

número

56

Documentos de Trabajo Social

**DTS**

**Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga**

**2015**

**Revista  
de Trabajo Social  
y Acción Social**



# Documentos de Trabajo Social

# DTS

---

## Revista de Trabajo Social y Acción Social

nº56  
Año 2015

### Edita

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga  
C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1ºC. 29005 - Málaga  
Correo-e: [dts@trabajosocialmalaga.org](mailto:dts@trabajosocialmalaga.org)  
[www.trabajosocialmalaga.org](http://www.trabajosocialmalaga.org)

### Coordinadora

Eva María del Pino Villarrubia

### Secretaría Técnica

Juan Gavilán Perdiguero. CODTS Málaga

### Consejo de Redacción

Rafael Arredondo Quijada, Asociación Cívica para la Prevención (ACP). Málaga  
María Luz Burgos Varo, Servicio Andaluz de Salud. Málaga  
Francisco Cosano Rivas, Universidad de Málaga  
Eva María del Pino Villarrubia, Málaga Acoge  
Luis Gámez Lomeña, Delegación de Bienestar Social. Marbella  
Pedro García Calero, empleado público de la Junta de Andalucía  
Verónica González Tagle, Funcionaria de la Excm. Diputación de Málaga, Profesora Universidad de Málaga (jubilada)  
María de las Olas Palma García, Universidad de Málaga

### Consejo Científico Asesor

Ana Barranco Carrillo. Trabajadora social. Diputación Provincial de Jaén (Salud)  
José Enrique Bernal Menéndez, Abogado ejerciente. Funcionario de la Administración Local (Mujer y Violencia Género)  
Luis Gómez Jacinto. Catedrático de Psicología Social. Profesor del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Málaga  
Ana Hernández Escobar, Trabajadora social. Directora General de Firma Quattro Trabajo Social S.L.  
Francisco Javier Jiménez Gómez, Secretario General y trabajador social de Cáritas Diocesana Málaga  
Enrique Pastor Seller. Trabajador social. Licenciado y Doctor en Sociología. Profesor titular de Universidad de Murcia. Vicepresidente del Consejo General del Trabajo Social de España  
María Luisa Taboada González, Trabajadora social y profesora emérita de Ética de la Universidad de Málaga

### Diseño

Rocío Morales Lozano. CODTS Málaga

ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

# SUMARIO

<b>EDITORIAL</b>	<b>6</b>
<i>Eva María del Pino Villarrubia</i> Diplomada en Trabajo Social, Coordinadora de DTS	
<b>• LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL ACOGIMIENTO FAMILIAR DE LA INFANCIA: DISCURSOS PROFESIONALES</b>	<b>7</b>
<i>Ana Poyatos García</i> , Profesora titular de la Escuela Universitaria Universidad de Valencia. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.	
<b>• PROYECTO DE INFORMACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO SOBRE DERECHOS ADMINISTRATIVOS A SOLICITANTES DE RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN</b>	<b>27</b>
<i>Ana LLarena Conde</i> , Trabajadora Social del Excmo. Ayuntamiento de Madrid. Distrito Centro. Oficina de Intermediación Hipotecaria. <i>Begoña García Santiago</i> , Trabajadora Social del Excmo. Ayuntamiento de Madrid. Distrito Centro. Centro de SS. SS. Puerta de Toledo.	
<b>• PRESENTE Y FUTURO DEL TRABAJO SOCIAL EN LA EMPRESA PRIVADA</b>	<b>52</b>
<i>Isabel Mª Del Villar Cuerda</i> , Diplomada en Trabajo Social. <i>Eva Tobías Olarte</i> , Profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de La Rioja.	
<b>• TRABAJO SOCIAL OKUPA</b>	<b>64</b>
<i>Aida Alonso de la Torre Rodríguez</i> , Voluntariado en Prevención de Conductas Violentas en Cruz Roja Española.	
<b>• LA INTERVENCIÓN CON POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE EN SITUACIÓN DE CALLE</b>	<b>94</b>
<i>Susana García Rico</i> , Trabajadora Social. Centro Atención Primaria Comunidad de Madrid. <i>David Arévalo Blázquez</i> , Educador Social en centros de baja exigencia para personas sin hogar.	
<b>• EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A PACIENTES (INTEGRANDO APOYO ENTRE PARES) DE LA UNIDAD VIH DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)</b>	<b>113</b>
<i>Raquel Ruiz García</i> , voluntaria en la Asociación Apoyo Activo. <i>Bartolomé de Haro Cabanas</i> , Educador Social en la Asociación Apoyo Activo. <i>David Moreno Agüera</i> , voluntario en la Asociación Apoyo Activo y la Asociación Carmate.	

- **EDUCACIÓN ENTRE PARES... AFIANZANDO PRÁCTICAS SALUDABLES EN DIABETES** 133

*María Noelia Flores*, Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Salud Social y Comunitaria (Argentina).
- **ANÁLISIS DEL DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE PERGAMINO, COMO NUEVO DISPOSITIVO** 147

*Matías Abel Papa*, Trabajador Social en el Hospital de Día de Salud Mental, H.I.G.A. San José Pergamino, en la ciudad de Pergamino.

*Juan Ignacio Irigoitia*, Trabajador Social en la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de la ciudad de Pergamino (Buenos Aires. Argentina).
- **LA SUPERVISIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL, UN INSTRUMENTO DE CREACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE PENSAMIENTO** 169

*Cristina Páez Cot*, Diplomada en Trabajo Social. Postgrado en Salud Mental e Inmigración. Profesora consultora de la Universidad Abierta de Catalunya -UOC-. Supervisora de Equipos Psicosociales, acreditada por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Catalunya. Directora de la Fundació Salut Mental Catalunya.
- **IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA CALIDAD DE VIDA. ANÁLISIS EN EL CPA DE JÓDAR (JAÉN)** 184

*Pedro García Francés*, Trabajador Social en el Centro de Participación Activa para personas mayores de Loja (Granada).
- **ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DEL DESEMPLEO SEGÚN LOS JÓVENES EUROPEOS: INICIATIVAS LABORALES Y PARTICIPACIÓN SOCIAL** 194

*Concepción Castro Clemente*, Profesora tutora UNED.

*Esther Rodríguez López*, Profesora-Colaboradora Máster “Estudios Interdisciplinarios en Adolescencia y Juventud”. UNED.
- **TRABAJO SOCIAL Y FUERZAS ARMADAS: UN ESTUDIO NECESARIO** 209

*Rocío Martínez Borrego*, Trabajadora Social.
- **EL OBJETO DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL Y SU CONSTRUCCIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA** 229

*M<sup>a</sup> Cecilia Martínez Rossiter*, Licenciatura en Trabajo Social en Mendoza (Argentina) y desempeñando labor en Obra Social OSDE BINARIO.

*Agustina Torrecilla*, Licenciatura en Trabajo Social en Mendoza (Argentina) y cursando Master Universidad de Avignon.
- **¿QUIÉNES ESCRIBEN LOS INFORMES SOCIALES? UN ANÁLISIS DE LA CONFLICTIVIDAD Y EL MALESTAR EN EL DESPLIEGUE DE LA ‘TÉCNICA’. SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN** 241

*Eliana Lijterman*, Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Argentina).

## EDITORIAL .....

En la edición nº 56 de la Revista de Documentos de Trabajo Social del Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga, recogemos parte de los artículos presentados en el XIX Premio Científico DTS Trabajo Social, donde encontraréis trabajos muy diversos e innovadores.

La profesión va más allá de los sectores de trabajo establecidos. Donde haya un colectivo que interrelacione, éste puede ser objeto del Trabajo Social y como muestra de ellos son los diferentes artículos de los 14 que editamos en este número los que nos enseñan que en la medida que la sociedad va cambiando, va creándose nuevos colectivos o bien sectores que antes no eran objeto de nuestra profesión y ahora se cuestiona.

Nuevos colectivos, nuevos procedimientos, nuevas formas de hacer, un reto constante que nos obliga a repensar, cuestionar y a fin de cuentas, a proponer estrategias de intervención.

Un tema a destacar es la importancia de nuestra profesión en el sector de la sanidad, prueba de ello es, que cada vez hay más artículos relacionados con el sector de la salud en estos años. La necesidad de abordar estos aspectos de la persona teniendo en cuenta la perspectiva social, es imprescindible, como manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración de Alma Ata, definiendo la salud como el “bienestar físico, psíquico y social”.

Desde el Consejo General del Trabajo Social, se considera que es necesario incluir a los Trabajadores/as Sociales Sanitarios/as entre las profesiones sanitarias a través de su reconocimiento como profesión titulada y reglada.

Nuestra profesión se desarrolla en constante cambio y la comprensión de éstos la percibimos en nuestro trabajo diario y en las aportaciones de los/as compañeros/as en los siguientes artículos.

La Revista DTS quiere agradecer a todos los/as autores/as su participación y que compartan con los demás profesionales este “saber hacer” que fomenta la mejora de la profesión.

**Eva María del Pino Villarrubia**  
**Revista Documentos de Trabajo Social**

## **La construcción social del acogimiento familiar de la infancia: discursos profesionales**

**Ana Poyatos García**

Profesora titular de la Escuela Universitaria Universidad de Valencia. Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales

### **Resumen**

El presente artículo está basado en una investigación empírica relativa al conocimiento acumulado de los/las profesionales, de diferentes áreas de intervención social, del sistema de protección a la infancia. En el análisis de los datos identificamos las siguientes dimensiones: las diferencias en los modelos de acogimiento (familia extensa y ajena); las formas de parentalidad social; la (s) identidad (es): orígenes y proceso de adquisición de nuevas identidades; y las capacidades resilientes que pueden generarse en los niños y niñas durante el acogimiento familiar.

### **Palabras claves**

Acogimiento de la infancia, modelos de familias acogedoras, parentalidad social vs biológica, resiliencia, identidad (es).

### **Abstract**

This article is based on an empirical research related to knowledge accumulated by professionals of childhood's protection system belonging to different areas of social intervention. The next aspects can be identified in the data' analysis: differences between foster care models (an extended and a foreign family); social parenthood forms; identity (ies): new identities' origin and their acquisition process; and resilient abilities that children can develop during foster care.

### **Keywords**

Childhood's foster care, host families' models, social parenthood vs biological parenthood, resilience, identity (ies).

La vida es demasiado rica para reducirse a un único discurso [...] Hay que escribirla como un libro o cantarla como Dranssens:

“Tuya es esta canción,  
Para ti, Auvergnat que, sin cumplidos,  
Me distes cuatro trozos de pan  
Cuando en mi vida había hambre”

(En Cyrulnikl, 2007:216). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.*

El acogimiento no es un cinturón para ir estirando agujeros sino que debe ser justo lo contrario. Ir quitando agujeros. Porque el niño ya va apretado. Lleva su cinturón. No necesita que todo su entorno se ponga de acuerdo para ir estirando un agujero más. (GD2P8)

## 1. Introducción

En la actualidad la infancia en el ámbito de la protección no es competencia y responsabilidad exclusiva de las familias, sino que, en las situaciones de riesgo y desamparo, le compete al Estado y a la sociedad denunciar, proteger, defender y atender a los niños y niñas que no han llegado a la mayoría de edad, mediante las políticas de bienestar social y de solidaridad de la sociedad civil.

El acogimiento familiar como figura jurídica tiene la finalidad de otorgar la guarda y custodia de un o una menor a una o varias personas- con o sin lazos de parentesco-, con la obligación de velar por ellos, tenerlos en compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral, cuando los progenitores de los niños y las niñas presentan un elevado perfil de conflictividad debido a múltiples factores: empobrecimiento económico, migración, drogodependencias, problemas de salud mental, inmadurez personal, embarazos en la adolescencia, violencia de género, discapacidad psíquica, etcétera.

La investigación de la infancia en situación de desamparo hay acometerla desde una epistemológica holística, dado que en las intervenciones interaccionan diversos sistemas y actores, entre los que se encuentran como más relevantes: el sistema de protección, las familias biológicas, las acogedoras, los/as menores acogidos/as y los/as profesionales. En consecuencia, su estudio requiere abarcar a todos los sistemas que interactúan; cometido éste que por el formato del artículo nos limita a acotar el contenido de la investigación a uno de los actores: los/as profesionales.

El propósito de la investigación que vamos a desarrollar es el de mostrar y analizar una de las piezas del puzzle: los testimonios de los/as profesionales que poseen una dilatada experiencia en la intervención en diferentes contextos de Valencia y provincia: servicios sociales municipales; servicios de atención a la familia y la infancia (SEAFI); puntos de encuentro familiar; Dirección Territorial de Justicia y Bienestar Social de la provincia de Valencia; entidades colaboradoras, que realizan el seguimiento de las familias educadoras –ajenas-.

Observamos que por su práctica y pericia los/as profesionales tienen elaborado un dis-



curso sobre la evolución del acogimiento familiar de la infancia; en relación con los modelos de acogimiento familiar; los tipos de parentalidad que se van desarrollando en la interacción entre acogidos/as y acogedores; el proceso de (re) construcción de las identidades múltiples; y las aptitudes resilientes que se pueden suscitar en los/as menores, en función de las actitudes de todos los agentes que intervienen en su socialización y protección.

## 2. Diseño metodológico<sup>1</sup>

La estrategia utilizada para urdir la investigación ha sido la de conjuntar el método cuantitativo y cualitativo. Así mismo, dada la naturaleza de nuestro objeto de estudio, las fuentes predominantes han sido primarias (grupos de discusión), en relación con las secundarias. En la parte empírica partimos de la táctica etnosociológica, con el fin de conocer y analizar las vivencias y percepciones de los/as profesionales, y sus contextos de intervención.

Las fuentes secundarias manejadas han sido: la bibliografía especializada; las estadísticas de la población menor acogida en la Comunidad Valenciana y la provincia de Valencia; el manual de procedimientos del plan de actuación en el acogimiento familiar; y los protocolos de registro utilizadas por las entidades colaboradoras y de los servicios sociales.

El grupo de discusión, como una de las técnicas de la investigación cualitativa, nos ha permitido construir la información analizando el discurso de los/as interlocutores/as que lo conforma. En esta modalidad de grupo, según Canales y Peinado (1998: 292), “se desarrolla una conversación en la que, para el investigador/a, los interlocutores desaparecen detrás de las (inter) locuciones, al contrario de lo que sucede en los grupos naturales [...], en los que las distintas locuciones tienen siempre nombres y apellidos. Hay, por tanto, una forma-grupo y una forma-discusión -o conversación-”.

Los dos grupos de discusión realizados con las profesionales lo han constituido trece personas -seis y siete, respectivamente (Anexo I)-. Han estado formados por trabajadoras sociales, psicólogas, educadoras sociales y maestra. La mayoría de las participantes tienen una larga trayectoria profesional en diferentes ámbitos de la intervención: centros de acogida de menores, servicios de atención a la infancia, puntos de encuentro familiar, servicios sociales generales y especializados, y equipos psicopedagógicas escolares.

El proceso seguido para iniciar cada uno de los grupos, previa presentación, agradecimientos y confidencialidad de la información ha sido la de focalizar los temas en relación con sus experiencias profesionales (Anexo II).

Durante el desarrollo de la investigación hemos pretendido mantener una actitud y aptitud emic: recogiendo los puntos de vista de los actores; y etic: distanciándonos y mirando desde fuera -con la subjetividad que conlleva siempre la observación-.

## 3. Análisis y resultados

Iniciamos el análisis del relato que el colectivo profesional ha desarrollado sobre el acogimiento familiar de la infancia partiendo; en primer lugar, de los modelos de familias aco-

.....  
<sup>1</sup> De manera implícita en el diseño de la metodología y de la investigación hemos partido de la perspectiva de género. Ha estado presente en el estudio por dos razones: una; porque en el acogimiento de la infancia existe una presencia mayoritaria de mujeres (todas las entrevistadas eran mujeres); y dos, porque no suele concurrir en las investigaciones sobre el mismo. Y hay que continuar haciendo visible -también desde el lenguaje de las publicaciones- las actividades que realizan hombres y mujeres.

gedoras (extensa y ajena) para compararlos entre sí; en segundo lugar, cómo perciben la parentalidad social los/as menores; el proceso de (re) construcción de su (s) identidad (es) los/as acogidos/as, en tercer lugar; y, finalmente, cuál es el papel de los actores que participan durante el acogimiento y cómo contribuyen a generar capacidades resilientes en los niños y niñas.

### **Modelos de acogimiento: familia extensa y educadora.**

Desde la experiencia de las profesionales el significado y el motivo que da origen al acogimiento en familia extensa y educadora –ajena- es muy diferente en cada una de las modalidades.

Para empezar, lo que acerca a la familia extensa al acogimiento de algún miembro de la familia puede ser el compromiso, la obligación, el deber, el afecto y el cuestionar a los parientes ¿cómo puede ir a parar su nieto/a o sobrino/a a otra familia con la familia que tiene? Sin embargo, aparecen también situaciones contradictorias y de rechazo a asumir ellas el acogimiento, dadas las vinculaciones y las fracturas, los odios familiares, los posicionamientos y la ruptura de la dinámica familiar, etcétera. Esto puede hacer que vengan los tíos o los abuelos y te digan: “ahí está la niña... porque está condicionando mi vida y la vida de mi entorno” (GD1.P2).

Por otra parte, el acogimiento en familia educadora, según una de las interlocutoras, no lo origina un único motivo -la solidaridad-, éste va a depender de que los acogedores y acogedoras tengan hijos, vivan en pareja o decidan llenar el nido vacío, o se trate de una familia monoparental. Algunas de ellas han pasado previamente por el paso de la adopción y, ante la posibilidad de no poder adoptar, dado que los procesos son muy largos y complejos, son derivadas y orientadas hacia el acogimiento familiar:

Nosotros siempre valoramos el nivel de solidaridad, pero tenemos que ser realistas: el material con el que trabajamos de familias educadoras hace que muy difícilmente se acerquen solamente con la solidaridad. Claro, si son familias que tienen hijos es diferente como lo afrontan desde el “yo soy madre y sé lo que puede sentir la otra parte” y es más fácil el trabajo porque acogimiento significa visitas, significa contacto con su familia, no desvincularlos del entorno. Pero la mayoría de los que se acercan -en este momento- al problema de lo que es el acogimiento familiar vienen porque los procesos de adopción son muy largos y muy duros [...], ya te vienen con el discurso aprendido de lo que significa el acogimiento, sin interiorizar lo que realmente es (GD1.P2).

Por otro lado, el discurso que sostienen las profesionales en relación con las modalidades de acogimiento familiar no es unánime. Algunos de los testimonios se escoran más hacia el de familia educadora y otras consideran más óptimo el de familia extensa. Sin embargo, hay un mayor acuerdo al considerar que el acogimiento familiar es la mejor opción del sistema de protección como medida para asegurar el bienestar de los/as menores:

Creo que el acogimiento familiar es la mejor experiencia para los niños desde el ámbito del sistema de protección. No tiene que ver nada con el residencial y se nutren y enriquecen muchísimo más. (GD2.P13).

Uno de los aspectos que aparece en los testimonios de los profesionales resalta el diferente trabajo que se realiza con cada una de las modalidades de acogimiento: en las fami-

lias extensas por la vinculación que hay detrás, afectiva y consanguínea. Sin embargo, en las familias educadoras no existe esa vinculación al inicio del proceso, pero la complejidad y las expectativas que se crean con relación al menor o la menor tienen sus dificultades y debilidades:

Es lo más difícil que hay, es lo más complejo que he visto en mi vida. Por una parte porque es un atrevimiento tal por parte de todos que influyen tantísimas cosas, se piden tantas cosas y a veces pedimos que no se pida nada. Otro de ellos es el del proceso para crear el vínculo afectivo que cuesta tanto que aparezca y se tiene tanta prisa porque aparezca que luego puede anclar el acogimiento. Entonces yo creo que uno de los puntos débiles de las familias educadoras, por más que hables con ellas y se lo pretendas explicar, es esa demanda que muchas veces aparece de afecto y de agradecimiento [a los/as menores]. Las familias esperan que si “yo te saco de ahí, de ese mundo me lo tendrás que agradecer algún día” (GD1.P5).

Indistintamente de las peculiaridades que hemos visto, de ambos modelos, vamos a mostrar los acuerdos, los desacuerdos y los argumentos en los que se basan las profesionales para considerar más positivo o lesivo el acogimiento en familia extensa o educadora.

En relación a los aspectos positivos del acogimiento en familia extensa los testimonios de las profesionales que se inclinan hacia el mismo lo hacen abiertamente, aunque con matices. Coinciden en que hay que priorizar esta modalidad, porque ésta es más gratificante para la infancia:

Pero yo creo que la familia extensa está por delante de la familia de acogida [educadora]. El coste emocional para esos niños es muchísimo menor que con la familia educadora. Es que son sus olores, son sus sabores, es que es su familia” (GD1.P7).

En el intercambio discursivo entre las diferentes profesionales está asumido que los acogimientos en familia extensa tienen menos cobertura y atención especializada que las educadoras:

Es cierto que nosotros [los profesionales de la Dirección Territorial de Justicia y Bienestar Social] tenemos unas entidades que tienen que ir a casas como un apoyo más directo, más selectivo y después, el sistema de protección a las familias extensas, no les ofrece ni una cobertura a ese apoyo [...]. Van a ser servicios sociales municipales que están desbordados ya de por sí con programas de Seafi, que dependen de subvenciones que nunca llegan o se cierran. Con lo cual, de estas familias [extensas], ya salen niños con problemáticas importantes, con un nivel alto de conflictividad familiar sin ningún tipo de apoyo. Y creo que estos son grandes fallos que tienen los programas de acogimiento familiar, porque lo ideal sería que se ofreciesen en el entorno de su propia familia (GD1.P2).

En el relato de las profesionales se manifiestan quejas y denuncias sobre las diferencias que desde la Dirección Territorial se establecen en el seguimiento de los dos modelos de acogimiento familiar, y sobre las competencias y funciones que se tienen que desarrollar desde las entidades colaboradoras y los servicios sociales

Sí que veo un desequilibrio con el seguimiento y todo el trabajo que se hace con una familia educadora (visitas, entrevistas, previo, durante y después) y la familia extensa que, a lo mejor, se supone que lo tenemos que hacer los ayuntamientos pero que, en realidad, viendo como se hace con la familia educadora desde la Territorial, a lo mejor desde ésta tendría que plantearse que si los ayuntamientos no tienen capacidad de hacerlo se asuma desde la Territorial (GD1.P1).

En relación con los desacuerdos que muestran las interlocutoras sobre el modelo del acogimiento en familia extensa, sus discursos expresan y subrayan la influencia que tiene la familia en el proceso evolutivo y de socialización de las personas, tanto en los aspectos positivos como negativos, y que no nos dejan indemnes:

Yo también pienso que si se pudiese priorizar a la familia extensa sería genial, pero sí que reconozco que, cuando funciona mal, es mucho más bomba explosiva un acogimiento en familia biológica extensa. Desestructura más al menor porque es la propia familia luchando entre ellos y sabemos todos, por experiencia propia, que nuestra principal escuela de aprendizaje de cada uno es su familia (GD1.P10).

Para otra de las interlocutoras la opción prioritaria a tomar no debería ser la del acogimiento con la familia extensa, sobre todo con los abuelos, por el modelo educativo que han desarrollado con sus hijos e hijas:

Pero yo ya veo un problema en que se considere que la familia extensa es per se más adecuada que la familia educadora. Porque a ver: lo que unos abuelos no han podido hacer con sus hijos, ¿cómo lo van a hacer con sus nietos? (GD1.P4).

Sobre la modalidad del acogimiento en familia educadora, según el relato de las profesionales, la tendencia que se tiene, desde la práctica y el discurso, es la de hacer hincapié en las maldades y no en las bondades del acogimiento en familia educadora, y su influencia en el desarrollo y socialización de un niño/a:

También existe lo bueno. Es un vínculo de socialización porque estos niños encuentran en esa familia un entorno, una familia. Porque empiezan a conocer lo que son tíos o primos. Y además disfrutan muchísimo de tener familias muy grandes y de ir a los cumpleaños... (GD1.P2).

Otro elemento positivo a destacar es el papel que juegan las familias acogedoras como nexo de unión y soporte afectivo a los/as menores, durante el tiempo necesario para cambiar la situación sus progenitores. El hecho de que las familias les digan:

“No, esta ahora es tu casa y te vas a quedar aquí el tiempo que necesites o que necesite tu mamá”, también hay familias que lo hacen así de bien, el darles esa seguridad a estos niños que no la tendrían si no fuese por estas familias. Eso lo tengo que reconocer” (GD1.P2).

No obstante, los profesionales que intervienen en acogimiento con familia educadora observan cambios en la evolución del mismo, sobre todo en relación con la concepción que tienen los acogedores de la educación y de la comprensión y acompañamiento a la familia biológica.

Una de las profesionales (con una larga experiencia, que supera las dos décadas, en todo el proceso del acogimiento en familia educadora), sostiene que se ha ido difuminando la esencia del mismo, ha pasado de ser “acogedor”, entendiéndose por tal el acogimiento que no se dirigía tan sólo a cuidar al niño/a, sino que estaba muy presente la familia biológica, a “educativo”, en el que la parte formativa y de resultado escolares de los menores prevalecen más. El modelo ha transitado del acogimiento emocional hacia el instructivo y educativo. Aunque todos estos aspectos son necesarios, considera que es prioritario el acogimiento emocional para poder llegar al educativo-formativo del menor. Así lo relata:

Yo puedo hablar desde mi práctica como voluntaria en la asociación [Asociación Valenciana Acogimiento Familiar]. Entonces cuando teníamos contacto con las familias, éstas tenían un poco más la sensación de que nosotros éramos como ellos. Todos éramos voluntarios en

aquel proceso y eran familias muy solidarias, muy acogedoras. Yo distingo mucho [...], entre familias acogedoras y educadoras. Aquéllas eran más acogedoras, que envolvían más al menor, participaban de la realidad social de las familias biológicas de una forma más activa, se sentían más como que ayudaban al niño y a sus familias [...] era un poco más de ayuda a todo el núcleo familiar con especial incidencia en el menor. Y ahora a mi me da la sensación que las familias, en un momento determinado, se volvieron más educadoras, más instructivas (GD1.P8).

Por otro lado, aparecen en el discurso de las profesionales, elementos coincidentes con relación al seguimiento del acogimiento. Observan en ambas modalidades de familias acogedoras resistencias ante la privacidad del hogar y la dinámica relacional entre los acogidos y los acogedores. Hay cierto rechazo para que otras personas ajenas al grupo familiar se preocupen y ocupen de cómo se acopla, o adapta el menor o la menor a su nueva familia o la de sus parientes. En el diálogo mantenido entre las participantes, de diferentes entidades públicas y privada, coinciden en señalar que, las familias han de “darte permiso” para entrar en sus vidas:

Aparentemente va todo bien, pero te puedes oler cosas: de que están reproduciéndose esquemas, de que el vínculo, de que antes de que empiece la adolescencia podríamos trabajar pero no te dejan porque abren el hocico y dicen: “cuidadito que viene esta y no sé a qué viene...”. Y ya están cagados todos (GD1.P1).

Pero ese nivel de resistencias en las familias educadoras también se da. La realidad es que existen familias de acogida que tienen claro que tú eres un recurso y que tienen que colaborar porque la pretensión es que todos colaboremos por ese niño. Y luego, hay otras familias que, en parte por ese sentimiento de apropiación, dicen: “¿Qué haces viniendo a mi casa? Cuando el niño está con todas sus necesidades cubiertas, el niño nos reconoce como a papá y mamá...” Y entonces, aún cuando tu metodología sea hacer visitas a domicilio, si se niegan a abrirte la puerta, ya puedes ir tú a las ocho de la tarde. Te dicen: “no me viene bien”. Un sábado por la mañana. “No me viene bien...” (GD1.P3).

Por otra parte, varias interlocutoras consideran ineludible el acogimiento especializado (familiar y profesional). Entienden que son necesarias familias muy profesionalizadas para casos de discapacidades psíquicas, enfermedades de salud mental, enfermedades crónicas, patologías genéticas, abusos sexuales, etcétera o residencias muy específicas para los niños y niñas menores de siete años que, dada su situación especial, los padres biológicos precisan de este tipo de recurso:

Pero tenemos niños más pequeños que también llevan la mochila de los abusos sexuales, que si no se tratan sabéis todo lo que traen después, que necesitan a lo mejor no el macrocentro ni el centro pequeñito sino familias muy especializadas que, aparte del afecto, sepan tratar ese tema. Porque, además, estos chavales no son pocos. Entonces ese es el gran reto que tiene la entidad pública (GD1.P6).

Por ejemplo, hemos tenido un niño con fibrosis quística y el trabajo con la familia dentro del centro es fundamental porque tiene que aprender pautas muy específicas de la patología que el niño tiene. Es decir, que en las residencias muy pequeñitas yo creo que, en ese perfil, encajarían los niños en residencia: niños con características muy especiales a nivel de atención especializada (GD1.P8).

Por último, para una de las participantes el acogimiento en familia ajena especializada y profesionalizado es un modelo que, en algunas situaciones, debería sustituir al iniciado en

la familia extensa, en la que ya se había asumido la crianza y la socialización de su nieto/a, o sobrino/a.

Desde mi experiencia personal de tantos años, a mi me gusta que salgan de la familia extensa y sobretodo de muchísimas familias extensas. Si supiéramos hacer un buen acogimiento con familias profesionales o familias ajenas sería muy bueno. Porque el menor es capaz de vivir y de mamar otro modelo educacional, otro modelo cultural. Que eso es bueno también. Lo malo es que a veces producimos esa ruptura que es lo que no tendría que darse [...], porque se sigue reproduciendo el mismo modelo y no se sale de ahí. Es como una rueda (G2. P10).

### Parentalidad biológica vs parentalidad social: el vínculo social

El proceso de la crianza, la socialización, la identidad y la maduración psíquica de la infancia, mayoritariamente, acontece en la interacción con la familia. En las últimas décadas la familia ha pasado por grandes transformaciones que las ciencias sociales han recogido, definido y divulgado. Pero las nuevas formas de convivencia familiar en nuestra sociedad son más dinámicas que la difusión de las mismas.

Desde la Antropología se señala el avance reciente de la idea de la familia y de parentesco, así como la incidencia de los cambios en sus fundamentos morales que influyen en diferentes aspectos, entre ellos la naturaleza de la filiación y de *identidades continuadas* que otorgan *completitud a la persona*.

En los contextos de parentesco la persona es partible; corresponde a los diferentes miembros de la familia la transmisión de las identidades continuadas que constituyen la sustancia de la filiación y confieren completitud a la persona. Si es así, la filiación no es una relación binaria entre hijo/hija y padre e hijo/hija y madre, sino una encrucijada donde intervienen diferentes agentes. La familia nuclear se centró en la ilusión de relaciones binarias, mientras que las familias, por el contrario, muestran otros caminos de transmisión de identidades continuadas (Bestard, 2012: 7).

Para Comas (2012), el acogimiento, a diferencia de la adopción (en el que no hay vínculo biológico, pero sí filiación) “genera un parentesco secundario, sin vínculo de filiación entre el niño o niña” y sus acogedores. En este tipo de relaciones, más complejas, se originan fuertes vínculos entre acogidos y acogedores y en la que constan por ambas partes, de manera explícita o implícita, que no son los verdaderos padres y madres ni ellos son sus hijos/as.

Lo común en las nuevas formas de parentesco es el vínculo social que se forja, que algunos autores señalan como la parentalidad social, y que no siempre es o puede ser ejercida por los padres y madres biológicas.

En la parentalidad social que se crea en el acogimiento familiar de la infancia observamos que, a lo largo del proceso se van construyendo identidades en los niños y niñas mediante las transiciones por las que van pasando: continuadas (familia biológica a la acogedora), discontinuas (familia extensa, a la educadora, retorno con la familia biológica) o superpuestas en las mutaciones desde la familia de origen a la acogedora, instituciones y de nuevo a otra nueva familia acogedora.

Desde el trabajo empírico queremos reflejar cómo entienden las/os profesionales la parentalidad social, dada su posición como actores inmersos, durante más de dos décadas, en

el proceso del acogimiento familiar y residencial. En sus relatos señalan que las relaciones y los vínculos afectivos en los que se fundamenta la misma están basados en otros valores morales que difieren de la biológica.

En este testimonio se expresa el significado y la diferenciación entre la relación de parentalidad biológica y social de una joven que ha vivido el proceso del acogimiento familiar.

M., [joven de 21 años], a la que le digo: “¿cómo va M. [su madre biológica] y cómo van tus hermanos?”. Y me dice: “Bueno a mi madre ya la conoces”. Entonces, para ella es importante el que yo sé cómo es [su madre]. Y le digo: “¿y van bien las cosas?”. Y me dice: “Ahora está tranquila, pero me ha dado dos años A...”. Pero ella la coloca perfectamente. Entonces, cuando le pregunto: “¿Y cómo vas con tu madre?”, ella distingue perfectamente de que madre le estoy hablando, me dice: “Fenomenal, tú ya sabes como es. Estamos geniales. Pero, además, es que es mi madre.” Decía de su acogedora (GD2.P8).

Los profesionales subrayan en su discurso que el tiempo es un factor a considerar, necesariamente, en el acompañamiento y el seguimiento que se realizan con las familias acogedoras para que se pueda establecer la vinculación afectiva, entre los acogedores y los acogidos. Así lo manifiesta una de las interlocutoras:

[...] cuando escuchas a una [joven] con veintidós años decir: “mi madre acogedora, cuando yo tenía dieciséis años, ni me daba un beso porque estaba harta de todo lo que yo la puteaba y ahora todas las noches nos despedimos con un abrazo, un beso, porque aquello que teníamos lo resolvimos” (GD2.P8).

### La identidad (es): orígenes y proceso

La RAE define la identidad de las siguientes formas: “Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracteriza frente a los demás. Conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás. Hecho de ser alguien o algo el mismo que se supone o se busca”.

Las situaciones de la infancia en riesgo o abandonada, dadas sus circunstancias de pertenecer a una o varias familias, a veces desde el inicio de su vida biológica o a lo largo de su desarrollo, pueden crearle conflicto en su conciencia de quién o a quién pertenece, e incluso si es alguien o tiene que ir buscando su identidad a lo largo de su vida.

Según Barudy, la familia también es un concepto semántico (cultural) no sólo un hecho biológico, sino que es también un “lenguaje simbólico” y “origina a su vez explicaciones y creencias que dan un sentido a las conductas de todos y cada uno de sus miembros.” La acción de poder nombrar y hablar de nuestras familias “nos permite sentirnos arraigados en una historia, establecer lazos con nuestros antepasados y lanzarlos al futuro con nuestros proyectos, combates, diálogos y descendientes” (Barudy, 1998: 53).

El hecho de vivir con una familia de acogida “expone entonces a todos y a cada uno de ellos en su identidad y su diferencia.” Esta confrontación es permanente, se manifiesta las veinticuatro horas todos los días de la semana, del año y “así se inicia una nueva historia conjunta, accidentada o no, en la cual cada uno se encuentra intensamente comprometido; historia que se encuentra en el punto de intersección de dos historias anteriores, no compartidas: la del niño y la de la familia” que pueden vivir por un tiempo determinado. “Cada historia precoz y singular contiene en germen este encuentro y si bien ignorada por parte

del otro, entra constantemente e inconscientemente en juego en el desarrollo de la historia compartida que comienza” al iniciarse el acogimiento (David, *et al.*, 2010: 61).

Como sostiene Barudy, en las situaciones en las que los niños y niñas acogidos han sufrido abandono o negligencia, no les es fácil diferenciar la frontera entre unas y otras:

En los casos de abandono, los padres no asumen de ninguna manera la responsabilidad de cuidar y proteger mínimamente a sus hijos. Por el contrario, la negligencia se expresa con gestos por los cuales los padres, voluntariamente o no, asumen muy mal las funciones de proteger y de cuidar a sus niños. El rechazo parental corresponde más a una forma de maltrato psicológico. En este caso, se asume la responsabilidad de protección y de cuidado mínimo, pero el niño no es aceptado como sujeto ni es amado como tal” (Barudy, 1998:110).

Es más, con estas vivencias relacionales sentidas, habladas y representadas en su familia biológica es con las que la infancia abandonada va a iniciar la *carrera moral* (Barudy, 1998) en el proceso de apego del acogimiento familiar, al encontrarse con una nueva familia ajena a la suya en la que tendrá que representar, inventar o manifestarse como sujeto o actor, metamorfoseándose para ser aceptada (o aceptar), o rechazarla (o rechazar). Para el niño/a esta experiencia supone mantener una relación de doble vínculo: a) con su propia familia de origen, en la que se ha generado el maltrato y que como víctima de sus progenitores es confrontado/a a “un proceso de adoctrinamiento que se manifiesta de la siguiente manera: “te amamos, te maltratamos, cállate es normal”. (Barudy, 1998: 23); b) con posterioridad con la doble lealtad: a su familia biológica y a la acogedora.

Desde la mirada de los profesionales que intervienen en el sistema de protección, el sufrimiento que le genera a un niño/a mantener el doble vínculo y las dobles lealtades cuando ha sido rechazado, por su padre porque vive con una nueva pareja y su madre que, también ha establecido otra relación y lo tira de casa, y le manifiestan con palabras y gestos que no lo quieren o la quieren; y delegan sus cuidados en la abuela y ésta no los asume y tienen que ser acogidos en una familia ajena o en una institución:

“¡Imaginad el proceso del nano!”. Muchas veces los fracasos de las familias educadoras hacen que sientan culpabilidad, con lo que tienen un cacao mental increíble. Pero los profesionales queremos seguir manteniendo el contacto y los encuentros con su familia de origen, aunque sea porque le llama papá y mamá. Él no ha decidido salir de la familia, eres tú el que lo ha decidido y le estamos buscando otra familia “¿cómo quieres que le abra la puerta a otra familia y además mantener los afectos con ésta y con la familia biológica que lo sigue buscando?” (GD1P5).

En su narración las profesionales expresan, en primer lugar, sus dudas sobre si se han de mantener o no los contactos con algunas familias biológicas, por la influencia y las dificultades que se generan durante las visitas, por los efectos dañinos y destructivos que le causan al menor.

[...] tenemos muchas familias que son perniciosas, que lo estamos viendo y no sabemos cómo intervenir, porque, cuando se van esas familias, no sabes el problema que causan a la menor, no sólo en el momento que es dejada sino ese fin de semana cuando tiene que reincorporarse a su familia de acogimiento. Si es que se montaban unos números cuando venía la madre de R... Es un caso de estos que nos hace aprender a todos. Y decíamos: “¿por qué es tan reacia? Si el padre y la madre están como un cencerro y ella ahí agarrada”. Pero, claro, cuando logra establecer un poco de vínculo familiar, aparece la madre, que hace un mes que no ha venido, llena de chucherías, con la cabeza loca de promesas y la niña, cuando vuelve ese fin de semana... Ahí



tuvimos que trabajar de la siguiente manera: romper las visitas con la familia biológica porque, si no, no hubiéramos conseguido... (GD2.P10).

En segundo lugar, si desde el inicio del acogimiento hay que incluir a la familia de origen porque ésta forma parte de sus raíces y de su historia; salvo en situaciones excepcionales en las que no se puede plantear durante todo el proceso por la vulnerabilidad del menor. Hay que partir de relaciones inclusivas proporcionando una plasticidad emocional y afectiva en la creación de nuevos vínculos sin borrar los anteriores. Menores que dicen:

“quiero irme con mi abuela a vivir”, que a lo mejor no es lo más adecuado la familia extensa, pero el lazo afectivo, el sentirse parte de algo... o sea, los nanos más desestructurados que he visto en mi vida en los diez años que llevo en el centro, son aquellos que no tienen lazo afectivo hacia nadie, porque no están ubicados en ningún sitio. Aquellos cuyos padres han verbalizado una y mil veces: “no te quiero” a sus hijos, “no te quiero” (GD1.P5).

Hay que destacar, en tercer lugar, la idealización y la fantasía de los/as menores en relación a la fuerza del vínculo con la familia de origen, de la que no quieren separarse, aunque hayan sido rechazados por ella tienden a idealizar a sus progenitores:

[...] y si, además, pillas a una madre fantasiosa... Yo he tenido una compañera que ha hecho una visita de seguimiento en calesa porque la madre le prometió a la niña, en su momento, que iba a ir en calesa y mi compañera hizo la visita de seguimiento en una calesa (GD2.P8).

Si durante el proceso del acogimiento los progenitores no acuden a las visitas, los y las menores acogidos no culpabilizan a sus progenitores, porque lo justifican y se lo explican desde que han sido otros (las familias acogedoras, los profesionales, etc.) los que les separaron de sus padres:

Si no hubiera estado la familia, no me habrían acogido y yo estaría con mi madre. Fue P. el que me separó de mi madre... Todos tienen la culpa menos su madre. Evidentemente todos tendemos a idealizar... (GD2.P7).

En cuarto lugar, otro de los aspectos que observan las profesionales es que aquellos chicos y chicas que no han tenido la experiencia de estar con familias tienen la necesidad de construir una familia:

Yo tenía una niña que era su objetivo, que no tenía donde agarrarse y era su obsesión: “tener novio y tener hijos” (GD2.P7).

En el mismo sentido (Cyrulnik, 2008: 273) señala, que “nada refuerza más el deseo de familia que la falta de familia, el deseo de vínculo que la ausencia de vínculo”.

Finalmente, para las profesionales es primordial en el proceso del acogimiento la construcción de la identidad del menor. La importancia de los actores (profesionales y acogedores) para colaborar sin obstaculizar, ni negar los orígenes de los/as menores acompañándoles durante sus transiciones identitarias. En palabras de las interlocutoras:

[Lo que] ahora estamos haciendo en las residencias, cuando tengo niños, que los tengo institucionalizados seis u ocho meses y se van definitivamente con una familia de acogimiento o una adopción, es preparar una cartita y fotos de su paso (GD2.P10).

Esta necesidad de los chicos y chicas de conocer sus orígenes es cuestión de tiempo, en algunos de los acogidos/as al acercarse la adolescencia o la mayoría de edad, momento en que empiezan a indagar, solos o con el acompañamiento de la familia acogedora. Según

cuenta una de las participantes, a partir del año 1987 la Conselleria de Bienestar Social ha establecido un protocolo para que los mayores de dieciocho años, que están en el sistema de protección, y así lo decidan, puedan buscar sus orígenes. Y pone como ejemplo uno de los casos, con el que durante años ella ha mantenido contacto, a través del seguimiento: un chico que, desde los tres meses de vida, ha estado acogido y, al llegar a la adolescencia, deseaba buscar a su familia biológica. Esa necesidad y derecho tiene un recorrido muy largo, que incluye las dificultades que supone cruzar todas “las puertas” por las que pasan los y las menores en el sistema de protección. A veces en soledad, por la falta de apoyo de la familia acogedora con la que ha establecido vínculos afectivos, compartido toda su vida y adquirido hábitos y valores. El testimonio de la interlocutora, que reproducimos casi íntegro, puede ser muy esclarecedor:

[...] Tuve una entrevista con un chaval de diecisiete años que lleva, desde los tres meses, con la misma familia acogedora y vino desde la entidad de seguimiento porque quería ponerle cara a la Consellería porque era su tutora. [...] Aunque es un niño con capacidades muy limitadas, tiene una historia de vida muy dura y fue allí: “¿puedes buscar a mi hermana?”. No los ha visto nunca. Yo le expliqué: “yo no tengo ningún problema, al contrario, creo que tienes que ver el expediente”. Creo que es importante que sepan su recorrido, porque muchas veces nos creamos fantasmas y cuando ves realmente... –tienes que estar preparado- Pero él decía: “el problema es que voy a estar solo porque mi familia acogedora no va a entender que quiera buscarlos”, [y te dice]: “Por favor, no se lo digas a la familia acogedora”. Claro, tú ves el proceso y dices: “este niño ha vivido que este señor y esta señora han sido sus padres, él está en acogimiento porque tiene otro hermano en acogimiento y se ven y tienen mucho contacto”. Pero, claro, plantearte a los dieciocho años que no vas a tener la ayuda de esos que han crecido contigo... Entonces dices: “el acogimiento ha sido bueno porque ha sido reparador”. En el sentido de que ha tenido una oportunidad que, con su familia, no la hubiese tenido y finalizará el acogimiento con ellos. Pero al final, a los dieciocho años, vuelve al principio: a estar solo. Si hay un acompañamiento en ese proceso el acogimiento ha tenido éxito porque se siente parte de esa familia pero, si a los dieciocho años, sabe que no va a contar con esos padres sigue sin ser parte de esa familia. Entonces eso te pesa y les pesa a ellos mucho (GD1.P2).

### **Los/as profesionales: actores que construyen capacidades resilientes en el acogimiento familiar**

En este apartado analizamos el papel de los/as profesionales como actores relevantes en el acompañamiento y seguimiento del acogimiento familiar, al ser una de las figuras que influyen en el tipo de parentalidad y vínculo social que se crea entre la infancia acogida y las familias acogedoras y que, potencialmente, generan capacidades resilientes en el proceso de socialización y de formación de la identidad del niño o niña como persona en su devenir a lo largo de su ciclo vital. El valor que le otorgan a las palabras, al facilitarle que puedan nombrar y expresar los sentimientos y las emociones sobre la vida vivida; es fundamental en el sentido que señala Cyrulnik, “que, a fuerza de actos y de palabras, inscribe su desarrollo en un medio y escribe su historia en una cultura [...], no es tanto el niño el que es resiliente como su evolución y su proceso de vertebración de su propia historia” (2007: 214).

Vamos a mostrar, en primer lugar, la importancia que tiene la función del acompañamiento de los profesionales en el proceso del acogimiento, al hacer partícipes a las familias acogedoras de su papel y relevancia en la relación con el niño o niña acogidos; sin olvidar

sus orígenes, en algunos casos, cuando aún era bebé. Aunque es comprensible la dificultad (psicológica y cultural) de los humanos para compartir fidelidades, no ser posesivos en los afectos y poder mantener una actitud de gran generosidad.

A las familias de acogida les pedimos algo esquizofrénico: “tú asúmelo como un hijo, pero al mismo tiempo no es tu hijo”. Entonces, para los procesos de integración del niño en esa familia de acogida, es: “sí, tú estás haciendo de mi padre y mi madre pero, al mismo tiempo, no soy parte de esta familia”. Tenemos críos que sí que se integran y muy bien, pero tenemos otros críos que siempre se sienten en tierra de nadie (GD1.P2).

Para el niño/a lo más importante y relevante, al inicio del proceso es establecer el vínculo emocional (los afectos y el apego), entendido como “la cualidad que asegure una vivencia emocional [...], expresada en comportamientos y discursos que consideren a cada miembro de la familia como otro legítimo en un proceso de coexistencia” (Barudy, 1998: 55), para que posteriormente puedan obtener progresos en el aprendizaje:

Ves como un niño que llega de acogimiento con algo tan tonto como que no saben lo que es la a, lo que es el color rojo, lo que es el círculo... Y en tres meses se ha puesto al día con el cole porque se han relajado, porque... Y hablo del tema escolar, que dentro de la escala puede no ser tan prioritario porque estamos hablando de un plano en el que lo que nos interesa primero es su estabilidad emocional, la parte afectiva (GD1.P3).

En segundo lugar, las profesionales señalan que la pedagogía y la confianza es el motor para crear y mantener el afecto entre los profesionales, las familias y los menores: “podemos intervenir educativamente si le damos la garantía de que, si él [menor] hace el esfuerzo, en un año estará con su abuela pero, o se lo damos en un año, o el nano dejará de hacer ese esfuerzo y acabará en Godella<sup>2</sup>” (GD1.P5).

Pero la complejidad de las situaciones y la intervención de diferentes actores lo hace a veces inviable, porque el profesional que mantiene una relación directa con el menor no siempre dispone de autonomía para poder establecer el acuerdo mutuo de confianza entre ambos. Así lo sostiene una de las interlocutoras:

Sin embargo, se prosigue el proceso con otras medidas en las que interviene la justicia con “medidas judiciales” y si no “estamos aquí todos... no lo va a soportar y la Administración (evidentemente, con razón muchas veces y otras porque no puede llegar a más) pide informes a los servicios sociales y los informes de los servicios sociales son “¿cómo va a volver con la abuela si aquello es una casa de locos?”. Será una casa de locos pero es su familia y aquí no lo podemos retener. Si se pudiera trabajar entre los profesionales y el menor “negociando con él durante un año: Normalmente ese suele ser el tiempo mínimo que intervenimos con el menor. Porque sólo si confía el menor en nosotros diciéndole que será verdad, que irá con su abuela o su familia extensa, será durante ese año cuando nos deje llegar a tener unos recursos mínimos que aprenderá, cada uno en cada caso, lo que sea: mayor fortaleza, valores sociales, lo que quiera (GD1.P5).

Un tercer elemento, es la función moral que desarrollan los y las profesionales, a través de sus capacidades para crear resiliencia, al facilitar la verbalización de los sentimientos, establecer relaciones empáticas y actitudes de comprensión de la vida de los progenitores, del menor y sus acogedores, durante el proceso de intervención -seguimiento y acompañamiento- en cada uno de los acogimientos.

.....

<sup>2</sup> Godella, hace referencia a la Colonia San Vicente Ferrer de Valencia, que es un Centro de Reeducación dependiente de la Generalitat Valenciana, ubicado en Burjassot-Godella, que atiende a menores de ambos sexos para el cumplimiento de medidas de internamiento por resolución judicial.

Muchas familias de acogida lo vivencian como si fueran ellas las que se estuvieran equivocando: “¿qué estamos haciendo mal con el niño que el niño está desplegando aquí ahora toda esta serie de problemas?”. Y les tienes que decir: “no, lo estáis haciendo tan bien con él que está teniendo la tranquilidad de mostrarse tal como es, y, entonces, como está tranquilo contigo, tiene confianza para sacar todas sus miserias” (GD1.P3).

Una niña que yo tuve en acogimiento familiar, y que tuvo dos años en la resi, que para ellos es una referencia importante, de repente entra y me dice: “¿tú te acuerdas cuando bailábamos? Porque yo he visto fotos donde tú y yo bailábamos. Y le digo: “hombre, ahora mismo, en estos momentos... no me pillas un poco bien, pero vamos a quedar tú y yo solamente para bailar”. Es decir, que para ellos sí que son importantes cosas que son muy simples [...]. Cuando están en familia pasa exactamente igual: las familias acogedoras lo que reciben son recuerdos, flashes, que de repente el niño dice: “en casa de mi abuela o en casa de mi madre se comía también sopa”. Entonces la familia acogedora dice: “sopa igual a comida, le voy a poner más”. Pero por lo que decías tú, es que son fantasmas, no, es que son sus vidas. Todos vivimos con ese tipo de fantasmas. Con ese tipo de recuerdos. Es que no tienen otros (GD2.P8).

Para las profesionales, considerarles como personas durante todo el proceso del acogimiento va a ser de vital importancia para el niño y la niña. El hecho de que hayan podido percibir y sentir, en el proceso educativo, de socialización, de individuación y de autonomía, que han sido considerado/a como sujeto y tenidas en cuenta su opiniones,

De hecho a mí me hace gracia que, cuando son adolescentes y me llegan a terapia me dicen: “¿y tú por qué me escuchas?” “¿cómo que por qué te escucho?” “Es que es la primera vez que oye alguien lo que yo tengo que decir” “Pues es fundamental, si alguien no oye lo que tú tienes que decir vamos mal”. Es una forma de expresarlo. Yo creo que sí hay mucha gente que les oye lo que tienen que decir. Pero su sensación es que no toman ningún tipo de protagonismo en las decisiones que tienen que ver con ellos (GD2.P8).

#### 4. Conclusiones y discusión

Consideramos que el testimonio de las profesionales nos ha aportado elementos empíricos y teóricos a nuestro estudio. En sus relatos encontramos un conjunto de criterios y de normas observadas y aplicadas en su práctica profesional que aparecen como constantes sobre cómo conciben el acogimiento familiar, los modelos de familias, las relaciones entre los niños y niñas y sus acogedores, las vivencias y las experiencias, su identidad (es) y lo que éstos esperan de los adultos que se vinculan con ellos.

