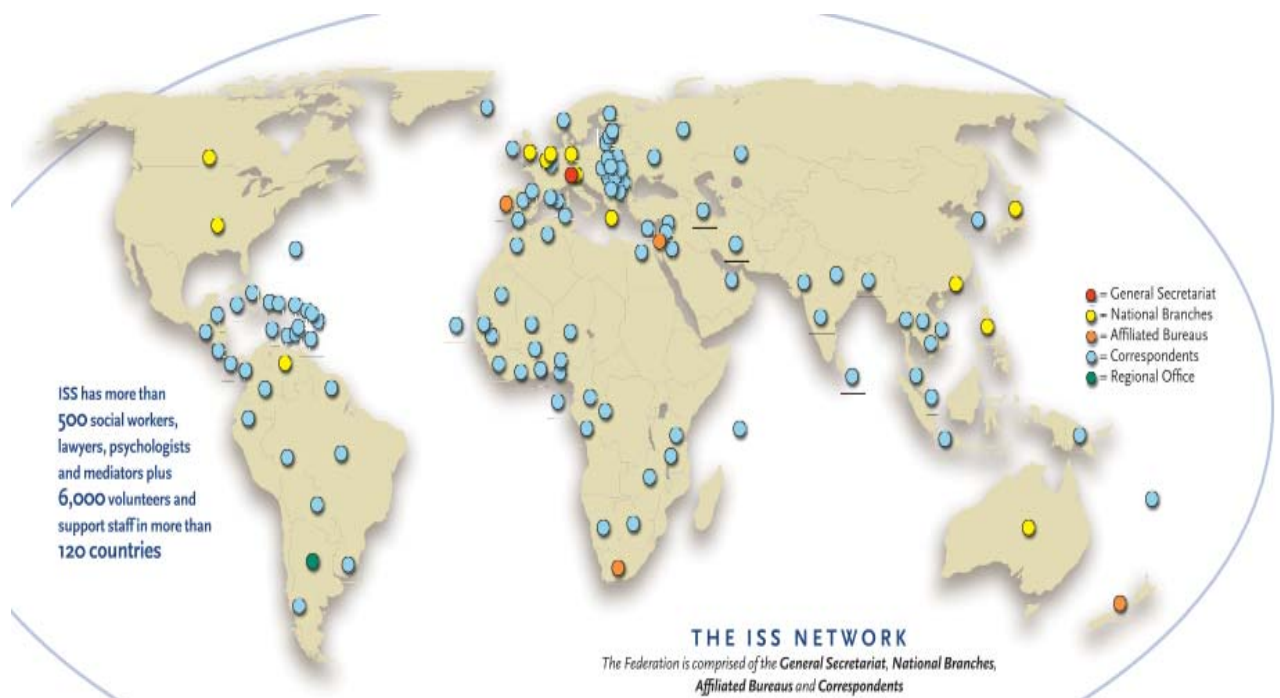
En definitiva, los trabajadores sociales del ámbito sanitario podemos y sabemos asumir el reto de ser los profesionales, de referencia en la atención a los casos de maltrato infantil, pero asumir esa responsabilidad debe pasar necesariamente por la mejora de aspectos básicos como la formación y el intercambio de experiencias profesionales.

## BIBLIOGRAFÍA

- ARRUABARRENA M.I.; PAÚL J., TORRES B. El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. 1995.
- BARUDY, J. El enfoque sistémico del maltrato infantil: una intervención alternativa a la violencia familiar. En: II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 1993.
- CANTÓN DUARTE, J., CORTÉS ARBOLEDA, M. R. Malos tratos y abuso sexual infantil. Madrid. Siglo Veintiuno. 2004.
- CASADO FLORES, J.; DÍAZ HUERTAS, J.A.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, C (DIR). Niños Maltratados. Madrid. Díaz de Santos. 1997.
- CIRILO, S., DI BLASIO, P., Niños Maltratados. Barcelona. Paidós. 1991.
- DÍAZ HUERTAS, J.A.; CASADO FLORES, J.; GARCÍA, E.; RUIZ, M. A., ESTEBAN, J. (DIR). Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998.
- KEMPE, R. S.; KEMPE, CH. Niños Maltratados. Madrid. Morata. 1979.
- OÑORBE, M., GARCÍA BARQUERO, M; DÍAZ HUERTAS, J. A (DIR). Maltrato Infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Consejería de Salud. Madrid. 1995.
- PAÚL J.; ARRUABARRENA, M. I. Manual de Protección Infantil. Barcelona. Masson. 1996.
- SÁNCHEZ, E.; CAÑAS, M.; MURIEL, R., et al. Guía de Atención al Maltrato Infantil. ADIMA, Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato Infantil. Sevilla. 1993.
- SANMARTÍN, J., Violencia contra niños. Barcelona. Ariel. 2005.

# EL SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL Y DE RESTABLECIMIENTO DEL CONTACTO FAMILIAR: 40 AÑOS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y LAS FAMILIAS A TRAVÉS DE LAS FRONTERAS

Luis Carlos Chana García<sup>1</sup>  
 Elena Girón Girón<sup>2</sup>  
 Virginia Tapia Hompanera<sup>3</sup>



5º Congreso Trabajo Social Madrid (2011). ISBN 978-84-615-0811-2

## INDICE

1. Introducción
2. Breve reseña histórica
3. ¿quiénes somos?
4. Servicio Social Internacional y Cruz Roja
5. Metodología y objetivos
6. Desafíos y conclusiones
7. Anexos

<sup>1</sup> **Trabajador Social y Antropólogo Social.**

<sup>2</sup> **Trabajadora Social.**

<sup>3</sup> **Trabajadora Social.**

## 1. INTRODUCCIÓN

La globalización y el incremento de los movimientos poblacionales hacen que con mayor frecuencia la intervención de los Trabajadores Sociales se sitúe a caballo entre uno o más países.

Nuestra aportación al Congreso estará orientada a situar el objeto del trabajo social en su dimensión "transnacional", ayudando a entender a los profesionales la lógica que esta dimensión debe tener en cualquier propuesta de trabajo.

A partir de nuestra experiencia como Corresponsalía del Servicio Social Internacional y como Programa de Restablecimiento del Contacto Familiar aportaremos una nueva mirada en el trabajo social. Abordando -desde la óptica de las necesidades y los derechos de las familias y la infancia, y sobre todo desde los criterios deontológicos del trabajo social de casos- los contextos institucionales que se ven implicados en el abordaje de los problemas sociales de esta naturaleza

El **Servicio Social Internacional (SSI)**, como parte de una organización internacional de Trabajadores Sociales, centra su trabajo en el ámbito de la protección internacional de las familias y la infancia. Por otro lado, el **Restablecimiento de Contacto Familiar**, como parte del Movimiento Internacional de la Cruz Roja, orienta su acción en la localización de personas desaparecidas y en la preservación del contacto entre seres queridos en contextos humanitarios.

La convergencia de estos dos servicios en el ámbito de la Protección Internacional, aporta un valor añadido a nuestra Organización que nos permite abordar de forma integral las situaciones de vulnerabilidad social cuando se ven implicados dos o más países.

A través de algunos ejemplos prácticos, daremos a conocer los ámbitos de nuestra intervención, así como el abordaje "interfaz" y de abogacía social, como ámbitos privilegiados del Trabajo Social.

## 2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Fundado en 1924 (antes Servicio Internacional de Migraciones)<sup>4</sup> a raíz de los intensos fenómenos migratorios generados por la Primera Guerra Mundial. Miles de migrantes solicitaron refugio en los Estados Unidos, siendo en este contexto, cuando el SSI fue fundado. Se establecieron oficinas en lugares claves para ofrecer información y asistencia a migrantes como servicio a las familias separadas por las fronteras.

El SSI se enfrentó al problema de la repatriación de niños españoles acogidos en Europa occidental como consecuencia de la guerra civil 1936-39<sup>5</sup>. El Comité Internacional de Cruz Roja analizó la necesidad de que se efectuaran estudios sociales antes de repatriar a los niños cuyos padres pedían el retorno a España. El organismo que dio respuesta a esa necesidad fue el Consejo Superior de Protección de Menores (En 1980 asumió las funciones del SSI en España) y los Tribunales Tutelares de Menores con presencia en todas las provincias españolas.

<sup>4</sup> Migrants. International Migration Service Geneva 1927.

<sup>5</sup> Revista Trabajo Social Hoy 2004. M<sup>º</sup> Jesús Pérez.



Con lo expuesto, queremos demostrar que el campo de intervención del SSI nace como consecuencia de los grandes movimientos de la población en busca de nuevos proyectos y mejora en las condiciones de vida. Detecta en su actuación nuevas necesidades sociales y por lo tanto nuevos retos a afrontar.

Sentimos que es el momento de modernizar nuestros objetivos estratégicos y afrontar los nuevos retos relativos al siempre cambiante proceso migratorio, acompañando en todo momento este cambio social.

### 3. ¿QUIÉNES SOMOS?

El SSI forma parte de una red internacional compuesta por Oficinas Nacionales, Oficinas Afiliadas, Corresponsales<sup>6</sup> activos en más de 140 países, y por un Secretariado General. La organización, cada año, brinda servicios a más de 50.000 personas en el mundo.

Trabajamos con personal profesional y voluntarios especializados, comprometidos con la protección, apoyo y el reestablecimiento de vínculos para personas, niños y familias, que a consecuencia de un desplazamiento o migración, están separados de sus familias.

SSI trabaja para asegurar que los principales instrumentos jurídicos internacionales relativos a la protección de los niños y la familia sean respetados, divulgados e implementados, como parte de los valores esenciales que guían su acción y son partes de la provisión de sus servicios.

El Secretariado está compuesto por los siguientes departamentos:

- Administración y finanzas.
- Tratamiento de casos internacionales.
- Centro Internacional de Referencia para los Derechos del Niño Privado de Familia (CIR)<sup>7</sup>.
- Proyecto de Mediación Familiar Internacional (MFI)<sup>8</sup>.
- Investigación relativa a los menores no acompañados.

### 4. SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL Y CRUZ ROJA ESPAÑOLA

En 1988 fueron transferidas las competencias relativas al SSI del Consejo Superior de Protección de Menores en España a la Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia, dependiente de la Secretaria General de Asuntos Sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y adscrita a la Subdirección General de Infancia y Familia, que fue constituida como oficina filiada.

En el año 2002 Cruz Roja Española (CRE) firmó un Convenio con la Secretaria del Servicio Social Internacional por el que se constituye en Corresponsalía del SSI, y con el posterior traspaso de competencias por parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), anterior gestor y oficina Afiliada del SSI en España a través de la firma de un Convenio con el Secretariado del SSI.

<sup>6</sup> Global report 2009-2010 International Social Service

<sup>7</sup> International Centre for the rights of the children deprived of their family [www.iss-ssi.org](http://www.iss-ssi.org)

<sup>8</sup> International family mediation a global project for ISS.



CRE es la única institución en nuestro país que realiza las tareas propias de búsqueda de personas desaparecidas, restablecimiento del contacto familiar y Servicio Social Internacional. Dada su trayectoria y amplia red a nivel estatal e internacional, formando parte del Movimiento Internacional de Cruz Roja y Media Luna Roja, se convierte en la organización idónea para la asunción de dicha gestión. En éste ámbito actuamos bajo el mandato de la Agencia Central de Búsquedas del Comité Internacional de Cruz Roja (CICR), organismo designado por los Convenios de Ginebra<sup>9</sup>.

CRE ha ido incrementando su campo de intervención, facilitando la comunicación entre los servicios sociales y socio-jurídicos de distintos países con objeto de contribuir a solucionar los problemas que afectan fundamentalmente la protección de la infancia y las familias. Nuestros principales ámbitos de intervención son:

- Conflicto familiar: Orientación, apoyo psico-social para solucionar dificultades interculturales relativas a los derechos parentales y de visita, guarda y custodia, cuidado de niños por la familia extensa, patria potestad, Mediación.
- Reunificación familiar: Evaluación social de núcleos familiares con vista a la reunificación familiar, apoyo psico-social y administrativo a lo largo del proceso de reunificación.
- Sustracción de niños<sup>10</sup>: Ubicación y obtención de información relativa al bienestar del niño sustraído. Colaboración con las respectivas autoridades centrales para el proceso de recolocación, si procede.
- Asistencia en el Restablecimiento del contacto entre el niño sustraído y el padre o la madre privado de visita. Informe social relativo al entorno de vida del niño y de su familia.
- Familia Extensa: Evaluación social de los integrantes de la familia extensa como posibles cuidadores futuros, con el fin de asistir en las decisiones relativas a la solución más apropiada para el niño.
- Adopción internacional:
  - Contribuir en el procedimiento de evaluación de la adoptabilidad del niño y de sus condiciones de vida.
  - Contribuir al estudio de hogar de los candidatos a adoptantes que residen fuera de su país de origen.
  - Evaluaciones sociales de los integrantes de la familia en casos de adopción intra-familiar.
  - Orientación a padres biológicos y, si fuera apropiado, obtención de su consentimiento a la adopción.
  - Evaluaciones post-adoptivas.
  - Transmisión de informes a las autoridades nacionales pertinentes.
  - Búsqueda de orígenes<sup>11</sup>.
  - Ayuda en la búsqueda de información sobre los orígenes biológicos.
  - Menores no acompañados:
    - Orientación y asistencia a niños en el país de acogida;
    - Ubicación de la familia en el país de origen y ayuda con el restablecimiento del contacto.
    - Provisión de informes sociales relativos a la situación familiar en el país de origen.

<sup>9</sup> Comité Internacional de Cruz Roja [www.icrc.org](http://www.icrc.org)

<sup>10</sup> Convenio de la Haya XXVIII sobre los aspectos civiles de la sustracción internacional de menores 25 Octubre 1980.

<sup>11</sup> Monográfico: Búsqueda de familia de origen: Experiencia del SSI. Trabajo Social Hoy nº 3 1994.

Ley del Menor LO 1/1996,15 Enero, de Protección Jurídica del Menor.

- Velar por el interés superior del niño afectado.
- En casos de regreso al país de origen, preparación y seguimiento del niño y de su familia.
- Protección de adultos/mayores<sup>12</sup>.
- Comprobación de bienestar de mayores en riesgo.
- Búsquedas de orígenes.
- Transmisión de informes sociales sobre la situación.
- Víctimas de trata:
  - Identificación de víctimas de trata.
- Personas privadas de libertad.
- Provisión de informes sociales para cumplimiento de penas en país de origen, tras la libertad condicional.
- Mensajes y Restablecimiento de contacto cuando los canales normalizados de comunicación con los países de origen fallan.

## 5. METODOLOGIA Y OBJETIVOS

A través de una metodología de tratamiento individualizado de casos internacionales, el SSI hace posible la comunicación y el trabajo de los servicios sociales de diferentes países y garantiza la intervención profesional y coordinada en sus actuaciones. Este tratamiento individualizado implica una participación activa de los profesionales y su mediación, más que la simple transmisión de la información, además de una concertada orientación del plan a seguir.

Para realizar este tratamiento individualizado de casos internacionales, el SSI tiene que hacer posible la comunicación y el trabajo de los servicios sociales de diferentes países y garantizar la intervención profesional coordinada en sus actuaciones.

El SSI mantiene regularmente actualizado un Manual de Trabajo<sup>13</sup> común a toda la red en el que se describe con detalle los principios éticos, la metodología y los instrumentos y técnicas específicas para el tratamiento individualizado de cada tipo de caso, como guía de las intervenciones profesionales y con la diversidad de problemáticas planteadas de los países que intervienen en su tratamiento. La expertía del SSI a lo largo de toda su trayectoria ha permitido a los profesionales la elaboración de guías específicas para los tratamientos de determinadas categorías de problema, asimismo como numerosas publicaciones.

### ► Vías de transmisión de los casos internacionales

Los profesionales de los Servicios Sociales locales de los dos países implicados en el tratamiento del caso y los del SSI en cada uno de los países, reunirán toda la información necesaria, análisis, posturas, y propuestas resultantes a lo largo del tratamiento del caso en un marco de respeto frente a las diferencias culturales y siempre respetando el marco legal que está vigente en cada país.

<sup>12</sup> Convención de la Haya sobre protección de adultos, 13 Enero 2000.

<sup>13</sup> Web <http://www.iss-ssi.org/2009/>

Los profesionales de cada país favorecerán la participación de las personas implicadas en el caso para alcanzar los objetivos establecidos con vistas a la resolución del problema planteado, mediante la información, el dialogo, la orientación a la negociación, la asunción de compromisos y el adecuado seguimiento y apoyo para su cumplimiento.

Esta asistencia internacional coordinada gracias al establecimiento de un vínculo entre los servicios sociales en diferentes países así como la información correcta y completa que les permita proponer la mejor solución para todas las partes involucradas, y en particular con respecto a los niños, conforme al principio del interés superior. Además, la dimensión transcultural del SSI permite a la organización comprender e interpretar diversas normas, sistemas, culturas y costumbres internacionales, regionales y nacionales.

## 6. DESAFIOS DEL SIGLO XXI Y CONCLUSIONES

En el mundo globalizado detectamos nuevas necesidades sociales ante los grandes movimientos de la población que busca nuevos proyectos y mejora de las condiciones de vida. Esta situación está provocando cambios en la sociedad, siempre compleja y dinámica. El entorno transnacional hace mucho más complejo cualquier conflicto social.

La nueva realidad de España como país receptor y emisora de inmigración, el incremento de parejas mixtas, las nuevas formas de familia transnacionales que reparten a sus miembros en dos sociedades con una nueva adaptación de la familia a los procesos migratorios. El acogimiento y adopción de niños y niñas de otros países y el derecho a conocer sus orígenes que conllevará a que se multipliquen en el futuro intervenciones en búsqueda y mediación en cuanto al origen biológico. La evolución de la sociedad global, hace posible que se puedan dar respuesta a necesidades humanas cambiantes y latentes. El concepto transnacional hace pensar en cierto grado de disolución de fronteras en los aspectos psicosociales donde concurre el objeto del Trabajo Social. Por todo ello en el momento actual es necesaria la mediación internacional familiar que todavía no se ha coordinado dentro de un proyecto global.

CRE como organización ha de mantenerse y prosperar en entornos sujetos a cambios continuos y caracterizados por la complejidad. La capacidad para procesar la información y transformarla en conocimiento aplicable a cada realidad, es la clave del éxito. El afán de progreso y mejora es consustancial al ser humano. “Cada vez más cerca de las personas” es el lema elegido por la organización en su Movimiento Internacional, persiguiendo optimizando los recursos disponibles intentando llegar al mayor número posible de personas. De ahí que nuestra adhesión como corresponsal del Servicio Social Internacional aporta un valor añadido a la organización como entidad capaz de entender los distintos puntos de vista de los diferentes marcos de protección de los países y adaptar el servicio a las necesidades de cada realidad<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> VI Asamblea General CRE Documento 6. Funcionar con eficacia y eficiencia para atender nuestro compromiso humanitario.

## MAYOR INVERSIÓN EN GASTO SOCIAL: FUTURO DEL ESTADO DE BIENESTAR

Orlanda Díaz García

*Profesora asociada (Trabajadora Social)  
Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina  
Universidad de Castilla-La Mancha*

Hablar de Estado de Bienestar, sabemos que se refiere a un Estado que ha alcanzado un cierto grado de madurez como Estado de Derecho, Social y Democrático; que es interventor en la vida económica y social en aras de alcanzar mayores cotas de bienestar social y de calidad de vida, y que dicha intervención está sustentada en los principios de justicia e igualdad social y pluralismo político como inspiradores de todas sus actuaciones (López, 1992).

Sin perder de vista este sencillo acercamiento al concepto de Estado de Bienestar, si ya se debatía sobre la crisis de este Modelo antes de la aparición de esta crisis económica que estamos viviendo, no cabe duda que la situación actual requiere otra visión. Los expertos en economía estudian la forma de recuperación, desde sus prismas, bien neoliberales, bien postkeynesianos. Por su parte los sociólogos nos muestran sus investigaciones sociológicas, cuyos resultados apoyan una línea política y social u otra. Respecto a los politólogos, también lanzan sus alternativas, apoyados en diferentes ideologías. Es aquí donde el Trabajador y la Trabajadora Social, desde su ámbito de asesores de las políticas sociales, pueden hacer su análisis y hacer las propuestas sociales más eficaces.

Para ello es preciso tener en cuenta algunas cuestiones básicas al respecto.

Economistas, politólogos y sociólogos (Krugman, 2008), (Navarro 2007), (Moreno, 2009), siguen defendiendo el Estado de Bienestar como propuesta, ampliamente fundamentada, ante la crisis económica. Es importante recordar el impacto corrector que la intervención de la Administración pública efectúa sobre la pobreza y exclusión social. Es fundamental la intervención del Estado en la economía. España alcanzaba una tasa de pobreza en 2007 antes de las transferencias sociales (es decir, sin la intervención del Estado, simplemente como resultado de las fuerzas de la oferta y la demanda del mercado) del 39% y después de las transferencias sociales se reducía al 20 % (esto es, con la intervención del Estado de Bienestar). Hablamos del grado de desarrollo de la protección social. El informe anual sobre protección social e inclusión social de la Comisión Europea con datos correspondientes a 2008 dice que España sigue entre los países de la UE con un mayor porcentaje de población en riesgo de pobreza, el 20% del total, al mismo nivel que Grecia o Lituania. No obstante, el estudio pone de relieve que, debido al impacto de la crisis, España será uno de los países de la UE donde más aumentará el gasto social entre 2007 y 2010 (del 21% al 26% del PIB), sobre todo por la elevada factura de las prestaciones por desempleo por el fuerte aumento del paro. Pese a ello, el gasto social en España seguirá muy por debajo de la media de la UE (que también aumentará del 28% en 2008 al 31% del PIB en 2011)

En el ranking de potencias económicas, la agencia de calificación Standard&Poors, certificaba en un informe de 2007 que España ocupaba el octavo lugar a nivel mundial. Lo mismo afirmaba el Banco Mundial en sus estadísticas referidas al año 2005. Sin embargo, el gasto público en protección social de España no es comparable con el de esas potencias como cabe esperar. Existe un gran déficit de gasto

público en protección social. Algunos investigadores han estudiado incluso la insuficiencia del gasto público social a nivel municipal (Bosch y Espasa, 2007).

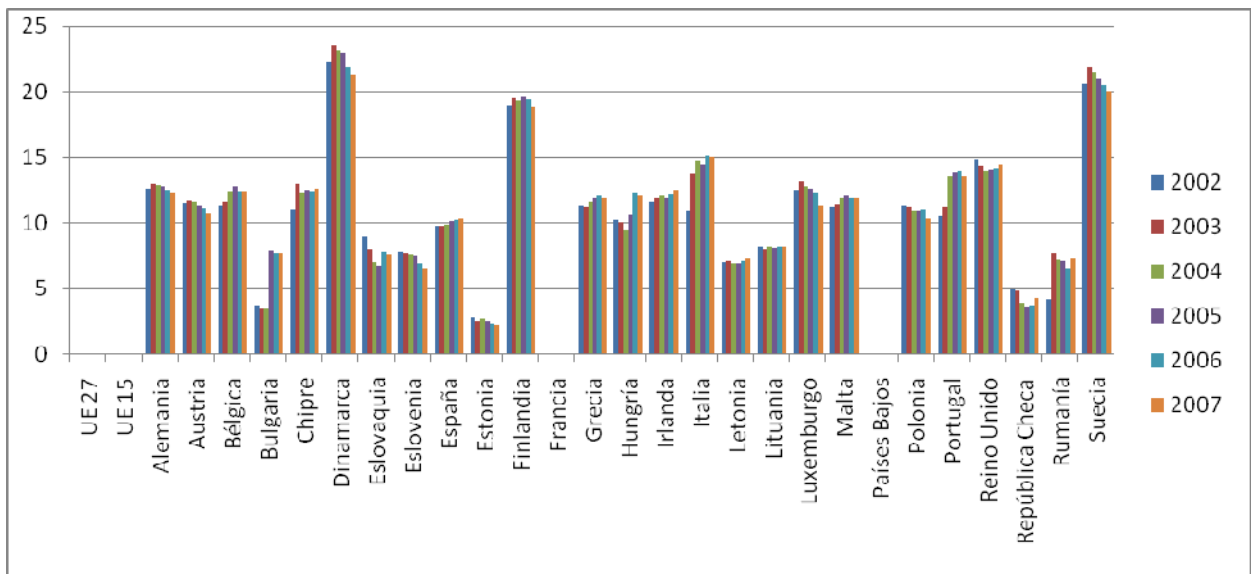
Hacemos la comparación con los países de la Unión Europea y vemos que el gasto público que dedica España a la protección social sigue una línea ascendente, pero sigue situándose por debajo de Alemania, Austria, Bélgica, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido; y muy por debajo de Dinamarca, Finlandia, Suecia, Francia y Países Bajos (Imágenes 1 y 2).