Colegimos que, todas consideran más positivo el recurso del acogimiento familiar para los niños y niñas. Aunque sostienen que la residencia en la que han permanecido ha sido un buen asidero para los y las menores. Sin embargo, destacan que la institucionalización prolongada provoca en los niños y niñas carencias en la experiencia de saber lo que es vivir en familia, referentes relacionales y pautas de socialización.

Hay coincidencia en el discurso de las profesionales al considerar que, el acogimiento familiar es la mejor medida para la infancia en situación de desamparo por el gran enriquecimiento que supone para su vida. Sin embargo, no hay unanimidad en relación con la modalidad (familia extensa o educadora) más idónea. Algunas profesionales consideran que la opción prioritaria no debería ser la del acogimiento con la familia extensa, sobre todo con los abuelos por el modelo educativo que han llevado a cabo con sus propios hijos/as. Otras

piensan, en contraste, que sí que es apropiado porque es muy gratificante para la infancia; aunque esta modalidad tiene menos cobertura, no recibe el mismo apoyo técnico y material que el acogimiento en familia educadora, tanto en el aspecto de atención continuada y especializada como a nivel económico.

Existe un desequilibrio en el apoyo que se concede a las familias extensas, que queda de manifiesto en todas las investigaciones realizadas en España sobre el acogimiento de los/as menores con la familia propia (Sánchez, *et al.*, 2000; Del Valle y Bravo, 2003; Bernedo, 2004; Amorós y Palacio; 2004; Molero, *et al.*, 2006; Monserrat, 2006, 2008; Poyatos, 2014, entre otras).

En la modalidad de las familias acogedoras ajenas también aparecen dificultades, sobre todo, al inicio del acogimiento, por la complejidad que supone establecer el vínculo afectivo y las expectativas de cada uno (el niño/a y los miembros de la familia). Los/as menores tardan tiempo en verbalizar y hacer llegar a las familias -mediantes gestos y palabras- su agradecimiento, mientras que las familias esperan ser compensadas por su dedicación y entrega, antes de que los/as acogidos/as se lo manifiesten.

Observan un cambio en la evolución del perfil de las familias acogedoras educadoras, con relación a la motivación que origina el acogimiento de niños y niñas al pasar de familias solidarias (con hijos o sin hijos) a familias que se acomodan al no poder ser adoptantes y deciden acoger.

Plantean la necesidad de desarrollar un modelo de acogimiento profesional y/o familiar muy especializado para atender a las discapacidades psíquicas, abusos sexuales y enfermedades mentales, entre otras situaciones.

Del análisis del discurso de las profesionales podemos deducir que, las vivencias y las interacciones en el modelo de familias acogedoras conforman otras formas de familia en las que se observan la alternancia de relaciones familiares continuas y la suma de vínculos que se van generando a lo largo de la vida de la infancia acogida, y que van complementando la identidad personal: El equilibrio, la madurez, la resistencia, que logran algunos de los/as menores que han pasado por el proceso de nacer y crecer en otra/s familias. El poder diferenciar las relaciones y lazos que unen al niño/a con ambas familias, considerarles como personas y no ocultar los orígenes parecen ser la clave para lograr la resiliencia y crear la “filiación cultural”, como sostiene Cyrulnik (2008), al posibilitar el apoyo a la infancia por los actores del sistema de protección, compuesto éste por diferentes vínculos.

## 5. Propuestas innovadoras

En esta investigación contribuimos, modestamente, a la visibilización de otras formas de familia mediante los hallazgos encontrados en el análisis del testimonio de las profesionales, que están en contacto con el sistema de protección de la infancia, las familias (biológicas y las acogedoras) y su entorno social; en relación con el significado que tiene para la infancia acogida los vínculos, los afectos, la socialización, las vivencias y la identidad, tanto con su familia de origen como con la acogedora; sentimientos metabolizados durante el proceso del acogimiento en el que adquieren otro tipo de parentalidad y filiación diferente a la biológica.

Consideramos relevante para la formación y la intervención profesional tener en cuenta

los resultados de los trabajos empíricos, la investigación-acción y la práctica sobre el concepto de la *resiliencia social*; entendida como la posición que toman los/as profesionales, a través de su pericia, que va a coadyuvar en sus interacciones con los niños/as que han tenido experiencias de sufrimiento, maltrato, carencia de vínculos o éstos están muy dañados, para que así puedan combatir las situaciones de negligencia y/o abandono y poder salir fortalecidos/as de las mismas. Junto con las capacidades resilientes que logran los/as acogidos/as de su experiencia acogedora, mediante los vínculos y el apego que establecen con las familias de acogida (extensa y educadora) con el apoyo y orientación de los/as profesionales.

## 6. Bibliografía

- AMORÓS, P., y PALACIOS, J. (2004). *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza Editorial.
- BARUDY, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- y DANTAGNAN, M. (2007). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- (2011). *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil* (pp. 71-91). Barcelona: Gedisa.
- BERGER, P.L. y LUCKMANN, T. (1995). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BESTARD, J., y MARRE, D. (2004). *La adopción y el acogimiento. Presente y perspectivas*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- (2012). *Nuevas formas de familia*. En *Nuevas formas de familia (4-8)*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- BOWLBY, J. (1998). *El apego y la pérdida -I. El apego*. Barcelona: Paidós.
- BRONFENBRENNER, U. (1987) (1ª ed.). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- CANALES, M. y PEINADO, A. (1998). Los grupos de discusión. En Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (Coord.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. (pp: 287-316). Madrid: Síntesis.
- CASAS, F. (2000). Maltrato infantil: factores psicosociales de riesgo, prevención y promoción de la calidad de vida de la infancia. En Alsine, Balcells, Mª A. (eds.). *Infancia y adolescencia en riesgo social* (pp: 287-316). Lleida: Milenio.
- COMAS, D. (2012). Políticas públicas, familia e infancia. Redescubrimiento y auge de las políticas familiares en España [versión electrónica]. *Ecripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 395 (20).
- CYRULNIK, B. (2005b). *El amor que nos cura*. Barcelona: Gedisa.
- (2007a). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.
- DAVID, M. (Dir.) (2010). *Enfant, parents, famille d'accueil*. Toulouse: Érès.
- DEL VALLE, T. (2010). La articulación del parentesco y el género desde la antropología feministas. En Fons, V.; Piella, A., y Valdés, Mª (eds.) *Procreación, crianza y género* (pp: 295-

- 334). Barcelona: PPU. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.
- ESTELLÉS, A.; GARCÍA, J. y MONDAZA, G. (1999). *El acogimiento familiar en la Comunidad Valenciana. Familias educadoras doce años de experiencia en Valencia*. Generalitat Valenciana. Consellería de Bienestar Social. Dirección de Servicios Sociales. Valencia: Asociación Voluntarios Acogimiento Familiar.
- FERNÁNDEZ, E. (2009). Grandir en famille d'accueil: points de vue des enfants accueillis et de familles d'accueil. En Tillard, B. y Rurka, A. (coord.). *Du placement à la suppléance familiale. Actualité des recherches internationales* (pp: 59-74). Paris: L'Harmattan.
- GIMENO, A. (1996). La familia educadora una estructura familiar no normativa. En Millán, M. (Dir.), *Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo y sistémico*. (pp. 231-155). Valencia: Promolibro.
- GARBARINO, J., y STOTT, F. (1993). *Lo que nos pueden decir los niños*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- HOUZEL, D. (Dir.) (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse: Érès.
- JIMÉNEZ, J. M., y PALACIOS, J. (2008). *El acogimiento familiar en Andalucía. Procesos familiares, perfiles personales*. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Sevilla. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- MOLERO, R. J. (2006). *El acogimiento en familia educadora como medida de protección para el menor en situación de riesgo o desamparo*. Tesis doctoral (no publicada) Facultad de Psicología. Universitat de València.
- MONTSERRAT, C (2006). Acogimiento en familia extensa: un estudio desde la perspectiva de los acogedores, de los niños y niñas acogidos y de los profesionales que intervienen. *Intervención Psicosocial*, 15 (2), 203-221.
- POYATOS, A. (2012a): Las familias acogedoras y sus redes sociales. Un análisis comparativo del acogimiento de menores en familia extensa y educadora (ajena), desde el ámbito de los servicios sociales. Premio de investigación en Trabajo Social, en *Quince años después* (recopilatorio). *Documentos de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y Acción Social. Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga*, 465-488.
- (2014). Familias acogedoras de menores. Un análisis desde el modelo de red social. *Portularia*, XIV (1), 59-71.
- SALAZAR, C. (2004). Repensar la consanguinidad. En Bestard, J., y Marre, D. *La adopción y el acogimiento. Presente y perspectivas* (pp.313-336). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- SEGALÉN, M (2012). Una institución viva, resistente y en transformación. En *Nuevas formas de familia* (8-15). Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- VALLES, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Ed. Síntesis.
- VILLALBA, C. (2002). *Abuelas cuidadoras*. Valencia: Tirant lo Blanch.

### Referencias consultadas en la red

- BERNEDO, I. M<sup>a</sup> (TESIS) (2004). *Adolescentes acogidos por sus abuelos: relaciones familiares y problemas de conducta*. Universidad de Málaga. Recuperado el 21 de marzo de 2011, de <http://dspace.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2671/16762344.pdf?sequence=1>.
- , et al. (2009). Acogimiento en Familia Ajena y Visitas de los Menores con sus Padres Biológicos. *Escrito de Psicología*, 2 (2), 35-42. Recuperado el 10 de marzo de 2012, de <http://www.esritosdepsicologia.es/esp/numanteriores/vol2num2.html>.
- DEL VALLE, J.; LÓPEZ, M.; MONSERRAT, C., y BRAVO, A. (2008). *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Observatorio de la infancia. Ministerio de Educación. Política Social y Deporte. Documentos, nº 6. Recuperado el 6 de febrero, de 2010, de <http://www.mepsyd.es/observatoriadeinfancia/documentos/acogimientofamiliarEspaña>.
- FERRERO, C y PINAZO, S. (2003). Impacto psicosocial del acogimiento en familia extensa: el caso de los abuelos acogedores. *Mult Gerontol* 13(2) 89-101. Recuperado el 20 de julio de 2012, de [http://www.academiasos.es/web2/documentos/f2\\_g132005.pdf](http://www.academiasos.es/web2/documentos/f2_g132005.pdf).
- MONSERRAT, C. (TESIS) (2006). *Benestar i aolliment d'infants en família extensa: percepcions, avaluacions i aspiracions dels principals agents implicats*. Univesitat de Girona. Recuperado el 29 de febrero de 2012, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=7611>.
- VILLALBA, C. (n.d.). El enfoque de resiliencia en Trabajo Social (pp: 1-30). Recuperado el 14 de septiembre de 2013, de <https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/viewFile/479/472>.



## Anexos

## ANEXO I

Cuadro 1. Participantes grupos discusión profesionales (I y II)

CÓDIGO	SEXO	PROFESIÓN	NIVEL DE ESTUDIOS	ORGANIZACIÓN LABORAL
GD1.P1	mujer	Trabajadora social	universitario	servicios sociales
GD1.P2	mujer	Trabajadora social	universitario	servicio menor y familia
GD1.P3	mujer	Trabajadora social	universitario	asociación acogimiento familiar
GD1.P4	mujer	Trabajadora social	universitario	servicio pedagógico escolar
GD1.P5	mujer	Psicóloga	universitario	centro de acogida de menores
GD1.P6	mujer	Trabajadora social	universitario	punto encuentro familiar (PEF)
GD2.P7	mujer	Trabajadora social	universitario	servicio menor y familia
GD2.P8	mujer	Psicóloga	universitario	asociación acogimiento familiar/residencia infantil
GD2.P9	mujer	Psicóloga	universitario	servicio pedagógico escolar
GD2.P10	mujer	Educadora	universitario	centro residencial acogida de menores
GD2.P11	mujer	Educadora	universitario	SEAFI
GD2.P12	mujer	Trabajadora social	universitario	PEF
GD2.P13	mujer	Trabajadora social	universitario	Juzgados de Familia

## ANEXO II

### **Guión entrevista grupos discusión profesionales**

El motivo de la entrevista en grupo es conocer vuestra visión, vuestra mirada, sobre todo, teniendo en cuenta vuestra experiencia desde cada uno de los ámbitos de intervención, para que señaléis las fortalezas y las debilidades del sistema de protección a la infancia acogida en familia extensa y educadora, a lo largo de los años de la creación del recurso; y considerando el tiempo de funcionamiento del servicio y de trabajo como profesionales en el mismo.

Os lanzo algunas cuestiones para iniciar la conversación:

¿Qué modelo (educativo, socio-cultural, relacional, edad del acogimiento...) de acogimiento familiar es más positivo para los menores?

¿Cuáles son las dificultades para que los menores retornen con sus progenitores?

¿Qué papel, influencia tiene la familia biológica en el proceso del acogimiento?

¿Cómo responde el entorno del menor (escuela, iguales...) al conocer su situación?

¿Cuál es la red de apoyo formal e informal de las familias acogedoras y las progenitoras?

¿Cómo viven, perciben el acogimiento los niños/as y los progenitores?

¿Qué creéis que opinan los menores de su situación?

¿Cómo se desarrolla la coordinación inter-centros/servicios?

¿Qué modalidad recibe más atención?

¿Hay establecidos procedimientos de retroalimentación y coordinación entre todos los sistemas que intervienen?

¿En los programas de actuación se incluyen las evaluaciones de los programas y se presentan informes periódicos?

¿Qué papel juegan las mujeres en el sistema de protección y en el acogimiento familia?

## **Proyecto de información y acompañamiento sobre derechos administrativos a solicitantes de renta mínima de inserción**

**Ana Llarena Conde**

Trabajadora Social del Excmo. Ayuntamiento de Madrid. Distrito Centro. Oficina de Intermediación Hipotecaria

**Begoña García Santiago**

Trabajadora Social del Excmo. Ayuntamiento de Madrid. Distrito Centro. Centro de SS. SS. Puerta de Toledo

### **Resumen**

La experiencia que presentamos es el resultado del desarrollo de una intervención grupal implementada en el centro de servicios sociales “Puerta de Toledo” del Ayuntamiento de Madrid (distrito centro), de su posterior evaluación y análisis de resultados, y de la instrumentalización de los mismos.

La acción se realiza ante la dificultad en el acceso de la ciudadanía a la Renta Mínima de Inserción (en adelante R.M.I.), que las trabajadoras sociales observamos en nuestra práctica diaria.

Por ello, ciudadanía y profesionales realizamos una experiencia conjunta en la que buscamos estrategias para hacer efectivo el ejercicio de derechos sociales legalmente reconocidos, así como promover la capacidad para su reclamación.

Este proyecto nace desde la creencia y la constatación de la necesidad de que las trabajadoras sociales de atención primaria no seamos meras espectadoras ante lo que ocurre en nuestros despachos y nos vinculemos a una práctica profesional que tenga incidencia en las situaciones ante las que el sistema de protección no ejerce, o ejerce de forma irregular, esta función.

### **Palabras claves**

Renta Mínima de Inserción, recurso de alzada, atención social primaria, compromiso sociopolítico, derechos sociales, movilización, ciudadanía.

### **Abstract**

The experience presented herewith is the result of a teamed intervention, held at the “Puerta de Toledo” social services center in the city of Madrid (central district). The results of this experience are evaluated and analysed and the corrective measures which were taken are presented.

This action was held in response to the observed difficulty in the access to the Minimum Insertion Income (R.M.I). Citizens and social workers jointly intervened in finding strategies in order to expedite the access to their legally recognized social rights, and to promote ability to file claims.

The project stems from the belief and confirmation that primary care social workers cannot be mere spectators to what is happening in our offices. We need to be devoted to a professional practice that has to have an actual impact on the situations in which the care system does not exert, or does it irregularly, its protective function.

### Keywords

Minimum Insertion Income, appeal procedure, primary social care, sociopolitical commitment, social rights, mobilization, citizenship.

## 1. Introducción

La crisis económica ha erosionado el modelo de bienestar social existente en España asentado en las teorías keynesianas del siglo XX. El principal sistema público de protección descansa en la seguridad social, sostenido por las rentas del trabajo que se retraen para dar cobertura a prestaciones en situaciones en las que las personas no pueden trabajar, bien sea por edad, enfermedad incapacitante para el trabajo - temporal o permanente – bien por desempleo, en un régimen contributivo.

De forma paralela, el sistema de redistribución de la renta también provee de ingresos al Estado para poder dar respuesta, en determinadas circunstancias, a estas situaciones desde un régimen asistencial.

Ambos regímenes – asistencial y contributivo -tienen un carácter temporal.

Las comunidades autónomas han legislado sistemas de rentas mínimas que protejan a la ciudadanía carente de rentas suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

“Las personas que no tienen ingresos, que no han trabajado nunca o que han agotado las prestaciones por desempleo, tanto contributivas como no contributivas, pueden acogerse, si cumplen con sus requisitos, a los sistemas de rentas mínimas que funcionan en todas las comunidades autónomas de España. A diferencia de lo que sucede en otros países, estos sistemas de apoyo no son compatibles. (Graciela Malgesini Rey, 2014: 18-19)

De las rentas mínimas se deducen los ingresos que pueda tener la familia por trabajos a tiempo parcial y otros ingresos de los que disponga, por ejemplo las pensiones de alimentos de los hijos/as, la prestación económica por cuidados en el entorno familiar de la Ley de Dependencia, e incluso los ofrecimientos económicos de personas cercanas y familiares para poder sobrevivir.

Ambos sistemas no están conectados, de tal manera que las personas que tienen que migrar de uno a otro tienden a estar sin protección social durante el periodo de transición. Asimismo, en los últimos años, en algunas comunidades autónomas hemos asistido a un endurecimiento legislativo de estas prestaciones y/o de los requisitos de acceso, así como a una interpretación de estos últimos restrictiva, cuando no tendenciosa. (Ver Anexo).

Día a día, las trabajadoras sociales de atención social primaria hemos ido viendo cómo, uno de los instrumentos necesarios para luchar contra la precariedad vital, y con ello contra la exclusión, se ha ido deformando y alejándose del espíritu de la ley que lo sustenta. Esta es la realidad que nos encontramos en los centros de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid, con plazos de espera de hasta 18 meses en algunos momentos desde la

solicitud de R.M.I. hasta la resolución de la misma.

La tardanza en la resolución de las solicitudes de R.M.I. no sólo elimina la posibilidad de tener unos ingresos económicos para la atención de las necesidades básicas de las familias (o, al menos, parte de esas necesidades a tenor de la cuantía en Madrid) sino que también imposibilita el acceso a las medidas de inserción que la ley recoge y a otras medidas sociales que en la Comunidad de Madrid están vinculadas a dicha prestación. tales como:

- Exención de aportación farmacéutica, según el real decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (Boletín oficial del estado. 24 de abril de 2012)
- Exención del abono de la cuota de escolaridad y, en su caso, la del horario ampliado, según orden 1127/2014 (Boletín oficial de la Comunidad de Madrid de 10 de abril), e Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria (23 de junio de 2014), relativas al establecimiento de cuotas en escuelas infantiles y casas de niños
- Coste de 1 euro el menú diario durante el curso escolar 2014/2015 en los centros docentes públicos no universitarios de la Comunidad de Madrid a los beneficiarios de R.M.I. Según orden 2585/2014, de 12 de agosto, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte
- Contratación de electricidad para consumidores vulnerables (Real decreto 216/2014, de 28 de marzo)
- Bonificación de la factura por consumo de agua en el Canal de Isabel II

La experiencia que a continuación se desarrolla tiene su justificación como proyecto dirigido a la ciudadanía. Busca el logro de unos objetivos y para su consecución se instrumentaliza una acción.

El proyecto se asienta en la práctica basada en la evidencia. Este modelo teórico permite basar la práctica profesional en intervenciones que suponen la prestación de mejores servicios con un uso racional de los recursos. Integra de forma creativa el cuerpo teórico del trabajo social con la práctica profesional. Cuatro son los elementos que aglutinan este tipo de práctica: investigación, experiencia profesional, expectativas de la ciudadanía y recursos disponibles (Pereñíguez, 2012:22-40)

Pero a su vez este proyecto es un claro ejemplo de por qué es necesario el trabajo en red y las conexiones personales y laborales. Es un proyecto que nació de la motivación personal de sus autoras, asimismo se alimentó de las conversaciones con compañeras, de los deseos mutuos por una sociedad más justa y de la conciencia de que nuestra práctica profesional ha de superar el mero desarrollo aséptico y profesional de programas y proyectos para elevarse a una opción de lucha sociopolítica.

Motivación alimentada además por nuestra participación en el Foro ServSocial Madrid.

## 2. Presentación del proyecto

A los poderes públicos les corresponde constitucionalmente (art. 9.2 Constitución Española) promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas, y remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud.

Así se establece, por otra parte, en distintos instrumentos jurídicos internacionales, entre otros, el artículo 34 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, al reconocer a la ciudadanía el derecho a un apoyo social para combatir la exclusión social y la pobreza, con el fin de garantizarles una existencia digna. Especial mención debe hacerse al artículo 137 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, según la redacción dada al mismo por el Tratado de Niza; en él se configura expresamente la lucha contra la exclusión social como uno de los ámbitos de actuación de la Comunidad Europea.

Desde esta fundamentación legal y normativa, los servicios sociales y la política social están obligados a fomentar medidas de lucha contra la desigualdad y la exclusión que contribuyan a mantener el estado de bienestar.

La Ley 11/2003, de 27 de marzo de servicios sociales de la Comunidad de Madrid “garantiza el desarrollo de la acción social mediante un sistema público de servicios sociales destinado a contribuir al bienestar social mediante la prevención, eliminación o tratamiento de las causas que impidan o dificulten el pleno desarrollo de los individuos o de los grupos en que los mismos se integran.

Siguiendo el mismo texto, un instrumento para ello son las prestaciones técnicas, materiales y económicas. Una de estas prestaciones en la Comunidad de Madrid es la establecida en la Ley 15/2001 de **Renta Mínima de Inserción** que garantiza el derecho a disponer de medios para hacer frente a las necesidades básicas de la vida, -haciéndolo efectivo mediante el establecimiento de una prestación económica -cuando no puedan obtenerlos del empleo o de regímenes de protección social, y el derecho a recibir apoyos personalizados para su inserción laboral y social, como así se recoge en la exposición de motivos de la referida norma.

Tal y como establece el texto legislativo y su posterior reglamento, los servicios sociales de atención primaria tenemos un papel fundamental en el proceso de información, instrucción y seguimiento de esta prestación.

En la Comunidad de Madrid, en un contexto social de crisis económica prolongada y con una tasa de desempleo del 23,7% (EPA diciembre 2014), las solicitudes de R.M.I. se han multiplicado exponencialmente en los últimos años, sin que las administraciones competentes hayan articulado mecanismos para dar respuesta adecuada y efectiva a esta demanda.

A principios de 2014, las resoluciones de las peticiones de R.M.I. superaban, con creces, los plazos establecidos por la ley, estando, a fecha de comienzo del proyecto, en una media de unos 14 meses.

El artículo 20 de la citada ley (desarrollado en el artículo 24 del antiguo decreto de RMI, modificado por el 126/2014 de 20 de noviembre) establece que, en el **plazo máximo de tres meses** desde la entrada del expediente en la consejería competente en materia de servicios sociales, **debe dictarse resolución** de concesión o denegación de la R.M.I. Dicho artículo establece a su vez que, si transcurrido este plazo no se hubiera producido resolución

expresa, se entenderá denegada la solicitud.

Si tenemos en cuenta que esta prestación económica es la última de las prestaciones económicas a la que puede acceder una persona para garantizar la cobertura de sus necesidades básicas y que, además, la aprobación de la solicitud permite el acceso a otros apoyos ya mencionados anteriormente, la no resolución de los expedientes en el plazo establecido por la ley, su no cumplimiento, produce en la ciudadanía una indefensión o perjuicio irreparable a derechos e intereses legítimos abocando a muchas personas y/o familias a una situación de vulnerabilidad y exclusión con importantes repercusiones en todas las áreas de su vida.

A su vez, el artículo 21 norma que, contra las resoluciones se podrán interponer cuantos recursos administrativos y jurisdiccionales se contemplen en la legislación vigente.

Con objeto de proteger a las personas de posibles prácticas perniciosas de la administración y de la inoperatividad de ésta que, conllevarían, como se ha dicho, a la denegación de la petición, el artículo 43 de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo (en adelante LRJAP) común regula los medios para solventarla.

Este artículo se refiere al silencio administrativo en procedimientos iniciados a solicitud del interesado y en su punto 1 expresa textualmente

*“En los procedimientos iniciados a solicitud del interesado, sin perjuicio de la resolución que la administración debe dictar en la forma prevista en el apartado 3 de este artículo, el vencimiento del plazo máximo sin haberse notificado resolución expresa legitima al interesado o interesados que hubieran deducido la solicitud para entenderla estimada por silencio administrativo, excepto en los supuestos en los que una norma con rango de ley por razones imperiosas de interés general o una norma de derecho comunitario establezcan lo contrario...”*

Añade, y he aquí lo que ahora realmente nos compete:

*“No obstante, cuando el recurso de alzada se haya interpuesto contra la desestimación por silencio administrativo de una solicitud por el transcurso del plazo, se entenderá estimado el mismo, si llegado el plazo de resolución, el órgano administrativo competente no dictase resolución expresa sobre el mismo.”*

Del anterior precepto y, para ser más exacto, de su último párrafo, se deduce claramente que para que opere el doble silencio administrativo se requiere, exclusivamente y sea cual fuere el objeto instado, un doble requisito:

- Que el administrado haya formulado una solicitud ante un órgano administrativo y éste no haya emitido resolución en el plazo legalmente establecido al efecto;
- Que contra dicho acto presunto, que no pone fin a la vía administrativa -art. 109 LRJAP-, se interponga un recurso de alzada, y que tampoco haya sido resuelto en tres meses a contar desde que el mismo tiene entrada en el registro del órgano competente para decidir.

En el recurso de alzada, como instrumento de actuación, es donde se sustenta la práctica de esta experiencia.

La inquietud por la indefensión de la ciudadanía nos hace pasar de la queja informal (en la que a veces estamos instalados en servicios sociales) a las conversaciones entre profesionales en espacios de reflexión y a la consulta con profesionales del ámbito jurídico.

En el año 2014, hasta el 3/6/2014, se habían instruido en este centro de sociales de Madrid 81 expedientes, de los cuales deberían estar ya resueltos y no lo estaban a fechas de realización de los grupos informativos (+, - 15 días) 56 expedientes. (Expedientes a resolver entre 1/1/2014 y 15/4/2014).

Este proyecto nació, como ya se ha mencionado, desde la creencia que las trabajadoras sociales además de realizar nuestra competencia en la información e instrucción de estos expedientes, tenemos la responsabilidad de ser un apoyo que posibilite el ejercicio efectivo de los derechos de la ciudadanía, así como promover la capacidad de reclamarlos.

### 3. Desarrollo de los aspectos del tema

#### 3.1. Objetivos

Aunque, como hemos dicho, la propia ley de R.M.I. establece que el tiempo de resolución tras la entrada de la solicitud en la Consejería de Asuntos Sociales ha de ser de tres meses, éste es un plazo que raramente se ha cumplido desde su aprobación en 2003.

Por desgracia, la situación de crisis de los últimos años ha llevado a que muchas personas de la Comunidad de Madrid hayan tenido que acudir a solicitar esta prestación. El incremento previsible de las solicitudes no ha conllevado que se articularan recursos para dar respuesta a los mismos y los plazos de resolución.

El uso del recurso de alzada en este proyecto tenía como objeto facilitar que se acortaran estos plazos.

También se pretendía generar un proceso pedagógico que promoviera en la ciudadanía una actitud activa ante la lucha por sus derechos sociales superando la demanda de ayuda a sus necesidades como única vía de acceso a los mismos.

Buscábamos además, ofrecer datos objetivos sobre el ejercicio de una praxis profesional que acerque a la ciudadanía al reclamo y concesión de sus derechos sociales.

De cómo el campo burocrático regula el acceso a los derechos y la necesidad de una práctica profesional frente a actuaciones no protectoras de la Administración ha sido descrita por los autores Avila, D y García, S en el texto Solicitar, subsanar, denegar... La burocracia de los de abajo localizado en Burorrepresión: Sanción Administrativa y control social (págs. 119-150).

Un tercer eje (que no planificamos inicialmente) fue la difusión de los resultados a las responsables técnicas y políticos de las administraciones implicadas en el proceso de R.M.I.

#### **Objetivo general:**

- Asegurar el acceso a la resolución de R.M.I. en los tiempos establecidos legalmente como forma de garantizar la cobertura de las necesidades básicas de las personas y/o familias solicitantes.



### Objetivos específicos

- Dar a conocer a la ciudadanía que ha solicitado R.M.I. en el año 2014 los distintos mecanismos existentes en el estado de derecho para obtener resolución del mismo.
- Favorecer el acceso y el conocimiento de sus derechos en relación a la administración.
- Promover el empoderamiento de las personas participantes.
- Generar espacios de encuentro e intercambio entre personas en situaciones similares.

### 3.2. Metodología

Se articulan dos formas diferentes de acción:

Una de ellas, de carácter individual, consistió en una o varias entrevistas del solicitante con la trabajadora social de referencia.

La decisión de que fueran informados en entrevista individual, derivaba de características personales que dificultaban que pudieran adquirir conocimiento en un contexto informativo grupal o que, por las fechas de desarrollo de los grupos, no era posible incluirles en los mismos. En ellas se daba el mismo contenido que en el trabajo grupal.

Otra, de carácter grupal por la creencia que, como señaló Gisela Konopka (1963, p.29) el trabajo social de grupos es un “método de trabajo social que ayuda a los individuos a elevar su funcionamiento social por medio de intencionadas experiencias de grupo y a afrontar con más efectivo éxito sus problemas personales, grupales o comunitarios” y que, además, en esta metodología ofrece una serie de ventajas (Rossell, 2014):

- Se permite contrarrestar los efectos de una dinámica social que promueve el individualismo y el aislamiento.
- Se contribuye a generar conciencia del fenómeno de la desigualdad como problema estructural y global, no como un fenómeno individual y aislado.
- Con el trabajo grupal favorecíamos la identidad y conciencia colectiva.
- Permite que la información dada por la trabajadora social llegue a mayor número de personas.

De este modo se conformaron 4 grupos informativos de una sesión, dejando que en el último de ellos se incorporaran las personas que, por el motivo que fuera, no pudieron acudir al grupo al que se les había citado.

En cada uno de los grupos se procuró la siguiente información:

Información general de R.M.I. (requisitos, comunicación de modificación de requisitos, el Programa individual de atención - P.I.I -)

- ✓ El procedimiento de tramitación de R.M.I.
- ✓ Obligación de la administración en responder, plazos...
- ✓ El recurso de alzada como instrumento de comunicación contra las resoluciones
- ✓ La figura de la Defensora del Pueblo.
- ✓ Las quejas ante la administración

✓ La ciudadanía como protagonista

Además de la información verbal, cada participante contó con una carpeta individualizada en la que quedaba reflejado el nombre de la persona (solicitante R.M.I.), fecha de entrada de la solicitud de RMI en la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid , y las fechas de inicio y fin para poder presentar recurso de alzada. Esta carpeta contenía;

- Fotocopia de la solicitud registrada de RMI.
- Plantilla de recurso de alzada
- Plantilla de queja a la Defensora del Pueblo
- Plantilla de reclamaciones de la Comunidad de Madrid
- “Anexo I de la solicitud de R.M.I. sobre autorización para acceder a datos administrativos.”

### 3.3. Desarrollo y Evaluación.

#### 3.3.1. Desarrollo

El proyecto se inicia con 81 personas de las que existía constancia en el centro de servicios sociales que habían solicitado R.M.I. entre el 1 de enero de 2014 y el 23 de junio de 2014.

La población diana que se elige como sujetos de la acción del proyecto, 61 personas, será la que recibe información en uno de los 4 grupos desarrollados o individualmente sobre la posibilidad de presentar recurso de alzada.

Las 20 personas restantes no se incluyen en el ámbito de acción del mismo convirtiéndose, de este modo, en un grupo control que sirve para hacer una comparación intergrupos.

Según se inicia el proyecto se detectan 4 personas que dejan de ser susceptibles de participar (traslados, fallecimientos...)

Finalmente , cuando se comienzan a ejecutar las acciones:

- ✓ Existe una población que ha presentado solicitud R.M.I. de 77
- ✓ una población diana de 57
- ✓ y un grupo control de 20

Sobre el modelo de intervención que sustenta esta experiencia, optamos, como no podía ser de otra manera, por el **modelo ecológico/sistémico**, por su visión holística y global, así como por su carácter psicopedagógico. (Germanin y Gitterman 1980)

Desde el modelo ecológico se plantea que el estudio del desarrollo humano debe dirigirse, entre otras cosas, a atribuir sentido a las experiencias de autoayuda y ayuda mutua (Germain 1990:139), por lo que pretendíamos configurar un grupo informativo de apoyo mutuo.

### 3.3.2. Evaluación

En este título se muestra, en primer lugar, una evaluación del diseño del proyecto, diferenciando las actuaciones vinculadas a la información de forma grupal de las individualizadas a la ciudadanía, y posteriormente una evaluación de los resultados.

En una segunda parte presentaremos los datos resultantes de tres situaciones:

- ✓ Personas informadas (individual o grupalmente) que presentan recurso de alzada.
- ✓ Personas informadas que no presentan recurso de alzada.
- ✓ Grupo de control.

Reseñar que, aunque se informaba sobre la naturaleza y el cómo se presentar un recurso de alzada, una queja a la Defensora del Pueblo y una queja ante la Consejería de Asuntos Sociales, sólo se han recogido y analizado datos en relación a los recursos de alzada .

Esto se debe a que se contaba con un instrumento fiable para la recogida de datos, como es el programa informático de rminweb (programa informático de la Comunidad de Madrid a través del cual los servicios sociales de atención primaria podemos consultar los expedientes solicitados) ya que el recurso de alzada, por ley, tiene efectos directos sobre la resolución de los expedientes, hecho que no ocurre con el resto de las acciones propuestas.

En relación a la **evaluación del diseño** del proyecto señalar que:

- ✓ Se han realizado el 100% de las acciones grupales planificadas. De este modo se llevaron a cabo las 4 sesiones grupales.
- ✓ A estas sesiones grupales finalmente acuden un 82,92% de las personas convocadas.
  - o No se ha recogido de forma sistematizada los motivos por los que algunas de las personas no acuden, si bien algunas informan que en el momento y en las fechas que se les convocan, se encuentran en situación de alta laboral.
- ✓ De las personas que estaban previstas informar individualmente por su trabajadora social un 81.25% reciben dicha información.
  - o El motivo de no llegar al 100% de las personas previstas, proviene de un error de comunicación interna entre el equipo de trabajadoras sociales, las responsables del proyecto y la unidad administrativa. Esta falta de coordinación provoca que tres personas no fueran citadas según lo planificado.

El **porcentaje medio** de asistencia de **personas** convocadas y por tanto **informadas** sobre la posibilidad y la forma de establecer recurso de alzada ante el silencio administrativo existente a su solicitud de R.M.I., es del **82,01%**.

A la hora de desarrollar las acciones implantadas en el diseño del proyecto cabe destacar que, en cuanto a los grupos, se elaboró un material en power point que sustentaba, de forma gráfica, la información que se daba en dichos grupos. Así mismo se preparó la carpeta individualizada ya mencionada.

A lo largo del desarrollo de las 4 sesiones grupales no fue necesario realizar ningún cam-

bio del material elaborado previamente, si bien se incorporó, en la información verbal que se ofrecía, los temores a realizar las acciones propuestas, que las personas participantes de grupos anteriores expresaban.

Tras la realización de cada grupo se registró la información en Civis (programa informático de atención social primaria del Ayuntamiento de Madrid) y se facilitó a las trabajadoras sociales de referencia información sobre la asistencia o no al grupo y otras especificidades individuales, que hubieran salido durante el desarrollo del grupo

El cronograma fue cumplido tal y como fue planificado y se valoró muy positivamente haber previsto que en el último grupo se pudieran incorporar las personas que tenían dificultades en las fechas que tenían previamente asignadas.

La labor realizada por la unidad administrativa a la hora de contactar con las personas participantes y darles respuesta rápida cuando comunicaban que no podían acudir en la fecha que se les proponía, ha permitido el cumplimiento de los plazos previstos en el diseño del proyecto.

En cuanto a la información individual, la unidad administrativa daba cita a las personas indicadas con su trabajadora social de zona.

En estas citas individuales se les informaba también sobre el recurso de alzada, queja a la Defensora del Pueblo y reclamación ante la Comunidad de Madrid y se ofrecía a cada persona plantillas para poder presentar cada uno de ellos.

Durante la fase de desarrollo del proyecto, se detecta que la Comunidad de Madrid comienza a aplicar de forma estricta el plazo de 10 días en los requerimientos de documentación en la fase de valoración en aquellas solicitudes que han presentado recurso de alzada.

A través de estos requerimientos se busca completar documentación para una valoración más completa, que, en ocasiones, se convierte en una práctica en la que se solicita documentación ya presentada o que no está marcada ni en la ley ni en el decreto de desarrollo, o se solicita de una manera incomprensible para las personas solicitantes y en ocasiones para los técnicos (ver ejemplo en anexo 2)

Este hecho obligó a introducir algún cambio organizativo para apoyar en este proceso a las personas solicitantes.

La coincidencia a su vez con el periodo estival y, por tanto, con la ausencia por vacaciones de la trabajadora social de referencia llevó a que, en estos casos de requerimiento, se actuara del siguiente modo:

- Entrada de la persona solicitante en el centro de servicios sociales con la carta de requerimiento
- Atención por parte de auxiliares de servicios sociales quienes orientaban sobre la documentación a conseguir.
- Cita en el plazo máximo de dos días (o en el momento, si así lo determinaban) con su trabajadora social de zona y, en el caso de estar éste ausente, con alguno de las trabajadoras sociales que voluntariamente se prestaran para atender dichas solicitudes fuera de cita.
- Que la persona solicitante presentara la documentación en el registro de la Consejería de Asuntos sociales de la Comunidad de Madrid

- Revisión diaria en reinweb de cara a tener información de la documentación requerida lo antes posible y así contar con mayor margen de tiempo, facilitando esta información a las trabajadoras sociales de referencia y a cada solicitante.

Respecto a la **evaluación del proyecto**, destacar que durante su desarrollo hubo una evaluación continua, que permitió diseñar acciones como las ya mencionadas, y se hizo también una evaluación final.

El no haberse previsto ni espacios, ni tiempos en la agenda de trabajo para la realización de ninguna de estas evaluaciones, ha supuesto que se haya hecho durante el tiempo privado de los profesionales o en espacios agendados para coordinación, gestión, etc de atenciones individuales

A pesar de la eficiencia demostrada de esta evaluación continua, el grado de incertidumbre, tensión personal y profesional podría haberse reducido de haber estado planificado.

#### En cuanto a la **Evaluación de resultados**

De las 57 personas previstas como población diana, son informadas 47, de las cuales 27 presentan recurso de alzada. Esto supone un **57.45% de eficacia en la información facilitada**.

El porcentaje de recursos no presentados puede parecer elevado, pero conocer las causas de no interposición del mismo nos ayuda a entenderlo:

- Algunas personas superan umbral de ingresos económicos en fecha de la interposición ( fundamentalmente a través de actividad laboral)
- Existen expedientes tramitados como urgentes, con su correspondiente informe social, a los que se les aconseja no presentar recurso.
- Personas que se trasladan de municipio.
- Pérdida de requisitos en el periodo durante el que se puede presentar recurso de alzada.

#### **Grupo de Personas informadas que han presentado recurso**

En cuanto a los **RECURSOS PRESENTADOS**, el **100 % han sido resueltos** a fecha de 19 de agosto de 2015.

Según el tipo de resoluciones, nos encontramos:

	Concedidos	Denegados	Archivados
19/8/2015	67 %	15%	18%

El **tiempo medio transcurrido** entre la entrada de la solicitud R.M.I. en la Consejería de Asuntos Sociales y su resolución, tras presentar estos recursos de alzada es de **219.15** días

Dentro de esta media es necesario precisar que el plazo legal para interponer el recurso es de 90 días y que, por lo tanto, hay importantes variaciones en el tiempo de resolución en función de si dicho recurso se presenta el primer día, o se presenta el último.

Reseñar que Comunidad de Madrid ha resuelto los recursos de alzada transcurrida una media de **72.47** días desde su interposición, lo que hemos de considerar positivo pues la norma establece plazo de hasta 90 días para resolverlos.

### Grupo Personas informadas que NO han presentado recurso

Existen 20 personas que aún siendo informadas y orientadas decidieron no presentar recurso de alzada. En este caso también están resueltos el 100% aunque cuando se realizó una valoración previa en febrero sólo un 35% de los expedientes estaban resueltos (siete expedientes)

En las resoluciones de estos expedientes encontramos:

	Concedidos	Denegados	Archivados
19/8/2015	50 %	25%	25%

El tiempo medio de resolución de estos expedientes es de 322.15 días, pero es necesario señalar que, de estos expedientes, 4 han sido resueltos a través de realización de Informe de urgencia de la trabajadora social de referencia (3 concedidos y 1 archivo) y el tiempo medio de resolución en ellos es de 160.75 días

### Grupo Control, personas no informadas

Por último en relación con el grupo de control, en febrero de 2015 sólo se había resuelto el 25% de las solicitudes. En agosto del mismo año están resueltas el total de ellas, pero el tiempo medio transcurrido entre la presentación de la solicitud y la resolución de la misma es de 355.5 días, es decir un 62% más que en los casos que se informó y se presentó recurso de alzada.

Por tipo de resolución en este grupo control, encontramos

	Concedidos	Denegados	Archivados
19/8/2015	15 %	35%	50%

Estos datos reflejan que el número de expedientes resueltos favorablemente es muy bajo.

Estos datos fueron difundidos en nuestro centro de trabajo, en el resto de centros de servicios sociales del municipio de Madrid y finalmente se tomó la decisión de remitirlo a las técnicas y políticas del Ayuntamiento y de Comunidad de Madrid con responsabilidad en la gestión de esta prestación, queriendo visibilizar de forma objetiva las malas praxis de la administración y desde la convicción de la incidencia política de nuestra praxis social.

Tras estas actuaciones hemos vistos ciertas variaciones en relación a la gestión, resolución y visión política de la R.M.I. De este modo,

- Numerosas compañeras del Ayuntamiento de Madrid y de otros centros de servicios sociales de la comunidad nos han informado que han incorporado la presentación de recurso de alzada tras tres meses sin respuesta de la comunidad autónoma,
- En el “acuerdo de investidura entre Partido Popular y Ciudadanos en la Comunidad de Madrid del 19/6/2015” se refleja textualmente en el punto 71 “**Agilizar los plazos de tramitación de la Renta Mínima de Inserción** en la Comunidad de Madrid, para que en ningún caso supere los tres meses, garantizando el derecho a la prestación con la dotación presupuestaria necesaria.”
- Se ha reducido considerablemente el tiempo de tramitación y resolución de los expe-

dientes de R.M.I., etc.

- La Defensora del Pueblo, D<sup>a</sup> Soledad Becerril, ha realizado una “Recomendación” al respecto a la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid (ver anexo), además de haber formulado varios expedientes

Lógicamente, en esta **evaluación del impacto**, no podemos achacar esto al proyecto realizado ni a las actuaciones posteriores, aunque sería erróneo también pensar que no hayan aportado su “granito de arena”

## 4. Conclusiones

### CUADRO RESUMEN

	Concedidas	Denegadas	Archivadas	Tiempo medio a resolución
Informados presentan recurso	67 %	15%	18%	219.15 días
Informados no presentan recurso	50 %	25%	25%	322.15 días
No participan en proyecto	15 %	35%	50%	355.5 días
Comunidad de Madrid 2013	35.55%	33.6%	30.9%	No publican

Observando esta tabla resumen, cuando se presenta recurso de alzada con acompañamiento profesional, se pueden concluir dos cosas:

- 1.- Se reduce ostensiblemente el tiempo de espera para resolver una solicitud
- 2.- Aumenta sustancialmente el número de expedientes concedidos

Como no puede ser de otra forma, con el paso del tiempo, todas las solicitudes presentadas han sido resueltas.

Con todo, podemos observar que en **aquellos expedientes en los que se hace uso del instrumento legal de recurso de alzada** el tiempo medio de días transcurridos desde la solicitud hasta su resolución es de 219, 15 días, casi **4 meses y medio menos** que en aquellas personas pertenecientes al grupo sin conocimiento de esta vía (355,5 días).

*La existencia de esta medida, protectora para el administrado, conlleva de forma directa que la **administración agilice la función que tiene asignada, siendo en este caso resolver el derecho a las prestaciones reconocidas en la R.M.I.** a pesar de continuar incumpliendo el plazo legalmente establecido para su determinación.*

Los resultados obtenidos informan de algo que la ley exige. La presentación del recurso de alzada influye por tanto, en el tiempo transcurrido entre la solicitud y su resolución, **pero por su naturaleza no debería afectar al tipo de resolución**, sin embargo los datos también muestran diferencias muy significativas.

Los resultados muestran que el porcentaje de solicitudes aprobadas positivamente para

el interesado varían. El 69 % de las personas que presentaron recurso de alzada tras recibir la información vieron aprobada su pretensión, mientras que sólo se aprobaron el 15 % de las solicitudes de las personas que no participaron en el proyecto.

Este dato también muestra una diferencia significativa respecto a los datos plasmados por la Comunidad de Madrid (Consejería de Asuntos Sociales, 2013), en el “Balance 2013 de la R.M.I. de la Comunidad de Madrid” y que afirman que fueron concedidas el 33.55%. Mientras que en el grupo objeto de estudio los archivados son el 18 %, en los datos de 2013 de la Comunidad de Madrid se archivan el 30.9%. Igualmente, los expedientes denegados a los que se les resuelve tras presentar recurso de alzada sólo son el 15%, estando la media de denegados en la Comunidad de Madrid en el año 2013 en 33.6 %.

El archivo de un expediente puede entenderse como un cierre en falso – ni se concede ni se deniega – por imposibilidad de la administración para comprobar los requisitos, por causas achacables a las personas solicitantes.

Así pues, un resultado no esperado de este proyecto ha sido constatar que el tipo de resolución que dicta la administración tiene algún tipo de relación con el tiempo que tarda en resolverlo y, tal vez, con la existencia de recursos de alzada, que no olvidemos, exige solventar en un tiempo marcado.

El proyecto desarrollado no permite establecer relaciones causales, pero las autoras que lo suscriben sí aventuran ciertas causas, que bien podrían convertirse en hipótesis a refutar en futuras investigaciones:

- Seguimiento mucho más continuado de los expedientes tramitados por parte de las trabajadoras sociales de zona.
- Este seguimiento hace que se intervenga sobre los requerimientos de documentación de Comunidad de Madrid en los que se solicita documentación reiterada o no establecida legalmente como necesaria para valorar un expediente
- Mayor implicación de las auxiliares de servicios sociales en el seguimiento de los requerimientos.

## 5. Propuestas

Valoramos de forma favorable la realización de esta experiencia ya que ha supuesto el acceso a un derecho subjetivo de la ciudadanía en un periodo más reducido de tiempo y se ha incrementado el número de resoluciones favorables.

La planificación, el desarrollo y los resultados del proyecto nos lleva a proponer:

1) A **Comunidad de Madrid**: recordarle su obligación de dictar resolución sobre las solicitudes en el plazo máximo de tres meses según establece el artículo 38 del la Ley de R.M.I.

En tiempos de crisis sostenida, donde otros derechos como el desempleo o los subsidio, están llegando a su fin en muchas familias – y así se preveía -, es necesario reforzar la capacidad para dictar resoluciones en el plazo que establece la Ley.

Si se resuelven los expedientes cuando se presenta recurso de alzada - y cuya no resolución supondría la concesión sí o sí -, puede hacerse igualmente transcurridos los tres meses de su solicitud.



2) A los **servicios sociales municipales**. Estos tienen un importante protagonismo, tanto por ser quienes realizan su instrucción como por tener la competencia de informar y orientar a la ciudadanía sobre los derechos sociales y dar respuesta a las situaciones de emergencia. Vemos importante incorporar esta visión a todos los niveles de las estructuras de los servicios sociales de atención social primaria.

Desde los responsables políticos es necesario conocer la situación de las personas solicitantes de R.M.I. en el ámbito de sus competencias para coordinarse con la administración autonómica para mejorar la eficiencia y/ o exigir el cumplimiento.

Las responsables técnicas, han de incorporar en los centros de servicios sociales la obligatoriedad de que ninguna persona que solicite R.M.I. debe quedarse sin conocer y, en todo caso si procede, de poder presentar recurso de alzada.

Y, por último, insistimos en la necesidad de que las trabajadoras sociales municipales, tomemos conciencia de nuestra responsabilidad en:

- Estar informadas de los mecanismos administrativos y legales que tiene la ciudadanía para acceder a sus derechos sociales.
- El seguimiento de la interposición de los mismos.
- Cumplimiento de los plazos en los trámites que corresponde a la Administración municipal, lo que conlleva modificaciones organizativas, ya que si exigimos a comunidad de Madrid el cumplimiento de los plazos legales, debemos dar a la ciudadanía la misma respuesta en nuestro ámbito de competencia.

Como señala Fantova en su artículo sobre la gestión de los servicios sociales (2006:14) “El primer y principal reto al que tiene que responder, hoy y aquí, la gestión de servicios sociales es el reto del respeto a la dignidad y la promoción de la autonomía y el ejercicio de los derechos de sus destinatarias y destinatarios”

*Realizar estas acciones forma parte de nuestra verdadera función de acompañamiento y empoderamiento social como trabajadoras sociales y evita que seamos cómplices de la desprotección a la que se ve abocada la ciudadanía por parte de las administraciones responsables de protegerla.*

## 6. Bibliografía

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea
- Constitución Española de 1978.
- Ley 11/2003 de 27 de marzo de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 15/2001 de 27 de diciembre de Renta Mínima de Inserción.
- Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
  - Comunidad de Madrid. Consejería de Asuntos Sociales. (2013): “Balance Anual de Gestión de la Renta Mínima de Inserción. Comunidad de Madrid 2013” Dirección General de Servicios Sociales.
  - FANTOVA, F: (2006) “Gestionar los Servicios Sociales: ¿una asignatura pendiente?”. Madrid. Revista de Educación Social nº 34.
  - GERMAIN C. Y GITTERMAN, A. (1980) “The life Model of Social Work Practice”. New York. Columbia University Press.
  - GERMAIN C.B: (1990) “Life forces and the anatomy of practice”. Smith College Studies in Social Work.
  - KONOPKA, G: (1963) “Social Group Works: A Helping Process” Prentice-Hall, Inc., N.J. Englewood Cliffs.
  - MALGESINI REY, GABRIELA, Red Europea de Lucha contra la Ppobreza (EAPN) de España (2014). “Informe sobre los sistemas de rentas mínimas en España. Análisis y mapa de ruta para un sistema de rentas mínimas adecuadas y accesibles en los estados miembros de la U.E.” Comisión Europea-
  - OLIVER OLMO (coords) (2013), ”Burocrresión: Sanción Administrativa y Control Social” Albacete: Ed. Bormazo.
  - PEREÑIGUEZ OLMO, M. (2012) “Trabajo Social e Investigación: La Práctica basada en la Evidencia” Revista de Trabajo Social de Murcia nº 17. (pp 22-25).
  - ROSSELL POCH,T . (2014). “Método y modalidades del trabajo social de grupo”, en Revista de Treball Social, nº 201. Colegio Oficial de Treball Social de Catalunya. (pp 9-22).