**Imagen 1. GASTO PÚBLICO EN PROTECCIÓN SOCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA (% sobre el PIB)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>UE 27</b>						
Alemania	12,6	13,0	12,9	12,8	12,5	12,2
Austria	11,5	11,7	11,6	11,3	11,1	10,7
Bélgica	11,3	11,6	12,3	12,8	12,4	12,4
Bulgaria	3,7	3,4	3,5	7,8	7,6	7,6
Chipre	11,0	13,0	12,2	12,5	12,4	12,6
Dinamarca	22,2	23,5	23,2	23,0	21,9	21,2
Eslovaquia	8,9	7,9	7,0	6,7	7,7	7,5
Eslovenia	7,7	7,6	7,5	7,4	6,9	6,5
<b>España</b>	<b>9,7</b>	<b>9,7</b>	<b>9,8</b>	<b>10,1</b>	<b>10,2</b>	<b>10,3</b>
Estonia	2,8	2,5	2,7	2,5	2,3	2,2
Finlandia	18,9	19,5	19,3	19,6	19,4	18,8
Francia						
Grecia	11,3	11,2	11,6	11,9	12,0	11,9
Hungría	10,2	10,0	9,4	10,6	12,2	12,0
Irlanda	11,6	11,9	12,0	11,9	12,1	12,5
Italia	10,9	13,7	14,7	14,4	15,1	15,0
Letonia	7,0	7,1	6,9	6,9	7,1	7,3
Lituania	8,2	7,9	8,2	8,1	8,2	8,2
Luxemburgo	12,5	13,1	12,8	12,6	12,2	11,3
Malta	11,2	11,4	11,9	12,0	11,9	11,9
Países Bajos						
Polonia	11,3	11,2	10,9	10,9	11,0	10,3
Portugal	10,5	11,2	13,5	13,8	14,0	13,5
Reino Unido	14,8	14,3	14,0	14,1	14,2	14,4
República Checa	4,9	4,8	3,9	3,6	3,7	4,2
Rumanía	4,1	7,6	7,2	7,1	6,5	7,3
Suecia	20,6	21,9	21,5	21,0	20,5	20,0

Fuente: Eurostat 2010

Imagen 2. Gráfica Gasto público



Fuente: Elaboración propia. Eurostat 2010

Con los datos publicados por Eurostat en Bruselas el pasado 2010 sabemos que el gasto público destinado a la protección social en España supuso en 2008 un 13,9% del Producto Interior Bruto (PIB), según los datos de la oficina estadística europea. Este porcentaje posicionó a nuestro país cuatro puntos por debajo de la media europea, situada en el 18,2%.

España destinó el 6,1% del PIB a salud, el 4,7% a servicios públicos generales y el 4,6% a educación. Todos estos capítulos tuvieron un gasto inferior a la media de la Unión Europea (UE), que fue del 6,9%, 6,3% y 5,2%, respectivamente.

El gasto público en 2008 en el conjunto de la UE supuso el 46,8% del PIB y el grueso del mismo fue a parar a la protección social en todos los Estados miembros sin excepción, aunque el porcentaje oscila de manera notable y varía del 9,4% de Estonia al 22,4% de Dinamarca, el 21,8% de Francia o el 21,5% de Suecia.

Los países con un mayor nivel de gasto público durante 2008 fueron Suecia (53%), Francia (52%), Dinamarca (51,8) y Bélgica (50%), mientras que el menor gasto correspondió a Eslovaquia, Luxemburgo, Bulgaria y Lituania, que gastaron entre el 34% y el 37% del PIB. El gasto público en España alcanzó el 41,1%.

No tiene que dar miedo el gasto público. Empezando por un plan de gasto para fomentar el empleo. Las empresas, en especial las medianas y pequeñas (que son las que crean más empleo en cualquier país) no pueden crear empleo porque, además de tener dificultades en conseguir crédito de los bancos, tienen insuficiente demanda de sus productos. Y la demanda es insuficiente porque la mayoría de la población (que pertenece a las clases populares) no dispone de suficiente capacidad adquisitiva para comprarlos, resultado de las políticas liberales llevadas a cabo en la mayoría de países de la OCDE (el grupo de países más ricos del mundo).



Nos encontramos que, el círculo vicioso formado por la falta de crédito por un lado, y de escasez de demanda por el otro, no va a producir creación de empleo en el sector privado, a no ser que haya un aumento de la capacidad adquisitiva de la población. La forma de salir de ese círculo es romper con el dogma liberal y que sea el Estado el que cree empleo masivamente. Es impensable que podamos salir de la gran crisis actual sin un intervencionismo público mucho más acentuado que el que se está promoviendo en la Unión Europea (incluyendo España). En España (y en la UE) el Estado debe ser más activo que nunca con una intervención pública masiva en la inversión en infraestructuras del país para crear empleo. Y no sólo en **infraestructuras de obras públicas, sino sociales**. Por otra parte, **el gasto social ha de ser presentado como inversión** y no como consumo. El Levy Economics Institute of Bard College de EE.UU. ha mostrado que las inversiones en la creación de empleo en sectores sociales son más eficaces en crear ocupación y en beneficiar a amplios sectores de la población que en cualquier otro sector. “La inversión social crea muchos más puestos de trabajo que cualquier otro sector” (Navarro, 2009). Algunos economistas llegan al punto de augurar que si no se frena el crecimiento del desempleo mediante la inversión pública —el arma más a mano e inmediata para el Gobierno—, podría llegar un momento en que la crisis económica se transformase en una **crisis social, no sólo en España, sino en toda Europa (Gálvez, 2008)**. Si el gasto público se utiliza para elevar la eficiencia de la producción nacional (transportes, tecnología, capacitación, etcétera), se incrementara el empleo, la producción y por tanto crece la economía. Otra medida importante es priorizar la reducción del desempleo sobre la del déficit público; la reducción del desempleo redundará en mayor estímulo a la economía. Otra propuesta de inversión pública es en capital tecnológico y humano, donde España tiene déficit con respecto a la media europea. Es muy difícil tener crecimientos en la productividad sin bases de capital potentes, por tanto éste es el momento perfecto para invertir en lo que habría que dedicar los próximos cinco o seis años (Ontiveros, 2009). Hay una parte del capital humano, en el que se ha de invertir, que tiene amplias trabas que superar. Estoy haciendo referencia al importante número de mujeres que cubren las deficiencias del Estado de Bienestar, atendiendo a los hijos hasta los 32 años (de promedio), a los cónyuges/compañeros y a los ancianos. Esto produce un estrés en mujeres de entre 35 y 55 años que se traduce en tres veces más enfermedades que la media española. Si el índice de participación de las mujeres en el mundo laboral fuese similar al de Suecia, habría tres millones más de trabajadoras produciendo. Pensemos el incremento de riqueza en afiliaciones a la seguridad social, en el IRPF, pago de impuestos. Las inversiones en el ámbito social, en el Estado de Bienestar, son básicas en un doble sentido: en su repercusión directa en mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y como inversión económicamente productiva. Todo ello nos dice que hay que hacer inversión social no sólo por justicia social, sino también por eficiencia.

Las alternativas de economistas, sociólogos y expertos en ciencias políticas, van de la mano del Estado de Bienestar para salir de la crisis económica, porque las proponen sobre los cimientos de la justicia social y la igualdad de oportunidades. Los trabajadores y trabajadoras Sociales (que tenemos esos valores como principios rectores entre otros) podemos y estamos obligados a hacer nuestras propuestas de Política social en los diversos ámbitos, Estatal, Autonómico y Local.

Frente al balance positivo que ha supuesto el Trabajo Social en España, con una trayectoria de progreso rápida, perviven algunas dificultades que lo han relegado a un papel algo restringido, asociado aún a determinados grupos y sobre todo a determinados ámbitos. En la práctica profesional, se configura principalmente como instrumento de la Política Social; es decir, el Trabajo social suele realizar la intervención que le cabe en el marco de las políticas sociales (de empleo, acceso a la vivienda, prestaciones sociales, etc.) preestablecidas. Sin embargo debe establecerse un ciclo de retroalimentación para que aquél con la visión social integral que le caracteriza haga propuestas en las políticas sociales.



Revisando la Encuesta de Presupuestos Familiares y la Encuesta de Condiciones de Vida (INE 2009), el Anuario Estadístico de España: Nivel, calidad y condiciones de vida (INE 2010) y el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2008-2010, podemos ver el perfil de personas en riesgo de exclusión social en la actualidad y el perfil que se está dibujando, y que a corto plazo llegará al Sistema Público de Servicios Sociales con unas necesidades concretas, derivadas del momento económico, político y social que estamos viviendo.

El Trabajo Social en la actual crisis requiere una mayor inversión de energía, tiempo y formación en la evaluación; en estos momentos especialmente en la evaluación diagnóstica. Las administraciones (en sus tres ámbitos Estatal, Autonómico y Local) tendrán que hacer un esfuerzo de adaptación urgente a los resultados de la crisis económica, proponer nuevas estrategias en el gasto social, que tendría que incrementarse, y nuevas estrategias de intervención. El diagnóstico a nivel Estatal y Autonómico es fácil ya que se dispone de importantes fuentes y documentos como los mencionados, entre otros. La Administración Local, así como todas las Organizaciones No Gubernamentales, entidades y organismos de intervención directa, tienen que actuar con inmediatez para elaborar un diagnóstico social de la situación actual, rápido y preciso, para evitar que los requerimientos sociales terminen por desbordar a las/os profesionales del bienestar social y en concreto a trabajadoras y trabajadores Sociales.

Una realidad acuciante de la que partimos ya, es el alto índice de desempleo actual. Por otra parte todos los datos que van apareciendo dentro y fuera de España respecto a nuestra tasa de desempleo no apuntan a su reducción a corto plazo.

El empleo es la fuente principal de generación de ingresos en los hogares españoles. Además de proporcionar ingresos, en la cultura occidental, el trabajo es el mecanismo de relación personal e inserción social por excelencia; que aunque ya lo sabemos, en estos momentos de caída del empleo nos lo recuerda el VI Informe Foessa. La tarea de inserción laboral cada vez se va a hacer más laboriosa, ya que la duración del desempleo va en detrimento de las habilidades laborales. A las personas que por sus características culturales, étnicas, de discapacidad, de género, etc., tienen mayor dificultad para la inserción laboral, hay que ir sumando los nuevos desempleados de larga duración. Quiero remarcar este grupo porque, gran parte de las personas desempleadas con alguna cobertura económica (Prestación por desempleo, Subsidio por desempleo, Renta Activa de Inserción) y que hasta el momento del actual desempleo no habían tenido problemas de inserción laboral, se han convertido en paradas y parados de larga duración y parte de ellos arrastrarán algunas características, conductuales y emocionales comunes en estos casos, que dificultan la reinserción laboral. Sin embargo, ni en el área de empleo ni en ninguna otra, debemos quedarnos a la espera de directrices, sino plantear aquellas más acordes con las políticas sociales propias de un renovado y saneado Estado de Bienestar.

## BIBLIOGRAFÍA

- AYALA, L. (2010). *La pobreza en España: tendencias y factores de cambio*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales/Universidad Rey Juan Carlos.
- BOSCH, N. y ESPASA, M. (2007). El gasto social en la administración local. En *La situación social en España, Programa de políticas Públicas y Sociales –UPF*. Fundación F. Largo Caballero. Biblioteca Nueva: 151-184.
- BOSCH, N. y MAS, D. (2008). Indicadores de gestión: aplicación a los servicios municipales. *Papeles de Economía Española*, Nº 115: 244-258.
- CANTÓ, O.; DEL RÍO, C. y GRADÍN, C. (2009). I Dinámica de la Pobreza en España: Cronicidad, Transitoriedad y Recurrencia. En Ayala, L. (dir.) *Desigualdad, pobreza y privación en España*. Madrid: Fundación FOESSA.

KRUGMAN, P. (2008). *Después de Bush. El fin de los "neocons" y la hora de los demócratas*. Barcelona: Crítica.

MORENO, L. (ed.) (2009). *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.

NAVARRO, V. (2006). España a la cola de la Europa social. *Temas para el Debate*, nº 140.

NAVARRO, V. (2007): *La situación social en España (II)*. Madrid: Biblioteca nueva.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

ONTIVEROS, E. (2009). El déficit debería sufragar conocimiento, no infraestructuras. <<http://www.finanzas.com/dineroyempleo>>. Consultado el 10 de marzo de 2011.

PANORAMA SOCIAL DE AMERICA LATINA 2010: El gasto público social en América Latina: tendencias generales e inversión en el desarrollo de capacidades de las nuevas generaciones. <http://www.eclac.org/gastopublico>. Consultado el 5 de marzo de 2011.

## PRISMA, UN SERVICIO FAMILIAR INNOVADOR

M<sup>a</sup> José Izquierdo Villaverde  
Lourdes Fernández-Quintanilla Gallastegui<sup>1</sup>

### 1.- FUNDAMENTACIÓN

En la presente comunicación vamos a describir, a grandes rasgos, como ha sido la trayectoria de la creación de PRISMA, un nuevo tipo de servicio familiar. Algo que hasta ahora no existía y que hemos considerado que había que construir como un apoyo más a las familias madrileñas.

La creación de este servicio tiene su origen en la propuesta de un grupo de profesionales, con amplia experiencia en el campo de la Familia e Infancia, para orientar su práctica profesional en el ámbito privado, manteniendo un modelo de intervención psicosocial.

Desde nuestra disciplina como trabajadoras sociales sentimos la necesidad de desarrollar la práctica profesional desde la coherencia, con un rol de escucha en la intervención, en la relación de ayuda y en el acompañamiento en los procesos de cambio, todo ello desde una perspectiva interdisciplinar, con el reto que supone para los trabajadores sociales desarrollar esta práctica desde el ejercicio libre de la profesión.

La fundamentación de este proyecto está basada en los grandes cambios que viene sufriendo la familia tradicional, cambios que complejizan las funciones parentales y confunden a los progenitores respecto a los roles que tienen que desempeñar.

En este contexto se hacía cada vez más necesario que las familias contaran con profesionales que pudieran orientarles en las dificultades cotidianas. Con este objetivo se defiende la necesidad de crear un espacio donde las personas o familias puedan recibir atención integral e interdisciplinar que abarque distintos ámbitos interconectados de intervención: información, asesoramiento, apoyo, orientación, mediación y/o terapia.

En el inicio de esta actividad emprendedora no hemos querido que PRISMA dependa de subvenciones. Tras la detección de necesidades de la población madrileña en general, la evaluación de los riesgos y la viabilidad del proyecto, hemos optado por el camino de la libertad para el pleno desarrollo de la creatividad en la construcción del servicio, con una visión futurista, y la idea de aportar alternativas a ciertas "lagunas institucionales".

Estructuralmente es el Estado quien diseña y desarrolla el Sistema Público de Bienestar Social, pero, humildemente y con conciencia de nuestros límites, consideramos que es importante innovar para complementar este sistema y enriquecerlo.

Con la certeza de que muchos de nuestros compañeros son defensores del Sistema Público, queremos aclarar que nosotros también lo somos, por eso este proyecto nos ha llevado a una profunda reflexión respecto a la conveniencia o no del mismo, llegando finalmente a la conclusión de que nuestra propuesta (\*) *en ningún momento, pretende suplantar "lo público" ni privatizarlo, simplemente*

<sup>1</sup> **Diplomadas en Trabajo Social**

*queremos conseguir una sana coexistencia entre los dos ámbitos, público y privado, que redunde en beneficio de la comunidad.*

## 2.- POR QUÉ SE CREA PRISMA: JUSTIFICACIÓN

Porque consideramos que puede ser un apoyo a la familia a lo largo del desarrollo de los ciclos vitales y en los momentos de crisis que estos ciclos vitales conllevan, o que surgen como consecuencia de una determinada problemática.

Basándonos en la Guía para resolver los conflictos familiares de la Comunidad de Madrid señalamos: (\*\*)

1) *Como el conflicto es un hecho cotidiano al que todos nos enfrentamos, se produce de muchas formas y con distinta intensidad, originándose en situaciones propias de la convivencia y de las relaciones humanas.*

*Teniendo en cuenta que el contexto familiar es el que más perdura en el individuo a lo largo de su vida, y más concretamente es la relación fraternal la que posiblemente resulte la más duradera de nuestras relaciones.*

*Conocer el ciclo vital personal y familiar puede ayudarnos a comprender los conflictos familiares y a abordarlos más adecuadamente, ya que son mucho más que simples etapas del desarrollo familiar, son el proceso de evolución esperable en un sistema vivo en crecimiento. Y hay que tener presente que el crecimiento es cambio, y este no se produce sin diferencias, sin tensiones, y sin crisis. En nuestra sociedad actual, contamos con un importante hándicap, y es que vivimos en un mundo que nos empuja a construir una expectativa poco realista de las relaciones y engloba creencias o formas de pensar, que en su mayoría son poco acertadas, si pretendemos que dichas relaciones sean sanas y enriquecedoras.*

2) Desde PRISMA no sólo tratamos de ayudar en momentos de crisis, también contemplamos el seguimiento preventivo para aquellas personas que sientan la necesidad de este apoyo. *Crear una familia es uno de los proyectos existentes más preciados. Y, como todo lo importante en esta vida, nos plantea desafíos. Pese a los profundos cambios y transformaciones que en estas últimas décadas han tenido lugar en las estructuras familiares, la familia sigue considerándose una de las instituciones más necesarias en la construcción de la identidad personal y social, desempeñando un papel esencial en el crecimiento y bienestar psicológico del ser humano, ya que en ella realizamos los aprendizajes vitales más fundamentales.*

Poder realizar un seguimiento o acompañamiento a los progenitores puede resultarles de mucha utilidad en el largo proceso que constituye la consolidación de la pareja y la crianza de los hijos, ya que permite dotarlos de herramientas y habilidades que faciliten esta dura tarea. Hay que tener presente *que la manera en que una pareja afronte las primeras dificultades crea los cimientos sobre los que construirán su peculiar manera de funcionar y relacionarse.*

3) Finalmente, hay otra oferta dirigida directamente a los profesionales, trabajadores sociales y psicólogos, que trabajen en este campo y demanden formación y/o supervisión.

### 3.- QUÉ ES PRISMA

Es una asociación sin ánimo de lucro, inscrita en el registro de la Comunidad de Madrid como servicio de orientación, mediación y terapia para apoyo a las personas, parejas o familias en la resolución de los conflictos propios del ciclo vital o específicos de circunstancias de especial dificultad que a veces, pueden surgir.

En líneas generales se trata de detectar las necesidades individuales y familiares y ofrecer alternativas.

### 4- A QUIÉN VA DIRIGIDO

PRISMA ofrece su servicio a la población en general. Son los interesados, ya sea por propia iniciativa, y/o por consejo de terceros (amigos, familiares, trabajadores sociales, abogados, psicólogos, colegios, médicos etc.)

*(\*) Desde este primer contacto telefónico, si la demanda que plantea el cliente está cubierta por los Servicios Sociales Públicos, antes de continuar, se le informa de la posibilidad de acogerse a esta vía. Puede suceder que no tuviera conocimiento y que decida esta alternativa, entonces le aportamos la información más amplia y precisa posible del servicio al que debe dirigirse.*

*Solo continuaremos en el caso que no exista el servicio requerido en el sistema público o que existiendo y conociéndolo el cliente, este opte por nuestra atención desde el ámbito privado. En cuyo caso procederemos a iniciar la intervención, concertando una cita en el servicio.*

### 5- EL EQUIPO

Para poner en marcha nuestro proyecto emprendedor hemos creado, de forma libre y reflexionada, un equipo interdisciplinar constituido por dos trabajadoras sociales (una de ellas con acreditación complementaria en mediación y la otra en terapia familiar), dos psicólogos clínicos especializados en familia e infancia y un gestor administrativo. Todos los profesionales están colegiados.

Para el desarrollo de nuestro trabajo ofrecemos, además de la acreditación legal que garantiza nuestra preparación y capacitación, la experiencia del trabajo compartido como equipo, junto con un compromiso para actualizar y ampliar conocimientos en las áreas en las que estamos interviniendo a través de la formación permanente.

El hecho de ser un grupo asociado de forma libre y espontánea, cuya selección ha estado basada en intereses comunes y en la experiencia de compartir trabajo durante años, nos ha permitido ser un equipo de estructura horizontal, funcional y en el que todos tenemos un compromiso común, una formación complementaria y una afinidad, consolidando una cohesión que es difícil que surja en los equipos constituidos institucionalmente.

Además el trabajo por cuenta propia nos permite crear un contexto singular, con la metodología que hemos considerado más adecuada, trabajando desde la transparencia, ofreciendo empatía y confianza, ofreciendo un trato personalizado y, lo que es más importante, aportando capacidad de respuesta a la problemática presentada. Es desde esta elección de independencia Institucional, desde donde nos permitimos un amplio campo de libertad, creatividad, espíritu científico e innovador.

## 6- SERVICIOS QUE OFRECEMOS

El objetivo general es acompañar a la familia en la búsqueda de soluciones a los problemas que se presentan a lo largo del ciclo vital y apoyar a los profesionales que trabajan en este ámbito aportándoles instrumentos de formación y análisis.

Las tareas o servicios que se ofrecen son los siguientes:

### Dirigidos a la Familia:

- Información y asesoramiento en general respecto a aspectos relacionados con familia e infancia.
- Orientación a progenitores respecto a la crianza de los hijos, favorecedora del desarrollo individual del niño.
- Apoyo y asesoramiento a parejas en procesos de crisis.
- Apoyo y asesoramiento a parejas en procesos de separación o ruptura.
- Intervención, desde la mediación, en la resolución de conflictos, proporcionando a las partes implicadas técnicas de comunicación y de resolución que les permitan alcanzar un acuerdo frente al problema que están viviendo.
- Acompañamiento en los procesos vitales favoreciendo la adaptación.
- Apoyo de afrontamiento en circunstancias de especial dificultad (disfuncionalidad en la relación fraternal, toma de decisiones referentes a alguno de los hijos, aprender a convivir con la enfermedad, conflictos de relaciones con la familia de origen, herencias, episodios depresivos en algún miembro de la familia, búsqueda de alternativas frente a los problemas que surgen en la tercera edad como son el análisis de la conveniencia o no de la permanencia en el domicilio, otros recursos, orientación y gestiones ).
- Elaboración de informes sociales o psicológicos para adjuntar a diferentes solicitudes.

### Dirigidos a profesionales:

- Formación a profesionales en el campo de familia e infancia.
- Supervisión.

## 7.- METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS

Sabemos que la primera percepción del cliente es “nuestra imagen” como servicio, en nuestra identidad corporativa, por eso desde este primer contacto queremos transmitir el concepto de:

- Seriedad en los encuadres.
- Puntualidad en la atención.
- Agilidad a la hora de concertar la primera entrevista, dando una respuesta rápida.
- Flexibilidad, ya que somos conscientes de las dificultades que supone encontrar un horario adaptado a los compromisos de cada uno.

- Cordialidad, ofreciendo un trato personalizado, en el que desarrollemos la empatía y transmitamos un mensaje de optimismo, aceptación y afecto.
- Compromiso profesional en la búsqueda de soluciones efectivas.

Aunque la filosofía de trabajo del equipo es personalizar el servicio y dar un trato adaptado a las circunstancias de cada cliente, tenemos un protocolo de actuación que establece unas líneas generales de trabajo, recogido en el siguiente proceso.