## 7. Anexos

### 7.1. Gráficos

Gráfico 1



Gráfico 4



Gráfico 2



Gráfico 5

### Comparativa todos los grupos y datos Comunidad de Madrid, memoria 2013

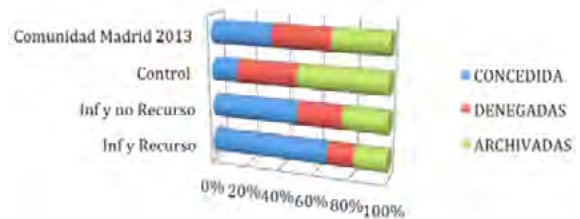


Gráfico 3



Gráfico 6



7.2. Ejemplo de requerimiento de documentación.

Documentación solicitada	Número de expediente:			
Destinatario	Documento	Observaciones	Fecha Petición	Fecha Baja
[REDACTED] HIJO MENOR DE EDAD	1.2 - Permiso de Residencia en vigor o, en su caso, copia del caducado y solicitud de renovación	Las copias deben estar compulsadas.	12/01/2015	
[REDACTED] MADRE	1.2 - Permiso de Residencia en vigor o, en su caso, copia del caducado y solicitud de renovación		12/01/2015	
[REDACTED] PADRE	1.2 - Permiso de Residencia en vigor o, en su caso, copia del caducado y solicitud de renovación		12/01/2015	
[REDACTED] PADRE	2.1 - Certificación original de empadronamiento de todos los miembros que componen la Unidad de Convivencia, en un sólo documento, haciendo constar la fecha de alta. En su caso, constancia de que no existen más habitantes en la inscripción.		12/01/2015	
[REDACTED] PADRE	3.1 - Fotocopia compulsada del Libro de Familia completo. En su defecto, certificación literal de nacimiento expedida por el Registro Civil		12/01/2015	
[REDACTED] PADRE	7.3 - Documentación bancaria acreditativa de los movimientos habidos en las cuentas de los miembros de su unidad de convivencia en los últimos tres meses	De todas sus cuentas bancarias. Deberá aclarar y acreditar la procedencia y periodicidad de los ingresos en efectivo y/o transferencias bancarias que se reflejasen.	12/01/2015	
[REDACTED] PADRE	8.1 - Datos bancarios a nombre del solicitante.	Debe aclarar y acreditar la nueva cuenta bancaria a consignar en la solicitud de RMI. La persona solicitante de la prestación debe figurar como titular de dicha cuenta y ésta debe estar abierta en una oficina de la Comunidad de Madrid (la aportada no es válida ya que pertenece a <del>Santander</del> <del>Castellón</del> ).	12/01/2015	

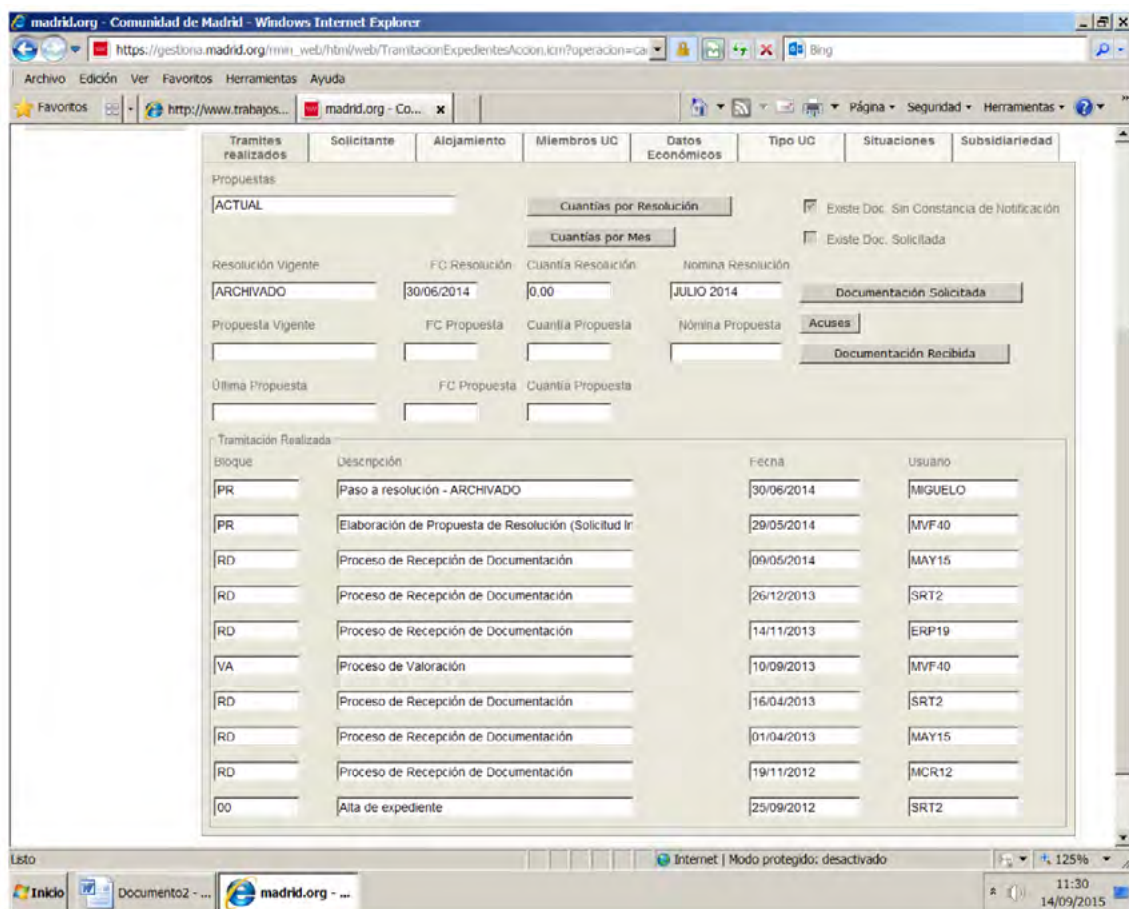
### 7.3. Una realidad de vital

Los “pantallazos” que se muestran a continuación responde a una familia de tres miembros, padres y su hijo de 6 años, que llevan viviendo en Madrid desde agosto de 2011. Anteriormente vivían en otra provincia española pero se trasladaron a Madrid, tras finalizar la prestación por desempleo y los subsidios que les correspondían, pensando que aquí tendrían más oportunidades laborales.

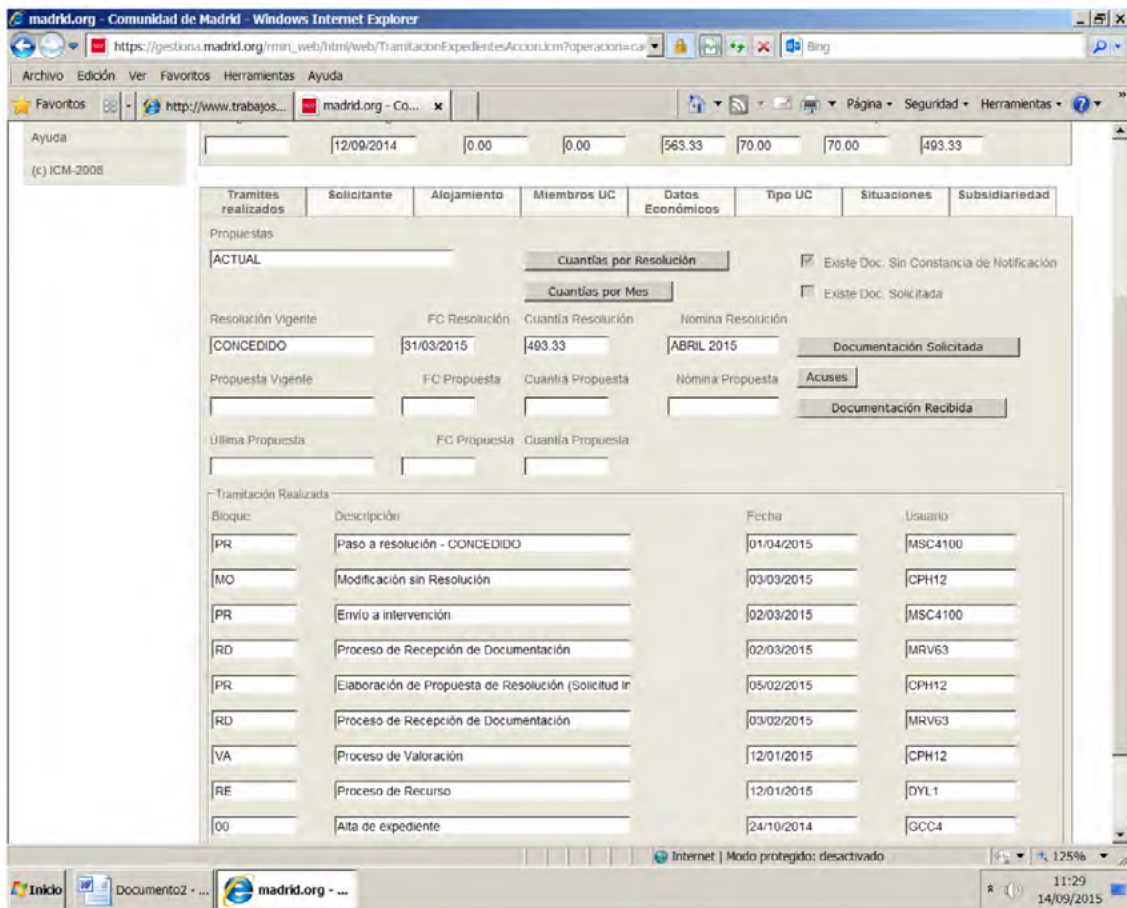
Los ingresos de la unidad familiar han devenido durante este tiempo, de contratos temporales del padre (muchas veces fuera de Madrid) y de trabajo sumergido de la madre haciendo trenzas. A pesar de ello, pocas meses los ingresos superaron los 700 euros y nunca han tenido estabilidad en los ingresos superior a tres meses.

El domicilio familiar ha sido y es en una habitación subarrendada.

En el primer “pantallazo” se observa que se dio de alta el expediente de solicitud de R.M. I.I 25/9/2012 (el alta en registro de la Comunidad de Madrid fue 06/07/2012) comenzándose la valoración exactamente un año después y resolviéndose, por archivo, casi dos años después de entrar la solicitud en el registro de la Comunidad de Madrid. Durante ese periodo se realizaron más de 30 entrevistas en atención social primaria, se tramitaron 3 ayudas económicas de urgente necesidad y se necesitó del apoyo económico de entidades benéficas privadas.



Tras el archivo se presenta nueva solicitud, que entra en registro el 12/9/2014, dándose de alta en el programa informático el 24/10/2014. Cuando se cumplieron los tres meses exactos de la presentación se tramitó recurso de alzada (12/1/2015) siendo resuelto el expediente, con concesión de la R.M.I., el 31/3/2015. ¡¡¡18 MESES antes que la vez anterior!!



#### 7.4. Recurso de alzada

COMUNIDAD DE MADRID – CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES.

D./D<sup>a</sup>. ....., mayor de edad, con N.I.F. ....., con domicilio en la calle ....., nº ....., piso ....., en ....., provincia de ....., designado el mismo a efectos de notificaciones, actuando en nombre y derecho propio y en condición de interesado en el procedimiento que se tramita en el expediente administrativo número ....., comparezco y como mejor proceda en Derecho,

#### **DIGO:**

Que por esta parte fue solicitado con fecha \_\_\_\_\_, RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN, de acuerdo con lo que establece la ley 15/2001 de 27 de diciembre, aportando la documentación acreditativa del cumplimiento de todos los requisitos a efectos de obtener la misma.

Que pasados tres meses desde dicha resolución, no se ha recibido resolución expresa por parte de esa Consejería, por lo que se entendemos que la misma ha sido denegada por silencio administrativo.

Que mediante el presente escrito, vengo a interponer **RECURSO DE ALZADA**, en tiempo y forma, contra dicha resolución, y de conformidad con lo establecido en el artículo 114 y concordantes de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común, con base en las siguientes

## ALEGACIONES

PRIMERA.- La regulación vigente en esta materia (Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, o LRJPAC) descansa en el deber legal de las Administraciones Públicas de resolver y notificar la resolución correspondiente en todos los procedimientos

SEGUNDA.- Que dicha desestimación sería anulable de acuerdo con lo establecido en lo establecido en los artículos 62 y 63 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, al cumplirse los requisitos que determinan el reconocimiento de la RENTA MÍNIMA de  
INSERCIÓN

En virtud de lo expuesto, SUPLICO:

Que teniendo por presentado este escrito, junto con los documentos que se acompañan, acuerde tener por interpuesto RECURSO DE ALZADA contra la denegación por silencio administrativo de la solicitud presentada con fecha .... de ..... de ....., ante ese órgano administrativo, y declare la nulidad de la misma.

Que tenga por realizada la anterior manifestación, y en su virtud, acuerde resolver positivamente la solicitud indicada.

Por ser de justicia que pido en ....., a ..... de ..... de .....



## 7.5. Modelo de queja ante la Defensora del Pueblo

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI/NIE  
\_\_\_\_\_, y con domicilio, a efectos de comunicaciones, en  
\_\_\_\_\_ C./Pza. \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, piso \_\_\_\_\_  
letra \_\_\_\_\_, y código postal \_\_\_\_\_

Con arreglo a la legislación reguladora de la Institución del Defensor del Pueblo  
eleva la siguiente:

### EXPONGO

He realizado solicitud de R.M.I. en la Consejería de Asuntos Sociales de  
Comunidad de Madrid, con fecha de entrada en la misma el .....

Tras haber transcurrido tres meses sin haber obtenido resolución expresa,  
solicito que se interese por mi solicitud ante esta institución dado que es una prestación  
que garantizaría la cobertura de mis necesidades básicas

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de

Fdo.: \_\_\_\_\_

**A la Excm. Sra. Defensora del Pueblo**  
**C/. Zurbano nº 42**  
**Madrid**

## 7.6. Recomendación a Comunidad de Madrid de la Defensora del Pueblo

Plazo de resolución de los procedimientos de Renta Mínima de Inserción

Tipo de resolución: Recomendación

Fecha: 21/07/2015

Lugar: Madrid

Administración: Comunidad de Madrid. Consejería de Políticas Sociales y Familia

Respuesta de la Administración: Pendiente

---

Texto

Se ha recibido su escrito con relación a la información solicitada sobre los problemas en la tramitación de la Renta Mínima de Inserción. Desde esta Institución cabe apuntar las siguientes consideraciones.

### Consideraciones

I- Demora en la tramitación de los expedientes: Desde marzo de 2013, esta Institución ha recibido un número superior a las 1.150 quejas de ciudadanos relacionadas con las demoras en la tramitación de la Renta Mínima. Desde entonces, se han remitido a esa Administración 43 listados con los datos de los interesados para solicitar información sobre las previsiones de resolución.

De los datos recibidos, se deduce que en la tramitación de los expedientes se ha empleado alrededor de 15-18 meses. Para acortar esta demora y simplificar trámites en la gestión, se informó de la aprobación de un nuevo Reglamento de desarrollo de la Renta Mínima con el Decreto 126/2014, de 20 de noviembre, y que entró en vigor el 21 de enero de 2015.

Esta Institución formuló en junio de 2013 (expediente 12277625) a esa Consejería un recordatorio del deber legal de resolver en plazo. Por tanto y transcurridos más de dos años, es necesario reiterar el recordatorio de deberes legales ya formulado de resolver de forma expresa y en los plazos establecidos cuantas solicitudes, reclamaciones y recursos sean presentados por los ciudadanos.

Asimismo, se ha detectado que se persiste con la demora en la resolución de recursos de alzada interpuestos por los ciudadanos contra las resoluciones de Renta Mínima. Por tanto, ha de reiterarse también el recordatorio del deber legal de resolver los recursos de alzada que se interpongan en el plazo establecido de tres meses en el artículo 115.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (expediente 13027357).

II- Dotación de personal: En su último escrito se indica que en mayo de 2014 se reforzó el personal del servicio de prestaciones de Renta Mínima con seis Trabajadores Sociales y dos Auxiliares Administrativos. Además, también se informó de la impartición de cursos de formación a personal de los servicios sociales municipales para mejorar la instrucción de los expedientes.

Si bien desde el Defensor del Pueblo se reconoce los esfuerzos que se están realizando para minorar unos plazos tan dilatados, lo cierto es que las medidas adoptadas son insuficientes para resolver en los tres meses que establece la Ley 15/2001, de 27 de diciembre, de Renta Mínima.

Siendo la Renta Mínima de Inserción un derecho subjetivo contemplado en la normativa arriba indicada, es necesario que los plazos de resolución se ajusten a la Ley para proporcionar la protección de las familias que se encuentran en situación de vulnerabilidad y que no disponen de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria. Esa demora impide dar respuesta a estas necesidades inmediatas, con lo que la Renta Mínima no estaría cumpliendo su objetivo como última red de protección para una supervivencia digna.

### Decisión

Con fundamento en lo expuesto, y en uso de las facultades conferidas por los artículos 28.2 y 30 de la Ley orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo, esta Institución ha acordado formular a esa Consejería de Asuntos Sociales las siguientes:

### RECOMENDACIONES

**1- Impartir las instrucciones necesarias para que en los procedimientos de la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid el órgano competente resuelva en los tres meses establecidos en la Ley 15/2001, de 27 de diciembre, de Renta Mínima de Inserción.**

2- Proceder al incremento necesario de recursos materiales y personales para facilitar que la Renta Mínima de Inserción se resuelva en el plazo previsto legalmente.

Se queda a la espera de recibir la preceptiva respuesta, en el plazo no superior a un mes a que hace referencia el artículo 30 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, en el sentido de si se aceptan o no las recomendaciones formulada, así como, en caso negativo, las razones que se opongán a su aceptación.

Sin perjuicio de las resoluciones formuladas, se solicita información detallada sobre los créditos presupuestarios correspondientes a la Renta Mínima de Inserción del periodo 2012-2015: Dotación inicial, ampliaciones realizadas, ejecución y liquidación al final de cada ejercicio (ingresos y gastos, dejando constancia de la adecuación o no de lo presupuestado inicialmente con los resultados finales).  
Le saluda muy atentamente,

Soledad Becerril  
Defensora del Pueblo

## **Presente y futuro del Trabajo Social en la empresa privada**

**Isabel Del Villar Cuerda**

Diplomada en Trabajo Social

**Eva Tobías Olarte**

Profesora del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de La Rioja

### **Resumen**

El presente artículo pretende visibilizar la necesidad de recuperar el Trabajo Social como profesión “activa” en el ámbito empresarial, dotando, eso sí, de formación y herramientas específicas a los y las trabajadoras sociales.

La empresa privada es, hoy por hoy, un escenario profesional alejado del Trabajo Social, y también, un reto en sí misma. Se constata, por tanto, la necesidad de acercar dos mundos, aparentemente distantes, y se proponen, por último, elementos clave para favorecer una mayor participación del Trabajo Social en el mundo empresarial.

### **Palabras claves**

Trabajo Social, empresa, responsabilidad social empresarial, formación.

### **Abstract**

The present article aims at shedding light on the need to recover Social Work as an ‘active’ profession within the entrepreneurial field, yet endowing male and female social workers with specific training and tools to that effect.

The private Enterprise is, as of today, a professional scenario far afield the Social Work one, and furthermore, a challenge of its own. In consequence, this verifies, the need to get these two apparently distanced worlds closer. To that effect, this study ultimately presents key elements that may promote an increasing participation of Social Work within the entrepreneurial field.

### **Keywords**

Social Work, enterprise, enterprise social responsibility, training.

## 1. Introducción

El Trabajo Social nace como consecuencia de la búsqueda de respuestas a las necesidades y problemas sociales, diferentes en cada momento histórico, y que han ido delimitando los ámbitos de intervención de la profesión.

En 2001, el Comité de Ministros de la Unión Europea emitía una Recomendación a los países miembros, en la que se afirmaba que el Trabajo Social era una inversión en el bienestar futuro de Europa<sup>1</sup>. Ese mismo año, la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) y la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) llegaban al acuerdo de aprobar la siguiente definición internacional de Trabajo Social: “La profesión del trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el *empowerment* y la liberación de personas para aumentar el bienestar” (CDTS, 2007:24). En este mismo sentido, el Trabajo Social se concibe como una disciplina científica que contribuye a incrementar el funcionamiento individual y social de las personas, a potenciar sus conocimientos y habilidades para alcanzar su bienestar social (De la fuente Robles, 2012:515). Precisamente, esta contribución al desarrollo del potencial de las personas, es clave, a nuestro entender, para ubicar el papel del Trabajo Social en la empresa.

No obstante, y a pesar de la relación existente entre el Trabajo Social y el mundo empresarial, el Libro Blanco de Trabajo Social de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), ya nos dejaba en 2005 algunos datos que invitan a la reflexión: apenas un 17% de los empleadores encuestados consideraban que la empresa podía ser un ámbito profesional del Trabajo Social, porcentaje que se reducía al 7,1% si preguntábamos a empleadores del sector público (ANECA, 2005:232). Son porcentajes exigüos, frente a otros campos como los servicios sociales o la sanidad, que reflejan la necesidad de impulsar este espacio profesional, dotando, eso sí, de formación y herramientas específicas a los y las trabajadoras sociales.

## 2. Presentación del tema

El objetivo del presente artículo es, por una parte, reflexionar sobre el papel del Trabajo Social en la, todavía, desconocida realidad de la empresa, y por otra, incidir en la importancia de formar, desde la propia universidad, en los aspectos específicos que requiere la intervención profesional en el ámbito privado.

En las páginas que siguen se exponen, por tanto, en primer lugar, algunas de las razones por las que el llamado Trabajo Social de Empresa (TSE) parece haber quedado en segundo plano. A continuación, se plantean dos espacios de actuación en el marco del TSE, interrelacionados pero no excluyentes, que pueden dotar de mayor contenido a la profesión: uno, el de la gestión de los recursos humanos, vista desde la propia responsabilidad legal de la empresa; otro, el de la integración voluntaria de la dimensión social, a través de la llamada Responsabilidad Social Empresarial (RSE). Por último, se aportan algunos factores que pueden potenciar, y en cierto sentido “acelerar”, la presencia de trabajadores/as sociales en el ámbito privado.

La intención, en definitiva, no es otra, sino la de compartir a través de este documento, la necesidad de visibilizar el TSE como una posibilidad, real y necesaria, que se abre para la profesión de Trabajo Social.

.....  
<sup>1</sup> Recomendación adoptada por el Comité de Ministros el 17 de enero de 2001, en su 737ª reunión.

### 3. Desarrollo de los aspectos del tema

#### 3.1. Una mirada al pasado

Los orígenes del Trabajo Social en España se sitúan a finales del siglo XIX, cuando se empieza a hablar del Estado Social. Surge así la necesidad de afrontar los problemas sociales, no sólo desde la responsabilidad privada (religiosa o filantrópica), sino desde una dimensión pública, lo que genera varias respuestas, entre ellas el Trabajo Social (Brezmes Nieto, 2013:245).

Sin embargo, la historia del Trabajo Social de Empresa en España surge en el marco del llamado “paternalismo empresarial”<sup>2</sup>, con la incorporación de la figura profesional de la asistente social<sup>3</sup>, a quien se le encarga la gestión de las prestaciones y servicios que ofrece la empresa a sus trabajadores/as. Desde esta perspectiva, el Estado carecía de unas estructuras básicas de bienestar, y delegaba en las empresas la tarea de atender las demandas de su personal. El TSE por tanto, se enfocaba al desarrollo de la política social de la empresa, decidida por el empresariado, y que se concretaba en “obras sociales”.

Es en la década de los sesenta cuando este campo profesional se expande, propiciado por el despegue económico y la escasa participación del Estado en programas de bienestar social<sup>4</sup>. La posterior irrupción del Estado como proveedor de servicios sociales y la transformación del mundo empresarial, relegó a los y las trabajadoras sociales al ámbito público y de las organizaciones no lucrativas<sup>5</sup>. De esta forma, en el momento que se consolidó un servicio público que atendía a las necesidades de carácter educativo, sanitario y/o social, las empresas dejaron de prestar un servicio, que para ellas era secundario y prescindible (Méndez Ollero, Ortiz Valderrábanos y Pérez Lagares, 2012:1092).

En la actualidad, el TSE ha recuperado de alguna manera su protagonismo, impulsado principalmente por el auge de la Responsabilidad Social Empresarial, vista como una oportunidad de “trasladar” la acción social al sector privado. No obstante, en el camino de recuperación de este ámbito profesional, debemos ser capaces de pasar de una acción centrada en el *malestar* social, a una acción enfocada al *bienestar* de las personas, que conlleve, al menos, una gestión responsable del capital humano. En este último enfoque estaría situado, a nuestro entender, el ¿futuro? Trabajo Social de Empresa.

#### 3.2. Nuevas realidades, nuevos escenarios en Trabajo Social

En la historia de la profesión, observamos que el perfil de Trabajo Social nunca ha sido el mismo, sino que se ha construido y adecuado a los continuos cambios y demandas sociales. En sus inicios, las funciones eran puramente asistenciales y dirigidas a los colectivos más necesitados de la población.

*“En términos generales, rastreando en la historia de la profesión, observamos como en*

.....  
2 Léase una de sus posibles definiciones: “Puede tratarse también de una política social, supuestamente tendiente al bienestar de ciertos beneficiarios, quienes no intervienen en el diseño de la misma, y se encuentran en condiciones de insuperable desigualdad social y pasividad frente a sus dirigentes” (Valero Julio, 2013:8).

3 En este caso, tal y como plantea Navarro Soto, los términos de “Asistencia Social” y “Trabajo Social”, que en ocasiones se utilizan indistintamente y con un significado equivalente, se consideran expresiones que indican diferentes momentos y formas de acción social. Así la “Asistencia Social” se asocia con una etapa de acción social cargada de connotaciones caritativas, benéficas y asistenciales, mientras que el “Trabajo Social” se vincula con una visión de la acción social más próxima al modelo de Servicios Sociales diseñado a partir de la transición democrática en España (Navarro Soto, 1998:73).

4 Una referencia obligada en el estudio del Trabajo Social de Empresa, es el libro de Madeleine Bernard de 1967, titulado “El servicio social en la empresa”.

5 Méndez Ollero, Ortiz Valderrábanos y Pérez Lagares establecen tres causas como detonantes del declive del Trabajo Social de Empresa: las dificultades de identidad del/la trabajador/a social de empresa; el desarrollo y consolidación del Estado de bienestar; y las transformaciones en el mundo empresarial (Méndez Ollero, Ortiz Valderrábanos y Pérez Lagares, 2012:1091).

*los comienzos la labor de nuestros profesionales era principalmente de tipo asistencial y humanitaria dirigida hacia colectivos de población en situación de emergencia y pobreza extrema. Ello condicionaba hacia un determinado perfil de profesionales basado en principios humanistas cristianos con vocación y entrega hacia los desfavorecidos y marginados del sistema por razones varias” (Cabezas Medina, De Armas Bravo y Sabater Fernández, 2014: 68).*

Posteriormente, la influencia de América Latina marca un camino que llama a convertir al trabajador o trabajadora social en un agente concienciador y transformador de la sociedad<sup>6</sup>. No se trataba tanto de adaptar a la persona desviada a la sociedad, sino de transformar ésta para que abarcara a todos los seres humanos con sus derechos (Sanz Cintora, 2001:16). Precisamente estos aires de renovación coinciden con el aumento de Escuelas de Trabajo Social en España, que en 1968 ya eran 42, a las que se unieron poco después, Logroño (1972) y Gerona (1974).

*“El movimiento de reconceptualización nos llegó de Iberoamérica aportando ideas para repensar el Trabajo Social, para hacer de él una disciplina científica y comprometida con la sociedad” (Brezmes Nieto, 2013:260).*

La existencia de estas escuelas jugó un papel esencial en el proceso de institucionalización del Trabajo Social. Pero esta intensa actividad, no conllevó de manera paralela un reconocimiento académico. El Estado no reconoció los estudios de Asistente Social<sup>7</sup> hasta 1964, y cuando lo hace, quedan reconocidos como estudios de grado medio. Habría que esperar dos décadas para que los estudios de Trabajo Social adquieran la categoría universitaria<sup>8</sup>, y con ello, se dé un paso adelante en el desarrollo de la profesión.

La actualidad nos muestra el largo recorrido que ha realizado el Trabajo Social, pero también los nuevos riesgos. Y es que a pesar de todo lo conseguido hasta ahora, la gestión de recursos públicos sigue siendo, hoy por hoy, una de las funciones más habituales del trabajador o trabajadora social. Es vital, por tanto, la recuperación de espacios, dónde el Trabajo Social aporte su saber hacer, enriqueciéndose al mismo tiempo de otras realidades.

*“Hacer de los recursos un fin en sí mismo traería como consecuencia que el Trabajo Social se haría más dependiente de las políticas sociales, se debilitaría, se perdería identidad, empobreciéndose profesional y disciplinariamente, y se perderían funciones, sectores y ámbitos de intervención” (Brezmes Nieto, 2013:282).*

La incidencia de la crisis económica y el estancamiento del sector público, ha favorecido que se empiece a mirar a “este lado”, y que, por fin, se considere la empresa privada, como un escenario legítimo de intervención del Trabajo Social. A ello, han contribuido algunas universidades, las menos, que han introducido en sus Planes de estudio ciertas asignaturas que abordan las funciones y el papel del Trabajo Social en la empresa privada.

Los criterios, aprobados en 2007 por la Conferencia de Directores/as de Centros y Departamentos de Trabajo Social, para el diseño de Planes de estudios de títulos de Grado

.....

<sup>6</sup> En Colombia, por ejemplo, las empresas del Grupo Mendoza se consideran el primer campo de aplicación de los principios y técnicas del Trabajo Social, a la empresa industrial. Teresa Troconis, trabajadora social del Grupo, consideraba que la esencia del servicio social no tenía nada que ver con la caridad o la beneficencia, sino más bien con una actividad orientada por la “conciencia de responsabilidad social”, y dirigida a todas las clases sociales (Valero Julio, 2013:111).

<sup>7</sup> En 1976 se abandona el nombre de “asistente social” por el de “trabajador social”.

<sup>8</sup> Real Decreto 1850/1981, de 20 de agosto sobre la incorporación a la Universidad de los estudios de Asistentes Sociales como Escuelas Universitarias de Trabajo Social.

en Trabajo Social<sup>9</sup>, abren la puerta a la introducción de este tipo de materias cuando se señala, en el marco de la gestión de las organizaciones, que el/la estudiante debe conocer “la Responsabilidad Social Corporativa y sus formas de aplicación y control de la gestión de cambios en las organizaciones”. A pesar de ello, de las 39 universidades españolas, públicas y privadas, que actualmente ofertan el Grado de Trabajo Social, sólo 5 de ellas han introducido en el curso 2015/2016, una materia que aborde el Trabajo Social en el marco de la empresa. Hablamos de las universidades de Almería, Oviedo, Jaén, Rey Juan Carlos y La Rioja, aunque debemos añadir que en las dos primeras (Almería y Oviedo) esta asignatura no es exclusiva de Trabajo Social, sino que se imparte simultáneamente, en el caso de Almería, en los Grados de Enfermería, Educación social y Relaciones Laborales; mientras que en Oviedo, la materia también se oferta en los Grados de Gestión y administración pública, y Turismo. Dicho esto, hay que señalar la importancia de abordar esta asignatura desde la “exclusividad” de la misma, entendida en el sentido de que exista un verdadero encaje de contenidos, dónde la profesión de Trabajo Social sea su eje central.

Cuadro 1. Universidades españolas que incluyen una asignatura sobre el papel del Trabajo Social en la empresa, en el Grado de Trabajo Social, en el curso 2015/2016<sup>10</sup>.

Universidad	Denominación de la asignatura	Carácter	Curso	Créditos
Universidad de Almería	La riqueza y la Responsabilidad Social Corporativa	Optativa	4º	6 ECTS
Universidad de Jaén	Trabajo Social, responsabilidad social y salud en el entorno empresarial	Optativa	4º	6 ECTS
Universidad de Oviedo	Responsabilidad Social de la empresa	Optativa	4º	6 ECTS
Universidad Rey Juan Carlos <sup>11</sup>	Responsabilidad Social Empresarial y Tercer Sector	Obligatoria	4º	6 ECTS
Universidad de La Rioja	Trabajo Social en empresa	Optativa	4º	6 ECTS

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las páginas web de las universidades, y del “Mapa de Universidades de España”, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Eso sí, algunas universidades incluyen algún contenido sobre el rol del trabajador o trabajadora social en el sector privado, concretamente en la materia que trata sobre los espacios profesionales del Trabajo Social, pero sin darle entidad propia como asignatura<sup>12</sup>.

*“Responsabilidad de quien forma Trabajadores Sociales es preparar una nueva generación que aprende a hacer su propio trabajo en modo que sea eficaz desde el punto de vista operativo y correctamente orientado desde el punto de vista ético” (Domínguez Pachón, 2006:9).*

Y es que la formación en este ámbito es esencial, pues el papel que las empresas desempeñan nos muestra tensiones entre sus propios intereses y los de la sociedad, y el rol del

9 “La formación universitaria en Trabajo Social. Criterios para el diseño de planes de estudios de títulos de Grado en Trabajo Social” es un documento base, coordinado y consensuado por todas las Escuelas, Diplomaturas y Departamentos de Trabajo Social de toda España, con la presencia y apoyo del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes sociales.

10 La Universidad de Salamanca contempla en su Plan de estudios la asignatura de “Trabajo social en el marco empresarial”, pero no la oferta en el curso 2015/2016 por lo que no está incluida en el Cuadro 1.

11 Hay que señalar que en la Universidad Rey Juan Carlos, la implantación del Grado en Trabajo Social se está realizando de forma progresiva. En el curso 2015/2016 se ha puesto en marcha el primer curso, por lo que aunque hay acceso al Plan de estudios de la titulación, no están disponibles las guías docentes del cuarto curso dónde se ubica la materia sobre RSE y Tercer Sector.

12 Es el caso de la Universidad de Castilla la Mancha, la Universidad de Murcia, la Universidad de Girona o la Universidad de Vigo.



Trabajo Social en este campo puede, por qué no, mejorar dicha relación, ayudándose de herramientas como la RSE.

### 3.3. Trabajo Social, empresa y Responsabilidad Social Empresarial

Es cierto que se ha avanzado mucho en el reconocimiento y desarrollo de la profesión: los estudios son universitarios, tienen rango de Grado, las Escuelas universitarias se han ido integrando en las diferentes Facultades, etc., pero es innegable que aún quedan retos pendientes.

Las administraciones públicas han sido, hasta ahora, las principales demandantes de trabajadores/as sociales, pero la iniciativa privada también puede ofrecer un escenario profesional a la figura del/la trabajador/a social.

*“Por último también el sector mercantil ha estado siempre presente y es posible que tenga un gran futuro desde la crisis de los sistemas tradicionales de prestación de este tipo de servicio” (ANECA, 2005:107).*

Debemos mirar, por tanto, hacia delante, y, plantearnos en qué medida el Trabajo Social puede aportar al mundo de la empresa. En este punto, queremos, y debemos destacar dos líneas de trabajo, independientes de por sí, pero interrelacionadas.

En primer lugar, hablamos de la ya mencionada RSE, entendida como la integración voluntaria por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores (Comisión Europea, 2001:7). A la luz de su definición, podemos afirmar que este concepto engloba cuestiones económicas y medioambientales, pero también sociales, que conciernen al funcionamiento de la empresa<sup>13</sup>. Y es que las nuevas formas de gestión empresarial están introduciendo y haciendo suyos conceptos reconocibles para los y las trabajadoras sociales tales como: voluntariado, diversidad, relaciones con la comunidad, integración, etc. Es aquí, dónde el/la profesional de Trabajo Social tiene la posibilidad de incorporar su conocimiento y experiencia.

*“Una manera de hacer que al conectarla con el trabajo social, permite pensar que nuestra profesión tiene mucho que decir y hacer. Una conexión que ofrece la oportunidad de reencuentro con la actividad empresarial, de la que los profesionales del trabajo social se han alejado de manera profunda desde aquel ya lejano trabajo social de empresa” (Carrasco Arnal, 2009: 77).*

La RSE ha sido definida de muchas formas, aunque sin duda alguna, una de las definiciones más interesantes es la del Foro de Expertos, constituido en 2005 por iniciativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. El Foro señala que “La Responsabilidad Social de la Empresa es, además del cumplimiento estricto de las obligaciones legales vigentes, la integración voluntaria en su gobierno y gestión, en su estrategia, políticas y procedimientos, de las preocupaciones sociales, laborales, medio ambientales y de respeto a los derechos humanos que surgen de la relación y el diálogo transparentes con sus grupos de interés, responsabilizándose así de las consecuencias y los impactos que se derivan de sus acciones”. De su definición también se extrae que una de las principales características de la res-

.....  
<sup>13</sup> El Gobierno español aprobó en 2014 la Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas, elaborada en el seno del Consejo Estatal de Responsabilidad Social de las Empresas (CERSE), con el objetivo de apoyar el desarrollo de las prácticas responsables de las organizaciones públicas y privadas, y que trata al mismo tiempo de dar respuesta y cobertura a las previsiones de la Ley de Economía Sostenible.

ponsabilidad social, es que va más allá de la legislación, y trasciende el mero cumplimiento de la ley por tratarse de una iniciativa de carácter voluntario que tan sólo depende de la empresa. Numerosos documentos insisten en el principio de voluntariedad, para al mismo tiempo señalar que la RSE no puede ser empleada para eludir el cumplimiento normativo. Por tanto, no se puede hablar de responsabilidad social en una empresa si al mismo tiempo se incumple la ley.

*“El requisito esencial de voluntariedad debe ser tenido muy en cuenta para separar las actuaciones empresariales que verdaderamente pueden calificarse como RSE de aquellas otras que son un simple cumplimiento de las normas o, en su caso, resultado de una negociación entre la empresa y determinados interlocutores sociales, especialmente los representantes legales de los trabajadores” (De la Torre García, Maruri Palacín, 2009:32).*

No obstante, al margen de la integración en la empresa de estrategias socialmente responsables que, como veíamos, se enmarcan en un eje voluntarista, no debemos perder de vista el papel del Trabajo Social en el ámbito privado, en su estado más “puro”. Es decir, hablamos de la responsabilidad legal de la empresa, que comienza por su responsabilidad ante sus trabajadores/as. El Trabajo Social, en este sentido, puede aportar en materias como la salud y seguridad, la gestión del cambio, la conciliación de la vida familiar, laboral y personal, la diversidad, entre otras cuestiones. En definitiva, estamos ante un aspecto que en la actualidad está siendo demandado a las empresas por la propia ciudadanía: la responsabilidad de las empresas ante sus empleados/as (Forética, 2008:37).

Se intuye, por tanto, la necesidad de visibilizar ambas líneas de trabajo como áreas propicias para el ejercicio del Trabajo Social: la derivada del marco legal, y la acción en su vertiente voluntaria (RSE). Eso sí, sin el desarrollo y cumplimiento de la primera, no podríamos llevar a cabo la segunda.

En el cuadro siguiente podemos comprobar que ambas dimensiones están interrelacionadas, aunque en la voluntad de la empresa recaería la posibilidad de profundizar en su dimensión social: por ejemplo, una empresa que supera los 250 trabajadores/as debe contar con un Plan de igualdad y, por tanto, estaríamos ante una obligación legal; sin embargo, la puesta en marcha de Planes de igualdad en empresas que no están obligadas a ello, podría enmarcarse en el eje de la RSE.

Cuadro 2. Trabajo Social de Empresa (ejemplos): dimensión legal y dimensión social.

	Materias	Dimensión legal	Dimensión social
Trabajo Social de Empresa	Prevención de riesgos laborales	Plan de prevención de riesgos laborales <sup>14</sup> .	Campañas de sensibilización.
	Discapacidad	Cuota de reserva de empleo del 2% para personas con discapacidad, en empresas de 50 o más personas trabajadoras (o medidas alternativas) <sup>15</sup> .	Accesibilidad a productos y servicios de la empresa.
	Igualdad de género	Planes de igualdad en empresas con más de 250 trabajadores/as <sup>16</sup> .	Planes de igualdad en empresas con menos de 250 trabajadores/as.
	Violencia contra las mujeres	Movilidad o suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo <sup>17</sup> .	Compromiso de inserción laboral de mujeres víctimas de violencia de género.

Fuente: Elaboración propia.

En ambos escenarios el trabajador o trabajadora social tiene la capacidad de afrontar una realidad compleja que también necesita de su “mirada”. Eso sí, la dimensión social, bajo el paraguas de la RSE, se ve por muchas empresas como una forma de retener el talento y de mejorar su posicionamiento de cara a nuevos mercados. A pesar de ello, y en nuestra opinión, el reto de integrar la responsabilidad social en todas sus dimensiones, particularmente en la social, todavía sigue vigente. La gran pregunta es ¿hasta cuándo?

#### 4. Conclusiones y aportaciones innovadoras

A lo largo del presente artículo, hemos visto que el Trabajo Social como profesión hunde sus raíces en las diferentes formas de responder a las necesidades sociales. Es un hecho que los y las trabajadoras sociales están muy presentes en áreas tradicionales (dependencia, discapacidad, familia, etc.), pero campos como el de la empresa todavía se perciben lejanos a la profesión, que, después de años de desarrollo, se encuentra en una fase de maduración profesional y teórica.

El Trabajo Social en la empresa, hoy por hoy, es sin duda, un campo de intervención que necesita, al menos, de algunos elementos “aceleradores” que fomentarían una mayor presencia de profesionales del Trabajo Social. Por ello, y como instrumento final de reflexión, planteamos tres factores que, a nuestro juicio, deberían facilitar el camino ya iniciado por algunos/as trabajadores/as sociales:

**1. Integración de la dimensión empresarial y la RSE en la educación, formación e investigación del Trabajo Social.** De hecho, el impulso del estudio de la RSE en las universidades, centros educativos y de formación profesional, es una de las medidas incluidas en la Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas 2014-2020 del Gobierno de España. Por otro lado, las prácticas del Grado de Trabajo Social, como experiencias guiadas en contextos de trabajo reales, constituyen una vía estimulante para acercarnos a otras realidades menos conocidas.

.....

<sup>14</sup> Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

<sup>15</sup> Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

<sup>16</sup> Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

<sup>17</sup> Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

**2. Superación de la dicotomía entre lo “social” y la “empresa”.** El aspecto vocacional que parece estar presente en los factores motivacionales en la elección de la profesión, no debe estar reñido con la posibilidad de ejercer la profesión en este ámbito. En ocasiones se establece una incompatibilidad entre lo social y lo empresarial, de tal forma que se ponen barreras (a veces imaginarias) que imposibilitan el diseño de estrategias, que tengan como objetivo dinamizar las políticas sociales de la empresa. El acercamiento entre ambos mundos es más que necesario, si se quiere construir un puente sólido entre el Trabajo Social y el mundo empresarial<sup>18</sup>.

**3. Aporte de nuevas estrategias de análisis, aplicadas a la realidad.** En este sentido se echa en falta una actitud reflexiva, que nos aporte nuevos instrumentos de estudio de la situación social en la que desempeñamos nuestra labor diaria. Esto implicaría un aumento del contacto con la realidad, para poder realizar un mejor análisis de las distintas problemáticas sociales que pudieran darse. De facto, “el análisis de la realidad” se señala como punto débil en la formación de los y las trabajadoras sociales (ANECA, 2005:225), aspecto muy ligado a la dificultad de diagnóstico de las situaciones susceptibles de intervención.

Estos elementos, a nuestro modo de ver, son vitales en nuestro ánimo de “redescubrir” el Trabajo Social en el ámbito privado. No hablamos de un incremento de trabajadores/as sociales en empresas privadas fruto de la subcontratación de la administración pública, sino de la redefinición de la profesión, que conlleve nuevas estrategias de intervención, y por ende, una mayor participación y protagonismo del Trabajo Social de Empresa.

.....  
<sup>18</sup> Un elemento que puede contribuir a ello, es la visibilización de buenas prácticas en esta materia. Os invitamos a ver el vídeo promocional de la asignatura de “Trabajo Social en empresa” de la Universidad de La Rioja (2015): <https://www.youtube.com/watch?v=aUjNjEQm3lU>

## 5. Bibliografía

AGUIAR FERNÁNDEZ, F.X. (2006). “Tercer sector: análisis, desafíos y competencias desde el trabajo social”. *Acciones e investigaciones sociales*, 1, pp. 439.

AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (ANECA, 2005). *Libro Blanco. Título de Grado en Trabajo Social*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. 406 pp.

BERNARD, M. (1967). *El Servicio Social en la empresa*. Barcelona: Instituto Católico de Estudios Sociales.

BREZMES NIETO, M. (2013). “Antecedentes, inicio y evolución del Trabajo Social en España (finales del siglo XIX-1975)”. En Gutiérrez Resa, A. (ed.), *Trabajo Social. Orígenes y Desarrollo*, Madrid: Ediasa, pp. 243-263.

CABEZAS MEDINA, P., DE ARMAS BRAVO, D. y SABATER FERNÁNDEZ, C. (2014). “La situación sociolaboral del Trabajador Social en La Rioja”. *Documentos de Trabajo Social*, 54, pp. 62-91.

CARRASCO ARNALL, J. (2009). “Empresa y trabajo social, ¿una relación de ida y vuelta?”. *Humanismo y trabajo social*, 8, pp. 69-83.

CASTILLO CHARFOLET, A. (2013). “La evolución del Trabajo Social de empresa”. En Ace-ro Sáez, C. “et al”, *El imaginario del Trabajo Social en las tesis de fin de estudios 1938-1983*, Madrid: Universidad Complutense de Madrid, pp 75-83.

COMISIÓN EUROPEA (2001). *Libro Verde. Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*.

CONFERENCIA DE DIRECTORES/AS DE CENTROS Y DEPARTAMENTOS DE TRABAJO SOCIAL (CDTS, 2007). “La formación universitaria en Trabajo Social. Criterios para el diseño de planes de estudios de títulos de Grado en Trabajo Social”.

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (2006). *Aprobación por la Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales del Informe de la Subcomisión para potenciar y promover la responsabilidad social de las empresas*.

DE LA TORRE GARCÍA, C. y MARURI PALACÍN, I. (2009). *La Responsabilidad Social de Género en la Empresa. Un valor emergente del management empresarial*. Madrid: Cinca.

DE LA FUENTE ROBLES, Y. (2012). “Trabajo social (concepto)”. En Fernández García, T., De Lorenzo R. y Vázquez O. (eds.), *Diccionario de Trabajo Social*, Madrid: Alianza Editorial, pp. 515-516.

DOMÍNGUEZ PACHÓN, M.J. (2006). “La formación para la práctica profesional del Trabajador Social”. *Acciones e investigaciones sociales*, 1, pp. 418.

FORO PARA LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN ÉTICA (FORÉTICA, 2008). *SGE 21: 2008, Sistema de Gestión Ética y Socialmente Responsable*. Madrid: Forética. 21 pp.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

MARCUELLO SERVÓS, CH. (2006). “Una revisión del Trabajo Social en el mundo de la empresa”. *Acciones e investigaciones sociales*, 1, pp. 457.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE. Mapa de Universidades de España. Extraído de <http://universidad.es/universidades/mapa>

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2014). *Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas, Estrategia 2014-2020 para empresas, administraciones públicas y el resto de organizaciones para avanzar hacia una sociedad y una economía más competitiva, productiva, sostenible e integradora*. 69 pp.

AVARRO SOTO, A.L. (1998). “De la asistencia social al trabajo social en los servicios sociales”. *Acciones e investigaciones sociales*, 7, pp. 73-96.

OLLERO MÉNDEZ, C., ORTIZ VALDERRÁBANOS, I. y PÉREZ LAGARES, M. (2012). “Las nuevas salidas profesionales del Trabajo Social: el Trabajo Social en la empresa privada”. *Actas IX Congreso Nacional de Facultades de Trabajo Social*, Jaén, pp. 1088-1100.

QUIROGA PARRA, M., VARGAS JAIMES, F. y CRUZ SUÁREZ, A. (2010). “Trabajo Social y Responsabilidad Social: notas para una discusión ideológica”. *Revista de Humanidades Tabula Rasa*, 12, pp. 175-193.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

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

Recomendación (2001) I del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los países miembros sobre los Trabajadores Sociales. Adoptado por el Comité de Ministros el 17 de enero de 2001 en su 737<sup>a</sup> reunión.

SANZ CINTORA, A. (2001). “Acción social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica”. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 13, pp. 5-42.

SOTO MARTÍNEZ, J. (1993). “El trabajo social de empresa, un campo en proceso de cambio. Análisis de algunos factores que influyeron en su evolución”. *Cuadernos de Trabajo Social*, 4-5, pp. 241-247.

UNIVERSIDAD DE LA RIOJA (2015). Vídeo promocional de la asignatura “Trabajo Social en la empresa” del Grado de Trabajo Social. Extraído de <https://www.youtube.com/watch?v=aUjNgEQm3lU>

VALERO JULIO, E.A. (2013). *Paternalismo empresarial en la industrialización de Colombia y Venezuela* (trabajo presentado como requisito para optar al título de Doctorado en Historia), Universidad Nacional de Colombia, 466 pp.

## 6. Anexos

Cuadro 3. Introducción de una asignatura que aborde el Trabajo Social en el ámbito de la empresa privada, por parte de las universidades españolas que ofertan Grado de Trabajo Social. Curso 2015/2016.

UNIVERSIDAD	GRADO EN TS	ASIGNATURA
Universidad de Alicante	Sí	No
Universidad de Almería	Sí	Sí
Universidad Autónoma de Madrid	Sí	No
Universidad de Barcelona	Sí	No
Universidad de Castilla-La Mancha	Sí	No
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir	Sí	No
Universidad Complutense de Madrid	Sí	No
Universidad de Cádiz	Sí	No
Universidad de Deusto	Sí	No
Universidad de Extremadura	Sí	No
Universidad de Girona	Sí	No
Universidad de Granada	Sí	No
Universidad de Huelva	Sí	No
Universidad Internacional de La Rioja	Sí	No
Universidad de Jaén	Sí	Sí
Universidad de La Laguna	Sí	No
Universitat de les Illes Balears	Sí	No
Universidad de León	Sí	No
Universidad de Lleida	Sí	No
Universidad de Murcia	Sí	No
Universidad de Málaga	Sí	No
Universidad Nacional de Educación a Distancia	Sí	No
Universidad de Oviedo	Sí	Sí
Universidad Pablo de Olavide	Sí	No
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria	Sí	No
Universidad del País Vasco	Sí	No
Universidad Pontificia Comillas	Sí	No
Universidad Pública de Navarra	Sí	No
Universidad Ramón Llull	Sí	No
Universidad Rey Juan Carlos	Sí	Sí
Universidad de La Rioja	Sí	Sí
Universidad Rovira i Virgili	Sí	No
Universidad de Salamanca	Sí	No
Universidad de Santiago de Compostela	Sí	No
Universidad de Valladolid	Sí	No
Universitat de València	Sí	No
Universidad de Vic	Sí	No
Universidad de Vigo	Sí	No
Universidad de Zaragoza	Sí	No

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de las páginas web de las universidades, y del “Mapa de Universidades de España”, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

## Trabajo Social Okupa

**Aida Alonso de la Torre Rodríguez**

Voluntariado en Prevención de Conductas Violentas en Cruz Roja Española

### Resumen

El objeto de estudio es el papel que puede desempeñar la profesión de Trabajo Social dentro de los movimientos sociales, específicamente del Movimiento Okupa para lograr un empoderamiento de la ciudadanía en el contexto de crisis económica actual; se ha escogido dicho tema a causa de su actualidad con el objetivo de obtener un conocimiento teórico sobre la situación social que aborda la profesión de Trabajo Social en estos días, partiendo del fundamento de que una buena teoría es la base sobre la que se ha de asentar toda buena práctica.

El interés personal por la materia ha desembocado en la decisión, de realizar una investigación para tratar de profundizar en un aspecto poco considerado, intentando abordarlo desde una perspectiva cualitativa, enfocada en las vivencias personales dentro del movimiento así como sus fines, objetivos y dificultades, para sacar a la luz posibles nuevas formas de empoderamiento de la ciudadanía.

### Palabras claves

Investigación Cualitativa, movimiento okupa, Trabajo Social Comunitario y centros sociales autogestionados.

### Abstract

This study seeks to discover possible acts of social work within social movements, specifically within the squatters' movement. To achieve empowerment of citizens in the context of current economic crisis. We have chosen this topic because it addresses a current problem and a possible avenue of research and intervention for the social work profession.

The personal interest in the squatter movement, seeks to approach it from a qualitative perspective, focusing on the personal experiences within the movement and its goals, objectives and difficulties, to find possible new forms of citizen empowerment.

### Keywords

Qualitative research, squatter movement, Community Social Work, self-managed social centers.



## Introducción

Esta introducción va a encontrarse muy alejada de la objetividad que un texto académico marca como pauta para su realización, sin embargo creo que es imposible entender todo lo posterior sin él, es el porqué y el donde surgió este trabajo y al tratarse de personas nos vamos a mover en el campo de la subjetividad.