**Recepción de la demanda:** Se realiza telefónicamente recogiendo la siguiente información:

- Formulación de la demanda.
- Elaboración del genograma de la unidad familiar.
- Información del servicio, objetivos, método de trabajo y criterios económicos.
- Información de los recursos públicos adaptados a su problemática.

Si el cliente está de acuerdo con ser atendido desde nuestro servicio, se concierta una cita.

**Planificación de la intervención:**

El equipo analiza la demanda solicitada y diseña la valoración:

- Qué profesionales van a atender el caso.
- Quién se va a convocar a primera entrevista.
- Hipótesis de trabajo.
- Metodología de abordaje.

**Valoración:**

La valoración es la recogida general de datos que nos permitan llegar a un diagnóstico en referencia a la problemática planteada. Para llegar a este diagnóstico se pueden dedicar una, dos o hasta un máximo de tres entrevistas. Tras la/las entrevista/s de valoración, el equipo devuelve a la persona o familia el diagnóstico y posibles alternativas para la resolución del conflicto.

**Intervención:**

Adaptada a cada familia. Por las características específicas del servicio, puede limitarse a una única consulta puntual, puede encuadrarse en un seguimiento mensual o trimestral o puede requerir una valoración de la problemática más profunda en la que, posteriormente, se ofrezcan diferentes alternativas en su resolución (alternativas con una amplia modalidad de encuadres, desde asesoramiento, orientación, mediación o terapia).

## 8.- HONORARIOS

Consideramos necesario ofrecer un servicio de calidad independientemente de la cuantía económica, por ello aunque tenemos una tabla de honorarios, nuestro criterio es facilitar el acceso a nuestro



servicio a cualquier familia, independientemente de sus condicionantes económicos, por lo que priorizamos la atención a las familias ajustando los honorarios a su poder adquisitivo.

## BIBLIOGRAFÍA

(\*) Introducción al ejercicio libre profesional y empresarial de los trabajadores sociales. Ana Hernández Escobar (2005).

(\*\*) Guía de cómo resolver los conflictos familiares. Comunidad de Madrid (2010).

# LA INCAPACITACION CIVIL EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL. A QUIÉN, POR QUÉ Y PARA QUÉ

Rosario Luis-Yagüe López

*Diplomada en Trabajo Social, Licenciada en Sociología.  
Especialista en Terapia Familiar y pareja*

## INTRODUCCIÓN

Este comunicado tiene como finalidad reflexionar sobre a quién, por qué y para qué incapacitar a personas con enfermedad mental crónica. Abordando los interrogantes y dificultades que, desde trabajo social, surgen a la hora de solicitar que se inicie un proceso de incapacitación; así como los retos que se presentan tras la Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, Nueva York, diciembre 2006 (BOE 21 de Abril 2008).

Se entiende por incapacitación judicial de una persona, un proceso judicial que, mediante una sentencia, reconoce que la persona no tiene capacidad para autogobernarse. En la sentencia queda determina la extensión y los límites de la incapacidad. Este proceso debe entenderse en sentido positivo, siendo sus fines el proteger, cuidar y defender a las personas que lo precisen, evitando así posibles situaciones de desamparo e indefensión, y asegurándoles una protección cuando los padres o familiares, ya no puedan hacerse cargo de ellas.

El trabajador social de Salud Mental durante su intervención, debe evaluar la capacidad que tiene la persona con enfermedad mental para cuidar de si misma y de sus bienes, así como su facultad para decidir. Si observa, junto con el resto de los profesionales que conocen y tratan al paciente, que durante un tiempo, determinadas acciones y comportamientos están poniendo en peligro su patrimonio o su persona, comunicará sus impresiones a los familiares del paciente para que tomen medidas. En caso de no existir personas de referencia, pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal la existencia de una presunta persona incapaz.

## MATERIAL Y MÉTODO

El distrito Fuencarral-El Pardo, ubicado en el norte de la ciudad de Madrid, cuenta con una población censada (enero de 2010) de 191.280 habitantes mayores de 18 años. Diez psiquiatras, cinco psicólogos, cuatro enfermeras y dos trabajadoras sociales son los profesionales que componen el equipo del Centro de Salud Mental (CSM), encargado de atender a la población mayor de 18 años, que reside en dicho distrito.

El estudio se centra en personas que:

- Tienen un diagnóstico de enfermedad mental crónica (EMC).
- Están incorporadas al Programa de Rehabilitación y Reinserción para personas con EMC.
- Residen en cuatro de los ocho barrios en que se divide el distrito.

Las variables analizadas son:

- Género.
- Edad.
- Situación legal (no incapacitados, cuartelados, tutelados).

## RESULTADOS

En la actualidad, el número de personas con EMC, adscritas al Programa de Rehabilitación y Reinserción, que están en intervención social (en cuatro de los ocho barrios que compone el distrito) es de 176.

Según el **género**, son varones 111 (63%) y mujeres 65 (37%).

Considerando la variable **edad**, se registra que el 67% de los pacientes estudiados tienen edades comprendidas entre los 31 y 50 años (**CUADRO 1**).

CUADRO 1. EDAD		
Intervalo de edad	Número	Porcentaje
18 - 25	8	4,5
26 - 30	15	8,5
31 - 35	24	<b>13,6</b>
36 - 40	39	<b>22,2</b>
41 - 45	35	<b>19,9</b>
46 a 50	20	<b>11,4</b>
51 a 55	16	9,1
56 a 60	10	5,7
61 a 65	3	1,7
más de 65	6	3,4
<b>Total</b>	<b>176</b>	100

En cuanto a su **situación legal** (**CUADRO 2**), se contempla que 44 personas (25%) no requieren de un apoyo continuado, mientras que 88 de ellas (50%) necesitan un cuidador o guardador de hecho, recayendo esta función en el 87,5% de los casos en los padres o familiares (**CUADRO 3**).

CUADRO 2. SITUACIÓN LEGAL		
	Total	%
Sin necesidad de apoyo	44	25
Cuidador-Guardador de Hecho	88	50
Curatela-Tutela	44	25

CUADRO 3. GUARDADOR DE HECHO						
	Madre	Padre	Padres	Familia	Salud Mental	Total
<b>Total</b>	21	2	24	30	11	<b>88</b>
<b>Porcentaje</b>	23,86	2,27	27,27	34,09	12,50	100%

De las restantes 44 personas (25%), 28 de ellas (63,6%) han precisado ser curateladas o tuteladas por la familia y 16 (36,4%) por instituciones tutelares (Agencia Madrileña de Tutela de Adultos -Amta- o Fundación Manantial) (**CUADROS 4 y 5**).

CUADRO 4. CURATELA - TUTELA I									
CURATELA			TUTELA						
Madre	Padre	Amta	Madre	Padre	Padres	Familia	Amta	F. Manantial	TOTAL
2	1	2	9	3	3	10	10	4	<b>44</b>

CUADRO 5. CURATELA-TUTELA II		
	Familia	Institución Tutelar
Total	28	16
%	<b>63,6</b>	<b>36,4</b>

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

**Género.** Todos los estudios señalan que en Salud Mental son atendidas más mujeres que hombres; sin embargo las patologías crónicas y graves se dan más en varones, hecho que coincide con los datos aportados en este análisis, donde se constata que hay un 26% más de hombres que de mujeres en el Programa de Rehabilitación y Reinserción.

**Edad.** Son dos tercios (67%) los pacientes que se encuentran en edades comprendidas entre los 31 y 50 años.

**Situación legal.** El estudio indica que un 50% de las personas, por sus dificultades en las actividades de la vida diaria, toma de medicación, autonomía residencial,... precisan de una figura de guardador de hecho, que recae en el 87,5% de las veces en los padres. El dato de que la media de edad de los padres sea de 75 años, está llevando a tomar medidas “en ocasiones demasiado proteccionistas” donde a veces por proteger a la persona discapaz, se le anula como persona.

Hasta el día de hoy las respuestas sobre a quién se incapacita, por qué y para qué, han estado vinculadas a un concepto de la discapacidad tratado desde un modelo médico-rehabilitador, pero tras la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, aprobada en la sede de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, y ratificada por el gobierno español en Diciembre de 2007, el marco teórico ha variado. La Convención realiza un cambio hacia el modelo social de derechos humanos, donde las causas de la discapacidad son principalmente sociales (es en la Sociedad donde se suelen encontrar las barreras hacia las personas, y es por tanto ésta, quien debe de facilitar la participación y plena integración de las personas con discapacidad).

El propósito de la Convención es promover, proteger y asegurar los Derechos de todas las personas con discapacidad y su pleno goce en condiciones de igualdad al resto de la sociedad. Entre los Principios Generales se encuentra el *respeto de la dignidad inherente, de la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y de la independencia de todas las personas.*

Este nuevo marco legal, conduce al trabajador social a enfrentarse a nuevos retos, dando respuestas distintas, creativas e innovadoras a los interrogantes que se planteen.

En su intervención con los padres y familiares del paciente, trabajará que estos acompañen a su familiar enfermo en el proceso de toma de decisiones y descubrimiento real de sus dificultades, e informará sobre las instituciones civiles y judiciales protectoras (medidas de protección preventivas, poderes preventivos, hipoteca inversa, instituciones tutelares, voluntades anticipadas, testamento,...) en caso de que lo necesiten.

En cuanto a la Sociedad el trabajador social:

- Contribuirá con su ejercicio profesional a que se lleve a término lo acordado en la Convención.
- Apoyará toda iniciativa tendente a generar recursos humanos y materiales que tengan como meta la aplicación de lo pactado en la Convención de la ONU.
- Deberá cambiar su terminología, su discurso, sus expresiones, en los ámbitos profesional, social y personal.
- Desterrará de su vocabulario términos como minusvalía, anormalidad, retraso mental, ...
- Hará uso de frases que dignifiquen a la persona (personas que tienen discapacidad, que precisan apoyo en la realización de tareas, que manifiestan dificultades en la esfera de la voluntad y en la toma de decisiones,...).
- Frente a una posible derivación al Ministerio Fiscal, antes dará respuesta a lo que perdería o ganaría la persona, si se llevara a cabo el proceso, y actuaría en consonancia.

En conclusión, el trabajador social deberá ser un referente social, comprometido con este nuevo marco legislativo, cuyo fin último es que la Sociedad tome mayor conciencia de las personas con discapacidad y que fomente el respeto de sus derechos y de su dignidad. Fin muy acorde con varios de los principios generales del Código Deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social.

## BIBLIOGRAFÍA

Asamblea General de Naciones Unidas (2007). *Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (61/106)*. ONU.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). *Declaración de apoyo a la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad*. España.

Fundación Tutelar de la Rioja (2009). *Jornadas sobre Protección Jurídica en la Incapacidad: 7-8 mayo 2009*. La Rioja.

TOBIO, C., AGULLÓ; TOMÁS, M<sup>a</sup> S.; GÓMEZ, M<sup>a</sup> V., y MARTÍN PALOMO, M<sup>a</sup> T. (2010). *El Cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales nº 28. Barcelona: Fundación "la Caixa".

CAYO PÉREZ BUENO, L. y SASTRE CAMPO, A. (2009). *Derechos Humanos y Discapacidad. Informe España 2008*. Colección Convención ONU nº 1. Madrid: Ediciones Cinca.

PALACIOS, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Colección Cermi nº 36. Madrid: Ediciones Cinca.

## EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO

M<sup>a</sup> Angeles Caneiro Villayandre  
Juana Mancebo Muñoz  
Raquel Munilla Rebollo  
Luna Nieto Acero  
Ignacio Paniagua Guijarro  
Daniel Subirats Matías  
Rubén Titos Rodríguez<sup>1</sup>

La Red Pública de Atención a Personas con Enfermedad Metal Grave y Duradera es un servicio que se desarrolla desde la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, que ofrece atención a personas con edades comprendidas entre los 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración a consecuencia de trastornos mentales graves. Estas personas, se encuentran en seguimiento desde los Centros de Salud Mental dentro del programa de continuidad de cuidados, a través del cual son derivados a los recursos pertinentes a dicha Red. Esta Red de Atención a Personas con Enfermedad Metal Grave y Duradera, cuenta con diferentes tipos de recursos: Centros de Rehabilitación Laboral; Centros de Rehabilitación Psicosocial; Mini Residencias; Pisos Supervisados y Equipos de Apoyo Social Comunitarios (E.A.S.C. en adelante). Estos últimos, recursos jóvenes, innovadores y multidisciplinar<sup>2</sup> que llevan en funcionamiento desde el 2005 es desde donde centramos nuestro trabajo.

Somos un grupo de trabajadores sociales pertenecientes a diferentes E.A.S.C. de la Red Pública de Atención a Personas con Enfermedad Metal Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid, quienes nos proponemos, la elaboración de un documento teórico donde dar a conocer el rol del trabajador social en dichos recursos, con el fin de ahondar en el establecimiento de unas líneas comunes de actuación fundamentadas tanto práctica como teóricamente, en las reuniones de trabajadores sociales de la Red de Atención a Personas con EMGD que se celebran de manera trimestral en el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

Con la elaboración de este documento, deseamos esclarecer la figura profesional del trabajador social, sus herramientas de intervención, sus funciones, áreas de actuación, dando a conocer no solo una realidad de la cual formamos parte como agentes de cambio, sino como colectivo que a nivel interdisciplinario desempeña su labor profesional en el ámbito más cercano a la persona, su entorno y desmitificando las meras funciones de tramitadores de recursos, prestaciones etc., defendiendo el trabajo desde, con y para la intervención directa con los usuarios<sup>3</sup> y el entorno del que forman parte, sin obviar, por otro lado, que cada recurso E.A.S.C., tiene una población, contexto, realidad, zona y características particulares.

<sup>1</sup> **Trabajadores/as Sociales.**

<sup>2</sup> **Multidisciplinar:** Conjunto de [personas](#), con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que trabajan conjuntamente, por un objetivo común.

<sup>3</sup> Usuario: Utilizaremos como referencia genérica el género masculino para facilitar la lectura.



Por tanto, nuestra pretensión, no es otra, que centrar los aspectos comunes de los E.A.S.C. desde el ámbito del trabajo social. Para lo cual, nos centraremos en dos aspectos fundamentales:

- a) Áreas de intervención en Trabajo Social: individual; grupal y comunitario.
- b) Funciones del Trabajo Social: evaluación; coordinación; ejecución – intervención; información, orientación y asesoramiento.

## a) Áreas de intervención

Desde los E.A.S.C. trabajamos en dos líneas de actuación:

- Con las personas que padecen alguna enfermedad mental y pueden necesitar algún apoyo para integrarse y/o participar en comunidad.
- Con la población general, que en posesión de ideas erróneas puede marginar y discriminar a las personas con EMGD.

La intervención se contextualiza en distintos niveles: Situando a la persona en los diferentes grupos a los que pertenece (familia, vecinos...) a su vez en su entorno o contexto social particular (barrio) y en el contexto social, esto es, la situación que presenta la persona y/o familia en un lugar determinado.

Es fundamental que el trabajador social conozca y tenga en cuenta todo lo relacionado con el contexto donde se desarrollará el trabajo: zona geográfica, cultura, recursos, etc.

Distinguimos por tanto, tres niveles de intervención:

**1.-Intervención individual** centrada en el “tú a tú”, siendo los profesionales lo que acuden hasta el usuario, su entorno, domicilio, etc. La persona nos debe ver como profesionales accesibles y en los que puede confiar, por lo que tenemos que ser respetuosos con el entorno, la familia, etc.,(actitud de no juzgar) y la aceptación como profesionales de los usuarios que son derivados a los E.A.S.C. Debemos procurar que la persona se encuentre lo más cómoda posible, darle espacio y libertad para que hable y exprese lo que quiera, ir aclarando sus dudas sobre lo que es el recurso y para qué le puede servir, no atosigar a preguntas, respetar los tiempos, etc. ya que cada persona tiene su ritmo. Para que se dé un clima de confianza y trabajo efectivo, nuestras intervenciones, se basan en el vínculo que se establece entre el usuario y profesional. Para esto, algo que debemos cuidar mucho son esos primeros encuentros, donde destaca el modelo de análisis de necesidades, haciendo hincapié en la importancia de identificar las necesidades del usuario. Algunas de estas necesidades ya han sido identificadas por la persona que atendemos y simplemente nos pide ayuda (demandas explícitas), y otras necesidades, las detectamos nosotros (demandas implícitas).

La intervención individual fuera del domicilio, se centra por tanto en apoyar a la persona en su relación con los demás y con el entorno del que forma parte.

Se trabaja principalmente la prevención del deterioro y aislamiento, detección de necesidades, la promoción de la autonomía, etc.

**2.-Intervención grupal**, desde el trabajo social, este modelo de intervención, supone, implicar a los componentes del grupo quienes comparten objetivos comunes, a participar activamente en sus propios

cambios tanto a nivel grupal como individual. El trabajador social, ha de promover que los miembros del grupo, modifiquen su realidad de manera progresiva. Podemos diferenciar dos tipologías: grupos normalizados (abiertos a la población general) y grupos específicos (abiertos a personas con EMGD). Por un lado se fomenta la participación del usuario e integración en grupos de personas con o sin enfermedad mental, donde sientan que forma parte, funcione de forma autónoma y actúe al margen de la intervención profesional.

### 3.- Intervención comunitaria

nuestra participación en la comunidad se da de dos modos:

Como profesionales-como agentes de cambio, apoyando a los miembros de la comunidad en la que intervenimos para mejorar su situación.

Como individuos-como miembros activos de la comunidad a la que pertenecemos.

Desde el trabajo social comunitario, se está en permanente coordinación con todos los recursos formales, tanto generales como especializados de la zona en la que intervenimos, con el fin de garantizar la máxima integración y bienestar social de todos los miembros de la comunidad.

Desde la intervención comunitaria, se hace oportuno el desarrollo de programas y proyectos en la comunidad destinados a luchar contra el estigma de las personas con enfermedad mental, transmitiendo una imagen e información acertada para prevenir la discriminación y la marginación.

#### b) Funciones del Trabajador Social en los E.A.S.C.

Las funciones son las tareas o actividades específicas que el trabajador social desempeña en la sociedad para alcanzar determinados objetivos profesionales y que, por tanto, son de su competencia.

Los matices que a cada función le son atribuidas dependen de los marcos de actuación y/o intervención del trabajador social, pudiendo distinguir acciones profesionales que van desde los niveles micro social (centrada en lo individual y lo grupal) a lo macro social (centrada en lo comunitario).

El objetivo del Trabajo Social no es otro que dar asistencia y cobertura a la necesidad evaluada a través de recursos, estudiar la causa y el proceso que dio lugar a la necesidad para posteriormente ofrecer las pautas oportunas que traten de evitar y prevenir que ésta surja de nuevo, dotando al individuo grupo o comunidad de las herramientas necesarias para potenciar o adquirir las capacidades para el desarrollo de su plena autonomía.

Es importante destacar que las funciones del trabajador social en los E.A.S.C. se desarrollan en un contexto de trabajo en equipo, en el que las funciones que llevan a cabo se complementan con las del resto de profesionales que lo integran.

Las funciones que el trabajador social realiza en los E.A.S.C. se enmarcan dentro de las directrices de lo establecido por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Para facilitar el análisis de las mismas, se han clasificado en cuatro bloques (evaluación, coordinación, ejecución-intervención, e información/orientación/asesoramiento).

## Bloque I: La evaluación

El trabajador social del E.A.S.C. centra su atención en los aspectos sociales, legales, familiares y económicos del usuario. El estudio de estos conceptos pasa por un proceso de análisis, donde toda la información recogida a través de las diferentes fuentes se procesa contextualizándola en el tiempo y en la persona objeto de estudio.

El resultado de este proceso de análisis se concreta en la *valoración diagnóstica*, en la que se asientan los objetivos de intervención del área social que se complementan e integran con los del resto del equipo. Y que dan como resultado el Plan de Intervención Individual (PIA).

## Bloque II: La coordinación

La coordinación del E.A.S.C., es un elemento fundamental e integrado en la práctica cotidiana. Se apoya en tres grandes pilares: Centro de Salud Mental (CSM), Servicios Sociales (SS.SS.) y resto de recursos comunitarios, tanto generales como específicos pertenecientes a la Red.

*CSM.* Se mantiene una coordinación periódica y fluida con el CSM y en concreto con el Programa de Continuidad de Cuidados, se diferencian dos tipos de coordinaciones según su finalidad: presentación de nuevos usuarios y seguimiento de los que están en atención.

*SS.SS.* La relación del E.A.S.C. con SS.SS. debe estar marcada además de por la coordinación por la complementariedad y la colaboración. Son un recurso fundamental para el acceso a derechos y prestaciones de las personas que atendemos.

*Otros recursos comunitarios.* Es importante conocer el entramado de recursos de la zona en la que trabajamos para poder desarrollar un trabajo en red. Pudiendo acercar los recursos a la persona y viceversa.

## Bloque III: Ejecución–Intervención:

La línea de trabajo vendrá marcada por el diagnóstico que se ha hecho del caso en su conjunto y por los objetivos que parten del diseño del Plan Individualizado de Atención.

El profesional del trabajo social centrará sus acciones, dentro de un contexto comunitario y cercano al usuario y a la familia. Para todo ello se llevarán a cabo durante todo el proceso acciones de información, acompañamiento y apoyo a las familias.

Destacar aquí, que las familias se convierten en el principal soporte comunitario de las personas con E.M.G.D., y en sus cuidadores principales. Por tanto la intervención familiar por un lado: como fuente de información que el trabajador social emplea para comprender las relaciones familiares y sociales, para de este modo poder influir en las relaciones interpersonales con el objetivo de facilitar el cambio. Y por otro lado: centrada en la descarga de la convivencia, acceso a la información, apoyo, asesoramiento, etc. Todo ello en conjunto, garantiza una buena calidad de vida que repercute tanto a los familiares como a las personas con E.M.G.D. que desde los E.A.S.C. atendemos.

## Bloque IV: Información, Orientación y Asesoramiento

Es una función clave que el trabajador social desempeña, facilitando la información y el conocimiento necesario para que la persona haga uso de sus derechos y pueda acceder a los distintos recursos y prestaciones que como ciudadano le corresponden.

A modo de conclusión, nos parece importante incidir en varias de las ideas expuesta en la comunicación:

1.- La primera es el carácter comunitario de los E.A.S.C. como recurso, si bien este enfoque está presente en todos los recursos que componen la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid, es especialmente importante en los E.A.S.C. Se trata de acercar **lo comunitario a la persona** que atendemos (acercar los recursos con los que cuenta su barrio, distrito y el modo de participación en los mismos), pero también tiene que acercar **la persona a lo comunitario**, es decir hacer que los recursos sean accesibles para ella. Para poder hacer esto, los profesionales del trabajo social tienen una especial importancia, ya que en gran medida es función nuestra conocer ese entorno y abordar esa labor de acercamiento.

2.- Otra de las ideas claves a la hora de realizar una intervención de calidad, es el **trabajo en equipo** entre los diferentes profesionales que integran cada uno de los E.A.S.C. Partiendo de una clara definición de las funciones y áreas de intervención que debemos asumir cada uno de los profesionales, tenemos que ser capaces de abordar de manera integral e integradora el trabajo que realizamos como equipo. Para esto es fundamental generar espacios de comunicación y coordinación internos que nos permitan crecer y consolidarnos como equipo, mejorando por tanto la calidad de la atención que ofrecemos a las personas usuarias de nuestro recurso. Es importante evitar los reduccionismos a la hora de afrontar la intervención, parcializándola y limitándola a los diferentes enfoques por parte de los profesionales que integramos los E.A.S.C. siendo fundamental retomar la globalidad que une esos enfoques.

3.- Otro de los puntos clave en el funcionamiento de los E.A.S.C. es la **coordinación y el trabajo en red** con otros recursos y entidades, ya que la mayor parte de las personas que atendemos son a su vez atendidas o hacen uso de otros recursos. Esto implica una comunicación continua con estos recursos, posibilitando que entre todos sumemos en pro de la persona usuaria. Es de gran importancia el respeto a la privacidad nuestros usuarios, cuidando tanto los espacios, como los canales y el contenido de la información que ofrecemos en estas coordinaciones.