En este texto intento contar mi experiencia durante casi 3 años dentro de un centro social autogestionado “La Madreña” en mi ciudad natal de Oviedo. Sin embargo mi experiencia no puede ir en solitario a la de muchos y muchas compañeras, algunos ya amigos.

Para comenzar la historia debo hablar brevemente de la Universidad cuando en mi segundo año de carrera se convocó una huelga de estudiantes durante varios días e individualmente no sabíamos si secundarla o no, sin darnos cuenta estábamos en el patio debatiéndolo, había nacido la asamblea. A partir de ahí aprendimos a unirnos, no teníamos las herramientas y capacidades para ello, aprendimos más tarde que pronto a valorar a las pocas personas a pie de cañón en vez de recriminar a las que no asistieron. Por otra parte, al cabo de unos meses nació el 15-M y de ahí la interasamblea entre estudiantes de distintas facultades y carreras.

Sin embargo, cada vez había más burocracia que cumplimentar para hacer reuniones en espacios universitarios y los activistas del 15-M, en muchas ocasiones siendo las mismas personas en ambos lados, tampoco sabían donde reunirse. De repente, se corrió la voz de ese edificio en que todos los turistas se paran, cerrado desde que tengo memoria, con jardines y un sinfín de plantas, podría ser ese espacio que se buscaba en vez de sólo la antigua Conserjería de Sanidad.

Una mañana había pasado, los mensajes en las redes sociales eran claros, el edificio había sido liberado, La antigua Conserjería se encuentra en medio de uno de los barrios antiguos de Oviedo: Pumarín, barrio obrero que debido a como ha crecido la ciudad se encuentra céntrico.

“El Movimiento 15M de Oviedo pretende que el edificio de la antigua Consejería de Salud del Principado de Asturias, que ocuparon el martes, se convierta, además de en un centro cultural, en un espacio para realojar a las familias desahuciadas.” (LNE, 2011)

Tan sólo ver la puerta abierta era un cambio, la casa tenía varios muebles útiles sillas, mesas estanterías, etc. Empezamos a pintar las paredes algunas de un color y otras con arte. Todo con la finalidad de abrirlo al barrio.

“Lo importante, explican portavoces del movimiento, es ir abriendo «La Madreña» de forma paulatina a toda la comunidad. Entre el lunes y el martes confían en poder hacer ya una comida popular, quizá un amagüestu, (...) será el CSOA de «La Madreña», por aquello de que en Asturias uno de los lemas «indignados» es el de «¡madreño al sistema!». Además de esta forma reivindicar la oficialidad del asturiano.” (Neira, 2011)

Lo que era la recepción se convirtió en un “chigre”, es decir, un bar, las salas grandes en nuestro espacio para las asambleas, sin embargo la casa pedía más y más y se empezó hacer de todo, desde talleres, charlas y jornadas, elaborados algunas veces por las propias personas que rondábamos la casa y otras en conjunto con distintas asociaciones que

quisieron colaborar con La Madreña, además la Asociación Vecinal de Pumarín nos brindó todo su apoyo y empezaron a realizar alguna que otra reunión ahí también. Se realizaban distintos actos de reivindicación política, por la oficialidad de la lengua asturiana y en contra de la especulación de la vivienda, especialmente se colaboraba con la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) intentando dar todo el apoyo a las personas desahuciadas. Algunas noches había conciertos y para que engañar fiestas.

“Hoy, a las 17.00 horas, se proyectará la película infantil «Kirikú y la bruja». A las 22.00 horas, le tocará el turno a los adultos, con la proyección del documental «Naide marchó».” (LNE, 2012)

Todas las actividades eran gratuitas sólo en la barra del bar había una caja grande por si alguien quería colaborar aportando algo de dinero, pero la mayoría provenía de las personas activistas.

La Madreña se transformó en algo cotidiano, pero no todo era maravilloso, había personas imputadas por la okupación del edificio de la calle General Elorza 32 que tuvieron que declarar ante el Juzgado, y a veces te sentías un poco en el ojo de mira al entrar, de distinta vecindad o medios de comunicación para ver cómo nos comportábamos y que hacíamos, había que ser referentes, mejor que los otros que nos utilizan de chivos expiatorios.

“El pasado miércoles los imputados ofrecieron una rueda de prensa participativa en el parque situado detrás de La Madreña. “Podía ser cualquiera de las personas que participan de vez en cuando en La Madreña”, les bastó con una fotografía de una noticia.” (Rodríguez, 2012)

Por otra parte se buscaba la movilización de la ciudadanía, que actuáramos para dar solución a la situación de crisis actual, La Madreña era una nueva forma de acción pero cayó en la tradición, se buscaba lograr objetivos de largo plazo en periodos cortos de tiempo como ser referentes en el barrio y que la ciudadanía nos buscara, si no lo hacía es que eran apáticos a la situación actual, volví a caer en el error en teoría ya superado de mi primera asamblea universitaria.

Durante todo este tiempo la reflexión y autocrítica se realizaba en los espacios asamblearios, sin embargo no poseíamos las herramientas, o quizás las ganas de intentar profundizar en este tema tan importante para poder reconducir las acciones y comprobar lo que se estaba haciendo mal.

Se siguieron realizando actividades pero poco a poco acudía menos gente, estas se repetían, los trámites judiciales parados volvieron a aparecer en escena, aunque el edificio perteneciese al Ayuntamiento de Oviedo fue vendido a la empresa constructora y promotora SEDES que intentó el desalojo en distintas ocasiones hasta lograrlo finalmente y no le bastó sólo con ello sino que lo derribó.

“La Audiencia Provincial de Oviedo acaba de ordenar el desalojo, precinto y clausura del Centro Social Okupado La Madreña en la capital del Principado. El auto judicial atiende así el recurso presentado por SEDES, propietaria del inmueble, contra el dictamen del juez de primera instancia que respaldaba la okupación por los fines sociales del edificio. La fecha exacta para proceder al desalojo se desconoce por el momento.” (Zariquiegui, 2014)

Para intentar evitarlo se hicieron encierros y manifestaciones, creo que fue un logro

porque una gran cantidad de personas acudieron a apoyar a la Madreña, tanto en persona como por las distintas redes sociales, aunque nunca hubieran estado en ella no querían que se les quitase la opción de ir, de tener vías alternativas de acción, que se viera que la ciudadanía sigue en su lucha interminable por sus derechos.

“Los bomberos del Principado de Asturias, Ayuntamiento de Oviedo y de Gijón: “no colaboraremos en el desalojo del Centro Social Ocupado y Autogestionado de Oviedo la Madreña, un espacio que lleva más de dos años dinamizando la vida del barrio de Pumarín, Oviedo y Asturias con infinidad de actividades culturales, sociales, políticas y solidarias”. Con esta rotunda afirmación comienza el comunicado en el que los bomberos asturianos anuncian oficialmente que no contribuirán a hacer efectiva la orden de desalojo dictada hace una semana por la Audiencia Provincial. “Entre nuestras funciones no figuran los desalojos y sí salvar vidas y apagar incendios”, insisten.” (Asturias 24, 2014)

A cada manifestación convocada por distintas causas sociales, acudíamos como La Madreña, esta vez salimos a defenderla a ella, teníamos nuestra canción y nuestro baile que al final el resto de la gente también se unía, en esos momentos estábamos organizados, participando y reivindicando.

“Cerca de 3.000 personas han recorrido las calles de Oviedo en protesta por la orden de desalojo del centro social okupado La Madreña. Ambiente festivo, reivindicativo y muy heterogéneo. Jóvenes, mayores, familias con sus hijos a hombros, música... todos unidos por un objetivo común: evitar que se lleve a cabo la orden de cierre del centro decretada por la Audiencia Provincial de Oviedo.” (Zariquiegui, 2014)

La gente está cansada de la situación socio-política y mucha de ella sufre las consecuencias, no queremos una pelea de gallitos a ver quien se lleva “la melladita al cambio”, la gente quiere que acabe el saqueo, y que los gobiernos sirvan para lo que tienen que servir, para defender a su pueblo y crear una sociedad de personas libre y soberanas, y sobre todo felices, sin vasallajes. Y para ello, tenemos que trabajar juntos, partidos y personas, lograr la máxima representatividad de ellas.

Por lo tanto La Madreña sigue existiendo, y quien piense ¿pero no había escrito que la habían derribado? Es que no ha entendido nada.

## 1. El Movimiento Okupa

Actualmente se vive una etapa de cambio, marcada por la situación de crisis en distintos eslabones de la sociedad, el uso de las nuevas tecnologías y en parte derivado de todo esto una tensión social donde la sociedad civil ha decidido tomar parte de las decisiones que atañen a la vida cotidiana.

Estos momentos de cambio permanente donde cada vez más las condiciones de vida merman para unos y aumenta la desigualdad la ciudadanía ha decidido organizarse para crear soluciones y plantear una lucha para mejorar la estructura social. Desde la intensificación del fenómeno han proliferado diferentes estudios, debates y opiniones al respecto, sus beneficios y los conflictos que puede plantear, pues no se debe obviar que se ha producido en España un cambio importante, tanto a nivel social, como en los ámbitos político, económico o cultural, por citar algunos de ellos.

En España se ha podido vivir como desde una pequeña manifestación pacífica en Sol, Madrid, ha derivado en un macromovimiento social llamado 15-M a nivel nacional y como desde ese punto han ido aflorando una serie de movimientos cada uno con su fuerza, potencia y reivindicación, como camino en común el crear una estructura social más justa y solidaria.

En todo este caldo de movilización y cambios sociales, es necesario parar a reflexionar, pensar y evaluar para ver si estos movimientos son eficaces, si otros pueden volver a ganar pesos antiguos, como el Movimiento Okupa, si obtienen resultados y lo que centra este trabajo, parar a reflexionar cuál ha sido el aporte del Trabajo Social a estos movimientos, cuál debe de ser en el presente y en el futuro, qué puede y debe aportar el Trabajo Social a todos estos movimientos. Desde el punto de vista profesional existe una situación muy complicada pero que ha sido capaz de crear una capacidad impresionante de cambio y de mejora de la sociedad, ahora el reto del Trabajo Social es saber aprovechar esto y ocupar el lugar que debe profesionalmente como motor de cambio y transformación social, generando alternativas y nuevos planteamientos a las estructuras de desigualdad dominantes en la sociedad.

“Es preciso comprender la resistencia de las personas activistas en las okupaciones a considerarse parte de un “solo” movimiento social, a focalizar en la propia práctica de okupación sus proyectos de vida y de intervención política, e, incluso, a reconstruir su historia de una forma más o menos sociológica.

Esa comprensión, sólo se puede alcanzar desde la observación participante en el seno de los centros sociales, desde la convivencia en las actividades y acciones comunicativas del movimiento y desde la discusión con sus discursos, críticas y proyectos de contrainformación” (Martínez López, 2004: 62)

Prujit (2004) explica que los orígenes del Movimiento Okupa no se pueden fechar en un momento concreto de la historia, pero si podemos dar de lugar de referencia a Holanda en la década de los 60, ya que es cuando el movimiento toma más relevancia. Como define este autor en grosso modo la okupación consiste en utilizar o vivir en un espacio durante un periodo de largo de tiempo que es de propiedad ajena.

Sin embargo, parece que el movimiento se divide en dos posiciones okupas, aquella que lo hace para reivindicar cuestiones sociales y políticas y por otro lado los que buscan una vivienda, esto lleva a una heterogeneidad del movimiento que ha hecho que se ponga en cuestión sobre si es un movimiento social propiamente dicho, sin embargo Mintzberg (2009) lo define como tal ya que la mayoría de personas integrantes reivindican el derecho de la vivienda de una forma u otra.

### 1.1. El Movimiento Okupa en España

Para un análisis adecuado hay que ampliar las miras y ver desde lo global, teniendo en cuenta el apartado anterior. El movimiento plantea una alternativa al sistema capitalista y propone una democracia directa y participativa.

Existe una dificultad a la hora de estudiar el Movimiento Okupa en España ya que se ha escrito poco sobre ello. Martínez López (2004) esclarece que el movimiento adquiere relevancia en España a partir de 1980, el Movimiento Okupa surge sobre el año 1980 siguiendo

la corriente europea, se consolida en 1990, eclosionando a partir de 1994 y entra en una etapa de descenso a partir de 1999.

El mismo autor explica que durante los distintos periodos de tiempo el movimiento evoluciona desde la lucha por la vivienda a los Centros Sociales Autogestionados (CSOAS), donde otros grupos se van sumando. En este encuentro de grupos y movimientos se da un aprendizaje mutuo intercambiando elementos, esto favorece la reactivación de los Centros Sociales Autogestionados, sin embargo la participación de la ciudadanía siempre es baja.

Hay que tener en cuenta como señala Aguilar (2001) que los logros del movimiento no vienen enfocados tanto desde el ámbito político sino que hay que analizarlo desde la relación que tienen con otros movimientos y el impacto que ocasiona el movimiento en ellos.

Si ya se ha marcado la pauta de que el movimiento es completamente heterogéneo, se pueden distinguir unas características comunes de distintas okupaciones en España iguales en todos sus periodos de tiempo.

Una de las mayores peculiaridades y características del Movimiento Okupa es la propia “K” a la hora de escribirse. Sánchez-Pinilla (2002) explica que llega un momento donde el propio movimiento reflexiona y se da cuenta que es un movimiento alterglobalizador, que si bien luchan contra el sistema y contra la globalización, se encuentran inmersos en ella por lo que se da un replanteamiento de la lucha desde dentro. Por ello se considera que es una lucha que estando en el sistema y no pudiendo salirse del mismo, se lucha desde dentro de forma alternativa y activa. De ese modo se adopta la “K” a la hora de la escritura del movimiento para visibilizar esa posición de lucha desde dentro del sistema. Esto ha supuesto una creación más fuerte de la identidad okupa pero también ha jugado en contra en el sentido de que se ha dado unas connotaciones a esa forma de escritura y por lo tanto se ha estigmatizado el movimiento ayudando a aumentar la visión prejuzgada del Movimiento Okupa. También se destaca que aunque no sean mayoría absoluta las personas activistas son principalmente gente joven.

Por otra parte, que las okupaciones urbanas se dan normalmente en áreas metropolitanas, expresa González García (2004) que por ello tiene ligado la lucha de clases ya que no se okupan edificios en zonas de clase alta sino que las okupaciones se suelen dar en zonas de la misma clase social.

Por ello el movimiento hay que entenderlo como un proceso amplio y complejo que hay que contextualizarlo dentro de un momento histórico, un espacio físico y un marco social complejos.

Como dice Martínez López (2004) las okupaciones normalmente se dan en edificios destinados a la especulación inmobiliaria y en barrios en situación de vulnerabilidad social donde existen muchas carencias. Las okupaciones han venido dándose en centros urbanos con altos índices de desigualdad donde existe una segregación de ciudadanía en barrios y donde una parte se encuentra con una carencia importante de recursos. Heras i Trias (2008) lo justifica con que el sistema capitalista también ha irrumpido en la política local, donde se ha dado un proceso de privatización de la libertad, esto se ha producido mediante las ordenanzas municipales poniéndolas al servicio de los intereses del mercado.

La okupación aparece como alternativa a una situación de necesidad en zonas donde hay mucha degradación, en esos barrios existe una mayor empoderamiento popular siendo símbolo del poder de la ciudadanía.

Por ello el Movimiento Okupa escoge estos sitios estratégicos, pero se debe tener en cuenta que las acciones que se puedan llevar a cabo varían según las situaciones del barrio. Granada Echeverri y Carmona Cobo (2010) dictaminan por ello que es importante conocer la relación entre la estructura demográfica y la estructura social, los procesos principales demográficos: Natalidad, mortalidad y migración, así como los hechos demográficos: El número de población, edad, sexo..., todo lo cual debe ser tenido en cuenta, pues estos factores influyen unos sobre otros. Otro aspecto importante es la historia del barrio y su sentimiento de pertenencia al mismo, dado que su carencia es una dificultad importante para el desarrollo de cualquier proyecto social, pues el primer objetivo es siempre conseguir la participación y representación de la ciudadanía, a través de la creación de redes sociales estables que busquen objetivos comunes.

Estos autores también aclaran que la movilidad dentro de las ciudades excluye a las clases bajas urbanas, es decir a las personas con bajo nivel de ingresos y próximos o dentro de los indicadores de pobreza, también deja fuera a todas aquellas personas excluidas socialmente. Del mismo modo la movilidad es dificultosa para la emancipación de la juventud, en especial para las clases bajas, que pese a buscar una emancipación les es imposible por los altos precios de las viviendas y falta de apoyos por parte de la Administración Pública. Todo ello desemboca en que las okupaciones adquieran reivindicación y se convierten en una forma de protesta.

En el caso español, Álvarez Junco (2001) explica que las okupaciones que se dan durante los 80 son mayoritariamente para formar centros sociales pero también se dan los otros tipos de okupaciones que se dan en Europa. Uno de los mayores obstáculos con los que se encuentra el movimiento, incluso en su etapa de más acción, es la falta de visibilidad pública por lo que no llega darse un proceso de legitimación.

Al okupar y crear un centro social de un barrio, el movimiento se relaciona con los distintos agentes que confluyen en él, teniendo especial relevancia el movimiento vecinal a lo largo del tiempo. Heras i Trias (2008) señala que el nexo que conecta la okupación con los movimientos vecinales es la reivindicación por la vivienda y la mejora en las condiciones que se encuentran los barrios, produciéndose esta unión mayoritariamente entre 1990 y 1999.

Pese a ello, Sánchez-Pinilla (2002) indica que el problema que surge a la hora de generar estas conexiones, es que el Movimiento Okupa se vuelve endógeno, donde al encerrarse en sí mismo se repiten patrones tradicionales donde no se plantea nada nuevo y no se posibilita una conexión con la ciudadanía.

Esto desemboca siguiendo a González García (2001) en que en 1996 desde el Estado de Derecho Español se tipifique como delito la okupación. Es debido por un lado a un nivel interno en el que se encierre el movimiento, al perder esa posición abierta se aísla de otros planteamientos sociales menos radicales que no buscan una ruptura tan fuerte con el sistema político imperante. Por otro lado, genera una criminalización del movimiento, mediante los medios de comunicación con un desprestigio social.

También hay como problema una brecha generacional, por un lado nos encontramos con personas okupas jóvenes y por otro vecinos muy envejecidos.

El movimiento vecinal sufre un proceso de pérdida de fuerza a partir de los 60 y 70 principalmente por la entrada de los partidos políticos dentro de los movimientos, por lo que

no servirá de gran apoyo al Movimiento Okupa en su etapa de progreso ni en la de declive.

Como se ha mencionado anteriormente, en 1996 se endurece el Código Penal aumentando el castigo de la okupación. Este hecho Heras i Trias (2008) explica que no fue aleatorio, sino que coincide en un momento de mayor fuerza del movimiento, ejemplo de ello fue la okupación y posterior desalojo del cine Princesa en Barcelona que tuvo un gran apoyo público.

Álvarez Junco (2001) argumenta que posteriormente, tras 1996, el movimiento crece sumándose a otras corrientes alterglobalizadoras y creando conexiones con otros movimientos. Sin embargo, el Movimiento Okupa propiamente dicho va perdiendo fuerza después de esta etapa, pero no quiere decir que se disuelva el movimiento. Esto es debido que al pasar a ser delito la okupación, los costes de ésta aumentan con todo el estigma social que supone, también se da una comparación con el terrorismo desde los medios de comunicación mientras que las sentencias favorables a los detenidos no tienen ningún eco social.

### 1.1.1. Prejuicios y herramientas contra ellos

Existe un discurso exterior al movimiento construido desde el prejuicio que tiene como finalidad marginalizar e invisibilizar las alternativas del movimiento.

La estigmatización puede interpretarse como un mecanismo para deformar la imagen real de la persona estigmatizada, en tanto que persona, y que la coloca bajo una etiqueta en la que sus características más rechazadas socialmente ocupan la totalidad del campo de identidad asignado (Subirats y Tomé, 2007) El rechazo aumenta cuando los estigmas se suman unos a otros. En este contexto hay que ver la culpa como un mecanismo social de control interiorizado.

Macionis y Plummer (2007) explican que hay que tener en cuenta que toda cultura genera un mayor o menor grado de etnocentrismo, por lo que las actitudes basadas en prejuicios no son particulares de un grupo, sino que están difundidas en la sociedad. Esto puede ser fomentado por la discriminación institucional, entendida por las rutinas prácticas o procedimientos de las instituciones de una sociedad que refuerzan los prejuicios.

Para todo ello, De Miguel Calvo (2010) argumenta que el fin último es recordar cuál es el lugar de cada persona en el universo social, y avisa de alguna manera de que se ha traspasado algún límite. Lo que conlleva a un deterioro de la propia imagen y las coloca en una situación de vulnerabilidad o exclusión social.

Martínez López (2004) enuncia que para luchar contra la estigmatización en la etapa de efervescencia del movimiento, para hacerse ver, como a partir de 1996 con la represión que hubo, la herramienta predominante de presión por parte del movimiento fue y sigue siendo la manifestación, existen otras como los encadenamientos o las pintadas, que no son tan mayoritarias.

Hay que tener en cuenta que cada manifestación es distinta, el éxito se encuentra en el modo en que se expresa la reivindicación, aportando legitimidad y apoyo popular. Como ejemplos de manifestaciones con gran éxito se encuentran las Marchas de los años 1993, 1995 y 1997 en Madrid, donde participó gran parte del Movimiento Okupa por la búsqueda de la justicia social y los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social, recogiendo la esencia de “Reclaim the streets” en Gran Bretaña. En 1998 hubo otra

manifestación con gran apoyo público en contra de la represión al Movimiento Okupa con el eslogan “Toma la calle okupa el espacio”, ilegalmente convocada.

Tras esta época de máxima movilización de las okupaciones y con las conexiones con otros movimientos, el Movimiento Okupa tiene la capacidad para transmitir herramientas a otros, por ello consiguen aumentar fuerzas frente a los desalojos entrando en su defensa personas ajenas.

Por otro lado, se encuentra también como indica este mismo autor la Mani-fiesta-acción, que viene siendo una forma alternativa de manifestación ya que al acabar esta se realiza un acto distinto, como una okupación o un roll playing, entre la etapa de 1985-1996 se realizaban de formas constantes.

Siguiendo con el tema, Sánchez-Pinilla (2002) trata el discurso de las manifestaciones, explica que es diverso y dispone de distintos factores: aunque las manifestaciones usen la misma forma cada una tiene un mensaje distinto que viene sostenida por una ideología concreta de los organizadores. Existe un lema que es el eje central de la reivindicación, luego se encuentra el eslogan que es un mensaje subjetivo que busca llegar a las masas, son mensajes sencillos que guardan la esencia de la ideología, buscan también la interiorización como suyo de las masas, para ello la gente tiene que sentirse identificada.

El movimiento okupa reivindica en primer lugar la vivienda, su herramienta para acabar con la especulación es la okupación de edificios, los mensajes que lanzan en los edificios okupados y se pueden ver en las manifestaciones son principalmente “Derecho a techo”, “Un desalojo otra okupación “Casa abandonada, casa okupada”. Como una gran parte de inmuebles okupados se transforman en Centros Sociales Autogestionados otra reivindicación son los espacios culturales como espacios comunes alternativos, entre los mensajes para ello aparecen: “No podrán desalojar, la cultura popular” “Por la necesidad de vivir, el gusto de okupar” y “Queremos todo y tomaremos el resto”.

De forma más genérica se unen eslóganes de otros movimientos contra el capitalismo: “Rico, despierta, estamos a tu puerta”, “Vuestra riqueza es nuestra pobreza” y “Que casualidad aumenta la pobreza y el gasto policial”.

Martínez López (2004) revela que es muy significativo que las movilizaciones que contaron con más apoyo se dieran cuando más desalojos hubo. También es muy llamativo que las decisiones políticas y judiciales que han causado esos desalojos nunca se dan en época electoral, es muy probable que para no despertar un debate social sobre el problema de la vivienda.

También es importante señalar que en la actualidad una de las herramientas de lucha del Movimiento Okupa contra los *Mass Media* son las tecnologías de la información y las redes sociales, como pone de manifiesto López Martín (2007). De este modo se le abre un amplio abanico de mecanismos que unidos a la creatividad y adaptación rápida a cada nueva circunstancia, da un potencial de lucha y reivindicación mayor al propio movimiento; del mismo modo hay que añadir los propios canales de comunicación alternativos que usa el movimiento como alternativa a la indiferencia de los *mass media*, como son revistas, periódicos, materiales gráficos y audiovisuales. La capacidad de generar nuevos mecanismos de comunicación, que sean cercanos y accesibles a la población, combinando con las nuevas tecnologías y la creatividad posibilita planteamientos alternativos a los medios de comunicación de masas.



El propio movimiento ha ido generando distintas herramientas dependiendo del contexto en el que se encontrara, ejemplo de ello son los centros Ateneos, que tienen sus orígenes entre el movimiento obrero y el franquismo. Los Ateneos eran centros sociales donde se pagaba alquiler, ya que por aquella época las okupaciones no poseían la capacidad para realizar proyectos a largo plazo debido a su fragilidad, sin embargo la gente tiene una interiorización de los Ateneos como suyos. (González García, 2004)

“El compromiso de algunos y la espontaneidad y voluntarismo de otros regeneran al propio movimiento” (Martínez López, 2004: 70)

### 1.1.2. Mujeres

En un intento de traerlas a la realidad, de decir que están ahí y que no se debe tapar los ojos ante su historia, surge esta parte del trabajo. Porque una activista feminista me enseñó una vez que las cosas hay que nombrarlas; porque las que no se nombran, no existen.

Actualmente como desarrollan Subirats y Tomé (2007) se vive en un patriarcado, es decir, una organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de predominio de los hombres sobre las mujeres surgido de una toma de poder histórico por parte de los hombres. Es un sistema tan acomodado históricamente, que se configura en la vida cotidiana de manera natural. Es por ello que cualquier crítica a este sistema produce una reacción fuerte y a veces agresiva de parte de la población. Este sistema tiene comportamientos aceptados como femeninos o masculinos, que son considerados apropiados o no. Algunos patriarcados están más afianzados que otros, pero todos presentan estas líneas generales.

La supremacía del patriarcado hace evidente que, en cuanto a comparaciones, en cualquier caso de desigualdad de oportunidades, de riesgo de exclusión, de colectivos desfavorecidos, la opresión de la mujer es doblemente visible.

Por otro lado, De Miguel Calvo (2010) explica que las mujeres activistas de los movimientos sociales son una especie de rareza dentro de la sociedad del estado español, androcentrista, como la mayoría de sociedades del mundo. Son mujeres que se escapan de lo esperable, transgreden normas, pierden su naturaleza de mujer buena en alguna parte del camino, adoptan roles agresivos; en teoría tan propios de los hombres.

La mujer que se rebela contra el sistema pierde todo rastro de feminidad, delicadeza e incluso moral. Teniendo en cuenta esto, Almeda (2007) declara que las consecuencias de la desviación del mandato patriarcal en el caso de mujeres será más grave que la de los hombres, han infringido las leyes y el rol esperado por su género. Las consecuencias para ellas son más graves que para ellos pues aparte de infringir la ley recae el peso del estereotipo, no se han comportado acorde al rol asignado por la sociedad: Sumisas, madres, esposas fieles, mediadoras en los conflictos ajenos, etc. En definitiva dar satisfacción de las necesidades de los demás. Pero este estigma tiene una doble cara, no sólo lo sufren estas mujeres, sino que pretende hacer una llamada de atención sobre todas las mujeres para que no se salgan tampoco de su rol. “El miedo a no ser queridas nos expone a la humillación y por miedo a no ser queridas acabamos no siendo respetadas” (De Miguel Calvo, 2010: 13).

Subirats y Tomé (2007) abogan por una educación que permita a la mujer sentirse parte del cambio y de ser capaz de decidir por sí misma, pero nunca obviando las situaciones estructurales que la han llevado hasta la situación.

Veamos oportunidades donde solo veíamos discriminaciones, veamos actoras donde veíamos víctimas.

### 1.1.3. Okupación y políticas públicas

Ya que el objetivo de esta investigación es el papel del Trabajo Social dentro de este movimiento, se cree importante tener referencias sobre este en el ámbito de actuación más amplio de la disciplina que son los Servicios Sociales y por ende todas las políticas públicas.

Hay que partir de la idea indicada por González García (2004) de que a diferencia de otros movimientos, el objetivo del Movimiento Okupa no es alcanzar el poder, sino que buscan una ruptura de las estructuras de poder, esto sí es coincidente con otros movimientos de corte transformador. Pese a ello, no existe una unión entre ellos aunque sí hay una vinculación como mínimo indirecta.

Para analizar el impacto del Movimiento Okupa en las políticas públicas, este autor lo hace desde tres variables distintas, es lo que llama el modelo de impacto:

**El capital crítico o alternativo:** es la forma de difundir el movimiento, de hacer llegar su discurso a la población. Es decir, se englobaría todas las capacidades para expresarse y alcanzar sus objetivos.

**Red de políticas públicas:** corresponde a todas las relaciones de poder, esto hace que sea algo complejo por el número de actores que intervienen, como por ejemplo en el caso del acceso a la vivienda para la emancipación juvenil. Es importante que desde estas redes haya capacidad para innovar.

**Los marcos cognitivos o la opinión pública:** es lo que se traduce cuando se da un salto desde la movilización social a tomar una cierta importancia e irrumpir en la agenda política.

Al aplicar este modelo de impacto González García (2004) obtiene dos hipótesis:

La primera que el Movimiento Okupa tienen su incidencia sobre las políticas de juventud ya que este movimiento es principalmente de gente joven, y estas políticas no realizan cambios estructurales así que la Administración responde en algunos aspectos como formando centros cívicos juveniles.

Y que no tiene mayor incidencia sobre las políticas de vivienda, de participación ciudadana ni en los medios de comunicación, pese en excepciones como por ejemplo la ley de asociacionismo no formal de Cataluña.

Heras i Trias (2008) argumenta que las okupaciones adquieren estabilidad cuando son reconocidas legalmente, lo que garantiza la continuidad de proyectos y supone una cesión de la Administración Pública permitiendo que permee en el discurso político. En la situación opuesta se encuentra la expropiación donde todos los agentes niegan la reivindicación, esto tiene como consecuencia que siempre que hay una orden de desalojo no se puede llevar a cabo proyectos a largo plazo ni ganar fuerza dentro del barrio.

En Madrid existen casos que tras una larga negociación entre la Administración Pública y el movimiento con apoyo del resto de la población se llegaron a acuerdos, son los casos de la Prospe, en la red del barrio de Lavapies, que trata temas de juventud especialmente de escuelas educativas ajustadas a las necesidades de menores en situación de vulnerabilidad o exclusión social y el CSOA la Eskalera Karakola de mujeres. En la Prospe se consigue dos

veces impedir el desalojo y posteriormente que les cedieran un local durante 50 años para poder desempeñar su labor. La posición de la comunidad es de mantener el local pero sin mayor implicación, es decir, sin rendir cuentas del local. Parecido es el proceso que sigue Eskalera karakola pero nunca llega a darse el proceso de afianzamiento social ni se les llega a dotar de servicios para su perduración.

Un ejemplo de una mala negociación es el del CSOA Torreblanca de Sant Cugat en Cataluña, donde el ayuntamiento intenta desalojar este centro okupado pero no puede, hay una negociación y se vuelve a intentar desalojar pero es bloqueado por las movilizaciones okupa no violenta y gracias al apoyo de la opinión pública. En este caso entra como agente también grupos fascistas que intentan atacar. Se mantienen las negociaciones para la cesión del espacio, los okupas son críticos con estas negociaciones, especialmente los más radicales que no querían ceder nada de la autogestión, debido a que el ayuntamiento consigue manchar el espíritu de la okupación intentando dominarlo y entrando el propio ayuntamiento en el espacio okupado. Por ello el sector más crítico se van y hacen otra okupación en Can Masdeu en Barcelona.

La pregunta sin respuesta es ¿La negociación es imposible?

“Un diálogo de sordos entre una Administración pública pero que no comparte en absoluto las propuestas de autogestión del movimiento, y un movimiento que mayoritariamente rechaza la intermediación institucional desde una concepción un tanto rígida de la autonomía de lo social” (González García, 2004: 170)

En síntesis el Movimiento Okupa en España aparece en 1980 pero alrededor de 1996 es cuando tiene más auge, del mismo modo en este año aparecen las redes okupas en la agenda política, se encuentra como actos de okupación de referencia el cine Princesa en Barcelona, siendo las comunidades autónomas con más okupaciones Madrid, Cataluña y País Vasco. Estos movimientos consiguen crear redes de simpatía y divulgan otras formas de protesta alternativas pese a la invisibilización que les somete los medios de comunicación.

En lo que concierne a la vivienda, no consiguen entrar en los campos de decisiones ya que no forman parte de esa estructura que está controlada por los grandes actores económicos. Se considera que al ser jóvenes y dispersos su capacidad de conflicto es menor. También son excluidos de la política y el ámbito público, sin embargo siempre han generado curiosidad dentro de la opinión pública.

La tipificación de delito de usurpación, okupación de inmueble, vivienda, o edificio ajeno, supone pasar de la multa civil a la penal y por eso la policía puede pasar a actuar de oficio.

Tras 1996 se pierde protagonismo pero adquieren nuevos campos de okupación al integrarse dentro de los nuevos movimientos alterglobalizadores. Siguen sin conseguir más redes ni simpatizantes, siguen sin entrar en la vida política y quedan más sometidos a la imagen que dan los medios de comunicación sobre ellos, a pesar de ello se siguen okupando edificios creando CSOAS que dotan de herramientas de participación tanto a los propios participantes como a la vecindad del barrio donde se encuentre.

## 2. Trabajo Social

“El Trabajo Social, se plantea tres dificultades: No siempre se sabe quiénes somos exactamente; se sabe pero no se sabe cómo explicarlo a los demás; o se sabe, pero no siempre se quiere que los otros lo sepan” (RUFUTS, 1998: 9)

La cita anterior se cree que resume la situación actual de la profesión, ya que como explica Ponce de León (2012) durante el avance del S.XX se produce un desarrollo muy fuerte de las Ciencias Sociales, englobándose aquí el Trabajo Social, sin embargo con unas características peculiares, aunque ha ido evolucionando y creando su propio cuerpo de estudio siempre se ha centrado en la intervención social dejando el campo académico a otras disciplinas, por ello uno de los mayores problemas que se ha encontrado es que esta intervención en numerosas ocasiones no ha encontrado correspondencia con la parte teórica de la propia profesión, teniendo que sumergirse en teorías de otras ramas, en definitiva el Trabajo Social ha podido encontrarse “en tierra de nadie” vagando entre una intervención que no acababa de consolidarse y una teoría externa, pero a esto hay que verle las nuevas oportunidades que trae.

Ponce de León (2012) argumenta que a nivel profesional con el desarrollo de la disciplina se va dando un proceso de alejamiento del voluntarismo para dar una intervención con mayor profesionalidad y con personas especializadas en distintos campos de intervención, además de adentrarse en el ámbito académico y lograr crear esta teoría desde la propia práctica, tan característica de la profesión. Aunque se aleje un poco del tema otro factor clave que es un reto para el Trabajo Social en España, es la entrada de la universalidad de los Servicios Sociales, ya que este modo se puede alcanzar mayor unión entre la práctica y lo académico.

Se debe tener en cuenta también a Ander-Egg (2011) que explica que dentro de la propia disciplina se encuentran dos posiciones que se mueven dentro de la transformación o la estabilidad social, por un lado aparecen posicionamientos más conservadores que trabajan manteniendo el statu quo establecido buscando una estabilidad avalada por una paz social y por el otro lado, posicionamientos radicales que abogan por una reforma de las propias estructuras, para ambas posiciones hay numerosas teorías que las avalan.

En relación con lo anterior, nace la necesidad de ser consecuente del posicionamiento que toma la investigación, hay que ser consciente que toda investigación tiene una vertiente concreta, que está condicionada de alguna manera por lo que está investigado y que tiene un posicionamiento teórico. De este modo el error no es que haya una cierta influencia, sino en no ser consciente de la realidad en donde se desarrolla la investigación y cómo afecta a la misma, sino que hay que tomar consciencia de todo lo anterior y visibilizarlo, de este modo se da la vuelta y se consigue que algo que en principio cuenta en contra de la investigación se convierta en un ventaja para la misma. Por ello los fines de la investigación y su posicionamiento deben quedar claros y explícitos. Hay que analizar y plantear conceptos que se puedan utilizar de forma inconsciente en la investigación y que detrás de ellos se oculte una intencionalidad marcada por las estructuras de poder. A continuación se explicarán aquellos enfoques en los que se centrará la investigación.

### 2.1. Perspectivas del Trabajo Social

Una parte fundamental del estudio es el papel que puede desempeñar el Trabajo Social

junto con el Movimiento Okupa. Como se ha mencionado con anterioridad hay que darle un enfoque internacional para poder comprenderlo completamente, en este apartado se hará desde el Trabajo Social ya que es la única manera de poder abordar las problemáticas y potencialidades en su conjunto entendiendo las estructuras que definen ese contexto y se alejen de un Trabajo Social paternalista y asistencial.

El Trabajo Social es una profesión, ciencia, disciplina que engloba distintos enfoques desde los cuales en su conjunto se permite tener una visión de la sociedad propia que facilita una intervención social adecuada. Se podrían englobar las cuatro grandes perspectivas del Trabajo Social como la Perspectiva Global, Ecológica, de Derechos Humanos y de Desarrollo Social. Todas tienen en común la defensa de estos derechos, donde encajarían el análisis desde el conjunto del contexto, la participación, reconocimiento de la diversidad, etc.

Uno de los mayores aportes de la *Perspectiva Global* del Trabajo Social es señalada por Midgley (2008), es el planteamiento de la interdependencia donde se entiende que cualquier hecho social no es único por sí solo, sino que viene definido, influenciado y vinculado a otros factores sociales.

Por ello el problema de la falta de vivienda no sólo es que unas personas no tengan acceso a ella por una serie de motivos sino que detrás hay unos factores diversos que permiten y perduran esa situación en más personas, especialmente aquellas que se encuentran en situaciones de exclusión social.

Del mismo modo el Movimiento Okupa no sólo es un hecho aislado en un punto concreto sino que desde esta perspectiva se entiende porque frente a un problema surge esa respuesta por parte de la ciudadanía. También argumenta Midgley (2008) que se entiende la globalización y la localización como factores que definen esta perspectiva, uniéndolo con el Movimiento Okupa, da una dimensión mayor a este movimiento y del mismo modo muestra la capacidad del mismo para dar salida a una situación, por un lado se interpreta una localización de los problemas y del propio movimiento que aunque se tenga que entender bajo un marco de globalización e interconexiones, no hay que olvidar que el movimiento va a tener unas características propias en cada país o región tanto por cómo se organice como de las circunstancias que ha llevado a ello. Midgley (2008) recalca que el marco globalizador no siempre tiene que ser como algo negativo, en este caso nos permite establecer una serie de uniones y sinergias que fortalecen y hacen crecer al movimiento, pero no sólo con movimientos okupas sino que con otros movimientos y luchas, en el caso de España se puede comprobar como en un momento de efervescencia social, este movimiento tiene que vincularse al Movimiento Stop Desahucios, o a las acampadas ciudadanas. Manteniendo este ejemplo se manifiesta como el unir estas luchas sociales puede permitir dar solución a un problema social: desde la presión y militancia activa tanto social como política que buscan las acampadas sociales ejemplo de ello es el 15-M y demás grupos formados desde el 15-M, se conseguiría un cambio político y por ello en las estructuras, desde la lucha especializada de movimientos como stop desahucios o la PAH (Plataforma de Afectados por la Hipoteca) una organización social especializada y desde el movimiento Okupa dar salida a las necesidades de las familias afectadas, volver al tipo de Okupación con fines de vivienda, o para la formación de tejido social en este caso okupaciones para centros sociales. En general, todo ello se traduce a una construcción colectiva de una ciudadanía global donde se busca la solución de problemáticas como algo que involucre y movilice a toda la sociedad por la lucha en pro del beneficio social.

Continuando con la *Perspectiva de Derechos Humanos*, Picornell (2015) aclara que tenemos que partir de que hay un planteamiento de universalidad de derechos, es decir, hay una serie de derechos reconocidos para todos los hombres y mujeres que va ligado a su condición de ser humanos, indistintamente de su raza, género, sexo, etnia... Se parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), donde se recogen esos derechos básicos y fundamentales para el desarrollo del ser humano, concretamente el derecho a la vivienda aparece en el artículo 25:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”

Vázquez y González (1996) aportan que por un lado el Trabajo Social debe ser promotor y defensor de los Derechos Humanos, pero se puede encontrar en la tesis de cierta imposición de unos derechos que no son reconocidos por otras sociedades, por eso mismo el Trabajo Social debe tener la capacidad de ir más allá siendo capaz de defender los Derechos Humanos respetando las culturas de las distintas sociedades. Cada sociedad va a entender y vivir de forma distinta el concepto de vivienda, por eso el argumentar que en una sociedad no se defiende el acceso a la vivienda por que no tienen concepto como tal para la vivienda, sería caer en un caso de relativismo cultural. ¿Pero, cómo se define que es la vivienda si cada comunidad lo puede entender de forma distinta?, la solución se encuentra escuchando a las comunidades desde sus luchas y reivindicaciones. El Trabajo Social puede encontrar la defensa de los Derechos Humanos en materia de vivienda y reconociendo la diversidad cultural en las formas de organización civiles, el Movimiento Okupa es uno de esos modos de organización civil donde la población busca salida a una necesidad cuando el Estado no cumple con una parte de su responsabilidad, también supone un modo de reconocer el derecho a la participación de las comunidades en su proceso de transformación y empoderamiento de la ciudadanía. (Vázquez y González, 1996)

El aporte de la *Perspectiva Ecológica* viene dado siguiendo a Midgley (2008) por un factor temporal, es decir, el Trabajo Social tiene que tener en cuenta el largo plazo sostenible y equilibrado. Esta perspectiva es muy interesante desde la disciplina ya que es muy fácil caer en una práctica paternalista que busca la satisfacción a corto plazo de las necesidades, olvidándose de qué ocurrirá cuando la figura de la persona profesional se tenga que retirar, con un riesgo de dependencia de la otra parte. Esto se soluciona como señala Ander-Egg (2011) desde una práctica que tenga una visión a largo plazo, que sea consecuente con todo el contexto y con los distintos factores que lo rodean, es decir el medio ecológico humano.

Por ello el Trabajo Social debe fomentar, animar y fortalecer el tejido organizativo desde la sociedad para generar recursos que den respuesta a las necesidades sociales. Desde este planteamiento no se puede quitar la responsabilidad del Estado, que la sociedad civil tenga capacidad de generar soluciones no implica que el Estado pierda su responsabilidad sino que deben ser complementarias, por ello la okupación por sí sola no es la solución sino que también debe haber un trabajo de compromiso por parte del Estado en el reconocimiento de la vivienda. La organización de la ciudadanía tiene como aliciente la propia autogestión que suele favorecer la sostenibilidad, el Movimiento Okupa es totalmente autogestionado

por lo que desde una organización adecuada se puede alcanzar una solución sostenible.

Para terminar se encuentra la *Perspectiva de Desarrollo Social* donde la proactividad toma protagonismo. Stalwick (1997) expresa que la propia sociedad tiene que tomar las riendas de su proceso de transformación y ser actores protagonistas y activos. El Movimiento Okupa ejemplifica este planteamiento ya que son las propias personas del movimiento quienes ya sean por cubrir una necesidad básica como es la vivienda, por generar un bien social como es un centro social o por una reivindicación política, son los propios integrantes los que están siendo los principales agentes de cambio social. El papel del Trabajo Social en este caso debe de ser de facilitador de la movilización, intermediario entre la sociedad y el movimiento y el de empoderamiento de las personas y comunidades para hacerlas partícipes de dicho cambio social.

## 2.2. Trabajo Social Comunitario

Una vez definidos los enfoques desde los que se va a trabajar es necesario concretar más, es necesario definir en qué nivel de intervención se quiere enmarcar, es decir, si el Trabajo Social va a ir enfocado a la intervención con individuos, grupos o comunidades. Si se habla del papel que pueda desempeñar el Trabajo Social dentro del Movimiento Okupa, el nivel más adecuado sería el Trabajo Comunitario, ya que se trata de un movimiento social y esta forma de intervención busca principalmente empoderar a la sociedad para organizarse y conseguir la transformación social.

Pastor Seller (2004) explican que el Trabajo Social Comunitario no es un trabajo claramente definido, sino que es una ruta de intervención enfocada al empoderamiento de las comunidades para que desde ellas mismas se alcance una transformación social. De este modo, como dice Marchioni (1999), el Trabajo Social Comunitario tiene que enfocarse en los territorios, en el caso de las ciudades en los barrios, siendo estos una unidad básica de comunidad y desde ellos, enmarcándose en las ciudades, se estructura la mayor parte de la vida comunitaria estableciéndose una serie de redes y relaciones propias de la comunidad que permite el empoderamiento social.

“La práctica del Trabajo Social Comunitario debemos ubicarla en un continuo niveles de intervención que conectan el desarrollo en el nivel micro con el reforzamiento de individuos y grupos, con el mesosocial, del barrio, y el nivel macro, a nivel nacional e internacional. Las nuevas formas de conciencia, de sensibilidad, de comunicación, de conocimiento que se están derivando de los fenómenos de mundialización nos permiten percibir mejor que nunca cómo las situaciones que se viven en esos diversos niveles de la vida humana tienen una estrecha conexión: La humanidad se convierte en un entorno social tan y tan próximo.” (Barbero y Cortés, 2005: 38).

Alberich (2000) señala que el asistencialismo y el corto plazo no encajan dentro de una intervención comunitaria, ya que una de las características que tiene esta intervención, es la no dependencia del profesional, dando respuesta al problema planteado a largo plazo de forma sostenible; encajando de esta forma con la Perspectiva Ecológica del Trabajo Social.

Generar nuevos agentes colectivos y nuevas formas de relación entre todos ellos, para ello se debe entender el Trabajo Social Comunitario como un proceso en que todas sus fases están relacionadas unas con otras y pueden realizarse conjuntamente, y de igual modo se debe comprender que lo importante es el proceso donde se construye todo ello.

En todo momento el protagonismo del proceso de transformación social es de la comunidad, Pastor Seller (2004) explica que para ello se aprovechan sus recursos y capacidades, dando salida a la problemática desde dentro y siendo un proceso dinámico y participativo.

Rotham (1979) en su modelo de desarrollo de localidades explica también esto, se debe de buscar formar comunidades mediante la participación y la reflexión desde territorios concretos, por tanto se trata de crear una conciencia colectiva mediante la reunión de las personas y dotarlas de herramientas para que planteen acciones colectivas de transformación y el papel del profesional vaya diluyéndose volviéndose prescindible.

Por otra parte, Barbero y Cortés (2005) señalan que tres ejes describen el Trabajo Social Comunitario: La concienciación, es decir, trabajar la identidad del agente en común que se quiere construir. Organización, reforzar los vínculos externos e internos así como planificar las distintas acciones y la movilización, con la construcción de relaciones.

La fase que la persona profesional va a tener más fuerza es en la de organización, debe lograr la cohesión de la población con intereses comunes, se entiende que cuando las personas están organizadas se implican y se movilizan.

“Convertir las operaciones del procedimiento profesional en actividad de la gente es un contenido esencial de la comprensión que estamos construyendo” (Barbero y Cortés, 2005: 21). Se participa organizándose, son el mismo elemento. De esta manera aparece una conexión con una vida social, y se producen cambios.

El papel de la persona profesional señala Marchioni (1999) es importante pero se tiene que hacer desde una consciencia de todo lo anterior, por ello la intervención es distinta. La persona profesional tiene que ir apartándose progresivamente, de forma que cuando esta se retire el proceso de transformación y la dinámica comunitaria pueda seguir y aumentándose por sí sola. De este modo el Trabajo Social Comunitario aporta apoyo en la gestión, en la coordinación de grupos, orientación y conexión con otras estructuras u organismos, además de mediador de conflictos. Las tareas son diversas debe ser dinamizador del grupo, informador y facilitador para la construcción del proyecto colectivo, incitar al proceso, guía, formador y dotarles de herramientas.

En definitiva, se hace referencia a otra forma de entender a los sujetos sociales como ciudadanía, las personas deben de ser protagonistas y partícipes de la propia dinámica social en la que viven, por ello la ciudadanía debe ser incluyente entendiendo a todas las personas integrantes de dicha sociedad con independencia de su condición. Sin este actor colectivo autónomo no se podría decir que es Trabajo Social Comunitario. (Rotham, 1979)

Resumiendo, la disciplina tiene que formar profesionales que sepan canalizar el potencial propio de cada comunidad.

Todo ello se consigue mediante el empoderamiento, Ander-Egg (2011) pone de manifiesto que es un deber hacer capaces a las personas de cada comunidad de autoorganizarse para plantear alternativas que puedan dar salida a una problemática concreta, se creen redes de apoyo y de bienestar social y crear un lucha colectiva para ejercer presión y modificar las estructuras de opresión, estas estructuras de opresión que se plantean desde la perspectiva estructural. Además que la persona profesional debe estar sumergida en esta realidad, comprometida, “ya no se actúa para el pueblo, se está en, se existe con el pueblo” (Ander-Egg, 2011: 61).



Pero ante esto, Salcedo (2011) muestra las complicaciones, ya que el Trabajo Social tiene como gran reto el posicionarse en un papel complementario entre el control social y la transformación social. El control social hay que entenderlo como la búsqueda de una cohesión social que permita una estabilidad y paz social para el desarrollo adecuado de las personas, y la transformación social como una búsqueda de la eliminación de estructuras sociales que impidan la igualdad entre las personas, por ello habrá momentos que esta transformación social se pueda alcanzar mediante acciones cercanas y de no ruptura y en otras ocasiones será necesario buscar la ruptura mediante la movilización y reivindicación.

Aquí aparece un problema ético de la profesión si se ejercen estos planteamientos ¿Por qué lado debe optar el Trabajo Social?

Por un lado se encuentra la Administración Pública u organismos para los que se trabaja y con los que se deben cumplir una serie de normas y valores establecidos al pertenecer a ella, si se quiere continuar manteniendo el empleo. Por otro está el grupo oprimido por estas instituciones que quiere lograr su empoderamiento, fin y valor de la profesión con la que también se ha comprometido.

Aunque lo anterior es un tema que debería desarrollarse profundamente se quiere dar un apunte general desde la perspectiva de Ahmed Mohamed (2011) que argumenta que este dilema se encuentra resuelto en la práctica debido a que las directrices que las distintas administraciones dan para el Trabajo Social Comunitario se encuentra perfectamente limitado, para no llegar a producir estos dilemas.

### 2.3. Relación entre Trabajo Social y Movimiento Okupa

“Remover antiguas raíces de nuestra cultura requiere un esfuerzo extraordinario; pensar que alguien es capaz de conseguirlo en solitario es no haber medido ni el grosor de tales raíces ni los obstáculos que todavía impiden su desaparición. Así pues, lograr alianzas, cuanto más amplias mejor, es un segundo objetivo a plantear para poder avanzar.” (Subirats y Tomé, 2007: 12)

El siguiente apartado de la investigación trata de unas reflexiones personales sobre la relación entre Trabajo Social y el Movimiento Okupa desde una fundamentación teórica previa, estas reflexiones personales suponen desde un primer momento un posicionamiento propio que es inherente a cualquier persona, por ello el verdadero ejercicio de objetivación es reflexionar sobre la perspectiva y ser consecuente con la misma y la investigación.

Se establece aquí unas primeras reflexiones sobre el objeto de estudio, sujetas a lo que la propia investigación desarrolle posteriormente.