Con todo esto, entendemos que el papel que juega el profesional del trabajo social dentro de los E.A.S.C. es de suma importancia para poder asumir con éxito el trabajo que se realiza en dichos equipos, tanto en lo que toca a la intervención individual como a la vertiente comunitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

LAMAS, CARLOS (1997). *Los primeros contactos*. Barcelona: Paidós.

AUERSWALD, E.H. (1976). *El enfoque interdisciplinario y el ecológico*. En ACKERMAN, N. y otros. *Grupos de la familia* (275-290). Horné.

NOGUEIRAS MASCAREÑAS, L. M. (1996). *La práctica y la teoría del Desarrollo Comunitario, Descripción de un modelo*. Madrid. Editorial. Narcea.

- DOUGLAS, C. (1983) *Triángulos entre agencias: problemas en las relaciones agencia-familia* en JURKOVIC, G. J. Revista Family Progres nº 22, (441-451).
- DE ROBERTIS, C. (1992). *Metodología de intervención en Trabajo Social*. Argentina. Editorial: El Ateneo.
- ANDER-EGG, E. (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Argentina: Lumen.
- MARCHIONI, M. (1999). *Comunidad, Participación y desarrollo*. Madrid. Editorial Popular.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, T. y ALEMÁN BRACHO, C. (2008). *Introducción al Trabajo Social*. Ciencias Sociales. Alianza.
- TORRES DÍAZ, J. (1987) *Historia del Trabajo Social*. Buenos Aires. Humanitas.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, T. y ALEMÁN BRACHO C. (2003). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- MARTÍN MUÑOZ, M. (2003). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Recuperado el 10 de marzo de 2011 de [www.diagnosticosocial.com](http://www.diagnosticosocial.com).
- LILLO N. y ROSELLÓ, E. (2004). *Manual para el Trabajador Social Comunitario*. Madrid. Editorial Narcea.
- ELZO IMAZ, J. (2004). *La familia entre la añoranza estéril y las incertidumbres del futuro*. Conferencias.
- TSCHORNE P. (2005). *Dinámica de grupo en Trabajo Social*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIOS DE ALCOBENDAS Y COLMENAR. (2008). *Cuando la montaña va a Mahoma o ¿Qué son los EASC?*. En Sección de Rehabilitación de la Revista de Salud Mental de [www.saludmental.info](http://www.saludmental.info). Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2003-2008)*. Depósito Legal. M-37936-2002.
- MOLLEDA FERNÁNDEZ, E. (2007) *¿Por qué decimos que no podemos hacer intervención social?* Cuadernos de Trabajo Social. Volumen 20. 139–155-
- CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. *Plan de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica*. Depósito Legal: M-34.405-2003.
- Código Deontológico de Trabajo Social.

# IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA A MAYORES

Rosario Paniagua Fernández

Profesora de la Universidad Pontificia Comillas. Madrid  
rpaniagua@chs.upcomillas.es

*Que la humanidad pueda vivir en paz o no,  
depende de lo que queramos las personas*  
(Bertrand Russell)

## 1. PARA COMENZAR

El *Informe Mundial sobre la violencia y salud*, en el capítulo V, dedicado a la Violencia a Mayores<sup>1</sup> señala que ésta ha estado presente en la historia de la humanidad, pero en los últimos años del pasado siglo XX se puso más de manifiesto al tomarse medidas contra la violencia a niños y la violencia familiar y es cuando se detectaron abundantes casos de violencia a mayores<sup>2</sup>. En 1990 el Consejo de Europa convocó una Conferencia en la que se analizaron datos, estadísticas, definiciones, leyes, políticas de *prevención*, intervención sobre este tipo violencia<sup>3</sup>.

Es de suma importancia que la población conozca este problema mediante campañas que ayuden a la toma de conciencia y a la sensibilización. Tener información sobre algo no es sólo “tener noticias” sino adquirir un cambio de actitudes y de conductas, por lo que la información constituye una estrategia preventiva de primer orden. La población ha de ser informada de los factores de riesgo, primeros indicios, identificación de señales recursos disponibles, estrategias a seguir. La violencia a mayores no puede ser considerado como “asunto privado” no puede quedar intramuros de la vivienda o de las instituciones geriátricas y gerontológicas en la que ocurre. Sucede, básicamente, en esos dos escenarios teniendo en cuenta también la que tiene lugar en la vía pública producto del vandalismo de bandas callejeras que extorsionan a mayores indefensos.

Este problema se da en los países desarrollados y países en desarrollo por lo que se considera un fenómeno universal<sup>4</sup>. El que se esté desvelando más es también por una mayor toma de conciencia de los Derechos Humanos, unido al creciente envejecimiento de la población<sup>5</sup>. La recuperación de las víctimas es muy difícil por la “carga afectiva” respecto de sus agresores en la mayoría de los casos. Una

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud (2002): “El maltrato de las personas mayores”, en *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*, capítulo 5. Washington D. C: Organización Panamericana de la Salud.

<sup>2</sup> El término “abuela apaleada” o “abuela golpeada” aparece por primera vez en Londres en 1975, detectado por un trabajador social. A mediados de los ochenta fue sustituido “por malos tratos a la tercera edad”. Ver DECALMER, P.; GLENDENNING, F. 2000 (comp.). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós. pp. 20-21.

<sup>3</sup> Consejo de Ministros del Consejo de Europa. *La violencia en la familia*. 1990. Conseil de L’Europe. *La violence envers les personnes âgées*. Estrasburgo. 1992.

<sup>4</sup> Actas de la VII Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia. *La violencia contra las personas mayores. ¿Es posible un mundo sin violencia?* (2003). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. TEUBAL, R. y colaboradoras. (2001): “Maltrato del anciano en la familia”. *Violencia familiar, trabajo social e instituciones*, Barcelona: Paidós.

<sup>5</sup> Las personas mayores en España representan el 17% de la población, siendo uno de los países más envejecidos del mundo. Ver *Retos socioeconómicos del envejecimiento en España*. (2009). Madrid: AFI Consultores de las Administraciones Públicas. p 19.



de las definiciones adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA) es: “Acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en el seno de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza”. Los mayores son violentados por las personas que los cuidan y/o acompañan y ello deja profunda huella que deriva en depresión, impotencia, estrés postraumático, culpa, vergüenza, temor negación de los hechos por vivir el maltrato como un fallo en la crianza.

## 2.- IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

*Ante las atrocidades tenemos que tomar partido. La posición neutral ayuda siempre al opresor, nunca a la víctima. El silencio estimula al verdugo, nunca al que sufre (Elie Wiesel)*

La violencia es un problema multidimensional en donde confluyen elementos personales, sociales, ambientales, culturales, etc. Por ello la prevención ha de abordarse en equipo teniendo en cuenta todos los factores intervinientes. El modelo ecológico otorga beneficios indudables, ya que considera la situación global del mayor en riesgo en nuestro caso.

Se hace difícil la prevención por el aislamiento en el que viven los mayores, la “invisibilidad” con que cursa este tipo de violencia, no por eso hay que declinar esfuerzos ante uno de los problemas más graves de la sociedad y que va en aumento por la mayor esperanza de vida<sup>6</sup>, es un problema difícil de delimitar, hemos hecho un intento de aproximación cuantitativa<sup>7</sup>.

Debe alejarse de los profesionales el dilema entre el derecho a la autodeterminación del mayor y la necesidad de adoptar medidas necesarias para poner fin a la situación de riesgo en la que se encuentra el mayor. En la prevención han de concurrir recursos sanitarios, sociales, legislativos, judiciales, medidas de protección antes de la aparición del problema con la activación de protocolos de freno, formulación y ejecución de planes.

En EE.UU. es donde más desarrollados están los planes de prevención existe un *Centro Nacional para la Prevención de Maltrato a los Ancianos*. En 1997 se crea la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a los Ancianos (INPEA) en la que están representados todos los continentes, sus objetivos, que han servido de base para programas nacionales, van en esta dirección<sup>8</sup>:

- Sensibilizar a la opinión pública.
- Fomentar la educación y la capacitación.
- Organizar campañas a favor de las personas mayores y desatendidas.
- Promover la investigación sobre las causas, consecuencias, tratamiento.

<sup>6</sup> La media de la esperanza de vida en España es de 81,2 años, correspondiendo 84,3 años para las mujeres y 78,2 años para los hombres. Tablas de mortalidad en España y sus Regiones (2010).Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas. IVIE.

<sup>7</sup> Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe 2002, ya citado en nota 2 entre el 4% al 6% de mayores son víctimas de violencia. De 600 millones de mayores en el mundo, 36 millones son violentados y de ellos un 80% viven en países desarrollados.

<sup>8</sup> The International Networ for the Prevention of Elder Abuse, es una organización independiente sin fin de lucro, constituida bajo las leyes del Estado de Massachusetts, EE.UU. Funciona como una ONG. *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores*. (2002).



Los programas desarrollados por INPEA se llevan a cabo desde los Servicios Sociales, Sanitarios y Jurídicos o conjuntamente con los programas de lucha contra la violencia familiar. En España contamos entre otras entidades con el Observatorio de Personas Mayores del Imsero, la Dirección General del Mayor y la Dirección General de Mayores, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, Fistera, Fundación Instituto de Victimología, Infoelder, Ceoma, etc.

Los Servicios Sociales ocupan un lugar de privilegio para la detección precoz por la proximidad al mayor en riesgo; son de gran pertinencia la capacitación gerontológica de los profesionales y la utilización de protocolos de detección para el registro de información en los casos de “sospecha fundada” de violencia<sup>9</sup>. Lo más pertinente es el trabajo en equipo en donde cada uno aporta su campo disciplinario y su praxis profesional con la colaboración de organizaciones sociales, el voluntariado, informantes comunitarios (vecinos, carteros, proveedores, empleados de farmacia, de banca, voluntarios). De gran ayuda las líneas telefónicas de denuncia donde los profesionales evalúan la situación, elaboran planes de detección y realizan supervisión hasta que se precise un diagnóstico de intervención.

Los mayores son reacios a hablar del problema y a incoar procesos de denuncia de los miembros de la familia eso unido a la falta de relaciones sociales la violencia a mayores permanece encubierta, pero la constatación de riesgo de violencia obliga a denunciar, antes que sea tarde. La notificación de la sospecha “fundada” de violencia es obligatoria, sobre todo cuando el mayor no puede hacerlo por dificultades expresivas y cognitivas. Hay ciertas conductas en las presuntas víctimas o en sus presuntos agresores que pueden poner en pista al trabajador social.

- El mayor vive aislado y evita el contacto con el Centro de Servicios Sociales.
- Las versiones del mayor y de la persona que lo acompaña no suelen coincidir.
- Relaciones familiares tensas.
- Debilitamiento de la red familiar y vecinal.
- Empeoramiento paulatino de la situación familiar
- Comparecencia de la persona mayor sola y con aspecto progresivamente descuidado.
- En la comunicación con el profesional se observan incoherencias y relatos dispersos y poco claros.

Por parte del trabajador social procede:

- Entrevistar por separado a la presunta víctima y al presunto agresor.
- Observar la relación entre ambos.
- Hacer una valoración global de la situación, en visita domiciliaria, en donde destaquen los aspectos económicos, habitacionales y relacionales.
- Indagar las redes sociales formales e informales del mayor y su unidad de convivencia habitual.

Para completar la información de estos cuadros consultar<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> MOYA. BARBERO. (2005). pp. 175-176. Ver en bibliografía final.

<sup>10</sup> Ver nota 10. pp.48.

### 3.- TIPOS DE PREVENCIÓN

*“Los seres humanos son vulnerables... lo más frecuente es que todo individuo dependa de los demás para su supervivencia, cuando se enfrenta a enfermedades o limitaciones naturales a causa de la edad”*  
(Macintyre).

Dada la complejidad de este tipo de prevención muchos profesionales han optado por el modelo ecológico para indagar sobre la violencia a mayores, y hacer una prevención anticipatoria. Este paradigma ecológico señala la interacción de varios sistemas estableciendo una jerarquía de niveles superpuestos el nivel individual, relacional, comunitario, social<sup>11</sup>. En el nivel *individual* se analiza el perfil del cuidador: salud mental, drogas, adicciones, aislamiento, deficiencia económica. En el nivel *relacional*: se analiza el estrés en el cuidador, las malas relaciones previas, hacinamiento, falta de privacidad. En el nivel *comunitario* y social se analiza el aislamiento la falta de vínculos vecinales, familiares. En el nivel *social* se analizan los prejuicios contra la vejez, estereotipos, la discriminación etaria, etc.

**3.1 Estrategias de prevención en el plano individual.** Se trata de educar a las jóvenes generaciones en el respeto y la estima a los mayores. Modificar actitudes y comportamientos inadecuados desde los primeros años de la vida para alejarlos de cualquier manifestación de violencia por tenue que ésta sea.

Para ello se promoverán:

- Programas educativos contra todo tipo de violencia.
- Programas de sensibilización social para prevenir cualquier conducta intimidatoria.
- Programas terapéuticos destinados a las personas potencialmente violentas. Talleres de control de estrés, contención de la ira y resolución de conflictos.

### 3.2. Estrategias de prevención en el plano relacional

- Observación del tipo de relación entre las supuestas víctimas y los supuestos perpetradores.
- Valoración de los problemas intrafamiliares y vínculos emocionales.
- Trabajar los vínculos emotivos entre el mayor y los próximos<sup>12</sup>.
- Autocontrol del cuidador para prevenir el desarrollo de actos violentos.
- Observación de los cuidadores, cuando el comportamiento habitual suscita preocupación.
- Programa de terapia familiar para el mejoramiento de las relaciones.
- Programas de visitas domiciliarias periódicas para la observación relacional de la unidad familiar.

<sup>11</sup> El Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner (1917-2005) está basado en la relación dinámica y circular existente entre la persona y el medio. Esta relación bidireccional es transformadora, el sujeto influye en el medio y éste a su vez impacta en la persona. Ver de dicho autor (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

<sup>12</sup> NOLAN, M. (2000). “Las relaciones cuidador-persona dependiente y la prevención del maltrato a los ancianos”, en Decalmer, P. y Glendenning, F. (comp.). *El maltrato a las personas mayores*, Barcelona: Paidós. pp.191-202.

- Programas de formación de actitudes relacionales en donde se trabajen dificultades de comunicación y conductas violentas encubiertas.

### 3.3. Estrategias de prevención en el plano comunitario

El objetivo fundamental es la concienciación social y suscitar un debate público que hagan frente a las causas de la violencia. Entre estas estrategias de apoyo a la prevención se encuentran:

- Campañas de educación pública contra la violencia utilizando los medios de comunicación.
- Campañas de sensibilización en ámbitos específicos: escuelas, centros de salud, centros gerontológicos.
- Campañas de mejoramiento vial, iluminación de las calles, sugerir rutas seguras para los mayores, vigilancia en los puntos de cobranza de pensiones, centros de salud, etc.
- Formación de la policía, personal de unidades de emergencia sanitaria y social, profesionales, voluntariado y cuidadores asalariados con el fin de identificar factores de riesgo.
- Coordinación de instituciones y servicios comunitarios. Desarrollo de protocolos de actuación comunitaria. Intervenciones comunitarias coordinadas.

### 3.4. Estrategias de prevención basadas en la sociedad

Se centra fundamentalmente en factores culturales, sociales y económicos y cómo éstos modelan a la sociedad en su conjunto, para ello:

- Aumentar medidas legislativas, promulgación y mejora de las leyes en las que se estipule la obligatoriedad de denuncia de malos tratos a mayores.
- Firma de Tratados y Convenios Internacionales sobre la protección del mayor ante la violencia<sup>13</sup>.
- Elaboración de Planes Nacionales, Regionales y Locales con idéntico fin.
- Modificación de las políticas a fin de mejorar las condiciones de vida de los mayores<sup>14</sup>.
- Aunar esfuerzos para modificar las normas sociales y culturales que favorezcan la erradicación de los estereotipos, el edadismos, la gerontofobia, etc.<sup>15</sup>.

Es de suma importancia las evaluaciones periódicas de los programas propuestos para ver la efectividad de los mismos e introducir las modificaciones oportunas. Para valorar qué es eficaz y qué no en la prevención de la violencia.

<sup>13</sup> Consejo de Europa: *Recomendaciones sobre la protección y supervisión de las personas mayores* (1987). *Recomendaciones para la cohesión social y calidad de vida* (1994). *Recomendación sobre los derechos médicos y bienestar de las personas mayores* (1994), etc.

<sup>14</sup> PANIAGUA, R. (2007). La Protección Social a las personas mayores. Un mirada al siglo XX. Madrid: *Miscelánea Comillas*, Vol. 65, número 126. pp. 535-567.

<sup>15</sup> PANIAGUA, R. (2006). Reflexiones acerca de los mayores. Luces y sombras de una realidad. Santander. *Sal Terrae*. Número 1.099. Tomo 94/3. pp. 175-187.

## 4.- EN EL HORIZONTE LA ERRADICACIÓN

*Si quieres cambiar el mundo cámbiate a ti mismo (Gandhi).*

Hemos planteado en nuestro trabajo el deseo de la total erradicación de este grave problema que “dice muy mal” de una sociedad en la que esto ocurre, tal vez un deseo desmesurado, tal vez un sueño, pero los sueños compartidos pueden algún día hacerse realidad, desde ahí apostamos por:

- Que toda la sociedad conozca el problema y se involucre en su desaparición.
- Que haya una sensibilización de la opinión pública acerca de los derechos de las personas mayores.
- Que se articulen medidas legislativas y políticas comprometidas con el bienestar integral de los mayores
- Que se haga frente ante la más leve actitud discriminatoria y vejatoria contra los mayores.
- Que se considere el envejecimiento como un tramo natural del ciclo vital y no como una desgracia para el interesado y su entorno.
- Que los mayores tengan sitio en todos los estamentos de la vida social garantizándoles la participación activa en la sociedad de la que forman parte como miembros de pleno derecho.
- Que los mayores participen activamente en los diseños de programas que les conciernen así como en programas preventivos contra la violencia
- Que se promuevan programas de investigación y diseño de modelos de prevención.

El compromiso de la erradicación de la violencia a mayores es responsabilidad de todos, en donde el nivel político es fundamental, pero todos los sectores de la población han de hacer un esfuerzo coordinado para que desaparezca este grave problema. La violencia se puede evitar, se puede prevenir, se puede erradicar, no es algo natural. Hay que utilizar todas las herramientas para su desaparición, la base de conocimiento se está ampliando y se ha acumulado ya una experiencia. Se trata pues de hacer una apuesta decidida por la innovación, la cooperación y el compromiso de todos para prevenirla y para erradicarla de una vez para siempre.

*“A menudo escucho que os referís al hombre que comete violencia como si él no fuera uno de vosotros, como un extraño y un intruso en vuestro mundo. Más yo os digo que de igual forma que ni una sola hoja se torna amarilla sin el conocimiento silencioso de todo el árbol, tampoco el violento puede hacer el mal sin la oculta voluntad de todos vosotros” (Jalil Gibrán).*

## 5.- BIBLIOGRAFÍA

- BERMEJO, L. (2004). “Negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito familiar. ¿Una responsabilidad compartida?, Barcelona: AGATHOS. *Atención Socio sanitaria y Bienestar*, 4: pp.16-31.
- MOYA, A. y BARBERO, J. (coord.). (2005). “*Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación*”. Madrid: IMSERSO.
- PANIAGUA, R. y MOTA, R. (2002). “Violencia hacia los mayores”, en “*Los desafíos de la violencia. Un compromiso del Trabajo Social por una sociedad más justa*”, IV Congreso de Escuelas de Trabajo Social Alicante: *Cuadernos de Trabajo Social*.10. pp. 231-240.

- PANIAGUA, R.; MOTA, R. (2008), "Malos tratos familiares hacia las persona mayores. Factores de riesgo y estrategias para la prevención. *Nuevos escenarios de violencia*". Madrid: Universidad Pontificia Comillas. pp. 85- 118.
- PANIAGUA, R. (2010). "Prevención de la violencia hacia los mayores. Tres medidas preventivas: concienciación social, formación de los profesionales y apoyo a la familia". Madrid: *Revista Miscelánea Comillas*. Vol. 68, nº 132, pp. 241-268.
- PANIAGUA, R.; MOTA, R. (2003) "Violencia hacia las personas mayores. El papel del/la trabajador/a social como profesional clave". *Actas del III Congreso de Trabajo Social. Madrid Social utopía y realidad*. Madrid: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. pp.169-177
- PANIAGUA, R.; MOTA, R. (2005). "Violencia hacia los mayores. La más grave discriminación por edad". *Actas del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores*. CEOMA. Madrid: Fundación Mapfre. pp.160-165.
- PILLEMER, K. (2005). "Factores de riesgo de maltrato de mayores", en Iborra, I. (ed.). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Ariel.
- TABUEÑA, M. (2004). "Maltrato de ancianos: un problema social y de salud." Madrid: *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. 65:33-50.
- TOUZA, C. PRADO; C. GARCÍA, L.; ROYO, P. y SEGURA, M. P. (2002). "Los malos tratos a las personas mayores: Una propuesta para trabajar desde los equipos de Servicios Sociales de los municipios." Madrid: *Intervención Psicosocial*, 11, 1. pp. 27-41.

## EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL FORENSE

Joaquina Sánchez Arenas  
Silvia Jiménez López<sup>1</sup>

### 1.- EVOLUCION DEL TRABAJO SOCIAL FORENSE

#### Concepto de Trabajo Social Forense

Forense etimológicamente proviene del latín *forensis*, de *forum* foro, plaza pública. Como adjetivo, perteneciente al foro, recogido en el D. E. (1).

Según el diccionario de María Moliner, *forense* del foro o lugar donde actúan; todo ello relacionado con los tribunales o la Administración de Justicia.

El cauce procesal tradicional para la asistencia técnica a los tribunales de justicia en España es el del *dictamen de peritos, prueba de peritos o prueba pericial*, ampliamente desarrollado por la doctrina procesal y definido por el art. 610 de la LEC (2):

Podrá emplearse la prueba de peritos cuando para conocer o apreciar algún hecho de influencia en el pleito, sean necesarios o convenientes conocimientos científicos, artísticos o prácticos.

La prueba pericial, es considerada por los jueces cauce técnico- procesal adecuado para explicar la intervención de profesionales y expertos en el proceso en una labor de auxilio a los jueces. La evolución de este tipo de actividad denominado como *prueba pericial* se sustituye por otro más amplio y más adaptado a las nuevas realidades *asistencia técnica*.

Desde diciembre de 1983, año en que entra en vigor la Ley 30/81 de 7 de julio, comúnmente denominada Ley de Divorcio, los Asistentes Sociales y Psicólogos en Madrid y Barcelona venían prestando servicios como Técnicos Periciales de los Juzgados de Familia, con contrato administrativo de colaboración temporal. Con la Ley de Medidas de Reforma de la Función Pública 30/84, la situación jurídica planteada junto a la LOPJ (3), lleva a la laboralización de estos profesionales en el ámbito de la justicia. En la oferta pública de empleo de 1987 se convocan plazas con distintos destinos como son: Juzgados de Familia, Clínica Médico Forense, Juzgados de Menores... abarcando tanto la vía Civil como Penal.

**La aportación del trabajo social en el ámbito jurídico se asienta en nuestro país debido a una serie de factores de índole social, destacando:**

- a) La herencia sociológica francesa de “resocialización de la pena”.
- b) La presión ejercida a través de los medios de comunicación y los movimientos ciudadanos, demandando “humanización” y “economización” de tiempo y recursos en la justicia.

---

<sup>1</sup> Trabajadoras Sociales.

- c) El proceso democrático y la Constitución Española de 1978 en los artículos referidos a la familia y a la resocialización del penado.

Las adscripciones de los trabajadores sociales a los distintos órganos judiciales, se consideraron a nivel práctico basándose en dos criterios:

- De economía procesal, debido a que permite resolver con gran rapidez y unidad de criterios, las demandas judiciales.
- Independencia del perito (Albarrán, A. J. 1990) “no es lo mismo actuar como perito buscado y pagado por una de las partes, por mucha imparcialidad que se quiera poner en el tema, que actuar como asesor permanente del órgano judicial”.

### Adscripciones del Trabajador Social Forense

Los ámbitos judiciales donde el trabajador social forense se encuentra desempeñando su labor:

- Juzgados de Familia.
- Juzgados de Menores
- Juzgados de Vigilancia Penitenciaria.
- Juzgados de Violencia Doméstica.
- Juzgados de Incapacidades.
- En tribunales Superiores de Justicia.
- En Servicio de Atención a las Víctimas.
- En el Instituto Anatómico Forense.
- En las clínicas Médico-Forenses, con competencia en la Audiencia Provincial.

El Trabajador Social adscrito a cualquier órgano judicial, se integra dentro del régimen general de peritos, regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil entre los artículos 610-632, **en lo referente al ámbito del proceso civil.**

### En el proceso penal

En el proceso penal en general, la intervención del profesional o experto está también amparada en **las reglas** propias de la prueba pericial, semejantes a las del proceso civil y **recogidas** en la LECr., se encuentra regulado entre los artículos 456-485 del libro II, artículos 723-725 del libro III.

Es el juez quien formalmente decide y aprueba la conveniencia de solicitar el peritaje. Sin embargo la propuesta puede provenir del:

- Ministerio Fiscal.
- Abogado de la defensa.
- Acusador particular.
- Por propia iniciativa.



La **Clínica Médico Forense** es un centro de especialidades forenses, y la forman el director y distintas especialidades médicas y no médicas, entre las cuales se encuentra el trabajo social y psicología.

En 1991 ya se empezó a teorizar sobre el Trabajo Social Forense en España, concretamente, en un artículo publicado en la revista *Época II* (5), "Al definir los roles del psicólogo y el trabajador social de las clínicas médico forenses, debemos considerar la interacción entre la demanda institucional y el rol profesional. El psicólogo y el trabajador social forenses son profesiones que ejercen su trabajo en y para el sistema jurídico, específicamente dentro del peritaje, como función auxiliar del derecho".

El Trabajo Social forense que se ha venido realizando en la Clínica Médico-Forense de Madrid desde la toma de posesión en enero de 1988, se podría considerar como Trabajo Social Forense, específicamente en jurisdicción Penal, al ocuparse de ayudar o auxiliar a los jueces en el transcurso de los procesos judiciales en relación con el ordenamiento penal, y al tratarse en la mayoría de los casos de hechos que pueden ser constitutivos de delitos o faltas.

**Los órganos jurisdiccionales que requieren nuestras periciales son: Juzgados de Instrucción** (en Diligencias Previas...), **Juzgados de 1ª Instancia e Instrucción** (donde se investigan los hechos constitutivos de delito o falta y en función de que el hecho criminal sea de escasa gravedad, se celebrará juicio de faltas y dictará sentencia que podría ser recurrida ante la Audiencia Provincial. Si el hecho criminal es de cierta o suma gravedad, el asunto se remitirá al Juzgado de lo Penal, Audiencia Provincial o Tribunal del Jurado). **Juzgados de lo Penal** (donde se juzgan delitos castigados en el Código Penal (C.P.) con pena no superior a 5 años). **Secciones Penales de Audiencias Provinciales** órganos encargados de celebrar juicios por delitos de cierta gravedad (castigados en el C.P. con penas superiores a 5 años de cárcel), cuando la pericial no se realizó en fase de instrucción, **Tribunal Supremo y Audiencia Nacional**.

Según Gómez Parón, P. (1998) hay que tener en cuenta que la finalidad del Derecho Penal es la protección de intereses que se consideran relevantes para el individuo y la convivencia social. Esos intereses deben ser aquellos que la sociedad considere así en cada momento histórico concreto; es por eso que cualquier texto jurídico debe amoldarse a la realidad. Cuando se conoce esa realidad, se seleccionan objetos a proteger como medios a emplear, es decir, qué es lo que merece protección penal o si se justifica el uso del Derecho Penal. Se mantiene que dicha utilización sólo estará legitimada cuando sea proporcional y adecuada. La regulación de la materia penal corresponde estrictamente al mundo jurídico.

La función del Derecho Penal es la protección de intereses considerados relevantes para la convivencia, en cuanto son necesarios para cumplir con los principios inspiradores del ordenamiento jurídico.

En la función encomendada al Derecho Penal existen límites derivados de la Constitución y que se imponen al Estado, como titular del *ius punendi*, para garantizar los derechos y libertades individuales. **El principio de legalidad**, sólo la conducta descrita como delito en la Ley Penal, podrá considerarse como tal. La condena sólo será posible en un procedimiento judicial, rodeado de todas las garantías legales. La pena deberá cumplirse de acuerdo con la ley. La finalidad del principio de legalidad es proporcionar la necesaria seguridad jurídica, evitando arbitrariedades.

El derecho penal es considerado como el medio de control social más formalizado de todos y será por necesidades del procedimiento por lo que nos llegan las demandas para realizar las periciales.

## 2.- TIPOLOGIA DE CASOS QUE SE DEMANDAN AL TRABAJADOR SOCIAL EN LA CLINICA MÉDICO FORENSE

Lo que define a grandes rasgos el tipo de intervención a realizar es la diversidad. Tenemos que diferenciar que si bien la inmensa mayoría de los casos son del ámbito penal pueden ser solicitadas también del ámbito civil, ocasionalmente.

En el ámbito civil se nos puede demandar:

- Lesionados por accidente de circulación, que son remitidos por el juez para valorar posibles secuelas o daños personales que repercuten a nivel familiar y social. Se valora la situación pre y post accidente.
- De ámbito penal.
- **Malos tratos** donde se valoran situaciones de **víctimas** bien sean adultos o menores. También se evalúan **agresores** (sólo adultos).
- **Delitos de homicidio, parricidios, agresiones**
- **Delitos contra la salud pública**, tráfico de sustancias estupefacientes.
- **Delitos de apropiación indebida**, hurtos, robos, atracos...
- **Abusos sexuales**, violaciones, agresiones sexuales, exhibicionismo.

Normalmente estas periciales giran en torno a la imputabilidad, a la aplicación de posibles eximentes y atenuantes de la pena.

En este campo se trata de recabar la máxima información necesaria, analizarla, evaluarla y presentar aproximaciones bien elaboradas y argumentadas y si fuera posible, evidencia/s social/es para el objeto de la pericial o informe solicitado.

## 3.- CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS Y HABILIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL FORENSE

El trabajador social bajo la dependencia funcional del órgano al que esté adscrito (en nuestro caso C.M.F (6) y en un futuro el I. M. L (7) se encarga de llevar a cabo su intervención profesional informando y asesorando a tribunales, jueces, magistrados, fiscalías y órganos técnicos en materia de su disciplina profesional; por ello es considerado de gran importancia que el profesional esté familiarizado con conceptos jurídicos que se utilizan de manera frecuente (en torno a la imputabilidad de encausados) así como también de la organización más actualizada de los tribunales.

Una de las tareas más practicada por el trabajador social forense es la de realizar **peritajes**, aunque como profesional no debe solamente ceñirse a ello, sino que debe desarrollar otros indicadores como los de: *formación y orientación; coordinación y movilización de recursos; etc.*

A ello se le complementa el conocimiento de:

- Las normas y procedimientos que se utilizan en los respectivos lugares de destino, (nuestro medio la C.M.F) para el manejo de los casos.
- El código deontológico que rige la profesión de trabajo social para no caer en lo que puede ser una impericia profesional.
- Estar al día en cuanto conocimiento teórico y práctico de la profesión.
- Conocer la jurisprudencia establecida para cada caso siendo esta una guía para nuestra intervención.
- Conocer las normas y procedimientos de los tribunales para que el testimonio, sea eficaz y sirva para impartir una mejor justicia.

Centrándonos en la labor pericial y para que esta sea realizada de manera efectiva, es necesario utilizar un procedimiento objetivo y científico al evaluar el caso que nos ha sido remitido.

- El procedimiento objetivo se puede conseguir con una autoevaluación previa donde podamos evitar los prejuicios que afecten nuestra percepción.
- El procedimiento/método científico lo hacemos basándonos en el proceso evaluativo que como profesionales ejecutamos, debido a que es el camino utilizado en busca de la verdad.

A lo largo de ese proceso se siguen los siguientes pasos:

1. Los casos objetos de estudio vienen dados de **oficio**, ya que no se trata de un servicio de atención directa.
2. Estudio de la documentación tanto aportada por el tribunal solicitante de la pericial como por las partes interesadas en el caso. Además de hacer una revisión documental del marco teórico objeto de estudio lo más actualizado posible.
3. Se formulan hipótesis de tipo correlacional que se construyen teniendo en cuenta el marco teórico social y familiar como la experiencia clínica y forense del perito.
4. Se diseña la metodología: Protocolo de evaluación o pre-entrevista.

Pasos a seguir para recoger la información en general

#### DATOS BIOGRÁFICOS

NOMBRE Y EDAD:

DOMICILIO Y TELÉFONO DE CONTACTO:

PROCEDENCIA:

ZONA EN QUE HABITA:

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En dicha entrevista se solicitará que nos cuente los hechos tal y como los vivió (relato libre) y posteriormente será semi-dirigida o dirigida hasta dar con respuestas claras, aspectos y datos significativos y puntuales.

### HISTORIAL LABORAL

*CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO LABORAL:*

*MOVILIDAD LABORAL:*

*GRADO DE SATISFACCIÓN:*

### SITUACIÓN ECONÓMICA

*GASTOS ESPECIALES:*

*AYUDAS ECONÓMICAS:*

*VALORACIÓN SUBJETIVA:*

### ESTRUCTURA FAMILIAR

*PAREJA:*

*FAMILIA:*

*ACTIVIDADES:*

*NIVEL DE PARTICIPACIÓN:*

### NIVEL CULTURAL

*ESTUDIOS REALIZADOS:*

### ANTECEDENTES DELICTIVOS

### TRANSTORNO O INGRESO EN PSIQUIATRICO U HOSPITAL GENERAL

### GANANCIAS SECUNDARIAS/ EXPECTATIVAS

También se añade al modelo orientativo de entrevista un apartado de preguntas muy concretas para cada caso remitido. No se aportan cuadros por motivos de espacio.

- Casos de drogodependencia/trafico de drogas.
- Casos de alcoholismo.
- Casos de ludopatía.
- Casos de malos tratos.
- Casos de abusos sexuales/agresión sexual.
- Casos de homicidios, parricidios.

5. Se analizan los datos.

6. Conclusiones y Recomendaciones (Opinión Profesional).

La técnica básica empleada en el proceso es la observación permitiéndonos que:

- Sea cierta: se asegura de que las cosas son como las describe.
- Sea precisa y exacta, fácil de entender.

- Sea sistemática: se define el problema y luego se traza el plan que le permita reunir los datos.
- Sea registrable: se registran los datos de todos los detalles lo más rápido posible, no se confía en la memoria.
- Sea dirigida por observadores entrenados y experimentados.
- Sea objetiva, libre de prejuicios: no debe ser influenciado por las creencias, preferencias, deseos o valores del observador.

En suma de lo anterior, algunos de los conocimientos que el Trabajador social como perito del ámbito penal debe de tener en cuenta son:

- Conflictos de roles.
- Teoría de delincuencia.
- Teorías de aprendizaje Social.
- Teoría de Apego.
- Violencia Familiar/Ciclo de violencia.
- Abandono Familiar.
- Procesos de divorcios conflictivos inmersos en la vía penal.
- Familias no tradicionales en situaciones de conflicto en la vía penal.
- Conductas adictivas (alcohol, drogas, juego patológico).
- Abuso Sexual.
- Reacciones de los niños y adolescentes en situaciones de conflictos familiares.

Consideramos que si el profesional es riguroso en lo expuesto anteriormente, dando respuesta pericial en un lenguaje comprensible, podrá asesorar al juez para que, esté en mejor posición de comprender y analizar todas las variables presentes y pueda tomar una decisión acertada en el caso.

#### **4 LA NECESIDAD DE INCLUIR AL TRABAJADOR SOCIAL FORENSE DENTRO DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL**

La práctica del peritaje social en España no ha generado preocupación académica, a pesar de que se viene demandando desde hace 20 años la necesidad de incluir el Trabajo Social en los planes de estudio, ya en el año 1989 en la revista de "Servicios Sociales y Política Social" se dejó constancia de la necesidad de introducir en los planes de estudio de forma más detallada la relación del trabajador social y la administración de justicia, donde se dejase constancia de los distintos servicios, funciones y objetivos a realizar por el trabajador social. Considerando, que este nivel de formación más amplio y especializado podría ofrecerse en los últimos cursos como asignatura optativa.

Debido a que en la actualidad existe el requerimiento de periciales elaboradas por profesionales de Trabajo Social y hasta la fecha la formación requerida para ello no se ha impartido de manera oficial sino que se ha cubierto a través de instituciones formativas especiales de ámbito privado o como posgrados, es por lo que como profesionales del ámbito jurídico consideramos que es importante que en las universidades se imparta y forme parte de su plan de estudios los conocimientos, destrezas y habilidades en el quehacer específico del trabajador social forense.

Todo ello es considerado como tal, para prevenir que el Trabajador Social forense cuando se incorpore en su destino, no se presente con un desconocimiento sobre el servicio en el cual tendrá que desarrollar su trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- HERNÁNDEZ SÁNCHEZ J. A.; VÁZQUEZ MEZQUITA, B. y SÁNCHEZ ARENAS, J. (1991). "Aproximación a la psicología y trabajo social forense". *Papeles del psicólogo Época II*, Nº 48, 1-5.
- GÓMEZ PAVÓN, P Y OTROS. (1998). "Violencia juvenil desde una perspectiva multidisciplinar". Publicaciones del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid: UCM.
- BARUDY, J. (1999). "Guía de valoración de las competencias parentales a través de la observación participante".
- IBAÑEZ, V.; MARTIN, S.; VÁZQUEZ, B y SÁNCHEZ, J. (1988). "Intervención psicológica en juzgados: perspectivas institucionales".
- AGENCIA PARA LA INDEPENDENCIA DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MICHIGAN. (1998). "Protocolo de entrevista forense". Traducción de Eugenia Cabañas realizada en la lista de psi-forense. 2003
- RUIZ, P. (2008). "El trabajador social como perito judicial". Zaragoza: Certeza Colegio oficial en Trabajo Social de Aragón.
- I Jornadas Nacionales de Psicólogos, Asistentes Sociales y Educadores de la Administración de Justicia. (1991). "Persona, Sociedad y Ley". Madrid.
- VARIOS AUTORES, (2006). Definición y funciones. "Guía de actuación de los trabajadores sociales en el ámbito de la administración de justicia de la Comunidad de Madrid", 9-15.
- BARQUERO RODRÍGUEZ, R. (1989). "Trabajo Social en una clínica médico forense. *Servicios Sociales y Política Social*, 16, 54-61.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

- 8/03/11 posgradofadecs.uncoma.edu.ar/imagenes/2010/11/trabajo-s.doc
- 8/03/11www.trabajadoressociales.cl/**ARTICULO%20N4%20PERICIA%20JUDICIAL%20SOCIAL%20FORENS**
- 8/03/11 [www.ramajudicial.pr/.../16 Modalidades-de-la-investigación-y-su-aplicación-al-trabajo-social-forense--revisado.pdf](http://www.ramajudicial.pr/.../16 Modalidades-de-la-investigación-y-su-aplicación-al-trabajo-social-forense--revisado.pdf)
- 8/03/11 [www.trabajadoressociales.cl/documentos/periciasocial2.pdf](http://www.trabajadoressociales.cl/documentos/periciasocial2.pdf)

## NOTAS ACLARATORIAS

- (1) Diccionario Enciclopédico Espasa Calpe.
- (2) Ley de Enjuiciamiento Civil (Vigencia 4/5/2010)
- (3) Ley Orgánica del Poder Judicial
- (4) Ley de Enjuiciamiento Criminal o LeCrim.
- (5) Revista del Colegio Oficial de Psicólogos.
- (6) Clínica Médico Forense.
- (7) Instituto de Medicina Legal.

## COACHING: UNA NUEVA HERRAMIENTA EN EL TRABAJO SOCIAL

Mercedes Sanjurjo Calatayud<sup>1</sup>  
Techu Arranz Bazagoiti<sup>2</sup>

“Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de dedicar sus conocimientos y técnicas, de forma objetiva y disciplinada, a ayudar a los individuos, grupos, comunidades y sociedades en su desarrollo y en la resolución de los conflictos personales y/o sociales y sus consecuencias” (artículo 8 del Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social aprobado en 1999). En esta búsqueda de nuevos conocimientos y técnicas aplicables a la profesión, queremos hablar del coaching como una herramienta que puede aportar una perspectiva complementaria al trabajo social desde un planteamiento muy cercano a éste.

El coaching, consiste pues, en un acompañamiento a medida de personas o equipos profesionales para el desarrollo de sus potenciales y de su habilidad en el marco de objetivos profesionales o personales en un proceso de cambio, en un momento de la vida y a partir de las necesidades que la persona o el equipo expresan. Es esencialmente un tipo de conversación o diálogo en un contexto productivo y orientado a resultados. Se basa en ayudar a las personas a acceder a lo que saben. Es posible que nunca se hayan formulado las preguntas, pero tienen las respuestas. Un Coach asiste, pregunta, apoya y anima a los individuos para que encuentren estas respuestas (Zeus, P. y Skiffington, S: 2000)<sup>3</sup>.

El poder de la metodología y las herramientas del coaching ha propiciado que ambas se extrapolen y se utilicen en otros modelos de intervención como el acompañamiento social. Como se describe en el Manual para el Trabajo Social de acompañamiento en los itinerarios de inserción (2003)<sup>4</sup>, el acompañamiento social es un proceso de responsabilidad en común: “Se acompaña profesionalmente a alguien con el objetivo compartido de no perpetuar la situación actual, con el propósito de mejorar esta situación, de conseguirlo en el menor tiempo posible y con el compromiso de realizar cada uno las acciones que se lleguen a consensuar.

En este sentido Whitmore (2003)<sup>5</sup>, plantea cómo a través de las preguntas se llega a reflexionar sobre la situación actual en el contexto habitual, para desde ahí “liberar el potencial de una persona para maximizar su cambio y ayudarla a aprender en lugar de enseñarla”.

El coaching surge como una necesidad ante situaciones personales y laborales que hacen aconsejable la presencia de un profesional para acompañar el proceso de transformación de una persona (Launer, 2007)<sup>6</sup>. El coach es el “entrenador” que, al igual que en el ámbito deportivo saca lo mejor del deportista, en la vida cotidiana es un facilitador que desarrolla y acompaña, ayudando a mejorar actitudes,

<sup>1</sup> Trabajadora Social y Coach Personal. [mercedes.sanjurjo@gmail.com](mailto:mercedes.sanjurjo@gmail.com)

<sup>2</sup> Coach Personal y Ejecutiva. [Socia-didacta de PNL. techu@institutopotencialhumano.com](http://Socia-didacta.de.PNL.techu@institutopotencialhumano.com)

<sup>3</sup> ZEUS, P. Y SKIFFINGTON, S. (2000). *Guía completa del coaching en el trabajo*. México. Mc Graw Hill Profesional.

<sup>4</sup> Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. 2003: Manual de Acompañamiento para el Trabajo Social de Acompañamiento en los Itinerarios de Inserción.

<sup>5</sup> WHITMORE, J. (2003). *Coaching. El método para mejorar el rendimiento de las personas*. Barcelona: Paidós Empresa.

<sup>6</sup> LAUNER, V. (2007). *Coaching: un camino hacia nuestros éxitos*. Madrid. Pirámide.



comportamientos y hábitos, a conseguir resultados y/o entrenar específicamente en alguna habilidad que mejore la calidad de vida.

El coaching es, según la definición de la Internacional Coach Federation (ICF) *“una relación profesional continuada que ayuda a que las personas produzcan resultados extraordinarios en sus vidas, carreras u organizaciones. A través de este proceso, los clientes ahondan en su aprendizaje, mejoran su desempeño y refuerzan su calidad de vida”*.

La Asociación Española de Coaching lo define como *“un proceso de acompañamiento y entrenamiento personalizado en el cual, el Coach, mediante un gran conjunto de herramientas ayuda a una persona o equipo a definir su objetivo, explorarlo y a generar un puente que cubra el vacío existente entre donde está ahora y donde desea estar”*.

El Coach se fundamenta en tres pilares básicos<sup>7</sup> que están muy relacionados con el objetivo del trabajo social:

1. Elevar la conciencia, la reflexión y el autodescubrimiento. En trabajo social tenemos un espacio privilegiado para acompañar al usuario y crear con él un espacio en que, a través de las preguntas adecuadas, sea capaz de aumentar su nivel de autoconocimiento. Es importante conocer el punto de partida para comenzar el camino. Al acompañar para posibilitar un espacio de reflexión, se facilita que la persona sea capaz de vislumbrar el objetivo que desea conseguir. Si no se sabe a dónde llegar, no es posible asumir la responsabilidad para el cambio. A veces cuando una persona intenta cambiar, puede terminar sintiéndose frustrada al encontrarse con una parte de sí misma que desea ese cambio y otra parte que quiere mantenerse como está. El coach ayudará a la persona a bucear para conocer los obstáculos, muchas veces inconscientes, que limitan su capacidad para llegar al objetivo. En este aspecto el coaching plantea una toma de conciencia en profundidad que a veces produce cambios por sí misma.
2. Generar en la persona el convencimiento de que es el protagonista indiscutible de su propia vida y que tiene la responsabilidad de tomar las acciones necesarias para alejarse de lo que no desea y dirigirse a lo que desea. En muchas ocasiones la persona que acude a hacer una demanda a un trabajador social espera encontrar la solución a través de determinadas prestaciones o recursos. Si no trabajamos desde un planteamiento de capacitación para la autonomía personal, los resultados serán muy limitados y generarán nuevas demandas que necesitarán seguir siendo cubiertas desde el exterior.
3. Construir una base sólida de autoconfianza y autoestima. Es mucho más productivo trabajar con el objetivo de empoderar y fortalecer la capacidad de hacer de la persona que centrarnos sólo en buscar los aspectos negativos o aquello que limita. Si partimos de las áreas exitosas el resultado será más favorable a la hora de buscar alternativas de cambio.

El Coach procura que la persona descubra información relevante gracias a sus preguntas, fortalezca su creencia en sí mismo y encuentre motivación para actuar responsablemente, tras el alineamiento de su

<sup>7</sup> WHITMORE, J. (2003). *Coaching. El método para mejorar el rendimiento de las personas*. Barcelona: Paidós Empresa.

cuerpo, emociones, mente y lenguaje, desafiándose a sí mismo para conseguir lo que quiere, tanto en el dominio del ser como del hacer. Ravier, L. (2005)<sup>8</sup>:

Este proceso de transformación se realiza mediante una metodología que pone su foco de atención en que la persona retome un sistema útil de reflexión y análisis que le permita:

- a) Contemplar el estado deseado para tener una visión clara de la dirección a seguir.
- b) Recabar información del estado actual como punto de partida, ampliando el nivel de conciencia sobre la situación que le ayude en el cambio.
- c) Considerar las fases que se han de transitar hasta alcanzarlo y establecer un plan de acción.
- d) Explorar creencias que puedan estar dificultando la consecución del objetivo y reforzar comportamientos, estableciendo la prioridad de valores alineados con una dirección significativa para su vida.
- e) Poner realmente los medios para conseguir esa modificación y mejora en su vida, no quedarse solamente en desearlo. El coaching está enfocado, define y mide el progreso a través de la acción.