Entonces, ¿por qué el Trabajo Social tiene mucho que aportar al Movimiento Okupa?, y ¿cuál es la justificación para que el Trabajo Social deba apoyarlo? Para empezar dando respuestas a estas dos preguntas, las respuestas dadas son aplicables a prácticamente cualquier movimiento y lucha social ya que son base del trabajo comunitario. De partida el Trabajo Social debe apoyar cualquier intento de solucionar problemas relacionados con los Derechos Humanos, una parte del Movimiento Okupa busca dar salida a una negación del derecho de la vivienda a una parte de la población; otro Derecho Humano es el respeto a la participación en la sociedad, la otra parte del Movimiento Okupa busca crear un espacio de participación comunitaria. El Movimiento Okupa es un tipo de organización colectiva

que busca dar respuesta a una necesidad social, de este modo se da un proceso por el cual es la propia sociedad la que ha reflexionado, ha percibido y ha propuesto un mecanismo para solucionar un problema, el Trabajo Social debe respetar estos procesos y apoyarlos ya que parten de dentro de la sociedad siendo la comunidad la protagonista y la proactiva. El límite para apoyar este Movimiento sería cuando derivara en un atentado contra otros derechos.

El Trabajo Social tiene como gran aporte la capacidad de coordinación, como se ha visto con anterioridad uno de los mayores problemas que históricamente ha tenido el Movimiento Okupa ha sido la falta de coordinación con otras entidades u organizaciones, lo que ha sido una dificultad a la hora de visibilizarse y unir fuerzas, por ello una coordinación entre distintos movimientos y colectivos supondría un plus de fuerza para la lucha colectiva. Del mismo modo hace falta también una coordinación interna que de consistencia y cohesión al movimiento. En general desde este punto, el Trabajo Social podría aportar el nexo promotor del trabajo en red con otras personas, movimientos, organizaciones, asociaciones...

Puede aportar también, ser el nexo conector entre el movimiento y el barrio, sobre todo al principio de las okupaciones ya que el barrio tendrá desconocimiento, recelo o hasta incluso miedo. El difundir y trabajar de forma vecinal para transmitir los objetivos que tienen las okupaciones así como acercar trabajos y acciones comunitarias. Se trata de convertir los centros sociales en un referente dentro del barrio y del mismo modo que tanto los vecinos como los activistas sientan la okupación como suya de forma que se defienda y se participe.

### 3. Metodología de la investigación

#### 3.1. Pregunta y objetivos de la investigación

“Podemos imaginar el triste aprieto en que se vería el científico natural si los objetos de la investigación tuvieran la costumbre de reaccionar ante lo que se dice acerca de ellos: Si las sustancias pudieran leer u oír lo que el químico escribe o dice acerca de ellas y pudieran saltar de sus recipientes y quemarlo cuando les desagradara lo que ven en la pizarra o en el cuaderno de notas” (Andreski 1973: 22)

Sierra Bravo (1998) explica que la investigación social tiene su naturaleza en la singularidad de los seres humanos por conocer todo lo que les rodea, especialmente se intenta dar respuesta a fenómenos poco tratados que emergen en la sociedad y poder teorizarlos en el ámbito del conocimiento del campo de lo social.

Prosigue el autor señalando que el objeto de estudio de la investigación social de forma general es la sociedad, por ello siempre van a aparecer una cantidad de variables que confluyen unas con otras, y no faltan aquellas que se escapan en las investigaciones o van ser desconocidas durante todo el proceso, entre todos los factores a tener en cuenta hay dos básicos que son el espacio y el tiempo, porque al cambiar estas dos puede modificar toda la investigación, un movimiento social en el mismo territorio pero en periodos de tiempo distintos puede llegar a cambiar completamente.

Por otra parte, Cánales y Binimelis (1994) aportan que siempre hay que tener en cuenta que detrás de cada acción o hecho se encuentran ideologías, sentimientos, es decir, personas. Este aspecto es lo realmente importante y este carácter hace imposible que se pueda medir y cuantificar. Esta premisa aleja a la investigación social del ideal de resultados exac-

tos de las ciencias naturales. Relacionado con esto, Sierra Bravo (1998) señala que no se han de olvidar las propias limitaciones, al formar parte de la sociedad, de una cultura determinada con unos valores propios, nunca se será completamente independiente ni neutral, se debe ser consciente de esta limitación y evitar la subjetividad por muy contrario que sean los resultados de la investigación a los referentes ideológicos.

Hay que dar constancia que todas estas peculiaridades no hacen de la ciencia social menos que la natural, sino diferente, con estas dificultades que la investigadora<sup>1</sup> debe tener en cuenta en todo el proceso. La investigación social es necesaria para construir una sociedad más justa y más humana.

El presente trabajo supone un acercamiento al Movimiento Okupa como forma de reivindicación social y política y el logro del empoderamiento de la ciudadanía; con la intención de profundizar y concretar el tema central del trabajo dentro de la amplitud que posibilita el tema de la investigación social, se hace necesario formular objetivos más concretos. Ya que se parte de la convicción, derivada de la experiencia personal y académica, de que efectivamente existen alternativas para lograr una ciudadanía activa de las que dota el Estado, el objetivo principal de la investigación se centrará en visibilizar esas fortalezas del movimiento y el papel que puede ejercer el Trabajo Social en todo ello, de forma más específica, conocer en qué ámbitos la profesión puede ser de más utilidad así como este movimiento.

Estos objetivos se traducen en una pregunta central que guiará la investigación y tratará de ser respondida finalmente: “¿De qué formas pueden unirse el Movimiento Okupa y el Trabajo Social para empoderar a la ciudadanía?”.

En la investigación lo que se quiere comprender son las distintas percepciones, los distintos discursos, que las personas tienen sobre la okupación, y sobre el papel del Trabajo Social, aunque se llegara a cuantificar estas percepciones no se obtendría una respuesta válida, por ello la elección para la investigación es la metodología cualitativa.

Debido a que esta no es una investigación cuantitativa y teniendo en cuenta que el campo que se explora y la metodología que se seguirá para ello se caracterizan precisamente por un cierto grado de subjetividad, a la hora de plantear las hipótesis que respondan a la pregunta de investigación, se ha de recurrir igualmente a la experiencia anterior en la investigación y conocimiento académico y personal en este ámbito. Por tanto, no se trata de hipótesis científicamente establecidas que vayan a ser demostradas de forma categórica, sino suposiciones previas al proceso de investigación que, en base al conocimiento personal, pueden ser corroboradas a lo largo del mismo

En primer lugar, que la construcción de tejido comunitario en barrios y el fomento de centros sociales autogestionados es una alternativa para que la ciudadanía gane peso y participación dentro de la sociedad.

En segundo lugar, que la profesión del Trabajo Social puede ayudar a la hipótesis anterior debido a su formación y especialización.

Se debe tener en cuenta que debido a lo comentado anteriormente sobre la formulación de las hipótesis, no se excluye la investigación de otros ámbitos de los que se pueda

.....  
<sup>1</sup> En este trabajo se utiliza el femenino dado que los conocimientos expuestos serán de forma personal interiorizados y aplicados en la puesta en práctica de la investigación, del mismo modo es una forma de reivindicar el papel de la mujer y del lenguaje sobre el género sin entrar a profundizar en la polémica actual de la neutralidad ya que aún no se posee una opinión clara sobre el tema.

extraer información para determinar cuál es la relevancia de las mismas, pues no se debe menospreciar la posibilidad de que en otras áreas las alternativas para la participación ciudadana sean también relevantes.

### 3.2. Metodología empleada, población y técnicas de recogida de la información

Callejo (2002) explica que los tipos de investigación social son diferentes según los aspectos que se quieran conocer o se vayan a tratar, tenemos clara que es una investigación cualitativa.

Como la investigación social en su conjunto engloba la forma básica que busca la profundización o mejora de conocimientos de los fenómenos sociales para conseguir una transformación de la sociedad que sería la aplicada, podemos entender que esta investigación, dado el tiempo y formato del trabajo, es de tipo básico. Trata, por tanto, de realizar una aproximación a un fenómeno poco estudiado previamente.

La primera herramienta que se usará en la investigación es el trabajo bibliográfico, para la elaboración de la contextualización y el marco teórico, datos procedentes de fuentes secundarias que aportan una visión de carácter más objetivo de diferentes autores especializados en el estudio de dichos movimientos sociales y el Trabajo Social para poder tener una buena base teórica sobre la que construir, todo esto es muy necesario ya que va a ayudar a definir y comprender el contexto del objeto de estudio y por otro lado también es necesario para saber de dónde proceden todos los discursos construidos en torno al objeto de estudio.

Otra cuestión clave es cuándo usar una técnica de investigación u otra. Es necesario saber cuándo corresponde un grupo de discusión o una entrevista, cada una tiene una finalidad. Mientras que como señala Alonso (1998) el grupo de discusión analiza discursos, ideologías y las concepciones sociales que hay en torno al objeto de estudio, las entrevistas se corresponden con una finalidad de buscar aspectos individuales influenciados por lo social.

Para ello, las técnicas de recogida de datos que se emplean tienen un carácter principalmente cualitativo, a través de entrevistas en profundidad a una serie de personas integrantes del movimiento.

Desde una perspectiva cualitativa, enfocada en las vivencias personales dentro del movimiento así como sus fines, objetivos y dificultades, para sacar a la luz manifestaciones de protesta como posibles nuevas formas de empoderamiento. Esta parte se realizará a partir de entrevistas en profundidad a personas integrantes o simpatizantes del movimiento. Cárnales y Binimelis (1994) señalan que la entrevista como técnica muestra unas peculiaridades, transmite la realidad con las características físicas, forma de vestir, etc. De la persona entrevistada y por otro lado su discurso con sus ideas y opiniones.

La imagen exterior que se forma determina que se piense que va actuar de una forma u otra., esto puede influir en la entrevista e impone diferentes actitudes. Al tratarse de obtención de conocimientos básicos dentro de un sistema muy heterogéneo como se ha explicado que es el Movimiento Okupa, serán entrevistas semi-estructuradas, se dejará libertad a las personas entrevistadas y serán entrevistas en profundidad ya que se trata de dirigir toda la entrevista a ciertas cuestiones de sus vidas en torno al movimiento.

Callejo (2002) explica que se debe exponer los temas que interesan y esperar que la otra

persona de sus respuestas, aunque se busca una conversación cotidiana, no se va lograr nunca del todo, ya que tiene unas peculiaridades como es el fin de esta para la investigación, sobre todo si son vivencias que se alejan de las normas imperantes.

Puede entenderse también como una confesión desde la desigualdad por los distintos rangos de entrevistador y entrevistado, ya que esta emerge del primero. No importa tanto el número de entrevistas sino las diferentes condiciones y relaciones con el fenómeno para comparar y corroborar.

Por otro lado, para conocer las distintas intervenciones que pueda llegar a tener el Trabajo Social en este movimiento se parte de que lo ideal serían grupos de discusión entre propios trabajadores sociales comunitarios, estudiantes de la disciplina y activistas del movimiento. Martín Criado (1997) señala que el grupo de discusión busca la construcción de un discurso común que uno o varios grupos sociales hacen en torno a un ámbito determinado, en este caso el papel del Trabajo Social en las okupaciones. El objetivo final es lograr el conjunto de percepciones comunes que sirvan para crear una aproximación a propuestas alternativas y de las experiencias de su vida cotidiana.

Los grupos de discusión tienen la característica por un lado de la homogeneidad y al mismo tiempo de la diversidad, la primera en cuanto a que no se puede mezclar edades, niveles formativos, clases sociales..., pero al mismo tiempo se necesita la máxima diversidad de los grupos en sí para obtener un mayor espectro social.

Aquí cabría señalar la importancia del lenguaje con sus distintos niveles según se va complejizando en su desarrollo, por eso en el nivel social adquiere mayores connotaciones pasando a formar los discursos que componen esa realidad. Esto se traduce, según Alonso (1998), en que los discursos no pueden describir una realidad social externa de forma objetiva, ya que dentro del lenguaje hay que tener en cuenta una multitud de significados, añadir el simbolismo y los significados que se da a los hechos.

Por todos estos factores Santamaria (2002) señala el discurso es algo complejo y dinámico, desde su cuerpo se está dando forma a la sociedad, la realidad es un conglomerado de sucesos que por una parte son palpables y reales y por otro interpretados y formados. Al ser un eslabón más de la realidad, los discursos también influyen tanto por la capacidad que tienen de ser un agente dentro de la propia sociedad. El interés de esta investigación por los discursos viene dado por esa capacidad de influencia que tienen, por ello un futuro análisis de discursos puede servir para confrontar ideas y así desmontar prejuicios y estereotipos que durante mucho tiempo se han forjado en torno al Movimiento Okupa. Es decir luchar mediante el análisis del discurso con una forma de hablar y de ver al movimiento, trabajado de forma premeditada por los medios de comunicación y las estructuras de poder.

Por otra parte, estaría la observación participante, Sierra Bravo (1994) aclara que en esta técnica la investigadora se mezcla con el grupo observado y participa en sus actividades durante un periodo de tiempo, si convive durante largo tiempo, puede establecerse en años incluso, entraría dentro de la categoría etnográfica o antropológica.

Esta técnica lleva tiempo y esfuerzo ya que primero el grupo observado debe aceptar a la otra persona, para al final integrarla y que participe en todas las actividades y pueda llegar a tener un rol y unas funciones, para que así todos los actos sean naturales y se puedan comprender desde la perspectiva del propio grupo que la enseña. Como resume Callejo (2002: 418) "Ver lo que se sale de la norma, o no se entiende, otras culturas, otros grupos,

y que la norma imperante no entra dentro de ellos”.

La involucración personal en el movimiento desde hace 3 años al okupar un edificio público de la ciudad de Oviedo y convertirlo en centro social hace que se haya escogido este tema en cuestión, sin embargo no se puede considerar una experiencia ni los conocimientos necesarios para sistematizar la práctica y poder convertirlo en un elemento del trabajo más, sin embargo si se quiere recalcar el deseo de poder realizarlo o intentarlo al ir adquiriendo conocimientos, o al participar más activamente en el movimiento de nuevo para poder realizar esta técnica, en este trabajo se indica a través de un anexo relatando la experiencia durante todos esos años.

Otra técnica que se dispone para la investigación es la etnofotografía, Garrigues (2009) presenta la fotografía como método de investigación social que tiene la habilidad de plasmar la realidad social de una forma cercana y accesible. El autor habla de la capacidad que tiene la fotografía para generar empatía a la hora de presentar el estudio a la sociedad pudiendo transmitir así mejor la esencia de la investigación. Se propone en este trabajo la recogida fotográfica de la okupación de la Madreña, así como de las vivencias y experiencias personales vividas en el proceso, también ofrece la capacidad de comparar y perpetuar distintos momentos históricos, en este caso la okupación y actualmente la demolición del edificio. “La fotografía transfiere a cada uno de nosotros, la humanidad del otro” (Garrigues, 2009: 22)

Para lo anterior como indica Sierra Bravo (1998) hay que tener en cuenta además la verificación y sistematización, en lo primero se parte de un marco teórico construido por la recopilación de distintas teorías y se llega hasta la realidad, el otro se realiza en la realidad y llega a la teoría. En conclusión se parte y se llega a las ideas, los hechos por si solos no nos van a explicar nada.

Para al final verificar si la teoría que se construye o recopila concuerda con la realidad. Las teorías se supone que son un cuerpo de conocimientos que se consideran validos, sin embargo Callejo (2002) aclara que no quiere decir que lo sigan siendo para siempre, la sociedad se transforma y evoluciona.

### 3.3. Dilemas éticos

Actualmente las investigaciones se encuentran con la financiación como uno de los mayores condicionantes y limitaciones para poder desarrollarlas y mantenerlas.

En el camino trazado por el sistema actual, la investigación tiene que tomar una ruta alternativa que no pase por la competitividad y el reduccionismo, aun así en esa ruta tiene que ser realista y considerar como un gran bache la financiación. Se presenta así el dilema ético de aceptar financiaciones que claramente se dan con una finalidad que condicionará y marcará los límites, también si tomar financiación pública o privada e incluso el cómo conseguir financiación en una situación de escasez y recortes.

Tampoco se puede caer en un negativismo donde se piense que la investigación siempre esté condicionada y por lo tanto no pueda entrar en juego la crítica y la independencia. Actualmente se han construido y se están generando cauces alternativos de producir conocimientos, pero es cierto que cuanto más se opte por estos caminos y más se aleje del camino prefijado, aparecerán más dificultades para llevarse a cabo.

Una de las patologías que puede terminar por padecer el mundo académico es cerrarse mucho en sí mismo sin ser consciente de la realidad en la que se vive, cerrar los ojos a un contexto inestable y cambiante. Así es, que se debe mantener la reflexión permanente y crítica del desarrollo del mundo académico, ya que dar la espalda a la realidad sólo conlleva alejarse de la sociedad, siendo esto el contraobjetivo que justo busca la investigación. De este modo, en esta reflexión se le aporta a la investigación un grado más de reflexión y estudio, se corresponde con la autoreflexión y estudiar que sucede en el contexto académico al mismo tiempo que la investigación estudia qué ocurre en la sociedad. Gran parte de esto se consigue desde una investigación participativa donde se da voz al propio Movimiento Okupa y ver la realidad social desde el punto de vista de las personas que lo forman. Además se gana en cuanto a conocimientos para la investigación ya que tiene un mayor aporte de miradas y conocimientos que definen la realidad. No solo la visión está influenciada por las estructuras de poder y los marcos históricos y sociales, sino que el propio desarrollo de conocimiento está fuertemente influenciado por lo anterior.

Centrándose en la propia investigación puede aparecer un dilema ético en el que se encuentra la posición del Trabajo Social. Es un profesional referente en los Servicios Sociales que dependen de la propia Administración Pública, está a su vez no es muy reticente al Movimiento Okupa. El resultado es que el Trabajador Social se encuentra entre los dos agentes: apoyar un movimiento social que reivindica hechos que van contra los intereses de la institución donde desarrolla su profesión. En esta situación se puede plantear un dilema ético profesional, para ello es necesario que el Trabajo Social genere acciones y pensamientos alternativos que acerquen ambos agentes, no se trata de elegir entre uno u otro sino de ser nexo conector entre ambos y trabajar y luchar siempre por el bien social y el desarrollo de un sentimiento de ciudadanía universal.

Como en cualquier investigación social, existe un gran componente de subjetividad. La investigadora tiene que ser consciente de que va a investigar una parcela de la realidad social muy compleja, es decir que debe reconocer la propia situación de subjetividad y desde ahí construir una investigación lo más acercada al objetivismo posible. En el caso de los movimientos sociales y más concretamente con el Movimiento Okupa, hay que tener en cuenta que los medios de comunicación han mediatizado una visión concreta de ellos, por tanto la investigadora en mayor o menor medida está influenciado por esa visión que se proyecta de ellos, eso demuestra el grado de subjetividad con el que se puede encontrar. Otro factor clave de localización de la subjetividad es la idealización del movimiento y de la labor del Trabajo Social, hay que ser consciente de lo positivo y lo negativo, de las capacidades y de las limitaciones, de los agentes de ayuda y de los agentes de dificultad, de ese modo el idealizar tanto la profesión como del movimiento aleja de la objetividad y la investigación termina por ser sesgada e irreal sin contar con una utilidad real para la sociedad, siendo esto el máximo objetivo de la investigación.

En la observación participante la investigadora tiene que tener en cuenta la posibilidad de involucrarse demasiado dentro del Movimiento Okupa, así conseguiría perder su papel de investigadora a un papel de integrante del Movimiento. Por ello el dilema ético aparece cuando se plantea si la investigadora tiene que llegar a formar parte de forma plena para conseguir una máxima naturalidad del objeto de estudio o no debe involucrarse a un nivel tan profundo para no perder la posición y la perspectiva de investigadora. De ese modo se convierte un reto el encontrar una papel intermedio y complementario, en donde la investigadora forme parte y consiga una situación donde el no sea un agente externo que

influya en el objeto de estudio pero nunca pierda la noción de la investigación.

También pueden aparecer conflictos en la investigación, en parte esto viene muy vinculado al dilema ético anterior. Hay más posibilidades de que surja un conflicto (rechazo a la investigadora, falta de naturalidad, malinterpretaciones de la intención de la investigación..) cuando la investigadora esté menos integrado dentro del Movimiento Okupa ya que se le puede percibir como un agente externo, por ello vuelve a aparecer el dilema anterior de hasta qué punto debe implicarse la investigadora. De ese modo hay que localizar posibles conflictos externos, como puedan ser con las administraciones públicas (vinculado al primer dilema ético con el que se presenta el Trabajo Social), agentes sociales externos, etc.

#### 4. Resultados de la investigación

Los resultados aquí expuestos no son en ninguna de las circunstancias fijos e incuestionables. La investigación se encuentra en un proceso de inicio, por ello el fruto del examen aquí planteado queda sometido al propio desarrollo de la misma, donde se podrá profundizar y estudiar el objeto de estudio desde múltiples enfoques entendiéndolo como un proceso social amplio y complejo. También hay que entender que el objeto de estudio que se propone no es algo estático en el tiempo, de ese mismo modo, la investigación se prolonga a largo plazo por lo que es coherente pensar que el objeto de estudio estará sujeto a transformaciones y a su propio proceso de desarrollo.

Al plantearse la investigación se parte de dos premisas que han sido comprobadas y confirmadas en el desarrollo del estudio:

- Se favorece el empoderamiento de la ciudadanía aportándole herramientas de participación desde la construcción del tejido comunitario en los barrios, por ello los centros sociales autogestionados son una alternativa que favorece todo esto. La salud democrática de una sociedad se fundamenta en las bases de participación y pluralidad que existan, los centros sociales autogestionados se convierten de este modo en un cauce donde la población civil se puede organizar y dar salidas a sus necesidades desde un planteamiento colectivo. El Movimiento Okupa puede suponer una alternativa para el problema del acceso a la vivienda, en una situación donde la especulación inmobiliaria de los bancos ha hecho que tengan multitud de viviendas sin utilizar y otra multitud de familias sin acceso a ellas. El Movimiento Okupa también propone una alternativa al modelo de organización en los barrios, desde la creación de espacios vecinales con capacidad de dar respuesta a las necesidades de las personas y con capacidad de autogestionarse con la participación de los vecinos

- El Trabajo Social tiene capacidad para entender e intervenir en la realidad social que le rodea. Los centros sociales autogestionados son espacios donde se ofrece a la ciudadanía la opción de participar y organizarse para dar voz a sus necesidades y demandas, para ello tienen que sentirse protagonistas en estos lugares. La clave de todo es conseguir una unión al mismo nivel entre la ciudadanía y estos centros, para así favorecer la cohesión ciudadana y aportar mecanismos cívicos de expresión y organización. Conseguir esta unión entre ambas sigue siendo el mayor reto que se le puede presentar al Trabajo Social cuando busca trabajar con dichos movimientos.

Los resultados de esta investigación muestran cómo la unión que actualmente existe entre la ciudadanía y los centros sociales autogestionados, es una vinculación fina y frágil.



El mayor problema que ha tenido el movimiento ha sido que no ha llegado a conectar con la sociedad y no se le ha llegado a ver como una alternativa al modelo capitalista, esto ha sido causado por la fuerte presión al que se ha visto sometido por parte de los *mass medias* y a problemas de organización interna que ha ocasionado que el movimiento no se terminara de abrir. El Trabajo Social puede aportar mucho al movimiento convirtiéndose en el nexo conector entre la ciudadanía y el movimiento, ayudando en los procesos internos de organización y coordinando con otros movimientos u organizaciones.

Aquí habría que añadir que la mayoría de las personas tienden a un comportamiento pasivo ante la situación actual de crisis económica al constatar que el tiempo pasa, que las políticas aplicadas no son acertadas y que no se encuentran alternativas con soluciones. Las pocas pero importantes movilizaciones colectivas habidas en este tiempo de crisis, con marcado carácter pacífico, igualmente parecen tender a sufrir esta pasividad ante el sentimiento de su poca utilidad. A fin de cuentas, se puede entender la pasividad como una forma de reacción, la mayor parte de la gente se adapta a las circunstancias y, por tanto, no reacciona colectivamente, la reacción es individual, por la creencia de que los cauces de reivindicación están manipulados o son manipulables, no sólo los institucionales (políticos, sindicatos, asociaciones) se ha extendido.

Desde el Trabajo Social el aporte que da desde el Movimiento Okupa, y a los centros sociales específicamente, con una intervención comunitaria, donde la persona profesional es facilitadora de herramientas para la gestión y organización de la población, logrando una cohesión comunitaria entre en el centro social y la ciudadanía consiguiendo el empoderamiento común de toda la sociedad.

Sin embargo no vamos a caer en vislumbrar esta meta sin ver las limitaciones que tiene extrapolar esta idea a la práctica. Algunas de ellas fueron explicadas anteriormente pero también hay que tener en cuenta que la mayoría de profesionales trabajan en los Servicios Sociales, y estos son una rama de la Administración Pública, agente que con la práctica que se propone debe ceder su poder a la ciudadanía, por lo tanto está claro el conflicto de interés y que en medio queda el Trabajo Social.

## 5. Conclusiones

Lo que se propone para intentar cambiar la situación anterior es que desde el Trabajo Social se de la unión de distintos profesionales para irrumpir en la agenda política y transformar los propios Servicios Sociales para dar mayor libertad de acción a la profesión en su día a día, de este modo se conseguiría una mejor gestión de los servicios comunitarios sin poner a los profesionales en la coyuntura de mantenerse fiel a la Administración Pública que le contratara o a la comunidad para la que trabaja.

Aparte de esta libertad que debe tener el Trabajo Social, también se debe favorecer una mayor interconexión entre los distintos agentes sociales entre los cuales se enmarcan los propios profesionales, la población civil, el tercer sector, organizaciones y movimientos sociales... Una mayor interconexión facilitaría una serie de relaciones de sinergias y mayor empoderamiento de la ciudadanía.

Con esto también se pretende una mejora del trabajo comunitario, esto se consigue desde el Trabajo Social siendo consciente de que el papel participante no lo tiene la persona

profesional sino la propia comunidad inmersa en sus propios procesos de cambio. El Trabajador Social debe localizar a las personas referentes para esa comunidad, como pueden ser líderes vecinales, personas clave en asociaciones... y trabajar con ellas para que sea la comunidad la que formule y genere su propio análisis y autoinvestigación para definir sus necesidades y cómo generar recursos y alternativas.

Para eso la persona profesional tiene que ser consciente de la limitación temporal necesaria de su trabajo evitando la dependencia de su figura, por ello una buena intervención comunitaria tiene que fundamentarse en ir apartándose el profesional de forma progresiva y que el proceso de transformación siga su curso de forma independiente. También hay que plantearse el trabajo grupal y coordinado con otros profesionales comunitarios como puedan ser animadores o psicólogos sociales. La figura del Trabajador Social también es clave en cuanto a ser un nexo conector entre la comunidad con la Administración Pública, pudiendo mediar en distintos momentos en situaciones de conflictividad entre ambas.

Además de ser conveniente un seguimiento de los resultados de las acciones de las personas que trabajan en los planes comunitarios, así como de los mismos, de cuál es su situación actual, qué necesidades se detectan, qué aportaciones hacen a sus posibilidades de evolución, etc. Pero también en relación al impacto social: las repercusiones sobre las relaciones entre la sociedad mayoritaria y las minorías, la influencia de la política pública sobre diferentes ámbitos de desarrollo de las comunidades. En suma, diferentes aspectos que permitan ir obteniendo información acerca de sus resultados reales, del impacto de la política en la población objeto de la misma y en el entorno social en que se ubican. La ciudadanía es, en última instancia, la que ha visto modificada en mayor medida su estructura vital y, por tanto, debe ser escuchada y tenida en cuenta en lo referente a evaluaciones y estudios acerca de las políticas a planificar. De tal forma, podría conocerse la posible necesidad de desarrollar algún tipo de estrategia o actividad sostenida en el tiempo para intentar que aquellos efectos indeseados se vayan diluyendo con el paso del tiempo.

Las profesiones del ámbito social en su conjunto deben dejar de lado las rivalidades academicistas y buscar cauces de unión dentro del contexto de crisis, para dar alternativas y soluciones de protección y participación a esta situación, participando de esta manera en el cambio social del país. Es posible alcanzar una sociedad más igualitaria e inclusiva si nos mantenemos conscientes de que es imprescindible trabajar para y con todos sus componentes.

Así, donde hay desconocimiento pongamos saber, pero saber válido y contrastado, saber participante. No hay que olvidar bajo ningún concepto que en un mundo equilibrado, en el que la justicia social fuese una máxima completamente válida y respetada, la acción reformadora del Trabajo Social como de otras disciplinas no existiría y desaparecer es el fin último de la profesión.

## Bibliografía

- Aguilar, S. (2001). Movimientos sociales y cambio social: ¿Una lógica o varias lógicas de acción colectiva? *Revista internacional de sociología*, (30), 29-62.
- Ahmed Mohamed, K. (2011). ¿Por qué Marchioni y no Rotham?: Influencia de la ética en los modelos de trabajo social comunitario. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (1), 1-25.
- Alberich, T. (2000). Perspectivas de la investigación social. En Villasante R,T; Montañes, M. y Martí, J (Eds.), *La investigación acción participativa: Construyendo ciudadanía*, 59-73. Madrid: El viejo Topo.
- Almeda, E. (2007). Ejecución penal y mujer en España. Olvido, castigo, y domesticidad. En Almeda E. y Bodelón González E. (Eds.), *Mujeres y Castigo: Un enfoque socio-jurídico y de género*, 27-67. Madrid: Dykinson.
- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.
- Álvarez, Junco. J (2001). Movimientos sociales en España: del modelo tradicional a la modernidad postfranquista. En Laraña, E y Gusfield, J. (Eds.), *Los nuevos Movimientos Sociales. De la ideología a la identidad*, 13-42. Madrid: CIS.
- Ander-Egg, Ezequiel. (2011). Humanismo y Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*. (1), 48-61.
- Andreski, S. (1973). *Las ciencias sociales como forma de brujería*. (de Curutchet, J.C trad.) Barcelona: Taurus.
- Asturias 24. (2014). Los bomberos se niegan a desalojar La Madreña. *Asturias 24*. <http://www.asturias24.es/secciones/oviedo-1/noticias/los-bomberos-se-niegan-a-desalojar-la-madrena/1400587743>
- Barbero, J. M., y Cortés, F. (2005). *Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Alianza.
- Callejo Gallego, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*, (5), 409-422.
- Canales Cerón, M. y Binimelis Sáez, A. (1994). El grupo de discusión. *Revista de Sociología*, (9), 107-119.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. (1948). *Declaración Universal de los Derechos humanos*. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- De Miguel Calvo, E. (2010). Mujeres excluidas, “malas” mujeres. *Revista: Pensamiento Penal*, 2-19.
- Garrigues, E. (2009). ¿Qué es la etnofotografía?: Introducción a la entrevista con Pierre Verger. *Revista valenciana d'etnologia*, (4), 17-36.
- González García, R. (2004). La Okupación y las Políticas Públicas: Negociación, Legalización y Gestión Local del Conflicto Urbano. En Adell Argilés, R. y Martínez López, M. (Eds.), *¿Dónde están las llaves? El movimiento okupa: prácticas y contextos sociales*, 151-179. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Granada Echeverri, H. y Carmona Cobo, H. F. (2010). Una mirada psicosocial a la solidaridad y a la satisfacción de necesidades. El caso del barrio ‘La Honda II – Balboa’ de Buga. *Cooperativismo y Desarrollo*, (97), 12-33.

- Heras i Trias, P. (2008). *La acción política desde la comunidad: análisis y propuestas*. Barcelona: Graó.
- LNE. (2012). Cine para todos, talleres y concierto en La Madreña. *La Nueva España- Oviedo digital*. <http://www.lne.es/oviedo/2012/01/04/cine-talleres-concierto-madrena/1179184.html>
- LNE. (2011). Los 'indignados' quieren que la antigua sede de Salud sirva para realojar a las familias desahuciadas. *La Nueva España- Oviedo digital*. <http://www.lne.es/oviedo/2011/11/16/indignados-quieren-antigua-sede-salud-sirva-realojar-familias-desahuciadas/1157719.html>
- López Martín, Sara. (2007). Movimientos sociales y medios de comunicación. *Libre pensamiento*, (56), 14-21.
- Macionis, J. J. y Plummer, K. (2007). *Sociología*. Madrid: Pearson.
- Marchioni, M. (1999). *Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis*. Madrid: Editorial Popular.
- Martín Criado, E. (1997). El grupo de discusión como situación social. *Reis*, (79), 81-112.
- Martínez López, M. (2004). Del urbanismo a la autogestión: Una historia posible del Movimiento Okupa en España. En Adell Argilés, R. y Martínez López, M. (Eds.) *¿Dónde están las llaves? El movimiento okupa: prácticas y contextos sociales*, 61-89. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Midgley, James. (2008). Desigualdad global, poder y el mundo unipolar: implicancias para la educación en Trabajo Social. *Revista Trabajo Social*, (74), 13-18.
- Mintzberg, H. (2009). *La estructuración de las organizaciones*. (de Bonner, D. y Nieto, J, trad.) Madrid: Ariel
- Neira, Ch. (2011). La Madreña gira. *La Nueva España- Oviedo digital*. <http://www.lne.es/oviedo/2011/11/20/madrena-gira/1159272.html>
- PAH. (s.f) Plataforma de Afectados por la Hipoteca. PAH: de la burbuja inmobiliaria al derecho de la vivienda. España. <http://afectadosporlahipoteca.com>
- Pastor Seller, E. (2004). La participación ciudadana en el ámbito local, eje transversal del Trabajo Social Comunitario. *Cuadernos de Trabajo Social*, (12), 103-138.
- Pastor Seller, E., y Millán, M. S. (2013). Impacto de la crisis económica y los cambios en las políticas sociales en el perfil, necesidades y prestaciones de las personas usuarias de los servicios sociales municipales. Análisis de caso local en la Región de Murcia (España). *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, (20), 141-161.
- Picornell Lucas, A. (2015). Un acercamiento a la práctica comunitaria del Trabajo social en defensa de la ciudadanía de la infancia: La experiencia REDidí , *Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social*, (1), 73-84.
- Ponce de León, L. (2012). Teorizar la experiencia profesional del trabajo social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (12), 141-147.
- Pruijt, H. (2004). Okupar en Europa. En Adell Argilés, R. y Martínez López, M. (Eds.) *¿Dónde están las llaves? El movimiento okupa: prácticas y contextos sociales*, 35-60. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Rodríguez, Mar. (2012). La Madreña contra Goliat: cinco imputados por usurpar la antigua con-

- sejería de Sanidad. *Periodismo Asturiano digital*. <http://periodismoasturiano.com/2013/09/13/la-madrena-contra-goliat-cinco-imputados-por-usurpar-la-antigua-consejeria-de-sanidad/>
- Rotham, J. (1979). Three Models of Community Organization Practice, their mixing and matching. En Cox FM, Erlich JL, Rothman J y Tropman, J. (Eds.) *Strategies of Communities*. Illinois: Peacock Publishers
- RUFUTS (1998). L'avenir de la profession du travail social: Le point de vue des universitaires. *Journée de réflexion tenue à Montréal le 16 octobre 1998*. [http://www.unites.uqam.ca/rufuts/avenir\\_travail\\_social.htm](http://www.unites.uqam.ca/rufuts/avenir_travail_social.htm)
- Salcedo Megales, D. (2011). La evolución de los principios del trabajo social. *Acciones e investigaciones sociales*, (11), 79-112.
- Sánchez-Pinilla, M. D. (2002). Autopercepción del movimiento okupa. *CABS: Cuadernos andaluces de bienestar social*, (10), 129-178.
- Santamaría, E. (2002). *La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la inmigración no comunitaria*. Barcelona: Anthropos.
- Sierra Bravo, R. (1998). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo
- Stalwick, H. (1997). International review of community development, theory and practice. En Campfens (Eds) *Community Development around the world. Practice, theory, research, training*, 11-33. Toronto: University of Toronto Press.
- Subirats Martori, M. y Tomé González, A. (2007): *Balones fuera. Reconstruir los espacios desde la coeducación*. Barcelona: Octaedro, S.L.
- Vázquez Aguado, O. y González Vélez, M. (1996). Trabajo social e inmigrantes: Las intervenciones del trabajo social. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, (4), 111-119.
- Zariquiegui, Pablo. (2014). La Audiencia ordena el desalojo de La Madreña Asturias 24. <http://www.asturias24.es/secciones/oviedo-1/noticias/la-audiencia-ordena-el-desalojo-de-la-madrena>
- Zariquiegui, Pablo. (2014). “Y ahora, ¿dónde xugamos?” Asturias 24. <http://www.asturias24.es/secciones/oviedo-1/noticias/y-ahora-donde-xugamos/1400700911>.

## La intervención con población drogodependiente en situación de calle

**Susana García Rico**

Trabajadora Social. Centro Atención Primaria Comunidad de Madrid

**David Arévalo Blázquez**

Educador Social en centros de baja exigencia para personas sin hogar

### Resumen

El problema de las drogodependencias y el sinhogarismo tiene un carácter global y dinámico porque está presente en todas las sociedades y sometido a un continuo cambio. Los patrones de consumo han ido variando, actualmente ha aumentado el policonsumo, es decir combinar más de una droga como la heroína y la cocaína y el consumo de drogas de síntesis así como el consumo de medicamentos y alcohol.

Desde los años 80 se han venido desarrollando diversos planes de actuación, cuyos ejes han sido la prevención, asistencia y apoyo a la incorporación social. El objetivo no es estigmatizar a la persona y apartarla como si fuera un delincuente, se trata, por un lado de prevenir y por otro, que la persona se integre y viva dentro de lo posible en la normalidad.

El objetivo del presente artículo es mostrar propuestas de intervención social desde el campo del Trabajo Social con esta población y el funcionamiento de Centros basados en la reducción del daño y la baja exigencia.

### Palabras claves

Reducción del daño, inserción, servicios de atención, policonsumo, baja exigencia, sinhogar.

### Abstract

The problem of drug addiction and homelessness is global and dynamic because it is present in all societies and undergoes continuous change. The consumption patterns have been changing. Currently poly-consumption, which is the combination of drugs like heroin and cocaine, or the consumption of medicines and alcohol, has increased.

Several action plans have been developed since the 80's. Their focus has been prevention, assistance, and support to achieve social integration. The goal is not to stigmatize and isolate the individuals as if they were criminals, but to prevent and to let the person get integrated and live a life as normal as possible.

The objective of this article is to show social intervention proposals for this population from the Social Work field, and the work in the Centers, based on risk decrease and low demands.

## Keywords

Risk decrease, integration, attention services, policonsumption, low demands, homeless.

## 1. Introducción

Durante los últimos años, las Administraciones Públicas con la colaboración de multitud de entidades privadas y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), realizan un importante esfuerzo por atender de forma integral el problema de la drogodependencia, tanto desde un aspecto cuantitativo (en recursos económicos, recursos asistenciales y preventivos de todo tipo y en el número de personas atendidas en dichos dispositivos), como desde un aspecto cualitativo (profundización en la calidad de la intervención y diversificación de enfoques y abordajes terapéuticos del fenómeno reseñado).

En este sentido cabe destacar algunos hechos concretos:

- » La publicación de la Estrategia Nacional Sobre Drogas, desarrollada por la Administración Estatal a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que entre sus metas y objetivos insta a las Comunidades Autónomas a adaptarse a las nuevas necesidades incorporando nuevas alternativas terapéuticas que tengan como objetivo principal la integración social y laboral de los drogodependientes. De hecho se ha publicado un Plan de Acción, enmarcado dentro de dicha estrategia, cuyo tercer eje apuesta una vez más por la atención integral.
- » Creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Ley 11/1996, de 19 de diciembre.
- » Aprobación de la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros Trastornos adictivos por el Gobierno Regional de la Comunidad de Madrid.

Especial atención merecen dentro de este proceso, los Dispositivos de Atención al Drogodependiente de reducción del daño los cuales han experimentado una lógica evolución desde su creación, adaptándose a los cambios que se han producido en los patrones de consumo de los drogodependientes:

- » Utilización de las distintas formas de consumo por vía pulmonar, intranasal o esnifada etc.
- » Nuevos perfiles de consumo. Los drogodependientes ya no consumen únicamente heroína, sino que combinan distintas sustancias, convirtiéndose en policonsumidores. Mezclan heroína, alcohol, benzodiazepinas y otras sustancias.
- » Aparición de patologías psiquiátricas, en la actualidad el 83 % de consumidores sufren de trastorno antisocial de la personalidad, el 60% de trastorno bipolar y el 47% de esquizofrenia etc.

La progresiva expansión de la infección por VIH-SIDA en la segunda mitad de los 80, unido a los progresivos avances científicos y metodológicos sobre la génesis y el mantenimiento de las conductas adictivas tuvieron un impacto radical sobre la totalidad de los programas de intervención en drogodependencia. Dichos programas fueron evolucionando generándose distintos modelos de intervención:

- » MODELO JURÍDICO, considera al toxicómano como consumidor, víctima que actúa fuera de la ley, para obtener dinero y poder continuar consumiendo. Las soluciones que se llevaban a cabo en este modelo eran medidas represivas.
- » MODELO MÉDICO, basado en una concepción intraindividual<sup>1</sup>. El consumidor en este caso es un sujeto pasivo el cual utiliza la droga como elemento activo, con intencionalidad y el propósito de alterarse mentalmente en algunas de las formas, ya sea deprimiéndose, alucinándose o estimulándose, creando dependencia. En este sentido las soluciones se basarían en poner tratamientos farmacológicos.
- » MODELO SOCIOLÓGICO, destaca los elementos socioeconómicos y ambientales como los generadores de la adicción. La solución entonces sería el cambio en las estructuras sociales.
- » MODELO BIO-PSICO-SOCIAL, según este planteamiento, hay un cambio en la visión del consumidor, el cual ya no es considerado una víctima del sistema, sino que el individuo es un sujeto activo con respecto al consumo, es decir, el consumo de droga es una conducta más. Para poder poner solución al problema se tienen en cuenta todas las variables, actuando a todos los niveles: social, médico y psicológico. Primando la tarea educativa sobre la meramente de rehabilitación.

Como consecuencia de esta nueva concepción de la intervención surgieron los dispositivos basados en la reducción del daño, convirtiéndose en programas complementarios de los ya existentes.

Desde nuestra labor profesional durante los últimos años hemos podido observar la vulnerabilidad que presentan los toxicómanos que ya se encuentra en una situación de exclusión social enraizada. En estas situaciones, la existencia de los programas de reducción del daño favorece no solo la mejoría biopsicosocial del individuo, sino también la disminución de delincuencia por encontrar apoyo suficiente en estos centros para paliar sus necesidades básicas (alimentación, ropa, etc.) y ser atendidos sanitariamente (derivaciones a centros: residencias, albergues, pisos, etc., donde pueden realizar una desintoxicación).

La población diana a los que van dirigidos los dispositivos de reducción del daño son drogodependientes en consumo activo, grave y de larga evolución que se encuentran en situación de calle<sup>2</sup>. Más aún, algunos de ellos carecen de cualquier tipo de identificación (Documento Nacional de Identidad, pasaporte o similares), la mayoría, carecen de asistencia médica debido a no poseer tarjeta sanitaria por no estar empadronados y todos suelen tener problemas de subsistencia.

En la Comunidad de Madrid, según estimaciones de distintas asociaciones y Servicios Sociales, existe una población que se encuentra con graves carencias sanitarias, psicológicas, familiares, culturales, legales y sociales. Estas carencias vienen determinadas fundamentalmente por múltiples problemas que conllevan las diversas situaciones de desempleo, consumo de drogas y desestructuración familiar en las que viven muchas de estas personas.

La necesidad de dar una respuesta integral a esta población que acude a los Centros demandando información, orientación y apoyo inmediato ante las diversas situaciones problemáticas anteriormente citadas, así como la de establecer nuevas estrategias de acer-

.....  
<sup>1</sup> El estudio de las diferencias interindividuales ha sido el objeto principal de la Psicología Diferencial y hace referencia al hecho natural de que sujetos distintos enfrentados a los mismos estímulos o situaciones producen respuestas distintas y se comportan de manera diferente.

<sup>2</sup> Personas sin hogar, carentes de un lugar permanente para vivir y sin redes socio familiares de apoyo.



camiento e intervención con una población usuaria de drogas que se sitúa alejada de las redes asistenciales especializadas, constituyen los elementos fundamentales para el establecimiento de estos Centros de reducción del daño.

## 2. Presentación del tema

Desde tiempos inmemoriales, los seres humanos han utilizado las drogas con diferentes propósitos. En un principio, como medio para contactar con los “espíritus” en ritos religiosos. Con el paso de los años también fueron utilizadas como “medicina” para aliviar el dolor y curar. Con la evolución de la sociedad moderna se dio un giro a la utilización de las drogas, pasando a consumirse con fines lúdicos y recreativos. Consecuentemente, comenzaron los problemas de abuso de sustancias y dependencia de ellas. (Escotado, 1999)

Estos problemas no pasan desapercibidos, ya que crean gran alarma social, y es por ello, que los gobiernos de turno comienzan a tomar cartas en el asunto, siendo Estados Unidos y Europa los principales motores del cambio de planteamiento en cuanto a las drogas.

España se engancha a este movimiento un poco tarde, debido a la situación política vivida desde mediados del siglo XX, siendo la época álgida de las drogas los años 80. En este sentido, la dictadura provoca un aislamiento total del resto de países de Europa, unido a esto, la influencia de la Iglesia, la rectitud moral y la férrea disciplina que impone el gobierno provocan que durante más de 30 años España quede aislada del resto del mundo. Es a finales de los 70, cuando la apertura a otros países de Europa provoca que lleguen influencias de todo tipo, políticas, ideológicas, musicales... y como no la aparición de las drogas, en especial la heroína. Todo ello coincide con una gran convulsión artística, con una activa participación de la juventud y ganas de romper con todo lo anteriormente vivido. Movimientos culturales como la “Movida” en Madrid, (y en otras ciudades como Barcelona, Bilbao y Vigo), promueven experimentar en todos los ámbitos de la vida (música, fotografía, artes plásticas,...), la noche es el eje donde se desarrolla toda esta explosión cultural, y con todo éste movimiento, la droga llega inevitablemente. Es esta una época de “desfase”, donde la heroína es el principal medio de diversión. Sin embargo las drogas también acarrearán consecuencias negativas, destacando entre otras la aparición del SIDA.

En los años 80, la política que se planteaba era la de “desintoxicar” y rehabilitar a todo aquel que tuviera problemas con las drogas, sin embargo, el paso del tiempo demostró que los frutos que se conseguían con dichas políticas eran mínimos. En todo este proceso influyó la epidemia de SIDA de finales de los 80. Tras el análisis de la evolución del problema en años anteriores a mediados de los 90, se cambió el planteamiento, dándole gran importancia a la reducción de daños y a la prevención.

En la actualidad se siguen revisando periódicamente los datos de consumo y planificando nuevas estrategias para abordar el gran problema que constituyen las drogodependencias.

A continuación se expondrá un recorrido histórico sobre el uso/consumo de drogas así como la concepción social y las medidas que han impuesto los gobiernos y el ámbito sanitario para paliar tanto el consumo como los efectos derivados de éste:

Como se mencionó anteriormente, las drogas se utilizaban en ritos religiosos para acercarse a los espíritus y más tarde fueron utilizados como medicina, para paliar el dolor. En

este sentido, podríamos decir que en esos momentos, existía una visión positiva sobre la utilización de estas sustancias.

Con las revoluciones sociales, en el S. XIX y XX, se dio un giro a la utilización de las drogas, la investigación científica avanzó a pasos agigantados, y se descubrieron nuevas drogas con fines medicinales. El problema surge cuando el uso de ese tipo de sustancias pasa a ser lúdico y recreativo, como consecuencia de esa utilización, aparecen los problemas de abuso de sustancias y dependencia de ellas.

La falta de formación y orientación sobre el consumo de drogas, con efectos negativos en el sector de población más vulnerable -los adolescentes- ha dado lugar a un incremento de consumidores que ha disparado las cifras de adictos, siendo este hecho, y la falta de control administrativo sobre determinadas drogas, el origen de importantes daños para la salud, desde la muerte por sobredosis o accidentes de tráfico hasta otras graves enfermedades y complicaciones sanitarias, todo esto genera que los gobiernos se conciencien de la problemática y comiencen a llevar a cabo distintas actuaciones, que se irán adaptando a la evolución del consumo de drogas.

A finales de los años 70, el drogadicto es considerado en el imaginario social como “yonki”<sup>3</sup> delincuente, es decir, persona que es excluida del sistema sanitario convencional. No existe una desintoxicación mediante el uso de medicamentos. Los “tratamientos” suelen ser proporcionados por los ex-consumidores, en granjas, donde, el trabajo como se convierte en el motor fundamental de la deshabituación. Existe una alta disponibilidad de heroína en el entorno consumidor pero a muy alto precio y alta pureza (lo que provoca un aumento de la delincuencia para conseguirla), la vía de consumo de heroína era casi exclusivamente por vía parenteral.

A principios de los años 80, continúa la percepción social de “yonki”, como delincuente o “vicioso”. No hay una respuesta Institucional al tratamiento (la solución es la privación de la libertad, es decir, el ingreso en prisión). En cuanto al tratamiento, continúa el modelo de granja, pero también se articulan respuestas “ocupacionales” desde Asociaciones (Madres contra la droga, asociaciones del tejido social comunitario, de barrios de vecinos). Sigue habiendo alta disponibilidad de heroína en el entorno consumidor pero a muy alto precio y alta pureza (continúa el aumento de la delincuencia para poder costearla). La vía parenteral continúa siendo la más utilizada.

Más avanzados los años 80, se continúa la denominación de yonki como delincuente pero también aumenta la percepción de responsabilidad social y se superponen imágenes más compasivas. Continúa la exclusión de sistema sanitario convencional, pero comienza cierta preocupación Institucional, sobre todo desde los Servicios Sociales. Son las organizaciones no gubernamentales (ONGs), instituciones que no dependen de la administración del estado y realizan actividades de interés social, las que comienzan a organizar sus actuaciones, siendo las primera en tomar como objeto de su intervención a los drogodependientes Comienzan las primeras Comunidades Terapéuticas. Se dan los inicios de un abordaje profesional aún poco formado y voluntarista, pero que en años posteriores dará gran fruto. La heroína sigue estando disponible en zonas marginales pero su precio continúa siendo muy alto. La forma de consumo continúa invariable, “todo por la vena”.

.....

<sup>3</sup> Yonki: Palabra de origen inglés derivada de yonk, que significa trastos viejos, basura, desperdicios, chatarra y el sufijo inglés -ie usados para forma adjetivos despectivos.

Es en el año 1985 cuando se produce una respuesta institucional fundamental: Se produce la creación del Plan Nacional sobre Drogas y el Plan Regional sobre drogas de la Comunidad de Madrid. En concreto el Plan Regional sobre Drogas (PRD), depende directamente de la Consejería de Servicios Sociales y se crea una red específica para drogodependientes.

Del yonki se pasa al “usuario”. Los tratamientos se profesionalizan siendo los psicólogos, trabajadores sociales, médicos y educadores, los principales prestadores de los tratamientos. Comienzan las desintoxicaciones medicamentosas desde los servicios públicos. El perfil de usuario al que se le da tratamiento es: heroinómano consumidor por vía parenteral, que acude a los Centros de Día.

A mediados de los 90, se da otro hecho fundamental: La Ley 11 / 1996 creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (que en ese momento depende de la Dirección General de salud Pública y que hasta hace poco era un organismo autónomo). Los tratamientos se siguen prestando en Centros de Día y Comunidades Terapéuticas, pero debido al aumento gigantesco del SIDA y al de reclusos drogodependientes, comienzan los Programas de Reducción de Daños, que incluyen una mayor prestación de servicios sanitarios.

Los primeros antecedentes del Modelo de Reducción de Daños surgen en el Reino Unido y como resultado de las recomendaciones de la Comisión de Rolleston (1920). Esta comisión, formada por médicos británicos llegó a la conclusión de que en algunos casos la intervención no orientada necesariamente a la abstinencia en el consumo de drogas podía ser necesaria para ayudar a los drogodependientes a llevar una vida útil.

La abstinencia es un objetivo a alcanzar a largo plazo pero no es necesariamente la meta final pues hay casos con tal deterioro socio-sanitario y con un consumo grave y prolongado en el tiempo para los que, al menos en un primer momento, la abstinencia no es una meta realista y no debe utilizarse como un requisito para acceder a los servicios.

La reducción de daños se ha definido tradicionalmente como el “conjunto de medidas socio- sanitarias individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas”. (Mino, 1992, pág. 36), no implicando, por tanto, eliminar necesariamente el consumo.