El Coach se entrena en el manejo alternado de herramientas para facilitar el proceso. Algunas de estas herramientas son:

- **Comunicación directa y eficaz.** Utilizar el lenguaje de modo que tenga el mayor impacto positivo posible sobre el cliente, comunicando desde el esquema del otro y no desde el mío. Hay que indicar claramente los objetivos y propósito del trabajo a realizar. Es fundamental aportar y compartir feedback durante todo el proceso. Ejemplo: "por lo que entiendo de lo que dices, parece que es difícil para ti pedir ayuda...".
- El **parafraseo** que consiste en confirmar con las propias palabras que el emisor acaba de decir, ayudando a comprender lo que el otro está diciendo. Permite verificar si realmente se está entendiendo y no malinterpretando lo que se dice. Un ejemplo de parafrasear puede ser: "Entonces, por lo que dices, lo que pasaba era que...", "¿Quieres decir que te sentiste...?".
- **Reforzar**, animar, aceptar y explorar las expresiones relevantes del cliente sobre sentimientos, percepciones, preocupaciones, creencias, sugerencias. "Lo expones con mucha claridad cuando hablas de tu experiencia" o "Debes ser muy bueno organizando", o expresiones como "muy bien" o asentir con la cabeza.
- **Permitir al cliente expresar su situación sin enjuiciarla, con el fin de poder continuar el proceso.** **Ejemplo:** "Si decides no continuar colaborando, creo que es tu decisión y sabes que puedes contar conmigo para buscar otras alternativas que sean más satisfactorias para ti".
- Utilizar los **encuadres explicativos** que amplíen perspectivas articulando y resignificando lo que el cliente ha dicho para ayudarle a entender desde otra perspectiva lo que quiere, lo que le limita. Ejemplo: "Parece que cuando te enfadas así con tu hijo, tienes una gran preocupación por él ¿cómo crees que podrías demostrárselo de otra forma?".

<sup>8</sup> RAVIER, L (2005): *Arte y ciencia del coaching*. Buenos Aires. Dunken.

- **Utiliza metáforas y analogías que ayuden a ilustrar un tema saliendo de lo racional. Ejemplos: “Hay que buscar puentes entre ambos”, “¿qué te serviría de combustible para que tu motor se ponga en funcionamiento para salir de esa situación?”.**
- La **escucha activa**, entendida como la habilidad para enfocarse en el otro completamente, entendiendo el significado de lo que se dice y no se dice en el contexto de sus deseos, captando los aspectos de contenido y emocionales. Es escuchar y entender desde el punto de vista del que habla:
  - o **Atiende** al cliente, a sus necesidades y objetivos, no según las necesidades y objetivos que el profesional tiene para el cliente.
  - o **Escucha** preocupaciones, metas, valores y creencias del cliente y puede discernir lo que considera que es posible y lo que no.
  - o **Calibra** las incongruencias: ve la diferencia entre las palabras, el tono de voz y el lenguaje corporal del cliente.

Un ejemplo sería: Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (“ya veo”, “umm”, exponer lo escuchado, etc.) y no verbal (mantener contacto visual, gestos, acompasamiento corporal para demostrar empatía, etc.).

- Utilización de **preguntas poderosas**: A. Einstein dijo que *“Los problemas importantes a que nos enfrentamos no pueden ser resueltos con el mismo nivel de pensamiento que teníamos cuando los creamos”*. En este sentido las preguntas poderosas consiguen generar la reflexión sobre la propia experiencia y orientan a la persona a tratar de averiguar qué quiere, por qué lo quiere y qué obstáculos existen para alcanzarlo. Hay varios tipos de preguntas (O’Connors, J. Lages, A. 2005)<sup>9</sup>:
  - **Preguntas abiertas** que aporten mayor claridad, posibilidades o nuevos aprendizajes al estimular la reflexión y no la respuesta automática:
 

*¿Qué te ha impedido conseguir ese trabajo?, ¿qué apoyo necesitas para la atención de tu hijo?*
  - **Preguntas enfocadas la acción**:
 

*¿Qué alternativas tienes para aumentar tus ingresos?, ¿cómo lo vas a hacer?*
  - **Preguntas para abrir opciones**:
 

*¿Qué otras alternativas se te ocurren para acercarte a tu hijo?*
  - **Preguntas que generen creatividad dirigida al objetivo**.
 

*¿De qué otra manera puedes acercarte a tu familia?*
  - **Preguntas que generen otras perspectivas**.
 

*¿Cómo le gusta a tu madre que te comportes?, ¿qué ocurriría si consiguieras una vivienda para vivir autónomamente?*

<sup>9</sup> O’CONNORS, J. LAGES, A. 2005 *Coaching con PNL*. Barcelona: Urano.

Es importante aclarar que la técnica de preguntas no funciona cuando la persona no tiene la capacidad de encontrar la respuesta por sí misma y necesita que esa respuesta venga de fuera en forma de asesoría, consejo, información técnica.

Whitmore (2003)<sup>10</sup> plantea un proceso en el que a través de las preguntas se establezca:

- **Meta y objetivo de la intervención:**

*¿Qué te gustaría conseguir?, ¿cuál es el resultado que esperas?*

- **Reconocimiento de la realidad:**

*¿Cuál es tu situación actual al respecto?, ¿qué dificultades encuentras?, ¿con qué recursos cuentas?*

- **Opciones:**

*¿Qué alternativas tienes?, ¿qué más podrías hacer al respecto?, ¿qué le aconsejarías a alguien en tu situación?*

- **Acciones a realizar y exploración de la motivación:**

*¿En qué forma responde a tu objetivo?, ¿qué obstáculos crees que pueden aparecer?, ¿qué ocurrirá si no lo consigues?, ¿qué cosas te ayudarán a sentir más confianza?*

Tras ese proceso de reflexión con la utilización de estas herramientas, el cliente tiene los elementos para diseñar sus propios objetivos que deberán tener las siguientes características: ser específicos, medibles, alcanzables, realistas y temporalizados.

En trabajo social somos expertos en la formulación de objetivos que dirijan nuestra intervención, pero desde la metodología del coaching propiciaremos que sea el propio cliente el que formule los objetivos a lograr.

*“Cuando lo deseo, tengo un mejor desempeño que cuando sé que es una obligación. El deseo es mío, el deber es con los otros. La automotivación es una cuestión de elección”.* John Whitmore.

- **Creación de un plan de acción:** Las metas no llevan a ningún lugar sin un plan de acción. Partiendo del objetivo a largo plazo, se van desglosando las acciones necesarias para conseguirlo. En el plan de acción deberán aparecer fechas concretas para la realización de cada una de las acciones, así como, indicadores que nos permitan evaluar su cumplimiento.

La importancia de la aplicación de las herramientas de coaching en trabajo social se debe a que, a través de ellas se consigue aumentar el nivel de conciencia de la situación, se logra una acción de empoderamiento y fortalecimiento de las personas, para que así puedan ser capaces de liderar su proceso de cambio desde la responsabilidad. Se trata de potenciar la capacidad que cada persona tiene de ser el constructor de su propia historia.

En un contexto social donde la diversidad marca nuestro ámbito de intervención y requiere una atención prioritaria, se hace necesario que los trabajadores sepan intervenir de forma personalizada y

<sup>10</sup> WHITMORE, J. (2003). *Coaching. El método para mejorar el rendimiento de las personas*. Barcelona: Paidós Empresa.

cada vez más a medida de las necesidades específicas del colectivo o individuo. El coaching es una metodología sencilla que favorece un mayor acercamiento a la comprensión de las diversas realidades para que la intervención social se oriente al éxito.

## BIBLIOGRAFÍA

LAUNER, V. (2007). *Coaching: un camino hacia nuestros éxitos*. Madrid. Pirámide

RAVIER, L. (2005): *Arte y ciencia del coaching*. Editorial: Dunken.

O'CONNORS, J. LAGES, A. (2005) *Coaching con PNL*. Barcelona: Urano.

WHITMORE, J. (2003). *Coaching. El método para mejorar el rendimiento de las personas*. Barcelona: Paidós Empresa.

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID (2003): *Manual de acompañamiento para el Trabajo Social de acompañamiento en los itinerarios de inserción*.

# REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN ASP DESDE LA EXPERIENCIA DE UN SEMINARIO SOBRE TRABAJO SOCIAL DE CASOS

Lucía Santos Santos  
Araceli Cantero Saiz  
Iefkiné Hamparzoomian Montilla  
Juan Carlos Chans Pousada<sup>1</sup>

## I.-INTRODUCCIÓN

Entre los años 2008 y 2010, y en el marco del Programa Formativo del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Madrid, un grupo de Trabajadores Sociales, del Ayuntamiento de Madrid, asumimos el reto de llevar a cabo una experiencia formativa bajo la modalidad de “**SEMINARIO SOBRE TRABAJO SOCIAL DE CASOS**”.

La finalidad de nuestra comunicación es dar cuenta de dicha experiencia formativa, de sus objetivos, metodología y efectos que en formas de vivencias personales, ha tenido para los profesionales que nos implicamos en dicha aventura.

Los **OBJETIVOS** que orientaron la organización del Seminario fueron:

1. Crear un espacio para la presentación, análisis y reflexión sobre casos prácticos, que extraídos de la experiencia de trabajo de los docentes, permitieran mostrar la Intervención Social llevada a cabo por el Trabajador Social.
2. Abordar y profundizar sobre aspectos teórico-prácticos en los procesos de Intervención Social.
3. Sensibilizar a los profesionales del Trabajo Social de la importancia de teorizar sobre la práctica profesional, la supervisión y el trabajo interdisciplinar.
4. Promover la sistematización de la práctica profesional, con la puesta en común de los Diseños de Intervención Social aportados por los docentes.

Partimos de la consideración general que hay un trabajo social de casos que se realiza a diario en muchos entornos institucionales, en los que nuestra profesión está presente.

La proliferación de protocolos, manuales de actuación, baremos y procedimientos administrativos, han contribuido a guiarnos en los procesos de intervención social, pero también han generado limitaciones en actuaciones dirigidas a la atención y acompañamiento social de las familias. Las situaciones de sobrecarga profesional y emocional han sido y son una constante en nuestra tarea cotidiana. No vamos a extendernos en ello, porque es de todos sabido que las instituciones nos delimitan el ámbito de actuación.

<sup>1</sup> **Trabajadores/as Sociales del Ayuntamiento de Madrid.**

## II.-METODOLOGÍA.

La elección de un seminario nos pareció el formato más idóneo para llegar al estudio de casos en profundidad que buscábamos.

En relación al proceso de elaboración previo, el debate estuvo presente desde el primer momento, constituyéndose en espacio formativo de reflexión grupal en el que compartir experiencias desde el respeto y aceptación mutuos, siguiendo los fundamentos de **la intervisión**.

Inmersos en esta dinámica, buscamos lecturas que nos proporcionaran un soporte teórico. Releímos a nuestros clásicos, descubriendo la vigencia de una Mary Richmond sacada del aula, llevando en paralelo sus postulados con la narración del caso. Continuamos con el estudio de nuestros coetáneos vinculando la teoría a la praxis: Gustavo García en un artículo sobre diagnóstico social (GARCÍA 2008); Alfonsa Rodríguez hablándonos de coordinación entre profesionales (RODRIGUEZ, A. 2011), nuevos manuales de actuación con menores y otros casos publicados por compañeras en la revista del Colegio.

Seleccionamos un tema para cada una de las ediciones. En el primer año, los 4 casos serían estudiados centrándonos en **la demanda**, elegida por ser el principio, la entrada, una parte del estudio del caso en la que ya otro nos manda un mensaje sobre el momento personal en que se encuentra. El 2º año, fueron 5 casos analizados desde **el diagnóstico social**, pues entendíamos que es el momento propio y diferencial del Trabajo Social. Y en la tercera edición estudiamos la fase de **intervención social**, para descifrar qué intervención posible estamos desarrollando.

En cuanto a la preparación de cada caso, la secuencia metodológica diseñada fue la siguiente:

1. Selección de un caso, ¿el por qué de su elección? Una pregunta a lo personal/emocional del profesional.
2. Ordenación del material que aporta un expediente: el transcurso de las entrevistas, reproducir las escenas, las frases, el tono de las conversaciones.
3. Aproximación a conceptos desde la teoría o la doctrina del trabajo social, y las referencias conceptuales y bibliográficas que el caso ha sugerido en su análisis.
4. Secuenciar cada momento de la intervención, distinción de las fases metodológicas, estudio del perfil del caso, la valoración del problema, las aproximaciones diagnósticas, las hipótesis.
5. Identificación de los momentos más complicados del caso y la actuación del trabajador social en cada uno de ellos, aproximación a unas Buenas Prácticas.
6. Y por último, escribirlo, procediendo a traducir la redacción del despacho a una narrativa más académica.

Por supuesto, contamos con los cuestionarios de evaluación del Colegio Profesional cuyas aportaciones enriquecieron al seminario. La participación fue de una media de 12 profesionales por sesión.

## III.- DESARROLLO Y SÍNTESIS DEL SEMINARIO.

A continuación, exponemos aspectos significativos de cada una de las ediciones:



## Acerca del Seminario 2008: Sobre la Demanda

Para la primera edición del Seminario, contamos con la privilegiada compañía de Flavia Narbona, compañera experta en ASP y durante muchos años, un referente institucional determinante en la organización y desarrollo de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, buscando siempre dar un lugar al Trabajo Social dentro de la Institución y que nos expuso **“que para situar correctamente el ámbito de las buenas prácticas priorizaría la importancia de la actuación profesional, que se inicia a partir de los problemas y necesidades que se manifiestan en las personas (individuos-familias), a través de la DEMANDA”**.

Se presentaron los siguientes casos:

### 1.- Trabajo Social desde un E.O.E.P. Una demanda en el límite de la desprotección institucional. (Araceli Cantero)

Se trata de un caso donde la demanda no es expresada por la familia, sino por la institución (en esta ocasión un centro escolar); como resulta frecuente en los casos de menores en situación de riesgo o posible desprotección. De aquí la importancia que toma para nosotros, una premisa básica que en relación al trabajo con familia menores nos traslada M.I. Arruabarrena a través de la siguiente cita: **“la primera condición para que un niño en situación de desprotección pueda ser protegido, y él y su familia reciban la ayuda que necesitan, es que alguien se percate de que se está produciendo una situación de desprotección”** (ARRUABARENA, 2005, p. 143).

### 2.- Un Caso de exclusión social ¿quién demanda? (J.C. Chans)

Desde el contexto de una U.T.S de Primera Atención, se reflexiona sobre la importancia de las entrevistas iniciales o de acogida para saber descifrar la demanda, aún cuando éstas vengan acompañadas de pedidos desmesurados, urgentes o envueltos en agresividad, con la inevitable influencia que ello tiene en los profesionales, y de cara a orientar del mejor modo posible las primeras actuaciones profesionales.

### 3.- Un caso de pérdida de vivienda familiar. El tiempo en la Demanda. (I. Hamparzoomian)

Este caso, que cuenta con un largo historial de atención en SS.SS. pone de manifiesto un proceso de acompañamiento social en el que se facilita la reformulación de la demanda de la familia; aplicando el concepto de resiliencia, entendida como la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”. (BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. 2005 p.55).

### 4.- Un caso de protección de Menores. Cuando los padres demandan. (José Luis Gil).

La descripción que el caso propone, gira en torno a las dificultades de intervenir en situaciones de posible desprotección de menores, cuando la complejidad del caso pasa por la imposibilidad de establecer vías de colaboración e implicación de la familia – los padres no demandan –; la intervención social se instala entonces en la urgencia, y los casos entran en una dinámica de dependencia institucional o cronicidad, acusando los profesionales importantes dosis de insatisfacción o, como diría Rebeca García, **“angustia personal, porque afrontar el desamparo nos convierte a todos en materia frágil”** (GARCÍA, R. 2003).

## Acerca del Seminario 2009: Sobre el Diagnóstico

Los cinco casos expuestos son:

**1.- Un Caso de Acompañamiento Social con familia Inmigrante** (Carmen Martín). El eje principal de este caso gira en torno al mantenimiento de la intervención social por parte de la trabajadora social, sin llegar a precipitar una derivación. A través de la relación profesional, la palabra y los recursos va construyendo un proceso de intervención donde va proporcionando un lugar a cada miembro de la familia.

**2.- Seguimiento Social ante un caso de cese de medida de protección.** (Encarna Cruz y J.C. Chans). Se trata de un caso complejo e igualmente largo en el proceso de intervención social. En base a un diagnóstico que evoluciona a la par que el propio caso, se consensua con la familia un proyecto de apoyo familiar, en el que se plasma la intervención de otros profesionales que complementan la intervención: Educador Social y Psicólogo, generándose lo que Alfonsa Rodríguez denomina **“un contexto de colaboración”** (RODRIGUEZ, A. 2011).

**3. Trabajo social desde un E.O.E.P.** (A. Cantero y Marina Criado). En este caso contamos con la participación de una orientadora de un EOEP, con la que se llevó a cabo la intervención y que permitió visibilizar la importancia de establecer diagnósticos conjuntos y consensuados desde diferentes disciplinas profesionales.

Del mismo modo, se subrayó la importancia de escuchar y hacer partícipe a los niños en todo proceso de intervención social como miembros de un sistema familiar.

**4. Un Caso de Acogimiento Familiar en Crisis.** (I. Hamparzoomian). El caso evidencia los posibles efectos perversos que provocamos sobre algunas familias multiasistidas, poniendo de manifiesto la importancia del papel del Trabajador Social de referencia de las familias como eje vertebrador de un contexto de colaboración que ordene las actuaciones.

**5. La importancia de la acogida y la detección de situaciones de crisis familiar desde la Primera Atención.** (Lucía Santos). Se analizan diferentes casos en un primer nivel de primera atención en el que se pone de manifiesto la importancia de unos diagnósticos preliminares. La referencia nos la proporciona, de nuevo, una M. Richmond muy actual: **“Todo diagnóstico social no efectuado con un grado razonable de agilidad puede llegar demasiado tarde”** (RICHMOND - 1917).

## Acerca del Seminario 2010: Sobre la Intervención Social.

Los casos se estudian desde la intervención social (fase de ejecución en el método clásico de trabajo social), entendida como “el momento de actuación que sigue al estudio o a la interpretación de datos...” (ROSSELL, 1989).

Se presentaron los siguientes casos:

**1. La importancia de la acogida o cuando los casos no son aún de “menores”** (L. Santos). Esta primera sesión, nos llevó a preguntarnos si se puede hablar de una praxis inherente a la primera atención, es decir, si el desarrollo organizativo de éste modelo ha generado una técnica propia. O dicho de otro

modo, si podemos decir que estamos ya interviniendo en esos momentos preliminares, si estamos ya modificando algo de las situaciones a la vez que vamos formándonos un diagnóstico.

**2. Intervención Social y Seguimiento ante un caso de cese de medida de protección.** (Encarna Cruz y J.C. Chans). Este caso, presentado en la edición anterior, continúa en activo, aunque al encontrarse en una nueva etapa, permite abordar un posible cierre del caso, donde finalmente las decisiones de la familia decantan la intervención. Nos sirvió para ilustrar el tipo de situaciones donde se da una fuerte implicación del profesional.

**3. Proceso de Intervención Social con familia multiproblemática, desde sus capacidades de cambio, en el contexto de una UTS de Zona** (A. Cantero). Se describe un proceso de intervención social, formulando algunas recomendaciones, que tienen como fundamento metodológico las propuestas de varios autores en relación a familias multiproblemáticas: **delimitar el sistema familiar, trabajar por un vínculo profesional, estructurar las entrevistas, buscar objetivos sencillos** (CANCRINI, 1995) e incidir en **“los propios recursos familiares”** entre otras estrategias (AUSLOS G. -1998).

**4. Intervención Social en un caso de separación: una oportunidad para la parentalidad”** (A. Cantero). Se destaca como a pesar de la fuerte externalización de gran parte de la intervención social, es posible para el Trabajo Social, articular espacios de intervención con las familias. En este caso se tomaron como referente a autores como Braulio Montalvo y otros, que orientaron la intervención hacia objetivos relacionados con el bienestar de los menores, promoviendo la competencia de los padres y ayudándoles a continuar responsabilizándose de sus hijos (MONTALVO ,1995).

**5. Un caso de desprotección familiar de menores ¿De qué desprotección social hablamos? Intervención Social desde una UTS de Zona de un Centro de Servicios Sociales.** (J.C. Chans y Lucía Santos) El cuarto caso sería de los que tradicionalmente llamábamos “crónicos” y que son un desafío constante para las instituciones, la vecindad, los protocolos y manuales. Todavía más para el trabajador social de zona, que queda como permanente referente de estas familias objeto de un continuado tutelaje social, pues han requerido de la intervención de múltiples servicios. La vulnerabilidad y el vaivén entre la desprotección y los pequeños avances son constantes. La apuesta de intervención será trabajar por la capacitación y resiliencia de éstos menores antes sus propias circunstancias.

#### IV.-A MODO DE REFLEXIONES FINALES

- **El reto permanente de la intervención social y escribir sobre el trabajo profesional.**

Los servicios sociales de A.S.P son una fuente inagotable de información y material de estudio, por la cantidad y diversidad de situaciones humanas que cada día pasan por ellos.

En ésta línea, y dando cuenta de nuestro trabajo, hemos intentado atender a uno de los muchos desafíos que Teresa Zamanillo lanzó en la ponencia marco del último congreso de Zaragoza 2009, que es el de intentar **“obtener una autoimagen de nosotros mismos alejada de la queja y del narcisismo”** (ZAMANILLO, 2009) por el que en mayor o menor medida todos hemos transitado.

Pensamos que la experiencia del Seminario es la constatación y reflejo del trabajo de intervención social que día a día desarrollan muchas compañeras/os, en los CC.SS.SS. y al que, tal vez, prestamos escasa atención, de ahí su invisibilidad. El reto es cómo ampliar ésta dedicación a la intervención a pesar de la gestión, y despojarnos de actitudes acomodaticias.

- **El reto de la sistematización.**

Para que esta experiencia avanzase un paso más en la creación de conocimiento, ha sido necesario sacar el análisis de casos fuera del contexto institucional, y así reducir los condicionantes organizativos y centrarnos más en el trabajo social propiamente, es decir, poder hablar de: método, intervención, vínculo. El lugar que nos ha dado el Colegio Profesional constituye el encuadre idóneo para instaurar un espacio permanente de estudio de casos.

- **El reto permanente de la supervisión.**

La supervisión del trabajo en ASP es un modo de formación y avance profesional imprescindible. Solamente desde un espacio propio de supervisión los casos pueden ser analizados e interrogados para trabajar mejorando la relación con los “sujetos”, y con nosotros mismos.

- **El reto son las personas o las familias a las que atendemos.**

No queremos terminar estas reflexiones sin expresar nuestra gratitud y nuestro reconocimiento a las familias que en particular protagonizaron los relatos que dieron contenido a nuestro Seminario - y nos permitieron crecer profesionalmente; porque creemos que son las familias o las personas que a diario recurren a los SS.SS. con sus expectativas vitales, con sus dificultades, con sus demandas de ayuda, o sencillamente para ser escuchadas, a quienes debemos situar en el centro del quehacer profesional del Trabajo Social.

Muchas gracias.

## BIBLIOGRAFÍA

- GARCÍA HERRERO, G-A. (2008). Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación de la Intervención Social. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales Servicios Sociales y Política Social nº 83. Instrumentos de valoración y Programación. Madrid.
- RICHMOND, M.E. (1917) Diagnóstico Social (Edición, diciembre de 2005). Madrid. Siglo XXI de España.
- ARRUABARENA MADARIAGA, M.I. (2005) Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil (pág. 143 a 179) .En PAÚL OCHOTORENA y ARRUABARENA MADARIAGA, M.I. Manual de Protección Infantil. 2ª Edición. MASSON.
- BARUDY J y DANTAGNAN, M. (2005). Los Buenos tratos a la Infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona. GEDISA.
- ROSSEL T. (1989) La Entrevista en el Trabajo Social. Barcelona: Editorial Hogar del Libro.
- RODRIGUEZ A. (2001) .Contextos de colaboración: entre el deseo y la realidad. Revista Trabajo Social Hoy nº31 del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AASS de Madrid.
- ZAMANILLO, T. (2009) Invitación a un Trabajo Social Reflexivo .Congreso Estatal de Trabajo Social, 6 y 8 de mayo. Zaragoza (En papel)
- GARCÍA, R. (2003) Clínica de la Institución de Servicios Sociales ante el desamparo de menores. Trabajo inédito elaborado en el contexto de un proyecto de Intervención Psicosocial con Familia y Menores en el distrito de Hortaleza. Ayuntamiento de Madrid (en papel).
- AUSLOS, G. (1998) Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso. Editorial Herder.

ABELSOHN D., ISAACS M. B. y MONTALVO B. (1995) El Divorcio Difícil. Terapia para los hijos y para la familia. Amorrortu Editores.

COLETTI, M y LINARES, J.L. La intervención Sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática. PAIDÓS. Barcelona-Artículo sobre Familias Multiproblemáticas de LUIGI CANCRINI. (1995)

## FUENTES ELECTRÓNICAS

[http://www.munimadrid.es/servicios\\_sociales/atención a menores y familias.](http://www.munimadrid.es/servicios_sociales/atención_a_menores_y_familias)

# TRABAJADORES SOCIALES SOLIDARIOS (TRASS) UNA RESPUESTA PROFESIONAL EN UN MUNDO GLOBALIZADO

Mercedes Sundheim Losada

Trabajadora Social  
Antropóloga

Titular Escuela Universitaria, Universidad Complutense de Madrid

## INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI para acercarnos a la realidad de lo que está ocurriendo en el mundo debemos salir de nuestras fronteras, y tener una perspectiva de ciudadanía global, para no perder la visión de las causas y las consecuencias de los problemas que acucian al mundo y en especial de la pobreza y la desigualdad. El proceso de globalización está generando más perdedores que ganadores, el poder tanto político como económico está cada vez en menos manos, el progreso está siendo mal distribuido va dejando grandes secuelas de desigualdad, un problema social global, que de seguir a este ritmo hará imposible vivir en armonía. Ejemplo de ello lo tenemos en los hechos que están acaeciendo en el Norte de África.

La seguridad y el mantenimiento de la paz, el abismo cada vez mayor entre ricos y pobres, la pérdida de poder y autonomía de los países y sus gobiernos, la sostenibilidad del planeta y la crisis medioambiental, la erradicación de la miseria en el mundo, las nuevas pandemias como el VHS, las migraciones, las guerras....son problemas globales que requieren una acción mancomunada de los pueblos y de los responsables políticos y económicos de todo el mundo, hoy ya no se puede actuar sólo localmente ante problemas globales. Las palabras de Indira Ghandi ante la conferencia de las Naciones Unidas sobre "Medio Humano" en Estocolmo aún siguen vigentes "*La pobreza es la peor forma de contaminación*" con el devenir de los años se está corroborando, pues si bien es cierto que la humanidad ha mejorado claramente en los últimos siglos como consecuencia del crecimiento económico, de la industria, de las nuevas tecnologías, de los transportes y del desarrollo social, no es menos cierto que la pobreza y la desigualdad siguen siendo problemas sufridos por una inmensa parte de la población mundial.

Las grandes diferencias entre naciones y entre los países del sur y el norte es una de las características que mejor definen al mundo contemporáneo. Viéndolo en cifras más de la mitad de la población mundial pasa apuros para sobrevivir, 2.800 millones de seres humanos viven con menos de 2\$ al día y 1.200 millones, una quinta parte de la totalidad, con menos de 1\$ al día, estas cifras en vez de disminuir, debido a la actual crisis económica y a la subida del precio de los alimentos van a seguir aumentando.

Las razones por las que tantas personas no pueden satisfacer sus necesidades básicas son complejas puesto que la pobreza no sólo es una insuficiencia de ingresos económicos y de bienes materiales, es también carencia de capacidades y opciones para lograr un nivel de vida digno y su falta de poder, o la dificultad de hacer oír su voz en los lugares donde se toman las decisiones. Pero es a la vez como expresa Amartya Sen falta de libertad para llevar adelante los planes de vida que una persona tiene razones para valorar; es pobre el que no puede desarrollar los proyectos vitales que podría desear razonablemente. Para superar la pobreza es preciso pasar de la liberación de la necesidad a la libertad de hacer y ser, es decir del enfoque de las necesidades al de las capacidades (Cortina A y Pereira, G. 2009).

También debemos referirnos a los obstáculos o más bien a la ausencia o insuficiencia de las medidas políticas que serían adecuadas para reducir la pobreza como; las políticas públicas inadecuadas para

lograr un crecimiento incluyente a nivel nacional e internacional, los obstáculos que supone el actual sistema económico internacional para lograr un crecimiento incluyente a nivel mundial y las limitaciones que muestra el actual sistema de cooperación internacional de la lucha contra la pobreza (Iglesia Carruncho. M. 2004).

## COOPERACIÓN AL DESARROLLO INTERNACIONAL Y TRABAJO SOCIAL

Cooperar según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua es obrar conjuntamente con otro u otros para un mismo fin. Si la cooperación se realiza no únicamente a través de relaciones personales sino en el nivel de las relaciones entre países implica que podamos hablar de cooperación internacional. Sin embargo cuando hablamos de ayuda, auxilio o socorro implica desigualdad y es suficiente con que la parte que ayuda tome la iniciativa a favor del otro. Si la ayuda no conlleva cooperación, no puede incluirse dentro de sus objetivos el del desarrollo. La ayuda debe entenderse como un tipo de actividad de raíz asistencial, de manera que puede servir como antecedente de la cooperación pero nunca como verdadera cooperación al desarrollo. La ayuda de emergencia, humanitaria o alimentaria son ayuda pero no cooperación. Esta implica necesariamente la tarea de compartir y el objetivo último del desarrollo, sin olvidar que puede existir el beneficio mutuo por ambas partes (Andrés López, G. y Molina de la Torre, I. 2000).

La concepción del desarrollo como un derecho humano, y su reconocimiento como tal es el resultado de un largo debate conceptual y doctrinal dentro de las Naciones Unidas que tiene como resultado su reconocimiento como derecho humano inalienable en la Comisión de Derechos Humanos. Puede considerarse en su dimensión individual como el derecho que tiene cada cual a poder desarrollar al máximo sus capacidades y facultades, para así poder disfrutar plenamente de todos los derechos y libertades fundamentales. Lo que conlleva a la creación de las condiciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales que permitan a todo ser humano el desarrollo pleno de su personalidad. El desarrollo en su dimensión social se concibe como el proceso de mejora permanente del bienestar y de la calidad de vida de todos, de manera justa y equitativa, y en el que se crean las condiciones para el pleno disfrute de los derechos humanos por parte de todos, en especial de los más vulnerables y desfavorecidos. Dentro del derecho al desarrollo son especialmente relevantes los derechos vinculados a las necesidades básicas. No debemos olvidar que en general los Derechos Humanos tienen una visión occidentalizada debido a que los de primera generación sobre todo fueron proclamados desde el Norte.

La Carta de las Naciones Unidas, respecto a la cooperación internacional señala que los Estados y principalmente los más ricos e industrializados tienen el deber de cooperar en la solución de los problemas relativos al desarrollo de los más pobres, es un deber de justicia. Los países del Sur tienen una postura crítica ante su incumplimiento.

El trabajo social no debe tender al etnocentrismo sino hacia la solidaridad internacional, ya que es una profesión preocupada por las necesidades y problemas sociales y estos sólo pueden ser comprendidos y tratados desde una perspectiva más amplia, es decir a nivel global. Hoy ya no se puede actuar sólo a nivel local ante problemas globales. Los cambios a nivel mundial obligan a nuestra profesión a transformar su práctica y a adaptarse a nuevos elementos. Los trabajadores sociales ante la globalización están llamados a promover tolerancia en un mundo cada vez más heterogéneo, multicultural y pluralista.

El trabajo social según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) es “una profesión dedicada y comprometida a promover el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones



humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Se ocupa de la protección y el desarrollo de las personas, grupos y comunidades. El nuevo documento de ética de las FITS, afirma que el trabajo social se basa en el respeto al valor y a la dignidad inherente a todas las personas y a los derechos que de ellos se desprenden. Ello se concreta en el respeto y en la promoción de autonomía y la autodeterminación, la participación la visión integral de la persona y en el desarrollo de las capacidades potenciales de las personas, grupos y comunidades. También se señala en este documento que los derechos humanos y la justicia social constituyen la motivación y la justificación del trabajo social; solidarizándose con los que están en más desventaja promoviendo su fortalecimiento y la inclusión social.

Para erradicar la pobreza y la desigualdad en el mundo no sólo hay que avanzar en el reconocimiento y en el cumplimiento de los derechos civiles y políticos un aspecto fundamental a tener en cuenta son los derechos sociales y económicos. A través del cumplimiento de estos derechos el trabajador social como profesional de lo social debe iniciar y potenciar un proceso de autodesarrollo independiente o empoderamiento de individuos, grupos y comunidades, para que modifiquen y superen en lo posible las situaciones de pobreza, marginalidad, explotación injusticia, por otras de mayor igualdad, integración social, solidaridad, libertad y justicia.

La relación del Trabajo Social con el desarrollo en general y con la Cooperación al Desarrollo Internacional se debe a que es una profesión que tiene como objetivo la intervención en los problemas y conflictos sociales, incide en la transformación y el cambio social, actuando con recursos y potencialidades materiales y humanos que estén a su alcance, dando mayor importancia a los último, siendo estos mismos objetivos los que tiene marcados la Cooperación al Desarrollo en los países del Sur.

## LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES PARA EL DESARROLLO (ONGDS)

Como respuesta al injusto reparto del desarrollo en el mundo, la sociedad civil asume una cuota de responsabilidad y el número de ONGS de desarrollo (ONGDs) creció espectacularmente en las últimas décadas del pasado siglo. Han pasado de ser un movimiento poco conocido y marginal a ocupar un peso cada vez mayor y contar con un respaldo importante de la sociedad civil y un reconocimiento por parte de la administración estatal, autonómica y local.

La madurez del sector se ha ido desarrollando en tres líneas, la realización de proyectos en el Sur, la educación y sensibilización en el Norte y la incidencia política sobre gobiernos e instituciones, que aún es poco significativa en la mayoría de las organizaciones. La adquisición de experiencia a lo largo de estos años ha significado ir modificando paradigmas de referencia. En una primera fase se partía en la confianza en el crecimiento económico como solución a los problemas del desarrollo, más tarde se reconoce que la simple canalización de fondos no es suficiente, hay que formar y capacitar para incrementar la calidad y la sostenibilidad de las actuaciones. Es urgente y necesario que cambien las relaciones internacionales, vigilar las políticas del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), incidir en el aumento de la cuantía de la ayuda oficial al desarrollo AOD de los países occidentales, que al menos sea del 0'7 por 100 de PIB, en la desaparición de los paraísos fiscales, en el tráfico de armas, en la explotación infantil, en las minorías étnicas, en los derechos de los trabajadores en el ámbito internacional, etc. Pero sobre todo debe haber una gran transformación en las sociedades del Norte, el modo de vida de las sociedades industrializadas es insostenible e irreproducible a escala planetaria (Sancho Alfons 2003).

Debemos tener presente la frase Mathama Gandhi *"Hay en el mundo suficientes bienes para satisfacer las necesidades del hombre pero no para satisfacer su codicia"*.

Algunas ONGDs surgen como respuestas de determinados colectivos profesionales especializados, que trabajan en favor del desarrollo de zonas con problemas de subdesarrollo estructural, con un marcado carácter ético y apolítico en sus planteamientos.

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importante función que cumplen las ONGDs en la promoción de todos los derechos humanos y en las actividades humanitarias a nivel nacional, regional e internacional y aconseja se les permita desarrollar un papel importante a nivel nacional e internacional en el debate y en las actividades que guardan relación con el derecho al desarrollo y su realización, en colaboración con los gobiernos en todos los aspectos pertinentes de la cooperación al desarrollo.

Es de especial significación el papel que las ONGDs han adquirido en la contribución de la sensibilización de la sociedad civil de los países desarrollados a cerca de los problemas que afectan a los menos desarrollados, así como al ejercer una función dinamizadora y en no pocas ocasiones crítica frente a los gobiernos, para conseguir que estos aumenten la calidad y la cantidad de su ayuda al desarrollo (AOD). También realizan actividades de educación para el desarrollo.

Pero no es menos cierto que existen algunas ONGDs basadas en un modelo paternalista y otras que se distancian de los valores y de la ética de la cooperación al estar al servicio de las instituciones que subvencionan sus programas y proyectos.

La cooperación internacional al desarrollo y el trabajo social comparten principios básicos como son: el respeto a la dignidad del individuo, el fomento a la libre participación, el desarrollo y el progreso social como incremento de la calidad de vida de individuos grupos y comunidades. Es desde este contexto en el nace la Asociación Trabajadores Sociales Solidarios (TRASS).

## ASOCIACIÓN TRABAJADORES SOCIALES SOLIDARIOS (TRASS)

La Asociación TRASS nace en 1999 como exigencia profesional de algunos trabajadores sociales, que se plantean una forma de cooperar al desarrollo de los pueblos más empobrecidos, para lograr su autosuficiencia y evitar sus dependencias, así como poner sus conocimientos teóricos y prácticos al servicio de la Cooperación para el Desarrollo a nivel internacional.

La Asociación TRASS se basa en un modelo de desarrollo autosostenido con la intención de promover la búsqueda de un cambio estructural en las relaciones internacionales y en el proceso de desarrollo que pretende sea autosostenible, autónomo y sistemático, en el que debe tener una preeminencia absoluta la dimensión social. Dentro de esta concepción los proyectos no son el fin de la cooperación sino el medio para conseguir una participación plena en los procesos de desarrollo, así como el afianzamiento de la sociedad civil en los países del Sur. Para ello consideramos que los beneficiarios deben ser los artífices de su propio desarrollo, siendo los protagonistas y los gestores de los proyectos destinados a ellos. Hay que cooperar desde una posición profundamente humanitaria, con el fin de promover un desarrollo integral. Se trabaja en lo microsocioal sin perder de vista lo macrosocioal, es decir en proyectos basados en la propia potencialidad de la comunidad más que en ayudas externas.

**Presencia Internacional.** La mayor parte de su actividad se desarrolla preferentemente en América Latina; en El Salvador, Colombia, Nicaragua, Argentina y en África en la República Democrática del Congo, Mozambique y Sierra Leona.

**Objetivo general;** contribuir con la experiencia profesional de los trabajadores sociales al desarrollo humano y sostenible en los países del Sur.

### Objetivos específicos

- Formación de profesionales interesados en trabajar en el área de Cooperación.
- Concienciar a la sociedad civil de la necesidad de establecer un compromiso activo respecto a la realidad del Sur.
- Colaborar con los países menos desarrollados con recursos humanos y materiales, partiendo de las necesidades detectadas y empoderándolos para la solución de sus necesidades.
- Denuncia de las violaciones de los Derechos Humanos en los países menos desarrollados.

### Actividades y líneas de actuación

1. Las principales actividades son: La formación de profesionales, estamos en contacto con las Escuelas y Colegios Profesionales de Trabajo Social para impartir cursos, seminarios, charlas... relacionados con la Cooperación al Desarrollo y la preparación de futuros cooperantes. Presentación de comunicaciones a congresos nacionales e internacionales y publicación de artículos en revistas. Es necesario tener una buena formación en este campo de actuación para lograr alcanzar un desarrollo integral, participativo y sostenible en los pueblos del Sur.
2. Sensibilización, a través de los medios de comunicación y participando en Jornadas, campañas y eventos relacionados con la Cooperación al Desarrollo, en ayuntamientos, universidades, colegios, asociaciones y otras instituciones, como han sido la Semana Solidaria de la UCM, o la Semana de la Ciencia de la CAM.
3. La colaboración en proyectos del Sur se realiza, apoyando a profesionales y a ONGDs autóctonos que ejecutan proyectos en los países menos desarrollados. Entre otros se han desarrollado y se están desarrollando distintos proyectos: en Combó en la República Democrática del Congo con la colaboración de un grupo autóctono se ha realizado un desarrollo integral en tres poblados, a nivel sanitario, la construcción de un pequeño hospital, la instalación de paneles solares para su electrificación y el envío de material sanitario, la realización de tres pozos de agua potable; a nivel alimentario, la creación de una cooperativa agrícola; en cuanto la igualdad de género, a un grupo de mujeres, se les ha facilitado la fabricación de jabón y maquinas de coser y tejer y el aprendizaje de su funcionamiento así como su posterior comercialización, a nivel educativo se ha reconstruido la escuela y se han enviado libros escolares francés, entre otros proyectos.

También en La República Democrática del Congo, en Kamina se han construido dos salas de operación en una Maternidad y se les ha facilitado el material quirúrgico.

En Argentina en la zona de Jujuy hemos trabajado con una Asociación autóctona con tres comunidades Guaraníes en la promoción del uso sustentable de los recursos naturales desarrollando la producción apícola para su utilización a nivel de autoconsumo, y para la mejora de los niveles de ingresos familiares a través de la venta de la miel y de otros subproductos.

En Mozambique en la ciudad de Nampula se está colaborando en un orfanato, en la construcción del vallado de finca por temas de seguridad y en la construcción de una casa para niños de 8 a 18 años, también se han enviado ordenadores para su formación.

En el futuro esperamos dar respuesta a las peticiones que hemos recibido de varios países.

4. Obtención de recursos humanos, materiales y financieros. El funcionamiento de la asociación se lleva a cabo a través de personal voluntario en su mayoría trabajadores sociales. Los recursos materiales y financieros se obtienen a través de las aportaciones de los socios y de subvenciones tanto de organismos públicos como privados, Ayuntamiento, Universidades, Colegios Profesionales, Fundaciones, Asociaciones, Bancos y Cajas, etc.
5. La denuncia de la violación de los Derechos Humanos se realiza a través de los medios de comunicación y apoyando las denuncias como miembros de FONGCAM y de los Movimientos Sociales.

## CONCLUSIÓN

Hay que partir de lo global para no perder la visión de las causas y las consecuencias de los problemas sociales y especialmente de la pobreza y la desigualdad y de sus soluciones. La cooperación es una utopía alcanzable, en la que hay muchas personas, grupos y movimientos trabajando por el cambio y en el que nuestra profesión, no puede quedar indiferente, por ello ante la reforma de grado y postgrado en el Espacio Europeo, es necesario proporcionar una formación básica y transversal en el campo de la Cooperación Internacional para el Desarrollo. En la actualidad existen oportunidades para el Trabajo Social en el campo de la Cooperación a nivel de organismos internacionales y nacionales, en el sector público y en el privado.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANGULO SÁNCHEZ, N. (2005). *El Derecho Humano al Desarrollo frente a la mundialización del mercado*. Madrid: IEPALA.
- ANDRÉS LÓPEZ, G. y MOLINA DE LA TORRE, I. (2000). *Introducción a la solidaridad internacional. La cooperación al desarrollo* (13-15). Valladolid: UVA.
- CORTINA, A. y PEREIRA, G. (2009). *Pobreza y libertad*. Madrid: Tecnos.
- IGLESIA-CARRUNCHO. M. et al (2004). *Acabar con la Pobreza. Un reto para la Cooperación Internacional* (79) Madrid: IPADE. Madrid.
- SANCHO ALFONS. (2003). Cooperación no oficial al desarrollo: nuevas estrategias y enfoques. En COSTAS COMESAÑAS. A, CAIRÓ Y CÉSPEDES. G. (comps), *Cooperación y Desarrollo. Hacia una agenda comprehensiva para el desarrollo* (163-173) Madrid: Pirámide.

## INVESTIGACION SOBRE LOS ASPECTOS SOCIALES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE TALAVERA DE LA REINA

Miriam Valles Casas

*Trabajadora Social*

La población adolescente es objeto de estudio para los investigadores dedicados al ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria (Saldaña, 1994; Raich, 1996; Morandé, 1999; Garner, 1998; Luna, 2006).

Los trastornos de la conducta alimentaria no son un problema reciente, se va a realizar un recorrido histórico donde se encuentra la justificación del incremento progresivo de esta enfermedad.

Desde la antigüedad una de las preocupaciones del ser humano ha sido su aspecto externo. Las circunstancias sociales de cada época han contribuido a determinar el ideal de belleza que ha marcado cada momento histórico y que es muy variable según la cultura en la que nos situemos.

La apariencia delgada no siempre ha estado de moda (Jiménez, 2006). Diferentes culturas y distintas épocas han establecido estándares diversos; si se mira con retrospectiva a las mujeres desnudas retratadas en las obras de arte de los pintores del Renacimiento, se ve a la mujer con una figura rellena como el ideal de la belleza femenina. En fechas más recientes, en los años cincuenta, mujeres como Marilyn Monroe son poseedoras de la figura femenina ideal, con unas medidas superiores a las modelos de la actualidad (Sherman y Thompson, 2005).

Las sociedades consideran la belleza de formas diferentes (Maganto y Cruz, 2000), por ejemplo en China una mujer bella es la que tiene los pies pequeños, y cuando las mujeres nacían, a los bebés se les vendaban los pies para impedir que estos crecieran. En la época Victoriana las mujeres utilizaban corsés para tener una figura esbelta, con las consecuencias que esto conllevaba como insuficiencias respiratorias y los posteriores mareos.

No hay que remontarse a siglos pasados para encontrar ejemplos de mujeres que soportan incomodidades físicas para ser atractivas, por ejemplo el empleo de tacones altos para parecer más altas o más atractivas a la vista de la sociedad (Raich, 2004).

Aunque los trastornos de alimentación son conocidos desde la antigüedad: donde destacan los ágapes de los romanos, (la visita a los "vomitorium" tras grandes comilonas para vomitar y poder seguir comiendo) era una costumbre habitual. En una época posterior los casos de personas, en especial mujeres, consideradas santas por los ayunos tan intensos que realizaban (Morandé, 1995; Ramos, Rivera y Moreno, 2010). La primera descripción científica conocida de este tipo de trastornos es del año 1689: el Dr. Morton comunica la existencia de una "consunción nerviosa" en una paciente suya en la que no encontró causa orgánica de enfermedad para su negativa a comer y su deterioro nutricional. En los años siguientes hay comunicaciones científicas aisladas.

En el pasado siglo XX la preocupación por esta enfermedad es creciente, donde se estudiaron fundamentalmente los casos de anorexia, quizás por el hecho de ser visibles, mientras que otro tipo de

trastornos alimentarios son difíciles de descubrir si no son descritos por los propios pacientes. La historia atestigua que, aunque sea actualmente más frecuente, los trastornos de la conducta alimentaria no son una manifestación nueva, autores como Strada (2002) y Sherman y Thompson (2005), analizan las características de las sociedades donde se establece que lo que es bello es diferente; pero es evidente que el mensaje que se comunica en cada cultura es fuerte y claro para que muchos de sus miembros lleguen a creer que es verdad.

En la misma línea se destaca la investigación de De Gracia, Marco y Trujado (2007), realizan un estudio transversal, analítico y observacional, con una muestra de 457 participantes, con un rango de edad de 8 a 12 años y la utilización del cuestionario ChEAT (Children Eating Attitudes Test; Maloney et al. 1988, 1988), donde observan que las niñas obtienen puntuaciones totales significativamente más altas en ChEAT ( $\alpha=0.76$ ) que los niños, sobre todo entre las escalas LAWESQ (Lawrence Self-Esteem Questionnaire; Lawrence, 1981) y que el mensaje que se elabora para las mujeres es más claro y más específico que el mensaje destinado a los hombres.

Morandé (1995) analiza que a partir de los años 50 el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria es mayor, en primer lugar porque se estudian los factores biológicos y psicológicos, a la vez que emerge la idea de que los hábitos sociales y educativos tienen gran importancia en el desarrollo de esta enfermedad. De hecho, los modelos de belleza femenina cambian a partir de esta fecha: las curvas deseables de los años anteriores desaparecen para dejar pasar a un modelo delgado. El cambio del papel de la mujer en la sociedad, el abandono del hábito de comida en familia son factores que evocan el aumento de casos de trastornos de alimentación.

En la actualidad, se rinde culto al cuerpo de la mujer joven y sobre todo delgado, imponiéndose como la cualidad que hace a la mujer ser más valorada social, laboral y personalmente. Se le da tanta o incluso más relevancia a su figura corporal que a tener estudios, cultura o a desarrollar habilidades personales (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán, 2001). No obstante, si se mira alrededor, en la mayoría de los casos, se puede comprobar que este modelo estético se aleja de la realidad del cuerpo biológico. Para algunos autores como Strada (2002) y Luna (2006), en las sociedades actuales, hay un predominio del mundo de la imagen en diferentes aspectos, y una exaltación de la imagen del cuerpo y la delgadez. Por ejemplo, en la sociedad española, el acto de comer es un acto social. Se come de manera grupal y la forma como comen define a los diferentes grupos culturales. Es mediante la comida donde se produce un acto de comunicación social y se da un proceso de cohesión e identificación en el grupo.