De forma general los principios sobre los que está basado este modelo son:

- » Aceptación del consumo de sustancias psicoactivas como un hecho universal (Coalition, Nueva York, NY: Harm Reduction Calition 1996)
- » Respecto a la decisión de los usuarios/as de drogas sobre su consumo, reconociendo su capacidad, competencia y responsabilidad. (Xavier Aranas, 2003)
- » Centralidad de la atención sobre las consecuencias y efecto de determinadas formas de uso y consumo de drogas. (Marlatt, 1998)
- » Consideración de consumo de sustancias psicoactivas como un fenómeno complejo y multidimensional (De Andres & Magrí, Mimeo, 1996), y por lo tanto de repercusiones sobre el consumidor/a, su red y entorno social (De Andres M. , 1998), produciendo daños no solo sobre la salud, sino también en otros aspectos como son los sociales y los económicos.
- » Desigualdades sociales y discriminación en sus múltiples forma, como elementos que

afectan a la vulnerabilidad de las personas y a la capacidad de éstas en la reducción de daños y riesgos (De Andres M., Enero 1998), (Coalition, Nueva York, NY: Harm Reduction Calition 1996)

- » Impulso de la participación de los usuarios/as de drogas en el diseño de actuaciones de intervención, en la reducción de daños asociados al consumo así como la actuación de éstos como agentes de salud a través de una colaboración horizontal entre usuarios y profesionales (Trujhols, Salazar, & Salazar, 1999)

Los objetivos generales aceptados de forma genérica en el conjunto de los programas de reducción de daños y riesgos serían (O'Hare, Newcombe, Matthews, Buning, & Druker, 1995)

- » Reducir la mortalidad y la morbilidad.
- » Prevenir las enfermedades infectocontagiosas.
- » Mejorar la calidad de vida.
- » Incrementar la accesibilidad y el contacto entre las redes asistenciales y los drogodependientes.

Por todo ello se produce una intensa búsqueda de los drogodependientes en activo. Ya no solo se habla de *usuarios de los recursos* de drogas sino que se comienza a hablar de *usuarios de drogas* como población susceptible de ser atendida. Todo esto, añadido a que el precio de la heroína baja y al cambio de vía de consumo (vía pulmonar), provoca un aumento de los drogodependientes en tratamiento.

En el año 2002, continúan los cambios: *Ley 5/2002 sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos*. Se considera al drogodependiente como enfermo. Por ello, la prescripción y dispensación de metadona se da con carácter universal. Se desarrollan programas específicos para drogodependientes *crónicos*. Hay un estricto control sobre los centros, dándose la inspección periódica de éstos. También se da la Libre elección de técnicas terapéuticas. Otro punto importante a destacar es la imposibilidad de expulsión de la red asistencial, como alternativa se da el cambio de programa de tratamiento.

En la actualidad, existe una centralidad del paciente en el Tratamiento frente a las prestaciones profesionales. *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*. El tratamiento es adaptado a la situación del paciente frente a programas estándar de tratamiento. Existe una Historia Clínica Integrada y una amplia Cartera de Servicios ofrecida por la Agencia Antidroga de la CAM.

La primera vez que el modelo de la reducción de daños fue adoptado a gran escala fue a mediados de la década de 1980 en Liverpool, y el área que lo rodea (Merseyside y Cheshire, 1983). Se pretendía lograr reducir los daños a la salud asociados con el uso de droga. El interés particular en ese momento era el riesgo de infección por el VIH.

Para lograr el objetivo se establecieron servicios que pretendían atraer al conjunto de población con comportamientos de riesgo dentro de su comunidad y no sólo los que querían dejar de consumir drogas. Estos servicios surgieron con el planteamiento de mantener la atención en el tiempo a fin de llevar a cabo los cambios necesarios en el comportamiento para mantener la salud y reducir el riesgo.

Para este modelo la abstinencia es un objetivo a alcanzar a largo plazo pero no es necesariamente la meta final pues hay casos con tal deterioro socio-sanitario y con un consumo grave y prolongado en el tiempo para los que, al menos en un primer momento la abstinencia no es una meta realista y no debe utilizarse como un requisito para acceder a los servicios.

El primer centro de Emergencia Sociosanitaria que se abrió en España fue el Centro de Emergencia del Servicio de Prevención y Atención Socio-sanitaria para drogodependientes (SAPS) de Barcelona (1993).

Estos centros van encaminados a minimizar los efectos nocivos asociados y/o derivados del consumo, partiendo de que la dependencia a una sustancia no tiene porque obstaculizar una educación socio-sanitaria ni el planteamiento de objetivos a corto y medio plazo. Se trata de una intervención “de acercamiento” a la población que está fuera de alcance en circunstancias de exclusión social y problemas sanitarios graves. A través de los servicios de intervención de estos centros se facilita que el usuario mejore su situación socio-sanitaria y tenga un punto de referencia estable desde el cual pueda acceder a los demás recursos socio-sanitarios.

Los drogodependientes que acuden a estos centros presentan consumo activo, grave y de larga duración, carecen de apoyo familiar, suelen estar indocumentados y presentar problemas de subsistencia básica y de atención sanitaria básica.

Los beneficios de este modelo de intervención no solo se dejan sentir en el plano individual o colectivo de la población diana de estos centros sino también en el conjunto de la población general (retirada de jeringuillas usadas de las calles, control y prevención de enfermedades infectocontagiosas...)

Las actuaciones desarrolladas son complementarias con los programas de objetivos de media y alta exigencia pues están integrados dentro de una política global de actuación frente al consumo de drogas.

Estos centros articulan sus prestaciones en distintos servicios de atención con los que se pretende alcanzar unos objetivos básicos como son:( Insúa, P. 1999) y (Maroto, Á. L. 2005).

1. Contactar con los drogodependientes que habitualmente no acuden a los centros de la red asistencial especializada en drogodependencias.
2. Frenar el deterioro socio-sanitario de los usuarios y evitar la creciente marginación de personas drogodependientes que en situación límite de desarraigo familiar no han accedido hasta ahora a la red normalizada. Esto conlleva a su vez un cambio en la imagen social del drogodependiente.
3. Prevenir la transmisión de enfermedades infectocontagiosas relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral y otras prácticas de riesgo habituales en la población drogodependiente que accede al servicio.
4. Recuperar su identidad social y facilitar el acceso de los drogodependientes a los recursos sociales y sanitarios.
5. Atender las necesidades más elementales de descanso, de alimentación e higiene.
6. Abordar los daños físicos del consumo y las enfermedades relacionadas.
7. Motivar al usuario para iniciar tratamiento y se realizan las gestiones oportunas para

derivarles hacia la red de tratamiento de la drogodependencia.

8. Potenciar la coordinación con los dispositivos socio-sanitarios, tanto específicos de drogodependencias como generales.
9. Conocer las características de la población que acude al dispositivo de forma que facilite el permanente ajuste de la oferta a la demanda real.

En la Comunidad de Madrid hay 33 Centros de Atención al Drogodependiente o centros análogos, que se distribuyen por el territorio proporcionando cobertura a la totalidad de la población, de forma similar a como se estructuran los demás recursos sanitarios. Entre ellos se encuentran los programas basados en un modelo de intervención de reducción del daño, cuyo campo de acción es muy amplio, si bien en nuestro país se han desarrollado en torno al consumo de drogas inyectables, sin embargo la metodología utilizada en este tipo de intervenciones es aplicable a cualquier tipo de consumidor y a diversos tipos de daños.

Estos programas surgen de manera paralela al paradigma de los toxicómanos como un problema de Salud Pública, a consecuencia de la epidemia del SIDA, los profesionales, afectados y voluntarios buscan otras posibles soluciones para poder convivir con las drogas. A esto hay que sumarle un mayor conocimiento aportado por las investigaciones básicas y aplicadas que vienen desarrollándose en el ámbito de las dependencias y las patologías asociadas.

La parte innovadora de este método de intervención es que no se basa en un modelo asistencial, estructurado en base a la abstinencia, sino que tiene en cuenta las necesidades de aquellos drogodependientes que no contactan con los servicios, debido a que viven en la clandestinidad como consecuencia de un consumo crónico de drogas ilegales, acercándoles los servicios. (Maroto, Á. L. 2005).

Algunos dispositivos que se ponen en marcha siguiendo este modelo son:

- » Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), que consiste en proporcionar a los drogodependientes que consumen por vía intravenosa jeringuillas nuevas a cambio de las jeringuillas que ya han usado. El propósito de este Programa no es facilitar el consumo de drogas, si no evitar la transmisión de enfermedades a través del uso compartido de una jeringuilla y eliminar el potencial peligro que suponen las jeringuillas usadas y abandonadas en espacios públicos. El intercambio se realiza en todos los dispositivos de la Agencia Antidroga, fijos o móviles, para la reducción del daño.
- » Dispositivos móviles, la existencia de estos dispositivos móviles es fundamental, dado que los potenciales usuarios de estos servicios cambian de entorno con frecuencia y, por lo común, se encuentran en zonas en las que la implantación de instalaciones fijas es muy compleja, como es el caso de los poblados chabolistas.
- » Centros de Emergencia Socio-Sanitario (CESS, actualmente Centros Concertados que han visto disminuidas considerablemente sus prestaciones su debido a los recortes)

Se puede definir la reducción de daños o reducción de riesgos como: “las actividades desarrolladas para que el drogodependiente activo, que no manifiesta el deseo o no se encuentra en situación de iniciar un programa de tratamiento para deshabituación, sufra el menor grado de daño posible como consecuencia del consumo y mejore, en la medida posible, su salud y situación general”. (Parrino, 1997)

La adicción a las drogas es una patología cuyo tratamiento está plenamente cubierto por el Sistema Sanitario Público. Así, según la Ley 5/2002, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, artículo 5.4: “La consideración, a todos los efectos, de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusiones en la esfera biológica, psicológica y social de la persona”

Así, los drogodependientes que no se encuentran en condiciones de iniciar un programa de tratamiento, tras un periodo con atención de reducción de daños, pueden, con posterioridad, realizar con éxito el tratamiento de deshabituación. Para conseguir este objetivo la Comunidad de Madrid dispone de varios dispositivos móviles y fijos, que prestan su asistencia, fundamentalmente, a drogodependientes en situación de marginalidad.

El perfil de los destinatarios ha evolucionado progresivamente a lo largo de los años comprobando que continúa existiendo un mayor número de varones consumidores que de mujeres, aunque se sabe que el número de mujeres consumidoras es mayor que el que proporcionamos en este estudio, ya que ellas no acuden por lo general a los CESS, para evitar la estigmatización asociada.

En cuanto a la edad, se observa que la mayoría de la población tratada en estos centros se encuentra entre el rango de los 30 y 40 años porque los de menor edad todavía cuentan con algunos recursos de apoyo suficientes, como son la familia, amistades, pareja etc., que les permiten no tener que utilizar de manera continuada estos centros. Sin embargo, en rangos de edades superiores, se observa que tanto por la cronicidad de la drogadicción, la cual, ha dejado secuelas considerables tanto psicológicas como fisiológicas (hepatitis, tuberculosis, VIH, afecciones crónicas respiratorias, problemas cardiovasculares etc.) el uso de estos servicios es mucho mayor.

En Madrid, a lo largo de estos últimos años, los puntos de venta de droga guardaban estrecha relación con los núcleos chabolistas existentes. A raíz de la intervención de distintos organismos públicos para su erradicación, los núcleos chabolistas fueron desapareciendo, situándose en las afueras de la capital (Pitis, Salobral, La Quinta, el Pozo del Huevo, Rosilla, Celsa, Mimbrenas, etc.) concentrándose actualmente en Cañada Real un alto porcentaje de personas destinadas sólo a la venta de drogas, y creándose, de esta forma, los llamados hipermercados de la droga. En estos se concentran grandes cantidades de consumidores (5000-10000) existiendo pocos recursos de ayuda.

Por otro lado, la intervención sanitaria permite la detección, el seguimiento y la prevención de enfermedades crónicas, infectocontagiosas y comunes, mediante la derivación a Centros de Salud de referencia donde se les facilita medicación y se les hace seguimiento. De esta forma, se consigue una mejora considerable de los usuarios en su aspecto, gracias al trabajo realizado por los educadores sociales a la hora de fomentar su aseo personal, alimentación equilibrada, descanso nocturno, talleres etc.

Dichos dispositivos están abiertos a drogodependientes en situación precaria de marginalidad.

A todo esto añadiremos las prestaciones propias de un servicio de reducción del daño:

- Alimentación básica.
- Servicio sanitario
- Intercambio de material estéril de venopunción (Punto de Intercambio de jeringuillas)

PIJ).

- Distribución de preservativos.
- Educación para la salud.
- Servicio de lavandería y ropero.
- Derivación a centros de tratamiento.

Todo ello realizado por un equipo multidisciplinar, en el que se incluyen educadores, trabajadores sociales, médico, enfermeros, etc.

La Agencia Antidroga disponía de 4 Dispositivos de estas características que funcionan todos los días del año de los que actualmente sólo funciona el Centro Fúcar con reducción de horarios y prestaciones. Este cambio de política ha supuesto la desaparición de una serie de recursos para los cuales la población en situación de calle y drogodependiente tenía una importante base sobre la que apoyarse y poder recibir los servicios anteriormente citados. Esto sea debido tanto por un lado a una reestructuración basada en movimientos políticos y de gestión de prioridades económicas como por otro lado en la reconversión de centros que implica una bajada considerable en la prestación de servicios concretos para esta población que poco a poco vuelve a estar “invisible” en las que debido a la crisis se han tenido que recomponer diversos organismos entre ellos la propia Agencia Antidroga:

- » Centro La Rosa.
- » Centro Asistencial de Reducción del daño Las Barranquillas (CARD).
- » Centro Fúcar (de Emergencia).
- » Centro de emergencia Socio-sanitaria de Móstoles (Punto Omega).

### **3. La intervención con población drogodependiente en situación de calle**

Lo que caracteriza al sujeto con el que intervenimos es la experiencia de la no pertenencia, de la imposibilidad permanente de integración y de la necesidad de desarrollar relaciones solo y exclusivamente de tipo adaptativo. (Valverde, J.,1996).

La intervención para la reducción de daños, aplicada en un primer momento como tratamiento sustitutivo de opiáceos y como programas de intercambio de jeringuillas ha ampliado gradualmente su ámbito de acción llegando a hacerse cargo de las necesidades sociales y sanitarias de los drogodependientes problemáticos, especialmente de aquellos más excluidos. Estas intervenciones se sitúan, por tanto, en un enfoque de la salud pública que considera el uso de drogas ilícitas, no como un fenómeno causado por factores individuales (psicológicos o morales), sino como un fenómeno que causa problemas sociales y amenaza la salud pública. Según este punto de vista, de hecho, los daños de la droga no están sólo (o no están tanto) en las características químicas de las drogas, como en la elección de criminalizar el consumo, cosa que conduce a la estigmatización y a la exclusión social de los consumidores mientras produce un próspero mercado ilegal. El objetivo, por tanto, de la intervención pública debería centrarse en las consecuencias del consumo más que en las causas y debería ocuparse de la gestión del fenómeno del consumo, más que en la eliminación de las drogas. Esto se traduce, en la práctica, en políticas socio-sanitarias de apoyo y promoción de culturas y modelos de consumo más seguros, basadas en el re-



conocimiento de la capacidad de los individuos de “gestionar” y “controlar” el consumo, llegando a modelos de uso más moderado y/o reduciendo los riesgos. El modelo de promoción de la salud, adoptado por el de reducción de daños tiene, de hecho, la ventaja de ser absolutamente flexible, en comparación con el modelo de prevención/tratamiento de la patología, y, por lo tanto, se caracteriza por un mayor dinamismo y posibilidad de innovación de los programas, dirigidos tanto a los consumidores más problemáticos que no pueden beneficiarse de los tratamientos disponibles, como a los menos problemáticos que periódicamente atraviesan momentos de uso más intensos y arriesgados.

Las intervenciones de reducción de daños están estrechamente relacionadas con el concepto de “baja exigencia”, es decir, servicios de fácil acceso que se esfuerzan por responder a las demandas/necesidades de los usuarios.

El proyecto de intervención social de los Centros de Reducción del Daño desarrolla sus principios dentro de la perspectiva psicológica del “aprendizaje social”. La salud es entendida como un estado de bienestar general de la persona en el ambiente, dando relevancia no sólo a las variables biológicas, sino también a las psicológicas y sociales. El consumo de sustancias se entiende, por lo tanto, como un hábito aprehendido, y el comportamiento adictivo como un continuo, no como una entidad discontinua.

Actuar siendo consciente de estar dentro de un sistema es uno de los supuestos sobre los que se apoya la intervención, en la creencia de que sólo mediante el intercambio de conocimientos y la sinergia en la planificación y ejecución de las intervenciones, se pueda mejorar la eficacia de estas.

Mantener una actitud alejada de los prejuicios y realizar una lectura compartida de las necesidades, ha permitido que surja, en la formulación de intervenciones dirigidas a esta población, la necesidad de introducir una fase en la que se le da a la persona la oportunidad de pensar en sí misma de manera diferente o de “posibilización”, de acuerdo con una perspectiva de empoderamiento. La condición de marginal, de hecho, tiene implicaciones no sólo socio-económicas, sino también con respecto a la construcción de una identidad que deriva del pertenecer a esta categoría. (García, G., Gutierrez, E., y Morante, L. 1993).

Precisamente nuestras acciones se posicionan como alternativas a la problemática existente por la naturaleza de las propuestas que se plantean y los objetivos que persiguen y ellas, buscan los espacios de liberación, de identidad, de autonomía, de empoderamiento de las personas .

Son muchos los factores que pueden propiciar una inadecuada maduración de una personalidad estable sin grandes lagunas o problemas de autoestima: La desestructuración familiar , los episodios y situaciones de violencia por parte de parejas o familiares, la carencia de apoyos o redes estables y permanentes, podrá propiciar falta de autoestima. Éstas vivencias anunciadas y otras muchas, en algunos de los casos participan de discriminaciones, de leyes y valores que legitiman y autorizan la desigualdad, mermando la autoestima de los mismos y de la sociedad de la que forman parte. (Valverde, J., 1996).

El predominio del presente, sin una valoración adecuada de las consecuencias, el comportamiento regido por los impulsos y las sensaciones inmediatas, falta de objetivos vitales realistas o las dependencias emocionales, económicas de las personas que ejercen su poder o fuerza hacia ellas, etc. pueden desencadenar barreras para controlar su propia vida .

Participar por tanto de programas que generen procesos de inserción social y laboral adecuados conllevaría superar la brecha laboral que sufren estas mujeres mediante alternativas de formación socio laboral.

Al mismo tiempo, todos estos programas deben tener en cuenta las problemáticas asociadas con la drogodependencia.

- Conocimiento de las características específicas de la persona drogodependiente en su situación, con una evolución de las decisiones de manejo relacionadas con la historia criminológica y de consumo del delincuente.
- Técnicas para reconocer las situaciones que pueden llevar a la recaída y afrontarlas relacionadas con (estrés emocional, influencia de iguales y relaciones interpersonales).
- La necesidad de asumir que la *motivación y voluntariedad* en todo el proceso de construcción de las estrategias de mejora son determinantes para generar programas que superen los modelos directivos tradicionales.

Las personas sin hogar y drogodependientes no son un colectivo homogéneo sino que agrupa a personas que se encuentran en situaciones y procesos muy distintos. Una atención adecuada requiere tener en cuenta todas estas situaciones. Las respuestas que se han dado han ido desde la creación de recursos de baja exigencia a otros de alta exigencia. La conveniencia de unos frente a otros o su adecuación requiere de una mayor reflexión.

Hay personas que no entran en programas de incorporación social por su nivel de deterioro físico y desmotivación. Los centros de baja exigencia y en este caso los CESS pueden ser una respuesta en un momento que al menos permite acercarse a estas personas con el fin de dignificar sus vidas. Quizá al principio sea suficiente con una contención y atender a las necesidades básicas. Posteriormente es necesario hacer un seguimiento, a fin de poder ofrecer paulatinamente prestaciones y atención que le permita normalizarse en cuanto a habilidades sociales para la relación, conocimiento de recursos culturales, educación, aprendizaje de un oficio... Esos pasos pueden darse en plazos largos, según la situación en que se encuentre, y en algunos casos hay que reconocer que será difícil ir más allá de medidas de contención, según la necesidad que tenga. (De Andrés, M y Rodes, A. 1995).

Entendemos que la labor de los centros de emergencia socio-sanitarios consiste en asumir la relación entre la reducción de daños y la autonomía personal. Partimos de la base de que hace falta que las personas detecten e identifiquen sus propias necesidades, deseos y expectativas teniendo en cuenta dónde viven, sus posibilidades, sus derechos, sus obligaciones, sus capacidades y sus limitaciones..., pero sin dar por sentado que las limitaciones y los cauces que les impone la sociedad son necesariamente los que tienen que acatar.

En nuestras intervenciones, se comienza en el acceso: cualquier persona puede acercarse a solicitar atención. En los casos en que se valore que el recurso no se adapta a sus necesidades, simplemente se les dará información. En el resto de casos, se ofrecerá la posibilidad de iniciar una intervención educativa. La primera prestación que ofrecemos dentro de esta intervención es la relación de tú a tú dentro de un marco claro y fácil de entender que consiste en presentarnos como profesionales de una institución que ofrecemos determinado servicio desde un equipo. Una vez clarificado el marco de trabajo, la persona tiene que dar su aceptación y, en ese caso, se establecen unas normas, unos objetivos y se valora en cada equipo la intensidad necesaria para dar la respuesta más adecuada:

- 1) Normas: la primera, que es indiscutible, es el respeto (a las personas, a la comunidad y a las instalaciones). Si se incumple ésta, no hay intervención. Por otro lado, cada servicio establece una serie de normas básicas que son, a su vez, objetivos de trabajo que la persona acepta por el hecho de acceder a ese servicio.
- 2) Objetivos: dadas las situaciones de las personas con las que trabajamos, habitualmente se establecen los objetivos básicos mencionados en las características de los centros (pag15.) con objeto de primero frenar el deterioro y segundo impulsar su salud biopsicosocial.
- 3) Intensidad de la intervención: la baja exigencia requiere de una alta intensidad en la intervención y de una gran capacidad de adaptación y flexibilidad por parte de los equipos y los servicios. Dependiendo del momento de cada persona, se establecen además, diferentes intensidades pero siempre con referencia de un marco genérico común en los centros, sin distinciones.

Esta forma de intervención conlleva gran dificultad y cansancio, por ello, es imprescindible la experiencia y el trabajo en equipo. La intervención socio-educativa en un espacio de emergencia requiere de cada profesional y de cada equipo paciencia, asertividad, cercanía, claridad en la estructura, una gran inversión en el cuidado de las y los profesionales y un adecuado manejo de la frustración. (García, G., Gutierrez, E., y Morante, L. 1993).

Lo que pretendemos es subrayar que la intervención parte de dónde está la persona en cada momento y que lo que se pide a cada persona se define en función de su interés y posibilidades.

Subrayar que para conseguir todo esto que acabamos de definir, la herramienta de trabajo básica es el vínculo. Entendemos que vincular es crear una relación profesional con la persona en la que ambas partes conocen y asumen responsabilidades, cada cual según sus posibilidades. El vínculo genera un espacio para compartir, pensar, expresar y sobre todo para ser. El vínculo devuelve a la persona su identidad y la conecta con una red social de apoyo (complementando la red de protección que se suele crear en sus entornos habituales). Frente a la atención asistencialista, esta metodología posibilita cuestionar, plantear, proponer, retomar la intervención una y otra vez aunque la persona decida abandonarla en momentos concretos, marcar normas en la relación por ambas partes, discutir las líneas de la intervención, marcar prioridades y crear espacios de referencia. (Martínez Ruiz, Rubio 2002).

Todo esto conlleva que el tiempo de cada proceso no pueda estar limitado y tenga que ser flexible. Requiere que estemos atentas/os para identificar todas las oportunidades que surjan en cada proceso. No por ello se pierde de vista la necesidad de determinar tiempos de diagnóstico, negociación de planes de intervención, evaluación de la evolución y cierre.

Podemos afirmar que esta forma de trabajo logra muchos éxitos: uno de los principales es que se consigue que las personas generen demandas y se planteen necesidades, se hacen conscientes de las situaciones y también se responsabilizan de ellas. Muchas veces, para poder hacer algo al respecto de esas necesidades que detectan, tienen que pedir ayuda en cuestiones que se consideran básicas como comer todos los días, el respeto entre ellos, aceptar sus enfermedades o tener la documentación en regla. Desde fuera, sólo se considera éxito conseguir resultados acordes con el sistema social de organización y no se valora ni el desempeño de acciones concretas, independientemente del resultado, ni mu-

cho menos, el proceso que desemboca en ese vale para nada” o que se prefiera cubrir directamente la necesidad detectada por el/la propio/a profesional. Necesitamos establecer un sistema de indicadores sólido que visibilice los éxitos que estamos cosechando y facilite la comunicación entre profesionales e instituciones y sociedad en general.

Es necesario indicar además que, a pesar del porcentaje de procesos personales exitosos que se consiguen, nos seguimos encontrando con un obstáculo fundamental para poder afirmar que alcanzamos nuestros objetivos y es que no estamos logrando, a la vez, un proceso de transformación social, por lo que aunque las personas con las que trabajamos consiguen autonomía y mejor calidad de vida, muy pocas veces son reconocidas por la sociedad como miembros de pleno derecho y siguen siendo encuadradas dentro de minorías más o menos estigmatizadas. Bien es cierto que los éxitos, por así decirlo, con población con años de consumo y sin hogar a veces ha de plantearse como un proceso para la mejora de su calidad de vida a nivel físico y social muy básico, como un medio de dignificación de ella misma.

Señalar también que existen otros problemas más cotidianos en las estructuras en las que trabajamos, como la falta de una red de viviendas que pueda hacer frente a las necesidades existentes (por los que las salidas de los alojamientos de urgencia se pospone más de lo necesario), los requisitos de acceso a recursos de la red primaria de asistencia, la falta de definición de competencias en lo referente al espacio socio sanitario y entre las diferentes administraciones públicas, la reducción y blindaje de ayudas sociales como la RMI, las dificultades de acceso a documentación sobre todo por parte de personas extranjeras, etc.

Los parámetros en los que una intervención social debe basar su estrategia deberían estar basados según nuestra experiencia profesional en:

### **Trabajo en RED**

A partir del trabajo en red el tradicional mecanismo de las derivaciones ha de dar paso al diseño de procesos unitarios de intervención en los que estén comprometidos los diversos centros y servicios que forman la Red de atención en cada municipio. Un proceso integral que ha de compartir diagnósticos y asumir el proceso en la parte que a cada centro o servicio pueda corresponder, a partir de los resultados de la intervención que hayan llevado a cabo otros centros o servicios. De la misma manera la intervención de cada centro o servicio debe realizarse teniendo en cuenta que puede continuar en otro centro o servicio de la Red.

### **Apoyo y acompañamiento**

En la intervención es fundamental llevar a cabo procesos integrales de desarrollo de cada persona, con sus necesidades, potencialidades, «idas y venidas». Y debe hacerlo de manera integral, tanto en los espacios, como en los recursos y en las acciones, así como por las y los profesionales que intervienen en la realidad cotidiana de la persona. Esta intervención debe contemplar siempre el refuerzo y apoyo a sus motivaciones de cambio, así como el acompañamiento para el acceso y uso de los recursos que pueda necesitar a lo largo del proceso hacia los objetivos de autonomía personal e inclusión social. Se debe poner especial atención por parte del profesional en reducir la angustia provocada por el miedo a la reintegración a la vida normal; al existir un empobrecimiento de intereses en su mundo exterior es importante evitar que las personas se encierren en su mundo interno. Por ello el apoyo basado en los consejos y la orientación, en la aceptación, en la validación

o refuerzo de conductas y sobretodo en la educación enseñándoles a socializar nuevos roles pero también considerando que son personas con procesos de adicción de muchos años con las cuales hay que plantear con ellos líneas de actuación realistas, no idealizadas. (García, G., Gutierrez, E., y Morante, L. 1993).

### **Integrar elementos personales**

La intervención requiere integrar los diferentes aspectos en los que se manifiesta su situación de exclusión y, particularmente, lo relacionado con su necesidad de alojamiento y de vivienda, empleo, alimentación, higiene, normas, relaciones sociales y grupales, acceso a recursos económicos —rentas mínimas, pensiones o subsidios— a los que pudiera tener derecho, y a la salud; pero también debe contemplar el ocio y los aspectos relacionales ya que sin ellos su inclusión carecería de base efectiva. Las personas no solo necesitan medios para vivir, sino motivos para vivir; y esos motivos solo los puede aportar su contacto positivo con otras personas y con el entorno, y las oportunidades para desarrollar sus aficiones e intereses personales.

### **Procesos sucesivos**

Las características de las personas con las que intervenimos hacen necesario establecer con ellas estrategias de intervención a largo plazo, que contemplen la posibilidad de pasos atrás y recaídas. Para abordar estas intervenciones, de nuevo el trabajo en red resulta imprescindible, de manera que se puedan asumir procesos de carácter cíclico en los que las personas encuentren siempre una oportunidad de enganche a la Red de centros y servicios y, dentro de ella, recuperar las posibilidades de intervención que en cada momento sean posibles. Es importante que el profesional conozca bien a la persona en su proceso para que la influencia no se convierta en control y abuso. La influencia del profesional debe ser usada para fomentar la motivación en la intervención para el cambio, teniendo en cuenta que, generalmente las personas con las que trabajamos se sienten dominadas por las resistencias al cambio y, a veces, estas resistencias pueden ser más fuertes que la motivación para el cambio.

### **Favorecer el arraigo**

La calle supone la mayor fuente de desarraigo y de lejanía, de mantener unos vínculos cercanos para estar dentro de un contexto de salud. El hecho de ofrecer un nexo de unión como es el alojamiento o una simple intervención personal y profesional permite ya de entrada iniciar ese proceso de conexión social, de reconocimiento, de cercanía. Los centros se disponen como hogares no como alojamientos.

### **Intervenciones no voluntarias**

Es necesario establecer protocolos con las autoridades judiciales para determinar criterios de intervención con personas en estado de extremo deterioro que se nieguen a utilizar los recursos sociales o sanitarios, para procurarles una tutela judicial efectiva. Estos procedimientos deben ser todo lo ágiles que su situación requiere, y deben contar con la efectiva implicación de policía y de los servicios de salud, particularmente de salud mental. El grado de deterioro personal y la afectación a la convivencia o la salud de otras personas deben ser tenidos en cuenta al valorar esta situación y decidir intervenciones no voluntarias, en orden a garantizar su seguridad, su salud y sus condiciones de vida más básicas.

## **Coordinación con centros y servicios sanitarios**

Toda persona tiene derecho a recibir asistencia sanitaria; también las personas extranjeras, en los términos establecidos. Los centros y servicios de atención a personas sin hogar y, en particular, los centros de acogida y centros de baja exigencia, no deben ofrecer atenciones sanitarias que la persona tenga derecho a recibir en el Sistema Nacional de Salud, incluso cuando se encuentre fuera de su lugar habitual de residencia o carezca él. Ahora bien, los graves problemas de salud que afectan a muchos usuarios y usuarias de los centros de atención a personas sin hogar, y más aun quienes viven de forma habitual en la calle, hace imprescindible una intensa y ágil coordinación de estos centros con los correspondientes servicios de salud, tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria.

## **Protocolos de actuación con Salud mental**

Es imprescindible que los servicios de salud mental establezcan actuaciones específicas en coordinación con los centros y servicios de atención a personas sin hogar, especialmente para usuarios/as, crónicos y de baja exigencia, así como complementarios del trabajo de calle, incorporando equipos específicos para intervenir en este medio. Especial interés ha de tener el establecimiento de protocolos de actuación con los servicios de salud mental, por la elevada incidencia de estas patologías entre las personas sin hogar, por el agravamiento que supone su situación de desarraigo, y por las dificultades que esta situación conlleva para iniciar o mantener cualquier tratamiento.

## **Formación**

La actitud y la capacidad de las y los profesionales es requisito fundamental de la calidad de los centros y servicios de atención a personas sin hogar. Por ello, los profundos cambios que han de acometerse en estos centros y servicios y en las intervenciones que han de llevarse a cabo desde los mismos, requiere dedicar una atención muy especial al reciclaje y formación de sus profesionales. Una formación (drogodependencias, el duelo, inteligencia emocional, gestión de recursos, gestión del estrés, prevención de violencia, gestión de conflictos, educación sexual, educación para el humor, gestión de documentación básica, legislación penal, información sobre recursos zonales, etc.) que ha de hacerse extensiva a las y los profesionales de los centros y servicios de organizaciones sin fin de lucro y empresas que intervengan en el sector, así como, de forma específica, a los voluntarios y voluntarias que intervienen en el mismo.

## **Mecanismos de evaluación**

Las profundas reformas y adaptaciones que los centros y servicios de atención a personas crónicas en la drogodependencia han de acometer, requieren una permanente tarea de reflexión y mejora. Contemos con los sujetos con los que intervenimos para darles voz y voto sobre el lugar, sobre su casa en la que están, que empiecen y que desarrollen fórmulas de participación en las que valoren y evalúen las posibles mejoras o inconvenientes, en las que participen sobre la gestión y funcionamiento de sus propios centros, de sus propios hogares como puede ser desde lo más básico como el horario de la televisión como la gestión del servicio de lavandería.

## **Comunicación con la ciudadanía**

El estigma que todavía rodea todo lo relacionado con las personas sin hogar, y el consiguiente rechazo de la ciudadanía que provoca la implantación de centros para atender a

estas personas, hace necesaria una estrategia de comunicación común y la realización de campañas a nivel local, autonómico y estatal, para dar a conocer la verdadera situación de estas personas y de los centros y servicios que los atienden. Es importante incorporar a la iniciativa social a esta estrategia, ya que constituyen un eficaz puente de comunicación con la ciudadanía.

#### 4. Conclusiones

La mayor vulnerabilidad del colectivo que hemos expuesto hace que nos planteemos una diversidad de opciones con el objetivo de lograr primero una mejora en sus condiciones de vida desde el ámbito de salud biopsicosocial y desde una perspectiva más global hacer una mirada al ámbito institucional que sirva para poner en cuestión los actuales modelos de intervención muy ligados a las políticas del momento y que en ocasiones debido a su inestabilidad carecen de fundamentos reales para abordar un problema como es el de las drogas que desde hace años carece de un soporte de continuidad. Se trata de un colectivo en el que se dibujan casi todas las características de cualquier población con déficits pero que van conformando ya sea por el policonsumo o por la situación de calle una realidad que sin darnos cuenta es cada vez más común en nuestra sociedad.

El trabajo desde los centros de reducción del daño supone una posibilización de paliar y prevenir situaciones de grave deterioro, pero además de poder visibilizar un colectivo que debido a los recortes sólo manifiesta su existencia de manera cada vez más sombreada ocultándose una realidad de extrema necesidad en ciudades tan desarrolladas como Madrid. Los recortes no sólo han propiciado la reconversión de estos centros en recursos con disminución de prestaciones y profesionales en vías de extinción sino que han supuesto una pérdida desde el campo de la intervención social para poder seguir trabajando con personas con un amplio campo de posibilidades.

La complejidad del fenómeno de las drogas difícilmente se deja atrapar entre las redes de cualquier teoría o explicación, dada la variedad de elementos personales y sociales implicados en esta cuestión. Por lo que tampoco existen respuestas fáciles a dar a este fenómeno social, donde más que las sustancias, han de preocuparnos las personas que, por circunstancias varias, recurren a las drogas. La denominada guerra contra las drogas no hace más que complicar los problemas, sobre todo, de aquellas personas que ya sufren la exclusión social. No podemos volver a medidas represivas o simplemente informativas sobre los peligros de las drogas pues han mostrado no dar los resultados prometidos. Al contrario, habría que revisar los planes actuales, sobre todo, en su práctica, desde la conciencia de que no faltan carencias y limitaciones que cuestionan lo que estamos haciendo. Y no se trata de buscar culpables, sino de tomar conciencia de la realidad presente, reconocer que estamos ante un fenómeno complejo que cambia constantemente, revisar planteamientos que pueden ser erróneos, retomar confianza en las personas que por ley humana quieren vivir bien y recuperar también la fe en nuestra capacidad de encontrar respuesta a los problemas que hoy se plantean.

## 5. Rreferencias bibliográficas

- Agencia Antidroga (2011). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en la CAM*. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2012). *Encuesta domiciliaria*. Madrid.
- Coalition, H. R. (1996). *Working together towards individual an community health*. Folleto. Nueva York, NY: Harm Reduction Calition.
- De Andres, M. (1998). *Contando con la competencia de los usuairos de drogas. IX Jornadas Andaluzas de Drogodependencias*. Jerez de la Frontera (Cádiz).
- De Andres, M., Magrí, N., y Borrás, T. (1996). *Programa de Reducción de Riesgo*. Barcelona: Grup IGIA.
- De Andrés, M y Rodes, A. (1995). *La atención a los consumidores de drogas que no siguen tratamiento. Monográfico: Drogodependencias, diez años después del SIDA*, 49, (pp 97-103).
- Escohotado, A (1999). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe, Magia, parafarmacia y religión (21-32).
- García, G., Gutierrez, E., y Morante, L. (1993). “*Bola de nieve: guía para formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud*”. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Grupo GID, Fases del bola de nieve (pp 25-61), Algunas cosas a tener en cuenta (pp 72-89).
- Insúa, P. (1999). *Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de Prevención con usuarios de drogas*. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, Educación para la salud y reducción de daños (pp 33-40).
- Marlatt, G. (1998). *Reducción del daño Principios y estrategias básicas*. V *Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque Comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz)
- Maroto, Á. L. (2005). *Manual de buenas prácticas para la atención a drogodependientes en Centros de Emergencia*. Consejo General. Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales; Programas que se llevan a cabo en los centros de emergencias (pp 101-109), Buenas prácticas ligadas al proceso de intervención en los centros de emergencia (pp 75-101), Conceptos y principios básicos en los programas de reducción de daños (pp 57-75).
- Martínez Ruiz, Rubio (2002) *Manual de drogodependencias para enfermería*. Valladolid: Díaz de Santos, Bioética y drogodependencias (pp 319-327).
- Mino, A (1992). *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 36.
- O’Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E., y Druker, E. (1996). *Versión castellana. La reducción de los daños*. Barcelona. Grupo IGIA.
- Trujhols, J., Salazar, J y Salazar, I. (1999). *Los usuarios de drogas como ciudadanos: Los programas de reducción de daños*. En: Becoña, E., Rodríguez, A., Salazar, I. Editores. *Drogodependencias V. Avances*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, (pp. 343-378).
- Valverde, J. (1996); *Vivir con la droga: Experiencias de intervención con pobreza, droga y Sida*. Madrid. Ed .pirámide.
- Xavier Aranas, D. N. (2003) *Globalización y drogas políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*. California: Dykinson.



## **Evaluación del Servicio de Atención a pacientes (integrando Apoyo entre Pares) de la Unidad VIH del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)**

**Raquel Ruiz García**

Voluntaria en la Asociación Apoyo Activo

**Bartolomé de Haro Cabanas**

Educador Social en la Asociación Apoyo Activo

**David Moreno Agüera**

Voluntario en la Asociación Apoyo Activo y la Asociación Carmate

### **Resumen**

**Apoyo Activo**, Asociación de Apoyo a afectados de VIH y familiares, desarrolla la labor de información, asesoramiento y apoyo a pacientes a través de un servicio de atención psicoterapéutico, integrado en la Unidad de VIH del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia), conocido por sus usuarios como “Unidad de Apoyo”.

El objetivo último de la investigación es **evaluar la labor desarrollada por dicha Unidad, lo cual** implica el conocimiento del funcionamiento de la propia Unidad de Apoyo, la valoración entre los pacientes y entre profesionales sanitarios relacionados, así como otros profesionales externos con los que dicha Unidad se coordina en sus atenciones y/o atención conjunta de casos.

Se ha procedido a la realización de encuestas a 153 pacientes de la Unidad con al menos 3 intervenciones en los últimos 2 años y 92 entrevistas de las cuales 13 han sido a profesionales especializados en el sector. De los resultados, cabe concluir que los usuarios muestran una **valoración muy positiva del trabajo desarrollado en los últimos años por dicha Unidad**, destacando su **calidad, profesionalidad, compromiso y valor humano**. La repercusión de dicho trabajo se refleja en una mayor adherencia al tratamiento y un mayor conocimiento de su enfermedad, lo que conlleva una mejora tanto a nivel emocional, psicológico y biológico como en su calidad de vida.

### **Palabras claves**

Pares, apoyo, pacientes, psico-social, VIH, sida.

### **Abstract**

**Apoyo Activo** is a HIV affected patients and families Support Association. It develops the task of providing information, counseling and support to patients through a psychotherapeutical attention service, integrated in the Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca HIV Unit (Murcia), known by its users as the “Support Unit”.

The ultimate goal of the investigation is to evaluate the work developed by said

Unit, which implies the knowledge of the Support Unit's performance, the mutual valuation between patients and involved health professionals, as well as other external professionals with whom the Unit is coordinated with in order to provide their attentions and/or joined case attention.

Surveys have been made to 153 Unit patients with at least 3 interventions over the last 2 years, along with 92 interviews, 13 of them with specialised professionals in this sector.

On the results, we must conclude users have shown a very positive valuation of the work developed by the Unit over the last few years, highlighting its quality, professionalism, commitment and human value.

The consequence of said work is a bigger patients' adherence to the treatment and a greater knowledge of their illness, leading to an improvement on an emotional, psychological and biological level, as well as a betterment on their quality of life.

## Keywords

Peers, support, patients, psycho-social, HIV, AIDS.

## 1. Introducción

Desde los comienzos de la pandemia, se atendió a los afectados por VIH en las llamadas “Unidades de VIH”, dependientes de los departamentos de “enfermedades infecciosas” aún existentes en la mayor parte de los hospitales. Este es el contexto en el que las personas afectadas por esta infección reciben atención y seguimiento médico, teniendo que acudir al tejido social y concretamente a las numerosas asociaciones que se crearon en torno a los años 80/90 para encontrar apoyo en la lucha contra los prejuicios sociales, asumir el rechazo social y el estigma que acompaña al diagnóstico así como encontrar acompañamiento en tanto en la elaboración del proceso de duelo como en la aceptación de la enfermedad.

Una vez superada esa primera etapa de respuesta ante una realidad acompañada de urgencia y catastrofismo (por las pocas opciones terapéuticas y corta esperanza de vida), los pacientes de VIH viven su afección como una enfermedad crónica, de la cual quieren tener los menos indicios posibles presentes en su vida y para lo cual ni se plantean acudir a asociaciones. Con los nuevos tratamientos, se inicia un deseo generalizado de querer vivir la enfermedad con la máxima normalidad, donde la persona afronta con sus propios recursos su día a día y recurre al apoyo externo únicamente en momentos de crisis y para cuestiones determinadas.

Así es como nace en 2005, la **Unidad de Atención Psicoterapéutica de la Unidad VIH**, conocida como “Unidad de Apoyo” o “Pares” (en adelante Unidad de Apoyo), perteneciente a Asociación **Apoyo Activo** y ubicada en el **Hospital Virgen de la Arrixaca** (Murcia).

Además de atención psico-social, ofrece otros servicios como son: información sobre recursos sanitarios, recursos sociales, sobre la infección por VIH, acompañamiento hospitalario y asesoramiento legal y jurídico. Destaca el apoyo entre PARES a través de un educador VIH + que realiza intervenciones de prevención y promoción de la salud.

A través de este servicio, un educador, una trabajadora social y un terapeuta psico-social, apoyan la labor realizada en la unidad hospitalaria, favoreciendo en los/las pacientes la adherencia a los tratamientos y ofreciendo una atención psicosocial más completa. Es decir, acercándose a la conocida como “atención integral desde un prisma multidisciplinar” que complementa la acción.

## 2. Justificación

Una vez superada la primera etapa de puesta en marcha del servicio, recibíamos el feedback de muchos pacientes, que valoraban muy positivamente nuestra atención. Esto nos hizo pensar que la incorporación de este servicio había colaborado a la prestación de la deseada atención integral y la contribución con la mejora en su Salud, partiendo del concepto que aporta la OMS (1948): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En 2011, a través del Área Sociosanitaria de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica de la Consejería de Sanidad de la C.A.R.M, se inicia la evaluación de la labor desarrollada por dicha Unidad, en la que se incluye la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados. Para ello, dicha entidad encarga a un agente externo (IMAES, Instituto de Marketing y Estudios, S.L.) el apoyo necesario para el diseño del estudio y el tratamiento de datos.

Con este trabajo se intenta dar respuesta a la pregunta que origina la investigación: “¿Contribuye la unidad de Apoyo a un mejor cuidado de la salud de los pacientes VIH+?”

## 3. Marco teórico-referencial

Tenemos que tener presente que dos conceptos básicos caracterizan la actividad objeto de estudio: el modelo de “intervención interdisciplinar”, en el que se encuadra y la aplicación en momentos de crisis, para la cual está concebido el servicio.

Es importante tener claro el concepto de equipo de trabajo y de equipo interdisciplinario ya que propone un modo de intervención integral para el paciente y su entorno.

Se puede denominar un Equipo de Trabajo, desde el punto de vista de la psicología social, como un grupo social secundario y formal, dado que cumple con las siguientes características que según Jesús M. Canto explica: “Son el resultado de una planificación racional por parte de la organización, con un carácter normativo al prefijar el tipo de regulaciones y están orientados a un fin” (Canto, 1998:1-2)

Por otro lado, según Quintero, un Equipo interdisciplinario se puede definir como: “La reunión de individuos formados en un área específica del saber y que desde sus profesiones u oficios aportan en el objeto común del equipo. Sus acciones son coordinadas y hasta participativas pero no implican invasión de límites o asunción de los otros. Son los más frecuentes en el contexto, sobre todo en las áreas de la salud y en los procesos comunitarios, donde se exige la condición de formación académica para intervenir” (Quintero, 1995:3)

El trabajo interdisciplinario debe contener las siguientes características, según Quintero (1995:4):

1. Actitud personal positiva: se requiere un alto grado de madurez personal y profesional, con un nivel razonable de interés y motivación hacia el objetivo principal del trabajo. Este conlleva la presencia permanente de procesos evaluativos que retroalimenten tanto la capacidad humana como laboral de los miembros del equipo.
2. Adecuada formación profesional: que trascienda la simple adquisición de información y conocimientos y permita la asunción de una concepción del mundo holística y globalizante. Llevando explícito también in manejo objetivo de la realidad y del compromiso disciplinar latente.
3. Organización del trabajo: la coordinación oportuna y congruente con los objetivos y al mismo tiempo la participación de todas las disciplinas involucradas, en condiciones de igualdad, permitiendo la rotación del funcionario o profesional que centralice el orden interno. Lo que implica el límite de los saberes y de la aplicación de diversas metodologías.

Según Slaikeu (1999:5) el término crisis puede definirse como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Según Slaikeu (1999:5), entre los que se han destacado como los pioneros de la intervención en crisis son Liberman (1970) y Caplan (1964), el énfasis de Caplan es sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o el salir adelante durante el estado de crisis. Con respecto a Liberman, Slaikeu (1999:5) afirma que, se enfoca sobre la interacción del estado de crisis subjetiva y algunas situaciones ambientales objetivas.

En cualquiera de los casos, requiere de una intervención especializada, a ser posible lo más cercana e inmediata a la percepción de crisis posible y que pueda ofrecerse desde un prisma amplio, multidisciplinar, en función de la particularidad de la demanda. De esta manera está concebida la Unidad de Apoyo y con el objetivo de saber si contribuye a mejorar la salud de sus pacientes, se ha desarrollado este estudio.

#### **4. Desarrollo de la investigación. Metodología**

La complejidad y multidimensionalidad del objeto de estudio y evaluación, una Unidad que presta servicios muy diversos a población en situaciones muy diferentes, requiere la aplicación de técnicas de investigación múltiples con las que aprehender una realidad extremadamente compleja.

Este hecho aconsejó el desarrollo de **dos técnicas de investigación; la encuesta y la entrevista en profundidad**, a fin de proceder a la triangulación metodológica.

##### **4.1. La encuesta**

A través de la encuesta llevada a cabo, se entrevistó a la población receptora de los servicios de la Unidad de Apoyo, es decir, a familiares de pacientes (2,2%) o pacientes (97,8%) de la Unidad de VIH del Hospital Virgen de la Arrixaca que tienen algún tipo de necesidad de apoyo psicológico, terapéutico y/o social.

La encuesta a este colectivo permitió conocer su grado de satisfacción con los servicios recibidos, entrando en una exhaustiva valoración de la Unidad de Apoyo, en todos sus ámbitos, tal y como se detallará en los resultados.

#### 4.2. Las entrevistas

Las entrevistas en profundidad se han dirigido a testigos significados y/o relevantes relacionados, desde ámbitos y dimensiones diferentes con la Unidad de Apoyo. Las entrevistas en profundidad ofrecen discursos comprensivos y explicativos sobre la realidad del VIH, y acerca de la labor desarrollada por la Unidad de Apoyo.

Especialistas y profesionales del ámbito sociosanitario han aportado su visión de la labor desarrollada por esta Unidad. Se han realizado 13 entrevistas a médicos, enfermeras, auxiliares, trabajadores sociales, pacientes y profesionales de asociaciones anti-SIDA de la Región de Murcia.

(Anejo I: Esquema del método de trabajo. Anejo II: La Encuesta).

#### 4.3. Ficha técnica de la encuesta

- **Universo Objeto de Estudio (UOE).** 153 pacientes de la Unidad de Apoyo Psicosocial (Apoyo Activo) de la Unidad de VIH del Hospital Virgen de la Arrixaca, que hayan sido atendidos al menos con 3 intervenciones en los últimos dos años.
- **Tipo de encuesta.** Telefónica asistida por ordenador, sistema CATINet.
- **Ámbito.** Región de Murcia.
- **Muestra.** 92 entrevistas.
- **Error muestral (E).**  $E=\pm 6,6\%$  para un nivel de confianza de  $2k$ . ( $P=Q=50\%$ ). Probabilidades del fenómeno más desfavorables.
- **Muestreo.** Probabilístico aleatorio simple.
- **Selección unidad muestral.** Aleatorio simple.
- **Cuestionario.** Semiestructurado.
- **Fechas trabajo de campo.** Entre mayo de 2010 y marzo de 2011.
- **Tratamiento estadístico.** Los datos se han grabado en soporte informático con el programa CATI-Net para gestión de sondeos, y posteriormente tratados estadísticamente con el programa BARWIN, MINITAB y SPSS.
- **Campo, tratamiento e informe.** IMAES (Instituto de Marketing y Estudios).
- **Fuente:** Apoyo Activo.

## 5. Resultados

### 5.1. PRINCIPALES RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

#### 5.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Un 63% de los encuestados son hombres mientras que las mujeres representan poco más de una tercera parte (un 37%).

Hasta un 68,5% de ellos, son personas de mediana edad, con entre 35 y 68 años, de manera que la **media de edad** para todos los pacientes consultados de la unidad es de 43 años. Si bien el porcentaje de personas mayores de 65 años es muy reducido (6,5%), es preocupante observar que hasta el 22,8% de las personas atendidas en la Unidad cuentan con entre 17 y 34 años.

La mayor parte de las personas entrevistadas cuentan con **estudios secundarios** (el 41,3%) o, en menor medida, **primarios** (el 33,7%), de forma que sólo una minoría de ellos declara tener estudios inferiores (un 9,8% señala que no tiene estudios) o superiores (hasta un 14,1% de ellos tiene estudios universitarios, la mayor parte de ellos de licenciatura).

La **situación laboral de los entrevistados** pone de manifiesto que dos terceras partes de ellos pertenecen a la población activa y un 35,9% se encuentra jubilado. El elevado porcentaje de jubilados, teniendo en cuenta la edad de los individuos, inferior a los 65 años en la mayoría de los casos, tiene que ver con el estado de salud en el que se encuentran. Por lo que se refiere a la población activa, algo más de la mitad se encuentra trabajando (un 34,7% del total de entrevistados), en tanto que el resto se encuentra actualmente en paro (un 28,3%).