Esta idea constante por conseguir el cuerpo perfecto ha llevado a que el hecho de perder peso sea una práctica habitual en estos días. Cada vez son más los métodos que se proponen para lograr este objetivo (dietas, ropas y cremas adelgazantes, alimentos bajos en calorías, técnicas quirúrgicas, etc.) pero poco se informa sobre las consecuencias físicas y psicológicas que pueden derivarse de ellos. El estudio realizado por Ramos, Rivera y Moreno (2010), donde se examinaron las diferencias entre 21.811 chicos y chicas, en variables como el índice de masa corporal. Dichos autores hallaron que la razón que mueve a chicos y chicas a realizar dietas para adelgazar, no es el peso corporal real, sino la percepción que tienen de su cuerpo. Hoy en día se consolidan cada vez más las dietas alimenticias, donde prevalece el impulso agresivo con respecto al cuerpo (Bañuelos, 1994).

Entre los fenómenos que inciden de forma importante en perpetuar y extender este estereotipo de mujer, destacan la publicidad y los medios de comunicación que apelan al cuerpo femenino no sólo para vender los productos dirigidos a imponer este modelo, sino también para justificar las privaciones y sacrificios que supone mantener el mismo (Maganto y Cruz, 2000).



Por otro lado, las exigencias estéticas que impone la moda, limitan el abanico de posibilidades que debe ofrecer como reflejo de comodidad y expresión variada de los distintos gustos y personalidades. Así pues, parece que la oferta, en cuanto a tallas y diseños se refiere, es muy engañoso.

Los autores como Maganto y Cruz (2000) coinciden en señalar que la influencia que está ejerciendo la cultura de la delgadez sobre la mujer es superior que la que ejerce sobre el hombre. No se sabe cuál será el modelo ideal dentro de unos años, pero independientemente del modelo a seguir, en cualquier momento histórico, sólo habrá una pequeña minoría de mujeres que encajarán en ese perfil de belleza. En adolescentes varones, el estereotipo clásico facilita una mayor presión social hacia comportamientos concretos como el ejercicio físico que proporciona una imagen de fuerza y potencia mayor que los modelos que van dirigidos a las mujeres

([http://mateo.vilar.eresmas.net/trabajos/genero\\_y\\_trastornos\\_alimentarios.htm](http://mateo.vilar.eresmas.net/trabajos/genero_y_trastornos_alimentarios.htm)).

Podemos concluir con la idea de que las mujeres pueden sentir de una forma o de otra la presión que la sociedad les impone sobre cómo debe ser su cuerpo. Esto puede crear una sensación de disconformidad con el mismo, lo que puede hacer que la búsqueda de la delgadez se convierta en el centro de sus intereses ya sea por la edad, por la profesión o porque tienen algunos problemas en sus vidas y piensan que cambiando su figura se resolverán éstos. Entonces deciden experimentar con todos los métodos conocidos para adelgazar y es en este intento donde muchas mujeres, sobre todo adolescentes, quedan atrapadas en problemas con la alimentación de difícil salida si no es con la ayuda adecuada.

## INVESTIGACIÓN

En el año 2010 se realizó un estudio donde se planteó conocer las actitudes y los comportamientos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, de un grupo de jóvenes de la localidad de Talavera de la Reina, a través del cuestionario EDI-2 (Garner, 1998), y de esta forma justificar un programa de prevención en los centros educativos con la colaboración del trabajador social.

Tras la revisión realizada, se plantea hacer un estudio para evaluar las actitudes y comportamientos, de un grupo de alumnos de la localidad de Talavera de la Reina, a través del cuestionario EDI-2 (Garner, 1998). Con el EDI no se obtiene un diagnóstico específico de los trastornos de la conducta alimentaria, sino que se consiguen una evaluación precisa de ciertos rasgos psicológicos o conjunto de síntomas que tienen relevancia para comprender los trastornos de la conducta alimentaria.

Talavera de la Reina es una ciudad y municipio español, ubicada en el noroeste de la provincia de Toledo, en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Es una amplia comarca que abarca el occidente de Toledo, el sur de Ávila y el nordeste de Extremadura, conocida como la ciudad de la cerámica.

En la ciudad de Talavera de la Reina hay un total de 5.380 jóvenes de ambos sexos dentro del rango de edad de 15 a 19 años (INE, 2009).

Se ha elegido la adolescencia por ser el grupo de edad donde se inician la mayoría de los casos de trastornos de conducta alimentaria y en donde se inicia prácticamente la totalidad de éstos. Para Toro (2000), sufren trastornos de la conducta alimentaria entre un 1% y 2% de la población adolescente. Según Baile et al. (2003), el 4% de los adolescentes actuales tienen alguna forma de trastorno de la conducta alimentaria. Gasco et al. (2010), los trastornos de la conducta alimentaria afecta a un 5% de la población juvenil española, sobre todo femenina.



Como población de estudio se eligió a los alumnos y alumnas matriculados en 3º de ESO de los Institutos de Educación Secundaria de Talavera de la Reina (Toledo). Se optó por este curso escolar porque es el que corresponden a un grupo de edad que tienen unas características concretas: representan la transición entre la infancia y la adolescencia y suponen un momento de riesgo de aparición de los trastornos de conducta alimentaria.

## OBJETIVO

- Evaluar las actitudes y comportamiento asociados a los trastornos de alimentación de los alumnos de 3º de la ESO de la localidad de Talavera de la Reina, a través del cuestionario EDI-2 (Garner, 1998).

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comprobar si en la muestra evaluada, existe un grupo con puntuaciones de riesgo, según el cuestionario EDI-2 (Eating Disorder Inventory, Garner, 1998).
- Estudiar, en la muestra evaluada, las posibles diferencias entre los grupos de sexo masculino y femenino en las puntuaciones obtenidas con el cuestionario EDI-2 (Eating Disorder Inventory, Garner, 1998).

## MÉTODO

Se ha realizado un estudio transversal basado en la aplicación de un cuestionario específico de los trastornos de la conducta alimentaria EDI-2 (Garner, 1998), aplicado en las aulas de los Centros Educativos de la ciudad de Talavera de la Reina a los alumnos que estudian 3º de la ESO.

### *Muestra*

La muestra se distribuye de la siguiente forma: un total de 1.040 alumnos, de los cuales 460 son hombres, lo que supone el 44.23% y 580 mujeres que corresponde al 55.77%.

En cuanto al rango de edad oscila entre los 14 años (45.4%) y 17 años (2.98%).

### *Instrumento.*

Eating Disorder Inventory: EDI-2, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (Garner, 1998).

**Nombre:** EDI-2, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria.

**Nombre original:** EDI-2, Eating Disorder Inventory-2.

**Autor:** David M. Garner, Ph. D.

**Procedencia:** PAR (Psychological Assessment Resources), Inc., Odessa, Florida.

**Adaptación española:** Sara Corral, Marina González, Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos (TEA Ediciones, S.A.).

**Aplicación:** Individual y colectiva.

**Tiempo de aplicación:** 20 minutos. No está limitado.

**Edad:** De 11 años en adelante.

**Significado:** Evalúa 11 escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

**Tipificación:** Baremos españoles y originales en centiles en grupos normales y clínicos.

**Descripción.** El inventario para trastornos de la alimentación, desarrollado en el año de 1983 por Garner y colaboradores, fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa.

Según Garner (1998), el EDI-2 no pretende realizar un diagnóstico específico de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, sino que a través de la observación y evaluación concreta de ciertos rasgos psicológicos o de síntomas que se supone que tienen relevancia para comprender y poder tratar los trastornos de la conducta alimentaria. El EDI-2 facilita al investigador el obtener un perfil psicológico que consiste en la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria como síndromes heterogéneos.

El EDI (Garner, 1983) contiene 64 ítems que están agrupados en ocho subescalas, y estas se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los datos expresados en estas áreas no son específicos de la anorexia nerviosa, ya que aparecen respuestas similares en grupos de individuos que están preocupados por su dieta. Las otras cinco subescalas evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos de la alimentación, que son aspectos fundamentales de la anorexia nerviosa. Posteriormente se desarrolló el EDI-2 (Garner, 1998), que consiste en los mismos 64 ítems del EDI original, pero además introduce 27 ítems adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social, (Garner, 1998; Costin, 2002). El EDI-2, se ha construido sobre la base, compartida por un reciente número de clínicos e investigadores, de que los trastornos de la alimentación son multidimensionales y tienen causas múltiples. El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria.

Los jóvenes del estudio han sido 1040, con un rango de edad de 14 a 17 años, y de ellos las mujeres representaban el 55.77% y los hombres el 44.23%.

La muestra tiene un total de 1040 sujetos ( $n=1040$ ), siguiendo los baremos españoles del cuestionario EDI-2 se selecciona un punto de corte con los datos obtenidos en el Factor 3 (lo corporal: escalas de obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal). La puntuación directa de la variable obsesión por la delgadez, corresponde al centil 83 en la tabla de los baremos españoles de mujeres adolescentes sin trastorno de la conducta alimentaria del cuestionario EDI-2. La escala insatisfacción corporal, con una puntuación directa de 13, que corresponde al centil 70 de los baremos españoles de mujeres adolescentes sin trastorno de la conducta alimentaria del cuestionario EDI-2. La suma de las dos puntuaciones directas en mujeres es de 27 puntos. Se utilizó esta referencia ya que es la que Garner (1998) propone como un punto de corte conservador. Puntuación directa 27 puntos mujeres  $F3 > 27$ , y Puntuación directa 13 puntos hombres  $F3 > 13$ . De esta forma se obtiene un resultado de 163 sujetos que superan dicha puntuación, de los cuales 110 son mujeres y 53 hombres, lo que representa el 15.67% de la muestra.

Después de realizar esta primera selección, se diferencian tres tipos de grupos en la muestra empleada:

- Grupo total:  $n = 1.040$  sujetos.
- Grupo puntuación de riesgo:  $n = 163$  sujetos.
- Grupo puntuación sin riesgo:  $n = 877$  sujetos.

$N = 1.040$ .

Se obtienen diferencias significativas en las puntuaciones de obsesión por la delgadez ( $t = -11.48$ ,  $p < 0.000$ ), bulimia ( $t = -4.93$ ,  $p < 0.000$ ), insatisfacción corporal ( $t = -13.28$ ,  $p < 0.000$ ), ineficacia ( $t = -4.43$ ,  $p < 0.000$ ), conciencia introceptiva ( $t = -5.64$ ,  $p < 0.000$ ), en la variable sexo. El grupo que obtiene mayor puntuación en todas las variables indicadas es el grupo mujer.

Las puntuaciones entre ambos sexos en el factor 3 (corporal) del EDI-2 (adaptación española)  $p < 0.5$ , donde el grupo de mujeres obtiene una puntuación de  $t = -13.87$ ,  $p < 0.000$ . El grupo de sexo femenino es el que obtiene mayores puntuaciones.

$N = 163$ .

Se obtienen diferencias significativas en las puntuaciones obsesión por la delgadez ( $t = -9.86$ ,  $p < 0.23$ ), bulimia ( $t = -2.57$ ,  $p < 0.16$ ), insatisfacción corporal ( $t = -10.72$ ,  $p < 0.004$ ), perfeccionismo ( $t = -0.46$ ,  $p < 0.19$ ), desconfianza interpersonal ( $t = -1.94$ ,  $p < 0.33$ ), miedo a la madurez ( $t = -0.99$ ,  $p < 0.20$ ), ascetismo ( $t = -0.41$ ,  $p < 0.22$ ), impulsividad ( $t = -1.63$ ,  $p < 0.009$ ), en la variable sexo. El grupo que obtiene mayor puntuación en la variable desconfianza interpersonal es el grupo de sexo hombre; en el resto de las variables el sexo femenino obtiene mayor puntuación.

Las puntuaciones entre ambos sexos en el factor 3 (corporal) del EDI-2 (adaptación española)  $p < 0.5$ , donde el grupo de hombres una puntuación de  $t = -14.50$  y  $p < 0.11$ . En este grupo se destaca que los hombres obtienen una puntuación mayor que el grupo de mujeres, con una diferencia de 1.54.

$N = 877$ .

Se obtienen diferencias significativas en las puntuaciones obsesión por la delgadez ( $t = -8.86$ ,  $p < 0.000$ ), bulimia ( $t = -2.90$ ,  $p < 0.002$ ), insatisfacción corporal ( $t = -12.54$ ,  $p < 0.000$ ), ineficacia ( $t = -3.19$ ,  $p < 0.02$ ), perfeccionismo ( $t = -2.38$ ,  $p < 0.25$ ), conciencia introceptiva ( $t = -4.33$ ,  $p < 0.009$ ), ascetismo ( $t = -0.28$ ,  $p < 0.05$ ), inseguridad social ( $t = -0.28$ ,  $p < 0.38$ ) en la variable sexo. En la variable obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia y conciencia introceptiva obtienen más puntuación el grupo de mujeres; en la variable perfeccionismo, ascetismo e inseguridad social, obtienen más puntuación el grupo masculino.

Las puntuaciones entre ambos sexos en el factor 3 (corporal) del EDI-2 (adaptación española)  $p < 0.5$ , donde el grupo de mujeres obtiene una puntuación de  $t = -13.51$  y  $p < 0.000$ . El grupo de sexo femenino es el que obtiene mayores puntuaciones.

Se realiza la Regresión logística, con el objetivo de establecer cómo está relacionada la variable sexo con la pertenencia al grupo "puntuación riesgo" (alta obsesión por adelgazar e insatisfacción corporal). Se

obtiene una odds ratio de 0.5 (IC95%= 0.8-0.5); es decir que la probabilidad de pertenencia al grupo de riesgo es de 0.5 veces superior perteneciendo al sexo femenino en relación al sexo masculino.

## CONCLUSIONES

En relación al primer objetivo del estudio, donde se planteaba evaluar las actitudes y comportamiento asociados a los trastornos de alimentación de los alumnos de 3º de la ESO de la localidad de Talavera de la Reina, a través del cuestionario EDI-2 (Garner, 1998), los datos obtenidos muestran que del total de la muestra un 15.67% de los sujetos obtienen puntuaciones de riesgo en el cuestionario EDI-2. La prevalencia de síntomas obtenida en la muestra es de 10.58% en las mujeres y 5.09% en los hombres. Este resultado se encuentra en la misma línea que las investigaciones que se destacan a continuación.

En la investigación realizada para la adaptación española del cuestionario EDI-2 (Garner, 1998), con una muestra total de 3.808 sujetos, en el intervalo de edad de 13 a 18 años, donde el grupo de varones de 15-16 años era de 742 y el grupo de mujeres de 631, los resultados obtenidos en el análisis de las once variables no difieren de los obtenidos en este estudio.

En el grupo completo  $n=1040$ , las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas en los resultados que se han expuesto anteriormente. En las variables de perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, las puntuaciones de los grupos hombres y mujeres tienen a igualarse.

En el grupo denominado “puntuación de riesgo”  $n=163$ , las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas en los resultados que se han expuesto anteriormente. En las variables perfeccionismo e inseguridad social, las puntuaciones de los grupos hombres y mujeres tienen a igualarse. En el resto de las variables las puntuaciones difieren.

En el grupo denominado “sin puntuación de riesgo”  $n=877$ , las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas en los resultados que se han expuesto anteriormente. En las variables desconfianza interpersonal, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, las puntuaciones de los grupos hombres y mujeres tienen a igualarse. Mientras que en las variables obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal la diferencia es de 2 puntos.

Atendiendo a los resultados anteriormente expuestos, se puede concluir que la sociedad actual tiene unos rasgos culturales de riesgo para los jóvenes y adolescentes, les puede marcar unas expectativas muy elevadas, por ejemplo en la variable perfeccionismo la puntuación media obtenida por los sujetos del grupo  $n=1040$  es de 6.33 valor en hombres y 5.90 en mujeres. En la adaptación española del cuestionario EDI-2 (Garner, 1998), la puntuación obtenida es de 5.27 en el grupo de hombres y 4.15 en grupo de mujeres. La valoración personal puede girar alrededor de unas metas y unos logros marcados por la sociedad en especial, sobre todo en lo referente a las características físicas.

El abordaje de los trastornos de alimentación de los equipos de salud debe ser interdisciplinar y multidimensional. Uno de esos profesionales es el trabajador social, que puede realizar la intervención individual, familiar, grupal y comunitaria en diferentes dispositivos de evaluación y en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

En muchos casos, el papel del trabajador social resulta necesario, por su capacidad de contemplar a la persona que padece una trastorno de la conducta alimentaria dentro de un contexto social y familiar;

por la posibilidad de realizar un trabajo en equipo que facilite la articulación de estrategias en distintos niveles (individual, social, familiar, comunitario), así como la coordinación de diversos recursos y profesionales en función de la necesidad en la fase del trastorno.

Con lo expuesto anteriormente, para los profesionales de la enseñanza que trabajan diariamente con alumnado puede ser importante centrar el interés del trabajo de tesis en detectar conductas y actitudes en la ingesta que puedan ser consideradas a riesgo de patología en población general, conocer datos de la epidemiología, tanto de la prevalencia como de los factores de riesgo y detectar que variables que se asocian al riesgo para poder desarrollar programas de prevención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Baile J. I., Raich R. M., y Garrido E. (2003). Evaluación de la Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de la administración de una escuela. *Anales de psicología*. 19, 187-192.
- Bañuelos, C. (1994). Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI. Hacia una revisión de los estudios en torno a este tema. *Reis*, 68/94.
- De Gracia M., Marcó, M., y Trujado, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*. 19, 646-653.
- Espina, A.; Ortego, M. A.; Ochoa de Alda, I.; Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*. 13, 533-538.
- Garner D., M. (1998). Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Gasco, M.; Briñol P.; Horcajo J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*. 22, 71-76.
- Jiménez R., D. (2006). La anorexia nerviosa y su relación con el actual ideal corporal. *Tempos Vitales. Revista electrónica internacional de cuidados*. 6, 28-37.
- Luna Arteaga, S. (2006). Los trastornos de la alimentación. Conocimiento y actuación. Cádiz: Formación Carpe Diem.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000). Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título "Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia", se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000. Consultado 17/09/2010 de la página web: <http://sepyrna.com/articulos/imagen-corporal-trastornos-alimenticios/>
- Morandé L., G. (1999). La anorexia: cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. Madrid: Temas de Hoy.
- Ramos V., P., Rivera de los Santos, F., Moreno R, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*. 22, 77-83.
- Raich R., M<sup>a</sup>. (1996). Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Raich R., M<sup>a</sup>. (2004). Una perspectiva desde la Psicología de la Salud de la Imagen Corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 22, 15-27.
- Saldaña García, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa. Colección Terapia de Conducta y Salud.
- Sherman R. T.; Thompson Ron, A. (2005). Bulimia. Una guía para familiares y amigos. Sevilla: Editorial Trillas, Eduforma.
- Strada, G. (2002). El desafío de la anorexia. Madrid: Síntesis.
- Toro J. y Artigas, M. (2000). El cuerpo como enemigo. Comprender la Anorexia. Barcelona: Martínez Roca.

## WEBS CONSULTADAS

<http://mateo.vilar.eresmas.net/descargas/trastornos%20del%20comportamiento%20alimentario.pdf> [Con acceso el 25 de febrero de 2010]

# 5 CONGRESO

TRABAJO  
SOCIAL  
MADRID

POSTERS



## ¿ES IMPORTANTE LA FIGURA DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL?

Noemí Blanes Palomar<sup>1</sup>  
Lourdes Calleja Gero<sup>2</sup>

### RESUMEN

La atención a los pacientes en un hospital pediátrico debe atender todas aquellas situaciones que se interrelacionen con la atención / recuperación de la salud.

De esta manera una correcta atención pediátrica no solo consistirá en atender las demandas relacionadas con el estado de salud, sino que además deberá prestar atención a todos aquellos ámbitos de los pacientes (escuela, grupo de iguales, vecindario, familia) sin los cuales la recuperación de su salud pueda verse comprometida.

Las dificultades de los pacientes en edad pediátrica pueden darse bien porque con motivo de la pérdida de la salud comiencen a aparecer dificultades en dichos ambientes (adaptación de la vida familiar, conflictos intrafamiliares por su cuidado, escolarización a domicilio, pérdida de ámbitos de relación, necesidad de recursos para su atención), bien porque ya presentaban dificultades previas (familias en conflicto, dificultades económicas que se agravan), o bien porque esos mismos ambientes son los que provocan la pérdida de la salud o comprometen está gravemente (maltrato infantil).

Es el profesional del trabajo social quien tiene la capacidad y responsabilidad de conexionar la atención prestada en el ámbito sanitario con la que es necesaria en otros contextos y sistemas de protección, contribuyendo de esta manera a mejorar los procesos y procurar una atención preventiva de las necesidades relacionadas con la salud.

El trabajo conjunto de trabajadores sociales y pediatras, en el que se asuma que la atención sanitaria debe ser mucho más que atención de la salud, facilitará la atención integral de los pacientes.

---

<sup>1</sup> Trabajadora Social.

<sup>2</sup> Pediatra.

# La importancia de la figura del trabajador social en el hospital

## PLANTEAMIENTO

La intervención de los Trabajadores Sociales facilita la atención integral de los pacientes

## EL TRABAJO SOCIAL



## CONCLUSIONES

- La figura del trabajador social es fundamental para:
- Conexionar el ámbito sanitario con otros sistemas de protección
  - Contribuir a la mejora de los procesos (atención preventiva)
  - Insertar la dimensión social en la atención sanitaria

## EL DIÁLOGO PERMANENTE ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

Pedro de la Paz Elez

*pedro.delapaz@uclm.es*

*Profesor Ayudante Título de Grado en Trabajo Social  
Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina (Toledo)  
Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM)*

Una de las quejas más habituales de los/as profesionales del Trabajo Social es la relación que se establece entre la teoría y de la práctica. En muchas ocasiones, esta queja está infundada porque la primera pregunta que deberíamos hacernos a nosotros/as mismos/as como profesionales es ¿qué entendemos por Trabajo Social? y ¿Qué esperamos del Trabajo Social? Posteriormente a la respuesta de esta pregunta, deberíamos analizar la situación actual por la que el Trabajo Social y los Trabajadores/as Sociales estamos viviendo en un mundo cada vez más burocratizado y globalizado.

Para poder entender la relación entre teoría y práctica son necesarias tener en cuenta las siguientes reflexiones: 1) los avances e investigaciones que se están llevando a cabo en materia social y 2) realizar nuevas propuestas a nuevas realidades sociales que van emergiendo. Para entender esta compleja unión entre teoría y práctica es importante analizar varios factores como son el método de Trabajo Social en el que me encuentro más cómodo/a (estrategias de intervención, modelo teórico, limitaciones, dificultades y ventajas del modelo,...), el modelo Institucional al que pertenezco (gestión, misión, visión, objetivos de la institución, recursos disponibles,...), usuarios o colectivos sujetos de intervención, niveles de intervención (individuo, grupo, comunidad), el propio Trabajo Social (relación entre la historia de la profesión, el objeto, los fines, prejuicios personales, relación con otros profesionales,...) y la ética profesional (los valores, los dilemas éticos, la justicia social, secreto profesional, toma de decisiones,...).

Se propone como reto el hacer un esfuerzo de unir, aplicar la teoría a la práctica y elaborar teoría a partir del ejercicio práctico de la profesión a través de investigaciones sociales sobre temas y colectivos de interés, buscando sentido a la acción y tener una visión en el horizonte basadas en el cambio social, activando estrategias para la gestión de las dificultades.

## EL DIÁLOGO PERMANENTE ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

Pedro de la Paz Elez  
pedro.delapaz@uclm.es



5º Congreso Trabajo Social Madrid (2011). ISBN 978-84-615-0811-2





colegio oficial  
de trabajadores  
sociales



**TRABAJO  
SOCIAL**  
MADRID

Colabora



Patrocinan



**BALLESOL**  
Centros Residenciales 3ª Edad  
★★★★★

**casta**  
salud



**broker's 88**  
Correduría de Seguros