De los resultados de la encuesta se desprende que el perfil sociodemográfico más frecuente estaría caracterizado por ser: hombre, de mediana edad (40 años), soltero, sin hijos, vive solo o en pareja, no trabaja (por estar jubilado o en paro) con estudios primarios o secundarios.

### 5.1.2. HISTORIAL CLÍNICO

Casi una tercera parte de las personas entrevistadas (el 32,6% e ellas) saben que son VIH + desde hace menos de 9 años, mientras que seis de cada diez consultados (el 57,2%) señala que lo saben desde hace más de 8 años. Así, **la media de años que los pacientes conocen que son VIH + es de 12 años.**

**La media de años que los usuarios entrevistados señalan que llevan tratándose el VIH** es de 9 años, de forma que un 25,6% señala que lleva entre 1 y 3 años en tratamiento, un 31,1% que el tratamiento lo sigue entre 4 y 10 años, y una tercera parte del total (el 33,3% de los consultados) declara que lleva más de 10 años.

**La media de años que los pacientes consultados llevan siendo usuarios** de la Unidad de Apoyo es de 5, mientras que un 29,3% de los entrevistados lo son entre 1 y 2 años, un 23,9% entre 3 y 4, y un 33,7% lo son más de 5 años.

A modo de conclusión en lo que el aspecto clínico se refiere, el perfil del usuario se caracterizaría por:

Los usuarios conocen su infección desde hace unos 12 años. La media de años que llevan en tratamiento para la infección del VIH es de 9 años. La media de años que son pacientes de la Unidad de Apoyo es de 5.

### 5.1.3. EVALUACIÓN DE LA CONSULTA

**Tiempo en la consulta.** A la mitad de los pacientes en consulta (el 54,3%), se les ha dedicado entre 10 y 30 minutos. Un 32,6% de los entrevistados señalan que la duración de sus

consultas varía entre 30 y 45 minutos, mientras que una décima parte (el 9,8%) indica que la duración de la consulta puede alcanzar la hora.

Con independencia de la cantidad de tiempo dedicada a cada uno de los pacientes, de los resultados del estudio se desprende que **la totalidad de los entrevistados valoran positivamente el tiempo que los profesionales les dedican**, considerándolo suficiente.

Uno de los aspectos en análisis de la **accesibilidad** del servicio de atención prestado tiene que ver con la **disponibilidad de los profesionales de la Unidad de Apoyo**. Algo más de la mitad de los usuarios consultados (hasta un 56%) declaran conocer los días que pasan consulta.. Este conocimiento es importante porque facilita el acceso de los pacientes a la consulta, aunque, en ningún caso es una cuestión determinante, dado que la accesibilidad pasa también por otros medios como son el teléfono y el correo electrónico.

A tenor de los resultados obtenidos en la encuesta a los pacientes vendría caracterizadas por los siguientes aspectos:

- Duración media 31 minutos
- La totalidad de los consultados valoran el tiempo de consulta como el necesario y suficiente.
- Algo más de la mitad de los consultados conocen los días en que se pasa consulta.

#### 5.1.4. EVOLUCIÓN DE LA UNIDAD DE APOYO

Otra de las cuestiones es la **facilidad para localizar a los profesionales de la misma**. Prácticamente la totalidad de las personas entrevistadas (98%) ponen de manifiesto la facilidad para localizar a los profesionales.

El **medio utilizado para contactar con la Unidad** fue el siguiente: prácticamente 6 de cada 10 (58,7%) realizaron el contacto de forma presencial en la propia consulta, una quinta parte lo hicieron telefónicamente (19,6%) y otra quinta parte (21,7%) lo realizan indistintamente, presencial y telefónicamente.

En lo que se refiere a la **confidencialidad** en la consulta, uno de los aspectos más valorados en el ámbito sanitario y más necesarios en el tratamiento del tipo de afecciones como el VIH, el 99% consideraban que estaba absolutamente garantizada.

El **principal medio a través del cual los pacientes conocieron la existencia de la Unidad** de Apoyo fue por la información que les ofrecieron los profesionales que les atendieron en el servicio de VIH, de esta manera se enteraron las dos terceras partes (66,3%). El 6,5% conocieron la existencia a través de una asociación, el 5,4% por un conocido, el 7,6% por otro servicio p profesional sanitario y el 14,1% por otros medios.

Los principales motivos aducidos para acudir a la Unidad fueron:

- Se lo sugirieron desde la Unidad de Apoyo o los facultativos de la Unidad de VIH.
- Necesitaban apoyo psicológico y soporte emocional.
- Hablar con sinceridad con alguna persona que le comprendiera.
- Necesitar información sobre el VIH y asesoramiento sobre los tratamientos a seguir.

- Necesitar recursos económicos o recursos sociales o sanitarios.

Los pacientes suelen hacer uso de más de uno de los **recursos ofertados**, siendo el más utilizado el “soporte emocional”, usado por 3 de cada 4 pacientes (73,9%). El segundo recurso utilizado es el que tiene que ver con la información sobre el VIH siendo 2 de cada 3 los que lo usan (63%). El tercer recurso usado por un 45,7% de los entrevistados es la información acerca de los recursos sociosanitarios.

Otros recursos utilizados son: acompañamiento (53,3%), acogida (el 47,8%), la psico-terapéutica individual (27,2%), los grupos de soporte emocional (17,4%) y la orientación jurídica (15,2%). (Anejo III: Recurso utilizado en la Unidad de Apoyo)

En lo referente a la **resolución del problema o percepción de mejora** del mismo, el 91% considera que la atención recibida le resultó muy efectiva para solucionarlo. La complejidad, diversidad y gravedad de las temáticas abordadas hacen muy importante el poder contribuir al afrontamiento y resolución del problema. Respecto al 9% que no les sirvió la ayuda recibida para la resolución del problema, se les pidió que valorasen en qué medida la intervención de la Unidad de Apoyo había contribuido a aceptar su condición de VIH +, mejorar su relación con el entorno social o mejorar su relación familiar siendo en todos los casos valoraciones inferiores a 5 (escala de 0 a 10).

La **efectividad del trabajo** es de un 87% ya que los pacientes no necesitaron acudir a otro servicio profesional distinto.

De los pacientes derivados a otro servicio, el 83% considero que **la derivación realizada** logró que mejorase su situación.

La **valoración de la atención recibida** fue superior a 9 (escala de 0 a 10) en todas las cuestiones que se plantearon: confidencialidad (9,6), interés generado por su caso (9,4%), confianza que le genera la consulta (9,6) y libertad y seguridad para hablar y expresarse (9,5).

En la valoración de la atención recibida se valoraron otros aspectos como fueron: información recibida (9,2), el trabajo realizado por los profesionales (9,3), utilidad del trato y el apoyo recibido (9,1), el lugar donde se ubica la unidad (8,6) y la comodidad de la sala de espera (7,8).

**En lo referente al trato recibido**, la práctica totalidad de los pacientes consultados (92%) consideran que el trato recibido es el habitual, no produciéndose una atención especial o excepcional por tratarse de su caso. El resto (8%) pensó que se la había dado una atención especial.

**Partiendo de que el servicio psico-terapéutico ofrecido** por la Unidad de Apoyo **no existe en todos los hospitales españoles**, un porcentaje elevado de los pacientes (42%) era consciente de esta realidad. Sólo un 17% de los consultados piensan que este tipo de servicio está presente en todos los hospitales españoles; un 41% no sabía.

A modo de resumen sobre la atención recibida se puede destacar:

- Elevada accesibilidad a los profesionales de la Unidad.
- Absoluta confidencialidad en el trato y en la consulta, conocida por los pacientes.
- El principal medio a través del que se conoce la Unidad de Apoyo son los facultativos que atienden a los pacientes en el Hospital.



- Los recursos más utilizados son el soporte emocional, información sobre el VIH y el asesoramiento sobre los tratamientos.
- Alta efectividad: en la gran mayoría de los casos, la atención recibida contribuyó a solucionar el problema por el que acudieron y en los casos que no la ayuda sirvió para aceptar su condición de VIH y mejorar su relación con el entorno y la familia.
- Muy elevada satisfacción con todos los aspectos en análisis de la atención recibida, tanto en aspectos de trato personal, como en el tratamiento profesional.

#### 5.1.5. ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE APOYO

El 59% de los pacientes mostraron mayor adherencia al tratamiento tras ser atendidos en la Unidad de Apoyo, frente a un 25% que consideran que la atención recibida no les ha afectado sobre su tratamiento.

**Relación entre el tratamiento y la mejora de la calidad de vida:** cuatro de cada cinco pacientes consultados señalan que o están más motivados para cuidar su calidad de vida.

**Tratamiento y forma física.** El 85% de los pacientes señalan que se encuentran mejor físicamente desde que son atendidos por la Unidad.

**Tratamiento y situación anímica.** El 82% ponen de manifiesto la mejora experimentada desde que son atendidos por la Unidad de Apoyo.

**Tratamiento e información sobre la infección.** El 83% de los pacientes considera que ha mejorado con la atención recibida.

**Tratamiento y mejora de la calidad de vida.** El 88% considera que la atención recibida ha repercutido positivamente en su vida cotidiana. Este resultado pone en evidencia, una vez más, la importante labor desarrollada por la Unidad.

En la **valoración de la Unidad de Apoyo por parte de los pacientes** se consideran tres aspectos, obteniendo todos ellos puntuación superior a 9: ser atendidos por los mismos profesionales (9,6), mejora del servicio (9,3) y satisfacción global (9,3).

A modo de resumen sobre la atención recibida la gran mayoría de los pacientes señala:

- Les resulta más fácil cumplir con el tratamiento.
- Tienen más motivación para cuidar más su calidad de vida.
- Se encuentran mejor física y anímicamente.
- Ha mejorado su información relacionada con la infección.
- En general, ha repercutido positivamente en su vida cotidiana.
- El nivel global de satisfacción de los usuarios con la Unidad de Apoyo es muy elevado, 9,3.
- Un aspecto muy valorado es ser atendido siempre por los mismos profesionales.
- Hay un acuerdo generalizado en señalar que la capacidad de actuación y la atención de la Unidad de VIH de la Arrixaca ha mejorado desde que se amplió el servicio con una Unidad de Apoyo.
- (Anejo IV: Propuestas de mejora)

## 5.2. PRINCIPALES RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Se han producido dos cambios fundamentales en la percepción de la enfermedad: que afecta al conjunto de la población, y no a colectivos concretos y que se ha hecho crónica, lo que conlleva un incremento de los años de atención a los pacientes, cambio en el tipo de atención, mejora de la calidad de vida, incremento de la esperanza de vida, etc.

- Los avances médicos y farmacológicos, han permitido una importante mejora en la calidad de vida de los pacientes, junto con un importante incremento de la longevidad de estos.
- Siguen produciéndose transmisiones y por tanto, nuevos casos de VIH+, lo que pone de manifiesto que están fallando los mecanismos de prevención, control e información.
- El VIH/SIDA es una enfermedad de transmisión sexual, algo tabú en la tradición, moral y la cultura de gran parte de la sociedad. Este hecho lastra las acciones de prevención, información, etc.
- El incremento de las transmisiones se ha producido como consecuencia de la extensión entre la población de que el VIH es un virus controlado, una falsa sensación de seguridad.
- Otra problemática de los pacientes es la no asunción de su enfermedad, la negación de la enfermedad les lleva a rechazar el tratamiento, lo que redundará negativamente en su estado de salud.
- No se encuentran los canales adecuados para que la información llegue al conjunto de la población, de manera que hay un desconocimiento generalizado sobre aspectos muy importantes del VIH/SIDA.
- Poca visibilidad de las personas seropositivas: marginación y estigmatización.
- El perfil de la persona portadora del VIH se ha diversificado en lo real, no produciéndose el mismo efecto en el imaginario colectivo, muy vinculada a aspectos tales como las drogas y la práctica sexual de ciertos colectivos.
- La estigmatización, el rechazo social, el aislamiento, y el temor que estos fenómenos generan sobre las personas seropositivas, es uno de los grandes problemas, en ocasiones, por encima de las cuestiones propiamente sanitarias.
- Valoración muy positiva con el trabajo desarrollado hasta el punto que proponen extender ese servicio al conjunto de los hospitales españoles y a otras especialidades.
- En los últimos años se ha incrementado el trabajo desarrollado por la Unidad de Apoyo.
- Positiva valoración de todos los ámbitos en los que interviene la Unidad de Apoyo.
- El nivel de conocimiento de la Unidad es muy elevado entre los pacientes de la Arrixaca tratados por VIH y/o SIDA. Cabe destacar que los servicios de la Unidad llegan a todos los que lo necesitan, en la medida en que son los propios facultativos que atienden a los pacientes quienes suelen informarles sobre la existencia del servicio.
- Necesidad de poner en valor el trabajo desarrollado por la Unidad, para que se reconozca en su justa medida la importante labor que desarrollan.

- Uno de los aspectos más valorados es el trabajo en equipo, es decir, la intensa colaboración que se produce entre la Unidad de Apoyo Psicoterapéutico con la Unidad de VIH, que permite una mayor efectividad de las intervenciones.
- Es muy valorado por parte de profesionales y usuarios, el servicio de información, apoyo y acompañamiento que este servicio ofrece cuando al paciente se le comunica su condición de VIH +.
- Otra de las fortalezas señaladas por los entrevistados son la orientación y apoyo para la obtención de recursos de tipo material, especialmente entre los pacientes más necesitados.
- Otro de los aspectos muy valorados es la asistencia a pacientes hospitalizados.
- El horario de atención de la Unidad de Apoyo es uno de los aspectos susceptibles de ser mejorado, en opinión de gran parte de los entrevistados. Hay una demanda generalizada de ampliación del horario a todos los días de la semana, incluso alguna tarde, e incluso el establecimiento de un servicio de urgencia.
- La principal problemática a la que se enfrenta el funcionamiento de la Unidad de Apoyo es la financiación, tanto en su dimensión cuantitativa como cualitativa. Se constata la necesidad de incrementar los recursos destinados a la Unidad, así como cambiar el modelo de financiación, hacia otro que lo dote de mayor autonomía en su dinámica de trabajo. Esta financiación depende en gran parte de la decisión de los laboratorios lo que supone un importante handicap.
- Una de las demandas más señaladas es la de incrementar los recursos disponibles para poder atender a mayor número de personas. Las propuestas señaladas con relación a las casas de acogida se orientan y concretan hacia la demanda de incrementar su número, o al menos, no reducir las ya existentes.
- Finalmente, la necesidad de un cambio de mentalidad entre el conjunto de la ciudadanía es una de las sugerencias más señaladas por los testigos entrevistados.

### 5.2.1. CONCLUSIONES DE LAS ENTREVISTAS

- El temor a ser rechazado por el conjunto de la sociedad, particularmente por las personas más cercanas provoca un malestar en el individuo que, al no poder compartir con otras personas su situación le genera angustia, ansiedad, etc.
- Ante esta realidad tan ardua y compleja a la que se tienen que enfrentar la práctica totalidad de las personas portadores del VIH, parece claro que sólo a través de una atención psicosocial y psicoterapéutica de calidad, puede lograrse que los afectados por el virus se encuentren anímicamente capacitados para hacer frente a una enfermedad especialmente dura, exigente terapéuticamente y a la que normalmente el paciente debe enfrentarse prácticamente en soledad, con muy pocos respaldos social y/o familiar.
- Las principales necesidades demandadas por los pacientes de VIH son las de tipo psicológico, apoyo emocional, comprensión, información, etc.

## 6. Conclusiones finales

- Cabe concluir que los usuarios entrevistados de la Unidad de Apoyo muestran una valoración muy positiva del trabajo desarrollado en los últimos años por dicha Unidad.
- La atención prestada por la Unidad de Apoyo destaca por su calidad, profesionalidad, compromiso y valor humano.
- Aunque los recursos con los que cuenta la Unidad de Apoyo son limitados, tanto en horario como en espacios y recursos materiales, el trabajo desarrollado es muy efectivo. De este hecho se desprende que una mayor inversión e incremento de los recursos, materiales y humanos, redundará directa y positivamente sobre el conjunto de pacientes de VIH.
- En la medida que el paciente de VIH es un enfermo crónico, es una persona que valora mucho ser atendido siempre por los mismos profesionales, tal y como sucede en la Unidad de Apoyo, cuya continuidad a lo largo de los años garantiza un tratamiento integral de la dolencia y un conocimiento completo del paciente.
- El importante trabajo desarrollado por la Unidad de Apoyo se evidencia en la medida en que la gran mayoría de los entrevistados señalan que gracias al tratamiento están más motivados para tomar la medicación, se cuidan más, tiene más información, ha mejorado su calidad de vida, etc.
- En definitiva, los resultados del estudio evidencia que la labor desarrollada por la Unidad de Apoyo es vital en el tratamiento de una enfermedad como es el VIH/SIDA.
- El llevar a cabo una atención integral del paciente a nivel bio-psico-social, hace que en el caso del VIH/sida se produzca una mayor efectividad de la medicación (en cuanto a mejor adherencia) con la consiguiente reducción en los costes que un paciente, sin esta atención, tendría para el sistema sanitario. El que un paciente abandone la medicación del VIH significa que cuando quiera retomarla, los costes económicos y la toxicidad de la medicación será mayor.
- La intervención contribuye a una mejor integración del paciente tanto en su entorno familiar como en su entorno social y laboral.

## 7. Propuestas innovadoras

Después de 10 años desde la puesta en marcha de este servicio, desde la certeza de que la experiencia ha supuesto una enorme ganancia para los pacientes VIH + en seguimiento por esta unidad y una mejora en el objetivo de atender integralmente a la personas, proponemos la difusión de esta experiencia, animando a los facultativos a una aproximación humilde que reconozca la múltiple naturaleza que existen en las necesidades de los pacientes, con la esperanza de que servicios de otros hospitales puedan importar dicho modelo.

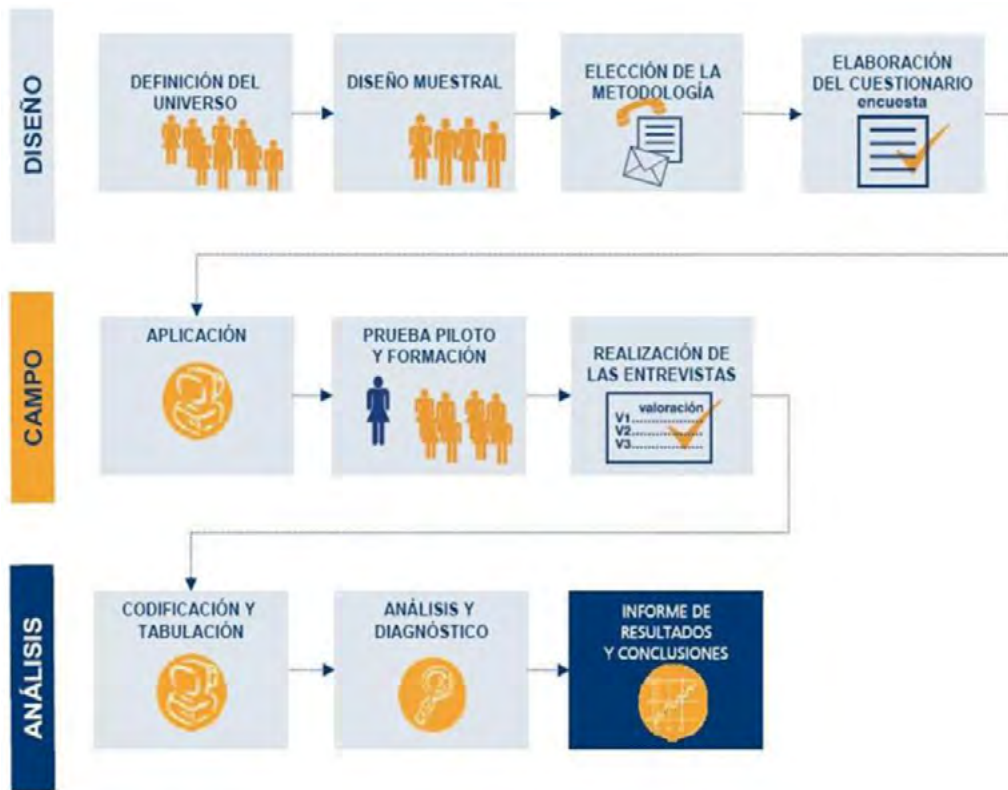
Esta puntualización de la “humildad” de los/las médicos especialistas en VIH + no es un detalle complementario, puesto que reconocer que una enfermedad no sólo se puede afrontar con pruebas y tratamientos químicos es vital. La realidad actual del sistema de Salud público pone de manifiesto que si esta sensibilidad desde el cuerpo de médicos no existe, las puertas a la intervención psico-social seguirán siendo estrechas, tratando nuestro campo como una necesidad secundaria, aplazable y prescindible.

## 8. Bibliografía

- 1-2. CANTO, J, 1998. Psicología de los grupos: Estructura y Procesos (pp.87-90) Málaga, España. Ed. Aljibe S.L.
- 3-4. QUINTERO, Á. 1995. Consideraciones acerca del Trabajo Interdisciplinario, (pp.19-26) Revista Prospectiva, N°2.
5. SLAIKEN, K. 1999. Intervención en crisis: manual para práctica e investigación [traducción Lic. Maricela Chávez Mejía] (pp.16, 115-127, 177-189) México. Ed. El Manual Moderno.
6. PEDRO y otros CAHN, 2007. “El VIH/SIDA desde una perspectiva integral”. Universidad de Buenos Aires. .
7. THORWALD DETHLEFSEN-, DAHLKE RUDIGER, 2009. “La enfermedad como camino: Un Método para el descubrimiento profundo de las enfermedades”.
8. JAVIER DE LA TORRE DÍAZ, 2013. “30 Años de VIH/SIDA”. Universidad Pontificia Comillas. PILAR ESTEBANEZ, 2005. “Medicina Humanitaria”. Ed. Díaz de Santos.
9. ELISABETH KUBLER-ROSS, 2015. “Conferencias: Morir es de vital importancia”.

## 9. Anejos: gráficas y tablas

### 1. ANEJO I: ESQUEMA DEL MÉTODO DE TRABAJO



## 2. ANEJO II: LA ENCUESTA

### Evaluación de la asistencia ofrecida por la Unidad de Apoyo Psicosocial de la Unidad de VIH del Hospital Virgen de La Arrixaca - 2010

**Introducción:** Dentro de la evaluación que se está realizando por parte del Área Sociosanitaria de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación del Servicio de Apoyo de Atención Psicoterapéutica de la Unidad de VIH de la Arrixaca, se está realizando una encuesta entre los usuarios/pacientes para conocer su grado de satisfacción con los servicios prestados por la Unidad de Apoyo. Usted ha sido seleccionado/a al azar como parte de la muestra de las personas a entrevistar. Le agradecemos su colaboración y le garantizamos el total anonimato de sus respuestas.

**P1. Sexo.**

1. Hombre   
2. Mujer

**P2. Edad.** [ \_ ]

**P3. En la Unidad VIH, ¿Vd. es paciente del Dr. o de la Dra.?.**

1. Dr. (Médico 1)   
2. Dra. (Médico 2)

**P4. Años que hace que es seropositivo:**

- [ \_ ]  
98 = ES FAMILIAR  → P6  
99 = NS/NC

**P5. Años que lleva en tratamiento de VIH (medicándose):**

[ \_ ]

**P6. Años como usuario de la Unidad de Apoyo.**

[ \_ ]

**P7. ¿Tiempo aproximado que le dedican a Vd. en la consulta?**

[ \_ ] minutos

**P8. ¿Considera suficiente el tiempo que le dedican en la consulta?**

1. Sí  → P10  
2. No

**P9. ¿Por qué no lo considera suficiente?**

[ \_\_\_\_\_ ]

**P10. ¿Sabe qué días pasan consulta los profesionales de la Unidad de Apoyo?**

1. Sí   
2. No

**P11. ¿Considera que es fácil localizar a los profesionales que atienden la Unidad de Apoyo?**

- 1. Sí
- 2. No

**P12. ¿Cómo contacta Vd. con la Unidad de apoyo en la mayoría de las ocasiones?:**

- 1. De forma presencial, en la consulta
- 2. Telefónicamente
- 3. E-mail
- 4. Indistintamente

**P13. ¿Es Vd. consciente de que la confidencialidad en el trato está garantizada en la consulta de la Unidad de Apoyo?**

- 1. Sí  → P15
- 2. No

**P14. ¿Qué deberían de hacer para que Vd. fuese consciente de que se garantiza su confidencialidad?:**

[ \_\_\_\_\_ ]

**P15. ¿Por qué medio se enteró de la existencia de la Unidad de Apoyo Psicoterapéutica del Hospital de la Arrixaca?**

- 1. Internet
- 2. Profesional que le atiende en el Servicio VIH
- 3. Otro servicio/profesional
- 4. Asociación
- 5. Medios de comunicación
- 6. Una persona que lo conocía
- 7. Otra fuente: .....

**P16. ¿Por qué motivo(s) acudió a la Unidad de Apoyo?.**

[ \_\_\_\_\_ ]

**P17. ¿Qué tipo de recurso ha recibido desde que acudió a la Unidad de Apoyo?**

**[Múltiple]**

- 1. Acogida
- 2. Acompañamiento
- 3. Soporte emocional
- 4. Información VIH
- 5. Asesoramiento en cuidados y tratamientos
- 6. Información / movilización de recursos socio-sanitarios
- 7. Orientación jurídica
- 8. Terapia psico-terapéutica individual
- 9. Grupos de soporte emocional
- 10. Otras.....

**P18. ¿La atención recibida le ayudó a resolver el motivo por el que acudió?**

- 1. Sí  → P21
- 2. En parte
- 3. No



**P19. Valore entre 0 y 10, donde 0 es Nada y 10 Mucho, en qué medida el trabajo desarrollado por la Unidad de Apoyo ha contribuido a los siguientes aspectos:**

- P19A. Aceptar su condición de portador de VIH [\_\_]  
P19B. Mejorar la relación con su entorno social [\_\_]  
P19C. Mejorar su relación familiar [\_\_]  
P19D. Otros [ \_\_\_\_\_ ] [\_\_]

**P20. ¿Por qué motivo no le ayudó a resolver el problema?**

[ .....]

**P21. ¿Necesitó acudir por el mismo motivo a otro servicio o profesional, distinto de la Unidad de Apoyo?**

1. Sí   
2. No  → P24

**P22. ¿Fue a ese servicio REMITIDO/DERIVADO por el profesional de la Unidad de Apoyo? Es decir, ¿la tramitación la realizaron desde la Unidad de Apoyo?**

1. Sí   
2. No

**P23. ¿Le ayudó o mejoró su situación dicha derivación?**

1. Sí   
2. No

**P24. Valore Vd. de 0 a 10, sabiendo que 0=muy mal / muy malo y 10=muy bien / muy bueno, los siguientes aspectos de la atención que recibe en la Unidad de Apoyo:**

- P24A. La corrección con la que le atienden en la Unidad [\_\_]  
P24B. La profesionalidad con la que le atienden [\_\_]  
P24C. La amabilidad con la que le atienden en la Unidad [\_\_]  
P24D. El trato humano del personal de la Unidad [\_\_]  
P24E. La confidencialidad con la que tratan su caso [\_\_]  
P24F. El interés por su caso entre los profesionales [\_\_]  
P24G. La confianza que le generan en la consulta [\_\_]  
P24H. La libertad y seguridad para hablar y expresarse [\_\_]  
P24I. La información recibida [\_\_]  
P24J. El trabajo realizado por los profesionales [\_\_]  
P24K. La utilidad del trato / apoyo recibido por la Unidad [\_\_]  
P24L. El lugar donde está ubicada la Unidad de Apoyo [\_\_]  
P24M. Comodidad de la sala de espera [\_\_]

**P25. ¿Cree que lo trataron así por ser Vd, como caso excepcional, o cree que es el tratamiento habitual en todos los pacientes?**

1. Soy un caso excepcional   
2. Creo que es el trato habitual a todos los pacientes

**P26. ¿Cree que este servicio existe en todos los hospitales de España?**

1. Sí   
2. No

**P27. Desde que es atendido por la Unidad de Apoyo:**

	1 Sí	2 No	3 NS/NC
P27A. ¿Le resulta más fácil cumplir con el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P27B. ¿Tiene más motivación para cuidar más su calidad de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P27C. ¿Se encuentra mejor físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P27D. ¿Se encuentra mejor anímicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P27E. ¿Ha mejorado su información relacionada con la infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P27F. En general, ¿ha repercutido positivamente en su vida cotidiana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P28. ¿Han cumplido los profesionales de la Unidad de Apoyo con todo lo que se han comprometido a hacer por Vd.?**

1. Sí  $\longrightarrow$  P30
2. No

**P29. ¿En qué no han cumplido?**

[ \_\_\_\_\_ ]

**P30. Valore en una escala de 0 a 10 (0= Muy mal y 10= Muy bien) el hecho de que en la Unidad de Apoyo siempre sea Vd. atendido por los mismos profesionales:**

[ \_ ]

**P31. En una escala de 0 a 10 (donde 0 = Nada y 10 = Mucho), en su opinión, valore si ha mejorado la capacidad y la atención de la Unidad VIH desde que se amplía el servicio con una Unidad de Apoyo:**

[ \_ ]

**P32. Valore de 0 a 10 la satisfacción global sobre la Unidad de Apoyo, sabiendo que 0=muy mal y 10=muy bien.**

[ \_ ]

**P33. ¿Por qué da esa valoración?**

[ \_\_\_\_\_ ]

**P34. Finalmente, le gustaría realizar alguna sugerencia que nos permita mejorar al servicio de la Unidad de Apoyo?**

[ \_\_\_\_\_ ]

**P35. Estado civil.**

1. Soltero
2. Casado
3. Divorciado
4. Viudo

**P36. Número de hijos:**

[ \_ ]

**P37. Número de personas convive en el hogar:**

[ \_ ]

**P38. Nivel de estudios:**

1. Sin estudios
2. Primarios
3. Secundarios
4. Diplomado
5. Licenciado

**P39. Situación laboral:**

1. Parado
2. Jubilado
3. Trabajador por cuenta propia
4. Trabajador por cuenta ajena

**Muchas gracias.**

### 3. ANEJO III: RECURSO UTILIZADO EN LA UNIDAD DE APOYO



### 4. ANEJO IV: PROPUESTAS DE MEJORA

PROPUESTAS DE MEJORA
QUE LE DIJERAN TODO EL ABANICO DE SERVICIOS Y TERAPIAS A LOS QUE PUEDE ACCEDER (VERBALMENTE O CON FOLLETOS)
QUE HAYA MÁQUINA DE CAFÉ
QUE HAYA TAMBIÉN LOS MIÉRCOLES
QUE LES SAQUEN DE ERRORES MUY COMUNES SOBRE QUÉ SE PUEDE HACER O NO EN SU ESTADO
MÁS HINCAPIÉ EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA
HACER CAMPAÑAS PARA SENSIBILIZAR A LA GENTE HACIA LA ENFERMEDAD
MÁS INTIMIDAD EN LA SALA DE ESPERA Y MÁS FORMALIDAD A LA HORA DE CONCERTAR CITAS
INSTALACIONES MÁS CERCA DE SU RESIDENCIA
LA SALA DE ESPERA ESTÁ EN UNA ZONA DEMASIADO PÚBLICA
HACER MÁS CAMPAÑAS DE CONCIENCIACIÓN
QUE TRATEN A TODOS IGUAL
SALA DE FUMADORES
AYUDAR A AQUELLAS PERSONAS QUE NO PUEDEN ACUDIR A LA UNIDAD DE APOYO POR PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y RELACIONALES
QUE DEN MÁS CARTA BLANCA PARA HACER SU TRABAJO A LOS PROFESIONALES
LA UBICACIÓN DE LA CONSULTA: NO DEBERÍA ESTAR JUNTO A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA
MÁS PROFESIONALES EN LA UNIDAD DE APOYO
EL SERVICIO DE FARMACIA: LOS MEDICAMENTOS LOS DEBERÍAN DE DAR PARA MÁS TIEMPO
QUE LE AYUDARAN PARA RECIBIR UNA AYUDA ECONÓMICA
QUE LOS PACIENTES ESTÉN INFORMADOS DEL DESARROLLO DE LA UNIDAD DE APOYO, POR SI PUEDEN COLABORAR EN MEJORAR
MÁS RECURSOS PARA PODER AYUDAR A MÁS PERSONAS
QUE SIGAN MEJORANDO CADA DÍA MÁS
QUE CUANDO COMUNICAN A UN PACIENTE SU CONDICION DE SEROPositIVO HAYA UN PROFESIONAL DE LA UNIDAD PARA AYUDARLE A ASIMILAR
INFORMAR A LAS PERSONAS DE LAS POSIBILIDADES PARA ENCONTRAR TRABAJO
QUE LA UNIDAD SE UBIQUE EN UN LUGAR DONDE LA CONFIDENCIALIDAD ESTÉ MÁS ASEGURADA
SEPARAR LA UNIDAD DEL HOSPITAL, LLEVARLA A UN AMBIENTE MENOS ASÉPTICO, MÁS SOCIAL
QUE SIRVA TAMBIÉN COMO NEXO ENTRE PERSONAS QUE COMPARTAN ESTE PROBLEMA
DAR TRABAJO EN LA UNIDAD A CHICOS QUE HAN PASADO POR SITUACIONES DIFÍCILES Y QUE CONOCEN EL TEMA DE PRIMERA MANO
MEJORAR LAS CONDICIONES DE LA SALA DE ESPERA
CHARLAS GRUPALES CON LOS ENFERMOS QUE QUISIERAN PARA QUE SE CONOCIESEN E INTERCAMBIASEN EXPERIENCIAS Y APOYO
LE DOLERÍA MUCHO QUE SE FUERAN BARTOLO, ASUN O EL DOCTOR REDONDO
QUE HUBIERA UNA UNIDAD DE APOYO SEMEJANTE EN OTRAS ESPECIALIDADES, COMO PSIQUIATRÍA

## **Educación Entre Pares... afianzando prácticas saludables en diabetes**

**María Noelia Flores**

Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Salud Social y Comunitaria (Argentina)

### **Resumen**

Con el objeto de promover un espacio de trabajo específico con jóvenes, la experiencia de “Educación entre Pares” que se desarrolla, se realizó durante los años 2012 a 2014 en el Hospital Córdoba de la Ciudad de Córdoba Argentina, con jóvenes con diabetes mellitus tipo I, de entre 15 y 25 años que se atendían en dicho hospital y presentaban escasa adherencia al tratamiento indicado.

La metodología empleada fue la de talleres lúdico-recreativos en el marco de la educación popular desde un abordaje de grupos operativos centrados en la tarea.

La experiencia permitió avanzar en el conocimiento de los procesos destructores de la salud, que obstaculizan en dichos jóvenes las conductas de autocuidado, como así también promover procesos protectores tales como (autoestima, empatía, habilidades sociales), descubriendo de manera conjunta nuevos recursos que favorecen el cambio de hábitos.

### **Palabras claves**

Educación entre Pares, diabetes mellitus, adherencia a tratamiento, talleres lúdico-recreativos, educación popular, grupos operativos centrados en la tarea, procesos destructores, procesos protectores, autocuidado.

### **Abstract**

In order to promote a specific area destined to work with young people, the experience of “Peer Education” was conducted during the years 2012-2014, in Córdoba Hospital, located in Córdoba city, Argentina. The interest group was shaped by young people with diabetes mellitus I, from 15 to 25 years old, who were attending in Córdoba Hospital and had limited adherence to prescribed treatment.

The methodology used was a ludic-recreational workshop, within the framework of Popular Education.

The experience led to greater awareness of the destructive health factors that hinder young people in these self-care behaviors, as well as promoting protective factors such as self-esteem, empathy, social skills, together discovering new resources that promote behavior change.

## Keywords

Peer education, diabetes mellitus, adherence to treatment, recreational fun workshops, popular education, operating groups focused on the task, destructive processes, protective processes, self-care.

## Introducción

La experiencia a desarrollar surge en la Ciudad de Córdoba Capital, provincia de Córdoba, Argentina, durante los años 2012, 2013 y 2014 de manera consecutiva; a partir de la inquietud y motivación de profesionales que se desempeñaban en la División Trabajo Social del Hospital Córdoba, a la hora de evaluar la adherencia a tratamiento de los jóvenes de entre 15 y 25 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I que concurrían al Servicio de Diabetes de dicho hospital; identificando como principal problema la escasa adherencia al tratamiento indicado.

Luego de un relevamiento sobre las distintas experiencias llevadas a cabo en el trabajo con este grupo etáreo, se encontró que las principales dificultades se relacionaban con: escasa continuidad en la asistencia a los grupos terapéuticos e instancias individuales del área de Salud Mental, escasa continuidad en la asistencia a los controles médicos, escasa motivación hacia el tratamiento en pacientes y profesionales. De esta manera se propone como estrategia alternativa para la realización del proyecto de intervención, la utilización de la *Estrategia de Educación Entre Pares*.

## Presentación del tema

Según Piotti (2000):

Tanto la infancia como la adolescencia son construcciones socioculturales, como tales no existieron siempre y tampoco se dan de la misma manera en sentido diacrónico y sincrónico, es decir varían en las diferentes etapas históricas y en un mismo momento histórico hay formas distintas de vivir esta etapa de la vida en las culturas y zonas del planeta y en los sectores y clases sociales, de una misma región.

Podemos hablar de diferentes concepciones de la adolescencia que coexisten en la actualidad:

El adolescente **como ser peligroso o atravesando una etapa de crisis**, inmanejable por los adultos o etapa de alta vulnerabilidad plausible de caer en vicios o delitos. Todas estas representaciones refuerzan las políticas de control social sobre este sector de edad.

La adolescencia juventud **como edad dorada del nada que hacer**, salvo el disfrute hedonístico o de moratoria social, solo viable para quienes cuentan con recursos económicos para vivir sin necesidad de trabajar, visión sobre protectora que genera en los jóvenes falta de proyectos sobre la propia vida, desolidarización entre estratos sociales diferentes.

La adolescencia **como recurso capital humano para el futuro**, esta concepción lleva a planificar, la formación de las niñas y los niños para el “todavía no”, así cuando lleguen a la edad adulta puedan ser personas socialmente útiles, infantiliza a los adolescentes sin reconocer los derechos y considerarlos constructores del mundo y de sus vidas en el presente.

Prioriza una perspectiva utilitarista de la primera edad.

**Los adolescentes con ciudadanía limitada y decidida por los adultos.** Son acreedores de algunos derechos civiles. Los derechos sociales y políticos no pueden ser ejercidos por este sector de edad. Son sujetos de derechos otorgados por los adultos, reconocidos de manera indirecta a través de sus mayores y en forma individual. Sin que puedan ser pensados como seres comunitarios.

Tomando en cuenta el desarrollo teórico anterior y habiendo analizando estas concepciones, la elaboración y desarrollo de la experiencia se realizó en el marco de la teoría de la Promoción Social de la Infancia/Adolescencia- Protagonismo Infantil y Juvenil Organizado.

Piotti (2000) refiere:

Desde esta teoría la adolescencia se presenta como una invención cultural del capitalismo, una forma de opresión sobre esta edad para impedirle gozar de los derechos de la vida adulta, tales como el derecho a trabajar, a transitar libremente, a formar una familia, a la vida política, representando y eligiendo sus representantes. Desde esta teoría el adolescente es un adulto marginal a quien no le está permitido actuar según sus deseos, necesidades e intereses, es un adulto socialmente infantilizado y la llamada crisis de la adolescencia no es un hecho natural de la etapa vital, sino que está relacionada con esta situación de opresión.

El proyecto de intervención realizado, partió de modificar la concepción del sujeto con el cual trabajaríamos. **Concebimos la adolescencia entonces, siguiendo a Piotti (2000), como una etapa de la vida con características específicas, no designados desde la heteronomía (desde terceros) sino desde la propia capacidad, decisión y acción colectiva de los jóvenes.** Trabajamos desde la concepción de adolescentes como sujetos de derechos, sujetos de deseo, sujetos económicos, sociales y políticos. Nuestro rol como adultos que acompañamos el proceso de crecimiento será el de colaborar en la construcción de otra cultura de la infancia y adolescencia que promueva nuevos dispositivos de intervención en el área de la salud.

En lo que respecta a salud, nuestra sociedad define la adolescencia como una etapa particularmente conflictiva del ser humano. Los cambios hormonales y psicológicos que ocurren en esta edad, llevan a que el cuerpo ocupe un interés privilegiado. Esto se manifestará de diferente manera según las condiciones objetivas de vida.

La aparición de una enfermedad como la diabetes en este período suele provocar intensos sentimientos de rechazo. El joven con diabetes se siente en la mayoría de los casos “distinto” al resto de sus pares y amigos. Esto le provoca muchas veces sentimientos de minusvalía y baja autoestima, así como también sensación de soledad y aislamiento. En referencia al concepto de adherencia a los tratamientos a largo plazo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) habla del mismo como un espacio de negociación y participación continua. Proponemos que en el trabajo con cada joven tengamos presente este concepto ya que las características de la etapa evolutiva, el contexto sociohistórico y las características particulares de esta enfermedad crónica, hacen que el proceso de salud/enfermedad sea fluctuante; por lo que será necesario y fundamental la construcción de un espacio de negociación y participación continua.

Solis y Vaudagna (2007) expresan:

Participar es ejercitar el derecho a tomar decisiones y en base a ellas, intervenir y transformar la realidad. Implica un ejercicio permanente no sólo del derecho a tomar decisiones, sino también de la responsabilidad que en ellas va implícita. La combinación entre derechos y responsabilidades es la base de todo proceso participativo.

Por todo lo planteado, se consideró fundamental que el proyecto de intervención no sólo abordara la diabetes como problema, sino que fundamentalmente promoviera una serie de competencias para la promoción de un desarrollo sano de manera integral. Es decir, siguiendo a Breilh (2003), fortalecer procesos protectores tales como: Autoestima, confianza en sí mismo, empatía, Proyecto de vida, habilidades comunicacionales, etc.

## Desarrollo

El objetivo general de la experiencia desarrollada fue el de promover un espacio para los jóvenes con DBT tipo I que se atienden en el Hospital Córdoba, que los “integre” con otros “pares” que están atravesando una situación similar (la convivencia con una enfermedad crónica) a fin de poder compartir las vivencias que esta situación les genera y, a partir de allí, favorecer la aceptación de la diabetes y una mayor adherencia al tratamiento médico.

Como objetivos específicos, se plantearon los siguientes:

- Avanzar en el conocimiento de los procesos destructores de la salud, que obstaculizan en los jóvenes que participan de la experiencia, las conductas de autocuidado
- Lograr una mayor aceptación y comprensión de la diabetes por parte los jóvenes que participan de la experiencia.
- Promover procesos protectores tales como ( autoestima, empatía, habilidades sociales)
- Descubrir nuevos recursos que favorezcan el cambio de hábitos.
- Compartir con otros una misma circunstancia vital que les permita a los jóvenes que participan de la experiencia, salir de la sensación de soledad y comprender que “no soy el único”.
- Desarrollar la capacidad de escuchar y ser escuchado.
- Lograr que el joven se vuelva un protagonista central en el autocuidado y el tratamiento de su diabetes.
- Favorecer la articulación entre el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad y el Hospital Córdoba, en el seguimiento y acompañamiento del tratamiento de cada joven.
- Promover la realización de actividades de extensión con el grupo de jóvenes (talleres de educación entre pares en escuelas, en el Hospital de niños con jóvenes próximos a cambiar de centro de atención, participación en redes de jóvenes, etc.)

Para el desarrollo de la experiencia se utilizó el nivel de abordaje grupal y la “Teoría de Grupos Operativos centrados en la Tarea”, “se centra en la relación que los integrantes mantienen con la tarea. Es decir el vínculo fundamental, establecido o a establecer es la relación entre un grupo y sus miembros con una tarea determinada” (Pichón Riviere, 1982).

La estrategia seleccionada fue la “Estrategia de Educación entre Pares”.



Solis y Vaudagna (2007) refieren:

Hace referencia a los procesos educativos que se desarrollan entre personas de un mismo grupo social, es decir, que comparten algunas características identitarias como: sexo, edad, nivel socioeconómico, una actividad que les brinde cohesión, la vivencia de problemáticas similares y/u otras temáticas que le den identidad particular al grupo. Esta práctica plantea la posibilidad de que una minoría de un grupo o de una población de iguales intente transformar las actitudes y conductas de sus pares a través de distintas dinámicas de trabajo.

La Educación entre Pares resulta particularmente útil en los grupos de jóvenes debido a las similitudes que existen en los usos del lenguaje y en las formas de relacionarse.

Esta modalidad permite crear y utilizar mensajes que ellas/os consideran relevantes y apropiados a sus realidades favoreciendo el intercambio de información y experiencias.

La metodología empleada constó de talleres quincenales con un enfoque socioeducativo, utilizando técnicas lúdico participativas y desde una perspectiva de “Educación Popular”, entendida esta, como un “proceso mediante el cual se van reconfigurando conceptos en la medida que los sujetos participan mediante acciones pedagógicas”, “la educación popular permite crear escenarios de debate constante en donde se configuran y reconfiguran los sujetos” (Freire 1997).

El Hospital Córdoba es un hospital de alta complejidad que se ubica en el tercer nivel de atención de nuestro sistema de salud, estas características hacen que los profesionales del área de la salud que se desempeñan en dicha institución cuenten con una concepción que privilegia la atención inmediata del daño en detrimento, muchas veces, de actividades preventivas y/o de promoción de aspectos más amplios relacionados a la salud.

Los dispositivos para la atención instituidos son los tradicionales. Se observa una escasa articulación de diagnósticos que integren las determinaciones de la salud, llevando a la focalización. Y como ya se expresó, se observa también, una escasa motivación en algunos profesionales a la hora de repensar estrategias de intervención.

Con respecto a la construcción del dispositivo grupal de Educación entre Pares en el Hospital Córdoba, como institución donde se desarrolló la experiencia, el mismo implicó necesariamente dos aspectos fundamentales:

- La disposición de los/as adultos a trabajar de forma diferente a la tradicional, aceptando nuevas concepciones, una nueva organización del tiempo, el espacio, las metodologías, la evaluación de contenidos.
- Esfuerzo por parte de los adultos para aprender a promover y aceptar la participación real de los-as adolescentes, y su paulatina asunción de protagonismo.

Se invitó a profesionales del área de salud mental del hospital Córdoba a participar de la experiencia quedando constituido el grupo de trabajo por dos trabajadoras sociales y dos psicólogas, luego en el desarrollo de la experiencia se invitó a una médica que participo de manera esporádica.

Con respecto al seguimiento y acompañamiento de los jóvenes del Hospital de Niños que comienzan a tratarse en el Hospital Córdoba, nos propusimos facilitar la inserción y el pasaje del joven de un hospital infantil a un hospital de adultos. Esto implicó: tener contac-

to con profesionales del Hospital de niños, realizar derivaciones referenciadas, solicitar que el joven traiga un resumen de historia clínica, la realización de una entrevista y un recorrido por el hospital Córdoba al momento de ingresar al mismo e invitación al grupo de jóvenes.

## ACTIVIDADES REALIZADAS

- Construcción de base de datos de posibles participantes, a partir de los listados de pacientes totales con DBT integrantes del PROGRAMA CORDOBA DIABETES (PROCORDIA-dicho programa brinda cobertura en atención y medicación, a personas que se atienden en hospitales públicos y no cuentan con obra social en vigencia).
- Trabajo con médica del Servicio de DBT para la actualización de datos clínicos de los posibles participantes, trabajo con casos “problema”.
- Planificación de talleres con las psicólogas que participan de la experiencia.
- Convocatoria a través de acciones de difusión como folletería, carteles, vía telefónica, etc.
- Se desarrollan talleres con frecuencia quincenal desde Octubre de 2012 hasta Octubre de 2014, con un total máximo de 12 participantes.
- Actividad de presentación y conocimiento entre los participantes (se trabajo con letra y música del tema de Masacre “Algo en que creer”).
- Taller sobre diversidad I (se trabajo en base a imágenes y sus representaciones).
- Taller sobre diversidad II (se continuo con las representaciones y se trabajo en base a un cuento de Elsa Borneman “Caso Gaspar”).
- Taller “La línea del tiempo” (se trabajo sobre las historias de vida personales y diferentes trayectorias históricas que confluyen en el presente compartido).
- Participación de los jóvenes en la actividad desarrollada por el día mundial de la DBT en el Hospital Córdoba (presentación del grupo, de las actividades que desarrollan, entrega a los demás participantes de la jornada del cuento “Caso Gaspar” y de frases elegidas por los jóvenes).
- Taller “Bazar Mandala” (se desarrolla una técnica de fantasía guiada para luego trabajar con las características positivas de cada uno desplegadas en la construcción de un mandala en arcilla como símbolo).
- Taller de músico-terapia (se trabajo en base a aptitudes musicales de los participantes, festejo de cumpleaños).
- Dos talleres psicoterapéuticos coordinados por Psicología (durante las licencias anuales de las trabajadoras sociales).
- Articulación con profesionales integrantes de PROCORDIA del Hospital de Niños para la planificación de actividades conjuntas.
- Taller sobre identidad (trabajamos con gasa enyesada en la construcción de moldes para mascarar, se trabajo en base a lo que soy, a lo que puedo ser, y a como me ven).
- Talleres orientados a la creación de una obra de teatro del grupo para la presentación a los participantes del programa de transición y a otros pacientes (propuesta de los jóvenes).

- Talleres lúdicos educativos con diferentes temáticas relacionadas a la DBT.
- Incorporación de médica diabetóloga al grupo, para el seguimiento de los participantes.
- Participación en jornadas para la creación del Programa de Transición de Hospitales de Niños a Hospitales de adultos.
- Realización de proyecto institucional en el marco del “Programa de Transición” en coordinación con los hospitales de niños (referencia y contrareferencia, turno, recibimiento, entrevista de conocimiento, recorrido institucional, presentación de referentes de DBT: secretaria, enfermera, médica, psicóloga, trabajadora social; invitación al grupo de jóvenes).
- Se comenzó a trabajar sobre la propuesta de los jóvenes que cuentan con más experiencia con respecto a la enfermedad, en torno a la creación de “apadrinamientos” con los jóvenes que ingresan al grupo a partir del programa de transición.
- Planificación y realización del Primer taller con jóvenes del Hospital de Niños y sus padres en el marco del “Programa de Transición” donde se presentó como producto de lo trabajado durante el año una obra de teatro que se utilizó como disparador; se trabajó en dos espacios paralelos uno con los jóvenes que se encontraban en transición y otro con los padres, al finalizar se trabajó en un espacio común.

## ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Para realizar el análisis de la experiencia se utilizaron dos modelos teóricos, “El proceso Grupal” y la construcción de “Perfil Epidemiológico”.

Con respecto al primer modelo teórico, Pichon Riviere (1982) refiere:

El proceso grupal, se centra en la relación que los integrantes mantienen con la tarea. Es decir el vínculo fundamental, establecido o a establecer es la relación entre un grupo y sus miembros con una tarea determinada; dejando un poco de lado los problemas personales centrados en el individuo y de los problemas totales, que están incluidos también como suma de partes, de individuos que anuncian aspectos personales de forma global... los grupos entonces se clasifican según la técnica de abordaje del mismo, centrados en el individuo, centrados en el grupo, centrados en la tarea.

Existe un espiral dialéctico entre tarea explícita y tarea implícita. En el grupo se plantean dificultades en la tarea explícita, lo que constituye el obstáculo epistemológico; a medida que el proceso grupal promueve un acercamiento al centro de la cuestión se evidencian los miedos básicos, miedo al cambio y miedo al ataque, se plantea la resistencia al cambio y el trabajo con la tarea implícita. Lo explícito se interpreta hasta que aparece algo nuevo, un nuevo descubrimiento, un nuevo aspecto de la enfermedad.

El autor presenta indicadores a observar para analizar el proceso grupal y re direccionar las intervenciones de ser necesario, a continuación se presenta el análisis realizado.

### INDICADORES OBSERVADOS EN EL GRUPO QUE PARTICIPO DE LA EXPERIENCIA:

- **PERTENENCIA:** Se observa elevada pertenencia al grupo por parte de los participantes que presentan mayor daño físico permanente en su salud. El grupo está constituido por 6 participantes. Además de compartir la vivencia de una enfermedad como la diabetes, algu-

no de los integrantes presentan morbilidades de esta enfermedad y otras patologías (uno de ellos es no vidente y trasplantado de riñón, otra de las integrantes posee hipotensión y escasa visión en su ojo derecho).

- **PERTINENCIA:** Se observa elevada pertinencia en la totalidad de aportes que realizan los participantes, se observa elevada identificación en el relato de uno con el otro lo que permite relaciones empáticas y fluidez en la comunicación.

- **COMUNICACIÓN:** Las relaciones de empatía permiten una comunicación dinámica, democrática, multidireccional, solo en ocasiones se observa que la palabra es detenida por algún integrante. Se observa cierto grado de asimetría con respecto a las observaciones que realizan los profesionales. Se observa capacidad de escucha, entendimiento y respeto en los participantes. A medida que transcurrieron los encuentros los participantes comenzaron a intercambiar sus números de teléfono, recordando entre todos la fecha del próximo taller. Una de las integrantes del grupo creó una página en facebook para compartir materiales educativos, música, fotos, etc.

- **COOPERACIÓN:** Se observan actitudes cooperativas entre los participantes, consejos sobre el tratamiento, comparten la medicación cuando alguno no posee, comparten diferentes recursos institucionales y demás.

- **CLIMA GRUPAL:** El clima es agradable, los talleres se desarrollan en un espacio de distensión activa que permite la introspección, la producción y el aprendizaje. El grupo trabaja por consenso y trata de obtener un elevado grado de relaciones interpersonales agradables lo que va posibilitando una adecuada resolución de los problemas.

- **ROLES:** no se observaba el rol de sabotaje hasta la incorporación del último miembro del grupo. El liderazgo de la tarea se concentra en uno de los participantes con más experiencia con la enfermedad, sin que el mismo sea desarrollado de una manera autoritaria por lo contrario es un líder democrático que favorece la palabra haciéndola circular, indaga, reflexiona y promueve las habilidades de los integrantes y del grupo. El rol de portavoz en un principio estuvo detenido por uno de los participantes siendo en este momento compartido por todos los jóvenes. Si bien no existe adjudicación del rol de chivo emisario por parte de los integrantes, el mismo es asumido en reiteradas oportunidades por uno de los jóvenes. En la actualidad el rol de saboteador de la tarea es asumido por el último miembro incorporado al grupo, el trabajo de encuadre y de no reagudización de este rol en esta persona es llevado adelante por profesionales y miembros del grupo de manera espontánea por parte de estos últimos.

Con respecto a los trabajadores sociales que coordinamos el grupo, aprendemos del grupo y acompañamos el proceso aportando a la construcción conjunta de los aprendizajes, brindando distintas herramientas, se planteó como desafío para los profesionales psicólogos que participaron la profundización en el estudio de la estrategia y la teoría de grupos seleccionada que permita la construcción de un ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) común en el equipo de profesionales.

#### - APRENDIZAJES:

Pichón Riviere (1982) refiere:

Está estrechamente relacionado con la noción de vínculo ya que el proceso de aprender implica una acción y por lo tanto una relación con un objeto. Toda conducta supone un

vinculo humano ya que resulta de las distintas formas de acercamiento y descubrimiento que haya realizado anteriormente el sujeto en su experiencia y su interacción en el mundo (...) vínculo y aprendizaje constituyen un devenir y un proceso que contempla el sentir, el pensar y el hacer, los cuales están interrelacionados y se dan simultáneamente (...) es un proceso que direcciona a pensar como actuamos y somos en la vida cotidiana. Aprender es contemplar de manera dialéctica el sentir el pensar y el hacer como un todo articulado y que operan simultáneamente. Integrar lo que esta disociado, conectar aquello que se presenta desarticulado. El sujeto en el proceso de aprender se desestructura frente al nuevo conocimiento y debe volver a estructurarse en un proceso que lo interpela y lo transforma. Es el movimiento dialéctico entre el mundo interno y el mundo externo que posibilitara la ratificación y rectificación de ECRO (Esquema conceptual. Referencial y Operativo) del sujeto.

#### Aprendizajes alcanzados por el grupo:

- Explicitación de hechos vitales significativos.
- Develamiento de problemáticas personales significativas.
- Capacidad de escucha activa, utilización de la palabra, comunicación democrática.
- Construcción colectiva de acuerdos para su funcionamiento (respeto activo por la diferencia, matrices y ECROS muy diferentes).
- Relaciones interpersonales de empatía, construcción de vínculos.
- En la actualidad el grupo funciona como sostén para el desarrollo y análisis de algunas ansiedades que permiten la movilización de aprendizajes.
- Reconocimiento y utilización del grupo y de las profesionales de trabajo social para afrontar/transitar situaciones problemáticas.

**DESARROLLO DE LA TAREA EXPLÍCITA:** se desarrolló sin inconvenientes, los participantes expresan disposición y apertura a las actividades que se plantean. El desarrollo de la tarea es muy rico debido a la heterogeneidad del grupo.

**DESARROLLO DE LA TAREA IMPLÍCITA** (lo latente): se encontraba liderada por uno de los participantes, a medida que fue transcurriendo el tiempo el grupo va avanzando en la construcción de un ECRO grupal común que posibilita los aportes y explicitaciones personales, se van trabajando los obstáculos epistemológicos que permiten la movilización hacia el aprendizaje.

Con respecto al segundo modelo teórico empleado, Breilh Jaime (2003) refiere:

La categoría perfil epidemiológico (...) es en gran medida, un recurso para sistematizar, de acuerdo con las múltiples dimensiones de la reproducción social, los procesos protectores y destructivos que participan en la definición del modo de devenir de la salud (...)

Los modos de devenir que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos. Esos procesos adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a

las relaciones sociales en que se desarrollan- condiciones que pueden ser de construcción de equidad, mantenimiento y perfeccionamiento, o que por el contrario pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro-.Entonces los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres). Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, y en ese caso lo llamamos proceso protector o benéfico; mientras que cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, lo llamamos proceso destructivo. Se comprende que un proceso puede corresponder a diferentes dimensiones y dominios de la reproducción social, y además puede tornarse protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desenvuelva la colectividad correspondiente.

Los procesos epidemiológicamente activos se desarrollan en el seno de una formación social y enmarcados por las posibilidades reales de cada modo de vida y sus relaciones, pero se concretan en el movimiento concreto de un estilo de vida (...) en su desarrollo concreto los procesos de la reproducción social adquieren facetas o formas protectoras y facetas o formas destructivas, según qué operación desencadene mecanismos de uno o de otro tipo en los genotipos y fenotipos humanos del grupo involucrado (...) cuales facetas se expresan con más fuerza (...) depende del modo de vida y de la lógica que opera en la forma social correspondiente. Siempre existe ese movimiento de protección/destrucción en un grupo determinado, es decir siempre están en marcha los momentos de protección o destrucción de la reproducción social (...)

(Se) debe destacar algunos de los procesos (...) como de mayor importancia estratégica para la acción, sea en el sentido de evitar o contrarrestar los procesos o facetas destructivas (prevención) o sea en el sentido de fomentar los procesos o facetas protectoras (promoción de la salud); esos procesos seleccionados por su importancia para la intervención y su capacidad de desencadenar consecuencias significativas y sustentables en el modo de vida, los podemos denominar procesos críticos (...) La prevención epidemiológica profunda no necesariamente actúa con personas sino con procesos...

Se presenta a continuación la matriz de procesos críticos, Grupo de jóvenes con DBT tipo I del Hospital Córdoba.

DOMINIOS	PROCESOS PROTECTORES	PROCESOS DESTRUCTIVOS
GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RELIGIÓN.</li> <li>- LEY 26061.SISTEMA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.</li> <li>- NUEVOS PARADIGMAS.CONCEPCIONES DE PROTAGONISMO JUVENIL ORGANIZADO.</li> <li>- LEY DE PACIENTES.</li> <li>- LEY DE MATRIMONIO IGUALITARIO.</li> <li>- PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD.</li> <li>- PROGRAMA CÓRDOBA DIABETES (PROCORDIA).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DESEMPLEO</li> <li>- FLEXIBILIZACIÓN LABORAL.</li> <li>- SOCIEDAD DE CONSUMO.</li> <li>- RELIGIÓN.</li> <li>- EXISTENCIA DE VIEJOS PARADIGMAS SOBRE LA INFANCIA/ADOLESCENCIA.</li> </ul>

<p><b>PARTICULAR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HOSPITAL CÓRDOBA.</li> <li>- HOSP. DE NIÑOS.</li> <li>- SERVICIOS DE DIABETOLOGÍA.</li> <li>- INSTITUCIONES EDUCATIVAS (PRIMARIA, SECUNDA- RIA, TERCIARIA Y UNIVERSITARIA).</li> <li>- GRUPOS EVANGÉLICOS.</li> <li>- GRUPO DE EDUCADORES ENTRE PARES.</li> <li>- EMPATÍA CON MÉDICO TRATANTE EN EL HOSPITAL CÓRDOBA.</li> <li>- PROGRAMA DE TRANSICIÓN.</li> </ul>	<p>MENTAL DEL HOSPITAL CÓRDOBA (dispositivo indivi- dual y grupal psicoanalítico).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NO CONCEPCIÓN DEL NIÑO COMO PROTAGONISTA.</li> <li>- INEXISTENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO INSTITUCIONAL EN EL CAMBIO DE CENTRO DE ATENCIÓN.</li> <li>- INVISIBILIDAD DEL DISCURSO Y NECESIDADES DE NIÑOS Y JÓVENES POR PARTE DE LOS ADULTOS/EFEC- TOS DE SALUD.</li> </ul>
<p><b>SINGULAR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PRÁCTICAS COTIDIANAS PROTECTORAS Y SALUDA- BLES.</li> <li>- CUIDADOS GENERALES ADQUIRIDOS.</li> <li>- PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES CULTURALES/AR- TÍSTICAS.</li> <li>- REDES DE AMIGOS QUE REFERENCIAN COMO FAMILIA ("familia es la que uno elige").</li> <li>- EXPLICITACIÓN DE HECHOS VITALES SIGNIFICATIVOS.</li> <li>- DEVELAMIENTO DE PROBLEMÁTICAS PERSONALES SIGNIFICATIVAS.</li> <li>- RELACIONES INTERPERSONALES DE EMPATÍA.</li> <li>- CONSTRUCCIÓN DE VÍNCULOS ENTRE LOS MIEMBROS DEL GRUPO.</li> <li>- EXISTENCIA DE ALGÚN ADULTO REFERENTE.</li> <li>- HABILIDADES PERSONALES.</li> <li>- AMPLIO CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD, CUIDADOS Y DIFICULTADES EXISTENTES.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AFECCIÓN EN EL PANCREAS (avance de la enferme- dad).</li> <li>- CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DEL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD EN CADA UNO Y MORBILIDADES ASOCIADAS.</li> <li>- PRÁCTICAS COTIDIANAS DESTRUCTORAS.</li> <li>- DIFICULTADES PARA ENCONTRAR TRABAJO DE ACUERDO A LAS POSIBILIDADES DE CADA UNO.</li> <li>- PERFIL PSICOFAMILIAR DESTRUCTIVO (rigidez, estereotipos de género, violencia familiar, familias autoritarias, familias sobreprotectoras, familias no continentes, marcada asimetría generacional, violencia generacional, no reconocimiento del otro como sujeto autónomo con decisión).</li> <li>- BAJA AUTOESTIMA</li> <li>- FLUCTUACIONES CONSTANTE EN EL TRATAMIENTO.</li> <li>- DESÓRDENES ALIMENTICIOS.</li> <li>- CONSUMO DE SUSTANCIAS.</li> <li>- MITOS SOBRE DIABETES.</li> <li>- RIESGO DE MUERTE.</li> </ul>

## Conclusiones

“La educación tiene un carácter permanente  
no hay seres educados y no educados  
... todos estamos educándonos”...

Freire, Paulo.

La totalidad de jóvenes que participaron del grupo cuentan con multiplicidad de procesos destructores del orden singular, particular y global que impactan de manera negativa en la adherencia al tratamiento. A lo largo del desarrollo de la experiencia se observó que la presencia de la enfermedad crónica actúa desde lo social, como “plus” social, acentuando la vulnerabilidad de base existente.

Desde este punto de vista, el conocimiento de cada joven con sus particularidades y el reconocimiento de los procesos protectores existentes constituyeron “la” oportunidad para la generación y potenciación de los cambios necesarios para atenuar la incidencia de la vulnerabilidad.

La construcción de la matriz de procesos críticos aportó al conocimiento de los procesos destructores de la salud, que obstaculizan las conductas de autocuidado en los jóvenes que participaron de la experiencia como así también de los procesos protectores existentes y la selección de las facetas a promover.

La construcción del espacio para los jóvenes con DBT tipo I que se atendían en el Hospital Córdoba durante los años de la experiencia, generó un impacto cualitativo. El mismo se relaciona con la adquisición por parte de los jóvenes educadores entre pares de capacidades y habilidades sociales que les permitieron afrontar su vida de manera más adecuada, profundizar el entendimiento de su proceso de salud-enfermedad y determinantes sociales, concebirse como protagonistas, aportar a su proyecto de vida.

El impacto se refiere a que la experiencia aportó a la constitución de sujetos con más recursos lo que permite un transitar social acorde a las características particulares de su vida actual. La experiencia promovió procesos protectores tales como: autoestima, empatía y habilidades sociales lo que favoreció el descubrimiento y generación de nuevos recursos que implicaron el cambio de algunos hábitos y sobre todo un mayor acercamiento de estos jóvenes al hospital intentando relacionarse de manera autónoma pero comprometida con su tratamiento.

La periodicidad de las instancias grupales permitió que los jóvenes asistieran con regularidad al hospital lo que promovió apropiación del espacio y acercamiento con el área médica y que algunos retomaran sus tratamientos.

La participación activa de los jóvenes en el proyecto de transición con el hospital de niños, permitió la revalorización de los saberes propios y el ocupar un “rol” significativo en el sistema de salud. De esta manera se pasó del estigma negativo del joven problemático que no adhiere al tratamiento indicado, al rol positivo de “padrino” que desde la propia experiencia acompaña a otro adolescente/joven que transita hacia una institución de y para adultos.

Si bien esta experiencia por todo lo expresado generó oposición por parte de algunos integrantes del equipo de salud, dándose por finalizada a raíz de que el Servicio de Diabetología del Hospital Córdoba quitó su apoyo expresando que no derivarían más jóvenes al grupo, el desarrollo de la misma durante dos años nos habla de la posibilidad concreta de implementación de este tipo de estrategias que promueven la constitución de espacios socioeducativos grupales en hospitales de “alta complejidad”, es decir, la promoción de un proceso protector en el dominio particular del proceso de salud/enfermedad de este grupo etéreo.

No solo es posible sino que es necesario, no como una prueba de lo que la disciplina de trabajo social es capaz de interpretar y promover, sino como prueba de que los problemas sociales y los procesos de salud enfermedad son complejos y multi determinados y por lo tanto su modo de abordaje debe ser integral e interdisciplinario con todos los esfuerzos y concesiones necesarias que la tarea implica.

Continúa siendo un desafío primordial el develar la alienación de las instituciones de las que formamos parte, conocer a los sujetos con los cuales trabajamos tanto en sus condiciones estructurales como en la constitución de sus subjetividades, recuperar nuestros sueños y deseos, rescatar la creatividad como fuerza que nos impulsa, aporta a construir acciones concretas que mejoren las condiciones de vida a partir del ejercicio y demanda de



nuestros derechos.

El desafío social/cultural más amplio nos llama a seguir aportando al cambio de paradigma sobre la infancia/adolescencia/juventud y sobre los procesos de salud/enfermedad que implica en todo momento, en toda oportunidad continuar acompañando el proceso por el que están pasando los niños/adolescentes y jóvenes de nuestras zonas, acompañar en sus recorridos sanitarios, en la construcción de sus proyectos de vida, aportar a la construcción de su identidad individual y colectiva, recuperar la importancia y lo gratificante del encuentro con el otro, compartir también nuestras penas y alegrías con ellos... en fin, continuar compartiendo nuestras vidas con ellos, resignificarlos como sujetos protagónicos, “hacerlos parte” y corrernos del lugar del saber absoluto.

Profundizar el tipo de experiencias en salud como la desarrollada implica esforzarnos una y otra vez como profesionales y efectores públicos para visualizar de manera dialéctica el proceso grupal en cada contexto específico, promoviendo lo protector y acompañando los diferentes momentos individuales de los participantes.

Los procesos de salud enfermedad nos convocan a entablar relaciones empáticas con los sujetos con los que trabajamos, compromiso en nuestras intervenciones, creatividad para la interdisciplina; los procesos de salud enfermedad histórico sociales nos recuerdan a cada instante que entre la fragmentación y el encuentro somos sujetos en constante devenir interpelados por las acciones que llevamos adelante.

## Bibliografía

- Breilh, J. (2003). *“Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad”*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cussianovich, A. (2010). *“Aprender la condición humana”*. Ensayo sobre pedagogía de la ternura. Perú: Editorial a cargo de IFEJANT.
- Pichon Rivière, E. (1982). *“El proceso grupal”*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Pichon Rivière, E. y Pampliega de Quiroga, A. (1985). *“Psicología de la vida cotidiana”*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Dabas, E. y Perrone, N. (2001). *“Redes en Salud”*. Seminario *“El trabajo en Redes”*. Buenos Aires. Fundación Gian Piaget.
- Solís, M. y Vaudagna E. (2007). *“Cuaderno de trabajo Educación entre Pares. Prevención del VIH-SIDA”*. Fundación EGRETTA. Oficina de Educación de Unesco en Montevideo. Montevideo.
- Freire, P. *“Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa”*. (1997). México: Editorial Siglo XXI.
- Piotti, M. y Lattanci, L. (2008). *“La Intervención Interdisciplinaria en el proceso de constitución de ciudadanía de la infancia y la adolescencia”*. Córdoba. Escuela de Trabajo Social. UNC.
- Piotti, M., Machinandiarena, P., Flores M., Morillo, E., Rozencovich, J., Gontero, V., Audisio, M., Peretti, B., Jaime, M. y Texeira, C. *“Red Buhito. ¿Es posible trabajar con la infancia desde un paradigma movimientista?”* Córdoba. Escuela de Trabajo Social. UNC.
- Piotti, M. (2000). *“Paradigma sobre la Niñez y la Adolescencia”*. En: Apuntes de cátedra *“Seminario Anual de Niñez y Adolescencia. ETS.UNC.*

## **Análisis del Dispositivo de Hospital de Día de Salud Mental de la ciudad de Pergamino, como nuevo Dispositivo**

**Matías Abel Papa**

Trabajador Social en el Hospital de Día de Salud Mental, H.I.G.A. San José Pergamino, en la ciudad de Pergamino

**Juan Ignacio Irigoitia**

Trabajador Social en la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de la ciudad de Pergamino  
(Buenos Aires. Argentina)

### **Resumen**

El tema de estudio se concentra en dar cuenta del campo de la Salud Mental desde la perspectiva del Trabajo Social, orientada a la realización de un análisis del dispositivo de Hospital de Día, teniendo en cuenta el proyecto institucional que lo sustenta y la perspectiva interdisciplinaria.

El presente trabajo de investigación surge con la creación del Hospital de Día de Salud Mental de la ciudad de Pergamino en el año 2012, como nuevo dispositivo que apunta a un trabajo con respecto al proceso de externación y tratamiento ambulatorio de pacientes con padecimiento mental. La creación del mismo, respaldada por la actual Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, propone un cambio de paradigma en la lógica de intervención con personas con padecimientos mentales.

### **Palabras claves**

Salud mental, Trabajo Social, dispositivo, interdisciplina, externación, sujeto, padecimiento mental, subjetividad, lazo social.

### **Abstract**

The theme of study focuses on accounting for the field of mental health from the perspective of social work, focused on an analysis device Day Hospital, considering the institutional project that supports and interdisciplinary perspective.

This research arises with the creation of the Hospital Mental Health Day Pergamino in 2012, as a new device that aims to work on the process of discharges and hospital outpatient treatment of patients with mental suffering. The creation of the same, supported by the current National Mental Health Act and Addictions No. 26,657 proposes a paradigm shift in the logic of intervention with people with mental illness.

### **Keywords**

Mental health, Social Work, device, interdisciplina, psychiatric outpatient, subject, mental illness, subjectivity, social bond.

## Presentación

*“El lenguaje organiza la realidad, le da forma, le impone un sentido, y así modifica la realidad. Entonces las palabras vuelven por su camino, vuelven a conquistar trozos de libertad. Ahora tienen a su favor el peso que han adquirido después del viaje al límite, allí donde reside el animal, y donde el ser humano se confunde con él.”*

Caros Liscano.

El tema de estudio se concentra en dar cuenta del campo de la Salud Mental desde la perspectiva del Trabajo Social, orientada a la realización de un análisis del dispositivo de Hospital de Día, teniendo en cuenta el proyecto institucional que lo sustenta y la perspectiva interdisciplinaria.

El dispositivo Hospital de Día resulta ser una institución recientemente conformada en la ciudad de Pergamino, que intenta dar respuesta a los problemas de los pacientes con algún padecimiento mental desde la perspectiva interdisciplinaria y con la lógica que la Ley 26657 propone.

Entendiendo la Salud Mental como una manifestación de la cuestión social, resulta indispensable en este trabajo el abordaje institucional de este dispositivo teniendo como base el proyecto institucional que lo sustenta, el funcionamiento del mismo, la vinculación con sus pacientes y sus familias, lo interdisciplinario y las estrategias de intervención. En este sentido se toma como referencia y como hito fundamental la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, la cual no sólo presenta el salto de lo manicomial a la salud mental y lo multidisciplinario a lo interdisciplinario, sino que también implica un importante cambio en las prácticas sociales que se implementan.

El presente trabajo de investigación concretiza la necesidad de investigar y reflexionar sobre el análisis institucional del Dispositivo Hospital de Día, y las prácticas que se enmarcan en el dispositivo.

El presente trabajo de investigación surge con la creación del Hospital de Día de Salud Mental de la ciudad de Pergamino en el año 2012, como nuevo dispositivo que apunta a un trabajo con respecto al proceso de externación y tratamiento ambulatorio de pacientes con padecimiento mental. La creación del mismo, respaldada por la actual Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, propone un cambio de paradigma en la lógica de intervención con personas con padecimientos mentales.

Este aspecto es crucial para la realización de este trabajo. Con respecto a esto, vale remarcar que se abordará desde el nuevo escenario legislativo donde plantea un marco a las prácticas que varios actores vienen llevando adelante.

En el transcurso del trabajo se intentará investigar y reflexionar sobre el análisis institucional del Dispositivo Hospital de Día, y las prácticas que se enmarcan en el mismo.

La creación del Hospital de Día coincide con la necesidad de desarrollar nuevas estrategias de abordaje en el campo de la Salud Mental, que tiendan a restituir un lugar subjetivo y de derechos a aquellos sujetos con padecimiento mental que como ciudadanos merecen ser reconocidos y readjudicados. La multiplicidad de abordajes planteados encuentran su sentido terapéutico en el trabajo en equipo, posibilitando al sujeto diferentes espacios para la reanudación del lazo social y promover la autonomía.

Entendemos, que en este contexto, se favorecen las discusiones interdisciplinarias, la participación de los sujetos y el análisis de la complejidad del campo de la salud mental; es por eso que desde esta orientación nos surge el interrogante que nos impulsa a investigar y reconstruir sobre el tema.

Para la composición del marco teórico de la presente investigación, mediante el cual se pretende analizar las prácticas del Hospital de Día de Salud Mental como nuevo dispositivo, se trabajará sobre tres ejes que aportaran los conocimientos teóricos para comprender dicho análisis y reflexionar acerca de los aportes del Trabajo Social en este campo.

En el primer eje se repensará el concepto de Salud Mental a partir del cambio de paradigma que se acentuó luego de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, diferenciando a este del tradicional campo psiquiátrico del cual busca desprenderse y superarse.

Se llevara a cabo el desarrollo de los siguientes ítems: Salud Mental y Derechos Humanos, Antecedentes históricos que hacen a la constitución actual del campo, Ley Nacional N° 22.914 derogada por la nueva Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, Aspectos relevantes que vinculan la salud mental y lo social, y Nuevos tiempos, nuevos dispositivos.

En el segundo eje se abordará la instauración y puesta en marcha del proyecto de Hospital de Día como nuevo dispositivo de Salud Mental. En este sentido se tendrá en cuenta el proyecto que lo sustenta y las prácticas que se enmarcan en el dispositivo.

Se llevara a cabo el desarrollo de los siguientes ítems: Análisis del proyecto institucional, Implicancias del dispositivo, Estructura funcional.

Desde el tercer y último eje se abordará la interdisciplinariedad en el campo de la Salud Mental, teniendo en cuenta los diferentes actores involucrados en el área y las disciplinas que ocupan un lugar en los procesos de intervención. Para esto, se hará sumamente importante realizar un análisis interpretativo de la interdisciplinariedad contextualizado en estos tiempos coyunturales.

Se llevara a cabo el desarrollo de los siguientes ítems: Una aproximación conceptual, La coyuntura actual del campo, Lo interprofesional, Los desafíos pendientes, y El rol del Trabajador Social en equipos de Salud Mental.

La *metodología* seleccionada se trata de un estudio descriptivo/explicativo de diseño cualitativo; se trata de un estudio enmarcado en la metodología cualitativa, debido a las características del objeto planteado. Se considera que la misma es la más acorde para esta investigación, ya que permite una construcción conceptual del objeto otorgando una perspectiva del mundo basado en la dinámica de las acciones sociales y alcanzando resultados desde la interpretación de tal dinámica.

Con respecto al tipo de diseño se realizará un acercamiento descriptivo y explicativo a través de una tentativa de reconstrucción analítica conceptual del campo a estudiar, a fin de adentrarnos en sus lógicas, historia, leyes, actores, conceptos y prácticas.

## Salud Mental: conceptos generales y consideraciones actuales

### Salud Mental y Derechos Humanos

Los Principios de las Naciones Unidas han sido de inspiración para la definición y sustentación en materia de Derechos Humanos en Salud Mental, sancionando la nueva ley con un posicionamiento novedoso en el marco de la política estatal:

“Art. 3°.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley N° 26657)

Este concepto concibe la complejidad de la problemática, indicando la multiplicidad de factores que intervienen en lo que luego se delimitará como un área específica. A su vez indica que:

“En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.” (Ley N° 26657)

La ley N° 26657 está atravesada en todos sus capítulos, tanto en la concepción misma de la problemática como en los puntos de aplicación, por una apuesta fuerte a la defensa de los Derechos Humanos de los sujetos con enfermedades, incapacidades o padecimientos mentales.

A su vez desarrolla 16 ítems de derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellos: derecho a recibir atención sanitaria a partir de acceso gratuito, igualitario y equitativo, a preservar su identidad, pertenencia, genealogía, historia; atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; a recibir tratamiento lo menos restringida posible; a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; a que en caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión; a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; a no ser sometido a trabajos forzados; a recibir justa compensación por su tarea en caso de participar en actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados; etc.

Estos son algunos de los derechos más importantes que sostiene la nueva ley que están atravesados por la lógica institucional principalmente y por el carácter desubjetivante que carga en el orden social padecer una enfermedad mental: abusos institucionales, familiares, discriminaciones y abandonos estatales tanto por pacientes que viven internaciones crónicas como aquellos que son despojados del sistema.

## Antecedentes históricos que hacen a la constitución actual del campo

Hemos seleccionado cinco aspectos que señalan el proceso que se ha ido dando en el transcurso de la historia del campo y que están fuertemente vinculados con nuestra actualidad.

- a) El poder de *aislamiento de las primeras instituciones* en el siglo XVII y XVIII. Se empieza a considerar a los trastornos mentales como personas que han perdido voluntariamente la razón y debían ser apartados de la sociedad ya que esta corría riesgo. Así, los asistidos empezaban a cumplir internación con severas medidas disciplinarias y apartados para que sus transgresiones a las normas sociales no afecten el buen vivir comunitario. Aquí empieza las primeras medidas asilares y la escisión del loco a su entorno social.

*“Aunque los “enfermos mentales” ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la Ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente, y en los cuales se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos. En Londres, los enfermos mentales eran recluidos en el Hospital de Bethlehem (Bedlam), donde los que sobrevivían a las deplorables condiciones, la abominable comida, el aislamiento, la oscuridad y la brutalidad de los guardianes, debían soportar los tratamientos: eméticos (vómitos), purgantes, sangrías y torturas. El Bedlam se convirtió además en lugar de espectáculo dominical para los londinenses, que pagaban su entrada para observar a los internos tras las rejas de hierro. Similar situación se daba en la Salpêtrière y Bicêtre (París), el Saint Luke’s Hospital (Londres), el Pennsylvania Hospital (Filadelfia), el Hospital para Dementes (Moscú) y el Narrenthurm (Viena). Sauvages (1706-1767). Dividió las enfermedades conocidas en clases, órdenes, géneros, especies y variedades. Cullen (1710-1790). Publicó otra clasificación de enfermedades, de acuerdo con sus síntomas, métodos diagnósticos y tratamiento. Battie (1703-1776).” (PEREZ, G. “Enfermedades mentales y antipsiquiatría” material del curso de Salud Mental y lo Social de la Revista Margen, coordinado por A. Carballeda)*

- b) *Los aportes de Phillippe Pinel* cambiaron la lectura general que la sociedad tenía hacia los enfermos mentales como las mismas prácticas institucionales psiquiátricas con sus residentes. Liberó a los pacientes de las cadenas y llamó a las prácticas como “tratamiento moral”. Rompe con la idea de castigo. Propone instrumentos terapéuticos, construyendo la noción moderna de tratamiento. Fuerte acentuación en el aprendizaje y en el “reconocimiento del error”. Presenta la figura del “curador” quien acompañaría al paciente en el camino de la sanación y se preocupará del medio social que lo rodea. Se reconoce la capacidad de rehabilitación y la necesidad de cura a través de prácticas institucionales.

*“F. Pinel (1745-1826), propondrá, además de clasificaciones, modificaciones de tipo “terapéutico” construyéndose la idea moderna de tratamiento. Este, será una síntesis entre lo biológico y lo moral. La terapéutica posterior al nacimiento de la psiquiatría, se planteará como moral, y será sustentada desde los valores de una burguesía en ascenso, que propondrá una idea de familia, de relaciones entre padres e hijos, de formas de vida dentro de la sociedad, de comportamiento, de aptitudes... logrando una cada vez más clara vinculación con lo normativo. De ahí, que uno de los pilares de la terapéutica de Pinel pase por el aprendizaje y un necesario “reconocimiento del error”. Así, la figura del castigo, cambia de perspectiva, y se sale del cuerpo. El camino a lo sano, requiere de un guía para que el internado se acerque a la “curación”; el terapeuta; este, vigilará que se cumplan las prescripciones y también lentamente comenzará a*

preocuparse por el “medio social que rodeaba al paciente”. (Carballeda, A. “Iluminismo, razón y locura” Material del curso de Salud Mental y lo Social de la Revista Margen, coordinado por A. Carballeda)

- c) El trabajo nosográfico de la medicina en las enfermedades mentales. En plena Revolución Francesa y en orígenes de la modernidad, las prácticas institucionales psiquiátricas fueron influenciadas por cuestiones políticas y del ordenamiento de la razón. Se fue estudiando y clasificando a los internos quedando este poder clasificador en manos del médico. Este poder clasificatorio estará fundado en sus propios saberes y habilitará determinadas prácticas.

*“La medicina especial en su tarea de diagnosticar, clasificar y diferenciar la mayoría desviante, disponiendo de los espacios adecuadamente según el comportamiento monográfico y las reglas de la disciplina de administración sostenida por la figura del médico y sus objetos prácticos de gestión: el individuo y la población.” (ALBERDI, J. 2003)*

El proceso médico se sintetiza en el Primer Congreso Internacional de Estadísticas, que se llevó a cabo en París en 1900, concretando el trabajo de clasificación, construcción y denominación de todas las categorías y subcategorías de las enfermedades mentales. La OMS, creada en 1948 incluyendo así a todas las siguientes CIE y los manuales del DSM, las nuevas categorías diagnósticas de acuerdo a todos los avances que se lograban en psiquiatría. Desde DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994)

La psiquiatría queda instalada como disciplina dominante del campo. Defendiendo desde entonces su hegemonía.

- d) El movimiento antipsiquiátrico que tiene como principales promotores a Szasz y Cooper, surgido en Inglaterra en la década del 60. Empiezan a cuestionar los conceptos tradicionales del enfermo mental, rechazando la anormalidad bio-psíquica, y ubicarlo dentro de un contexto económico e histórico-social. Empiezan a poner en evidencias las prácticas perversas de las instituciones en salud mental y a cuestionar a la familia y al Estado. Empiezan a denunciar los rótulos y mitos que existen en la psiquiatría y como estos son instrumentos del poder opresivo. Rompe con las fronteras entre salud y enfermedad, denuncia a la psiquiatría como mecanismo de represión y violencia disfrazada, y como la sociedad perturba a ciertos sujetos, los declara enfermos y luego los aniquila con el tratamiento. Comienza a reconocerse la noción política que atraviesa a la práctica psiquiátrica.

*“... la violencia en el campo psiquiátrico, comienza en la familia el futuro enfermo mental, pero no acaba aquí, en el hospital psiquiátrico la sociedad produjo, con infalible habilidad, una estructura social que bajo muchos aspectos repite las peculiaridades enloquecedoras de la familia del paciente, la familia encarada como un a célula matriz de la sociedad otorga al enfermo mental, con el beneplácito del equipo interdisciplinar “la libertad de escoger”. Puede decidir vegetar sus días fuera, en una enfermería de enfermos mentales crónicos, u oscilar entre su infierno familiar o el no diferente infierno de la enfermería convencional de la admisión psiquiátrica, constituyendo la última, naturalmente, la idea común actual del progreso psiquiátrico, pueden recibir el alta en menos de tres meses, más cerca de la mitad de ellos es readmitido en menos de uno...” (COOPER, 1974)*

- e) Hay un último cambio radical en el campo: incorporación de la noción de Derechos Humanos en la atención psiquiátrica, que se materializan en ‘Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental’, adoptado por la Asamblea General en 1991, y la ‘Declaración de



Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud', del 14 de noviembre de 1990. Estas dos declaraciones internacionales, resumen en su mayor medida, la histórica lucha por la reforma psiquiátrica que se estaba planteando en el campo. Con estos principios, que en resumen incorporan la noción social y política de la problemática, como así la necesidad de atender estos cambios en el marco del paradigma de los Derechos Humanos. Los países que adhieren estos tratados internacionales, inmediatamente están expuestos a una profunda reestructuración de todo el sistema de salud en general.

Todos estos aportes son los elementos que siguen caracterizando al campo, conviviendo entre ellas conflictivamente. Desde la creación de las primeras medidas de aislamiento, luego las primeras concepciones de tratamiento, empiezan los procesos de clasificación y rol protagónico de la medicina psiquiátrica, el movimiento de antipsiquiatría que cuestionaba un orden social promotor de prácticas violentas a los que no se adaptaban al modelo vigente, y, como por último, la necesidad de entender y atender con el nivel de complejidad que demanda la salud mental.

### **Ley Nacional N° 22.914 derogada por la nueva Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657**

La ley N° 22.914 fue sancionada en 1983 y hasta hoy anunciada por los mismos funcionarios públicos y otros actores sociales como materia pendiente en legislación en salud mental. Ésta solo se restringía a regular los mecanismos de internación, recortando los actores implicados: poder judicial, fuerza pública, médico director de la institución, responsable legal y enfermo mental. Estos actores ya arman una escena en la cual marca el paradigma hegemónico de la atención psiquiátrica, donde el enfermo es un problema que requiere intervención a fin de realizar una internación, aislándolo del medio por su peligrosidad. En la ley toma recaudos para que en los procedimientos estén todos los actores en concordancia cuando se trata de una internación involuntaria legislando así los modos de comunicación, la conformación de la historia clínica, como proceder ante un menor o un incapaz, como deben ser los establecimientos de internación y también propone que el poder judicial cree un organismo de observación.

No define qué entiende por Salud Mental, cuáles son los derechos que se deben defender en el marco de los Derechos Humanos, cuál debe ser la apuesta institucional en el marco de la rehabilitación, la inclusión social y modalidades de tratamiento. Se entiende al enfermo como alguien en que debe ser controlado por la fuerza pública a fin de no cause daño a sí mismo ni a terceros.

Restringe el concepto de Salud Mental a lo psiquiátrico y al peligro, no viendo la multiplicidad de factores que atraviesan al campo, como sí lo definirá la nueva ley. Por ello, al ampliar el concepto debe ampliar la mirada de actores implicados, tanto en el ámbito de aplicación como en el ámbito de creación de la ley y de la rehabilitación e inclusión social.

Concibe a la psiquiatría como disciplina hegemónica, no concibiendo la inter ni la multidisciplina. No hace una apuesta a la rehabilitación, sino a la compensación y estabilización. No realiza inversión en la persona más que en el control.

Pese a que es fácil encontrar críticas a una ley que lleva 27 años sancionada, ésta no

estaba a las alturas de la circunstancias de los movimientos en el campo, mostrando un claro retraso Nacional en materia legislativa e institucional. No contemplaba las luchas por la desmaniconialización, desinstitucionalización y las apuestas a diseños institucionales incluyentes y no asilares.

### *Los avances y los pendientes*

Sin dudas hay un avance significativo entre la ley N° 22.914 y la nueva ley, principalmente por la mirada más compleja y completa, teniendo en cuenta los cambios institucionales necesarios, la búsqueda de protección a las personas necesitadas de esta atención, haciendo una apuesta fuerte a la rehabilitación e inclusión social, a una mayor participación de diferentes actores, fuerte apuesta a la interdisciplinariedad, a exigir al ámbito de aplicación metas prontas para la rehabilitación evitando el abandono en la institución generando así la cronicidad del cuadro, despeja el rol del juez acotándolo y sustituyéndolo en algunas instancias al Órgano de Revisión que a través de un equipo interdisciplinario velará por los derechos de los institucionalizados. A su vez la nueva ley promueve un censo Nacional para revelar el estado de los asistidos internados y/o en tratamiento, y también para ver con qué recursos institucionales cuenta a nivel Nacional. Esto genera nuevos desafíos en la práctica profesional e institucional, haciendo una fuerte reestructuración en la toma de decisiones y en los diseños terapéuticos.

En cuanto a lo pendiente, dificultad atravesada en todo el campo de la salud en general, es como hacer cumplir esta igualdad de derecho en un contexto de extrema desigualdad en la política de salud. El sistema sigue siendo mixto, a través del aparato Estatal, prestadores de servicio y seguro social. Pero estas tres no lo cubren de forma igual, ya que el Estado no realiza diseños institucionales que cumplan con los criterios de la nueva ley y las coberturas de seguridad social que sólo atienden a un pequeño porcentaje de la sociedad. Acceder de forma particular es de alto costo debido a la complejidad de los dispositivos. Esta ley no da respuestas en el marco de la atención en salud mental en contexto de pobreza y precarización laboral en un escenario heterogéneo de demandas y ante una oferta que prevalece la lógica comercial y carece de la estatal. Tampoco explicita que rol va a tener el Estado en cuanto a cubrir espacios que ha delegado completamente al mercado y éste, por definición, deja sin cobertura a la mayoría. Tampoco atiende a regular las prácticas de la sociedad civil que, a través de asociaciones civiles, ONGs, voluntariados, asociaciones religiosas, etc., vienen buscando atender a las demandas no cubiertas por el Estado ni por el mercado.

En el Art. 7° inciso “a” de la nueva ley reconoce a las personas con padecimiento mental:

“Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.”

Quedará pendiente en la lucha de todos los actores hacer cumplir este Derecho inalienable.

### **Aspectos relevantes que vinculan la Salud Mental y lo Social**

Identificamos cinco caracteres que hacen ver la permeabilidad del campo en los cambios sociales.

- a) La relación del binomio *salud - enfermedad*. Cada sociedad construye sus parámetros de aceptación o exclusión de conductas y síntomas aceptados como normales o anormales. Así, es muy difícil hablar propiamente de un campo de salud mental bien determinado, sino que está fuertemente condicionado por lo propio o inoportuno, el cual es designado por una hegemonía moral-racional.
- b) Los avances teóricos en el campo de la psiquiatría y de la psicología demuestran que las enfermedades mentales no dependen solo del factor fisiológico. Las enfermedades mentales tienen un diagnóstico *bio-psico-social*. Las diferentes escuelas, como así las mismas prácticas terapéuticas, ya no pueden desentenderse de cómo afecta lo social (instituciones, familia, grupo) en la vida psíquica del sujeto.
- c) La confusión que se presenta en cuanto lo *moral* y lo *racional*. En una sociedad que instituye una serie de reglas racionales, quienes se desentienden de ese orden quedan fuertemente sujetos a la sentencia de la locura, de la alienación. Muchas prácticas sociales del orden psiquiátrico están fuertemente atravesadas por una sentencia moral, por una descalificación del sujeto al no aceptar que estos no se adapten a las normas morales vigentes.
- d) La *modernidad*, como nuevo paradigma, empezará a modelar las nuevas formas de vida y el perfil psicológico de los sujetos. Las producciones en las ciencias sociales, fuertemente afectadas por las ciencias naturales, definirán al sujeto, su modalidad de aprendizaje, las respuestas esperadas a ciertos estímulos y como se relacionará con los otros. La salud mental está desde sus orígenes muy atravesada por la medicina y lo jurídico.
- e) Por último, el *trabajo* es el principal eje de definición de salud y enfermedad. En el nuevo orden el trabajo asalariado es el primer vector de sociabilidad y sustentabilidad. Quien trabaja está adentro, quien no lo sostiene se encuentra en una conducta desviada. Así, cuando se empiezan a mover las piezas del tablero en la construcción del nuevo ordenamiento económico, empiezan a aparecer disociaciones entre las necesidades laborales y las posibilidades de sostener esta manera de relacionarse. Empiezan a surgir personas que quedan desencajadas de las nuevas formas de relación social. Empiezan a aparecer las patologías y las necesidades de buscarles un lugar en esta nueva sociedad. Estos nuevos lugares, son los asilos psiquiátricos, donde justamente una de las principales tareas eran encausarles los valores dominantes de la sociedad: disciplina, razón y capacidad de trabajo.

El carácter clasificatorio que hegemoniza la práctica institucional y profesional, detentan en ellas una racionalidad propia del modelo social vigente. Hay un status que define que está permitido y que pertenece a lo irracional, a la locura. El funcionamiento productivo y el sistema racional-moral que lo sustenta es el que atraviesa la formación y la intervención en la enfermedad mental.

La sociedad moderna capitalista detenta sus propias capacidades de crear sus enfermedades, y por ello, crea sus propios remedios. En ello confiere la necesidad de que hay que tener una constante atención a la relación permanente de este “campo” con lo social.

## Nuevos Tiempos, Nuevos Dispositivos

La crisis actual está constituida por los procesos de globalización, que implican cambios en la modalidad de mercado, resignificación del rol del Estado, fracturas de las principales formas de participación política, flexibilización del trabajo y fuertes cambios en la constitución familiar. Nuestras sociedades están profundamente significadas en la fragmentación social, en la continua pérdida de construcción de lazos sociales fuertes, en procesos de marginación más agudas, grandes crisis subjetivas en cuanto a la posibilidad de construirse identidades, lugares, pertenencias.

Estas fuertes consecuencias se encuentran en las crecientes demandas que se presentan en el campo de la salud mental. Estas necesidades van creciendo debido a que los fuertes contenedores de socialización han entrado en un proceso de deterioro, un devenir que arrastra también a sus integrantes. Los puestos de trabajos son escasos y los que hay son en condiciones muy precarias e inestables. Esto afecta fuertemente en la unidad familiar moderna, debido que nuestra organización social está constituida principalmente a partir de una modalidad de trabajo asalariado. La organización política estaba también atravesada por la defensa y promoción de los derechos de los trabajadores. Hoy, deteriorada esta categoría de identificación social, también caen los principales puntos de construcción de lo público, de un orden social inclusivo.

En esta trama, los trabajadores de la salud mental se encuentran con mayores desafíos, nuevas demandas, donde se evidencia que construir salud es hacer política, que los movimientos económicos son sociales y por lo tanto influyen hasta en lo más íntimo de la vida cotidiana de cada persona, de las familias, de los trabajadores y de los fundamentos institucionales.

La intervención debe pensarse desde los nuevos contextos en que son demandadas, desde las nuevas formas de marginación y estigmatización. Se gestan nuevos procesos de construcción de identidades. A su vez, cada institución construye en sus asistidos sus propios estigmas al definir su población objeto, formulando las diferentes argumentaciones que sostienen sus prácticas y su supervivencia. Ciertas prácticas institucionales acentúan estigmas, reproducen las fragmentaciones, sustituyen posibilidades de sociabilidad fraterna por una contractual o clientelar. El mercado toma el mayor protagonismo en la salud, convirtiendo día a día el derecho en un producto más del mercado. Y esto se encuentra muchas veces en decisiones que sostienen los trabajadores o empresarios en la salud, respuestas que tienen más coherencia como un mecanismo de supervivencia o rentabilidad que un criterio ético-profesional para su paciente.

Es un gran desafío para los trabajadores e instituciones de la salud mental entender los nuevos cambios socio-económicos, como las familias han vivido estos grandes movimientos, como afectan en cada uno de sus integrantes y como entender la intervención en tiempos contemporáneos, donde la crisis perdura, muta y se va trasladando a diferentes aspectos de la vida social. Nuevas familias, nuevas posibilidades de relacionarse, nuevos vínculos, nuevos lazos, y por lo tanto nuevas intervenciones, y entonces... ¿nuevos dispositivos?

## Hospital de Día: como nuevo dispositivo en Salud Mental

### Análisis del Proyecto Institucional

Proyecto de creación de Hospital de Día (Salud Mental), dependiente del Hospital General de Agudos San José de Pergamino, Zona sanitaria IV-, Provincia de Buenos Aires.

La propuesta general, intenta enmarcarse en un movimiento más amplio a nivel nacional que tiene su sustento político y legal en el marco de la nueva ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, sancionada el 25/11/2010 y publicada en el BO el 3/12/2010.

Con respecto al diagnóstico de situación que se realiza para tener en cuenta el armado de dicho proyecto se puede describir y analizar: el HIGA San José de Pergamino es un Hospital Interzonal que cuenta con la única sala de internación en Salud Mental de la Región Sanitaria IV, situado en la ciudad de Pergamino.

Lo que respecta a la ubicación geográfica, el H.I.G.A San José, es el Hospital de referencia en Salud Mental en la Zona Sanitaria IV, ubicado al noroeste de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de Pergamino. Dicha institución se sitúa como sede de derivaciones tanto del área comunitaria de la ciudad así como también de las ciudades de Colon, Arrecifes, Capitán Sarmiento, San Nicolás, Ramallo, San Pedro, Zarate y Campana.

La principal estrategia terapéutica está basada en la internación psiquiátrica. Más de la mitad de la población de los pacientes internados constituyen internaciones sumamente prolongadas que pueden ubicarse de 3 a 30 años. Existe a su vez, numerosos elementos de índole social (pobreza, marginación, desempleo, escasos, nulos y conflictivos vínculos familiares, carencia de proyectos) que no permiten pensar solo en trastornos psicopatológicos.

Hasta el momento no existían dispositivos de externación, reinserción, rehabilitación y desinstitucionalización.

El presente proyecto se presenta dentro del Proyecto de Jefatura de Residencia de Psicología en curso para el período 2011/2012, por el Lic. en Psicología Nicolás Marsili, coordinador de Dispositivo desde su inicio hasta la actualidad, con la intención de continuidad en la propuesta a la construcción de un dispositivo diferente.

La propuesta es crear un dispositivo de *Hospital de Día*. Esta propuesta nace de la inquietud propia del recorrido por el Hospital San José de Pergamino como residente y jefe de residentes de Psicología. Se trata de un diseño de lo que sería el funcionamiento de un dispositivo de Hospital de Día, según parámetros clínico-terapéuticos que dan cuenta de la necesidad y relevancia de dicha creación. La propuesta de Hospital de Día implicaría acciones a desplegarse en diferentes campos: ideológicos, políticos, clínicos, organizativos, culturales, edilicios, entre otros.

La propuesta apunta a pensar dispositivos donde quede planteado el complejo trabajo de externación, lo cual se enmarca en tres ejes claros propuestos por la nueva Ley:

- Accesibilidad y gratuidad de la atención sanitaria y social.
- Modelo de desinstitucionalización.
- Abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Todo el proyecto está pensado sobre la articulación de recursos ya existentes y la crea-

ción de nuevos necesarios: instalaciones, personal, amueblamiento, etc. Dentro de los recursos humanos necesarios se plantean las áreas de:

- Psicología.
- Psiquiatría.
- Trabajo Social.
- Enfermería.
- Talleres.
- Emprendimientos socio-productivos.

Estos recursos además involucran a los Residentes de Psicología y a profesionales externos a la institución dispuestos a formar parte del proyecto.

El objetivo general que persigue el proyecto a analizar es vehiculizar la instauración de un proyecto de *Hospital de Día* que permita otra manera de pensar la terapéutica y la institución asilar. Generar condiciones para el debate de toda la comunidad sanitaria, sobre estrategias en Salud Mental y en procesos de externación de sujetos con padecimientos mentales.

La fundamentación y orientación del proyecto está en íntima consonancia con los principios de la APS y la Ley Nacional de Salud Mental. Los principios fundamentales que organizan el trabajo apuntan a que los sujetos con padecimientos mentales (SPM) pueden ser tratados fuera de los hospitales neuropsiquiátricos (incluso en sus momentos de crisis). Sin descartar que la internación, entendida como intervención lo más breve posible, pueda resultar necesaria en cada caso.

La atención en un centro de base comunitaria -diferente al manicomio- modifica la recuperación de los sujetos con padecimientos mentales, conmoviendo la cronicidad y potenciando sus posibilidades de “rehabilitación”. Esto supone una concepción de sujeto, capaz de implicarse y de encargarse de sí mismo (no sólo como objeto de atención- alienado) comprendiéndolo desde sus demandas particulares donde pueda tomar decisiones que le conciernen, en donde se supone que el funcionamiento y las lógicas sean teórica y políticamente diferentes a las lógicas asilares y de tutela.

Son las prácticas las que fundamentalmente apuntan a regular la Ley. Estas pueden resultar manicomiales si no se tiene en cuenta al sujeto, independientemente del lugar en el que se desarrollen. Lo manicomial, lo entendemos como una práctica orientada por la lógica de lo universal, del para todos igual, que borra las diferencias y los recursos subjetivos, que no da lugar a la emergencia de un sujeto capaz de responder por aquello que le sucede. El padecimiento mental no parece ser estigmatizante en sí sino su modo de abordarlo; al regular las prácticas en salud mental la Ley puede permitir que esto se modifique y es preciso trabajar en su interpretación e implementación.

Pensar en una terapéutica relacionada a actividades propias de un Hospital de Día, supone como condición sine qua non, pensar una reflexión sobre las modalidades de internación/externación en Salud Mental ya planteadas:

Esta iniciativa se propone un trabajo posible de reinserción socio-familiar/cultural de los sujetos con padecimiento mental que llevan varios años de internación, buscando generar un espacio de referencia que no tenga que ver con la institución asilar; en la posibilidad de

pensar como estrategia un programa de externación. Esto implicaría un arduo trabajo en conjunto de los sectores involucrados en este programa de Hospital de Día: la familia del paciente o referentes legales, Servicio Social y el de rehabilitación del Hospital. Hospital de Día brindaría en este caso, el trabajo de coordinación hacia estas posibles externaciones, y la asistencia y contención desde un dispositivo de trabajo terapéutico continuado donde se asegura una persistencia de los vínculos hospitalarios ya creados por el sujeto.

-La posibilidad de que un sujeto que viene de una internación aguda de crisis, pueda recuperar lo antes posible su reinserción socio-familiar y continuar con una asistencia terapéutica más compleja desde Hospital de Día. El fin es también, evitar que estos sujetos arriben a una situación de cronificación.

-Trabajar con sujetos que nunca atravesaron una internación en el servicio de Salud Mental pero que requieren de un dispositivo más complejo. Se trata allí de la admisión de pacientes en cuyos casos el dispositivo de consultorios externos de por sí resulta insuficiente; pero no se cree conveniente recurrir a una internación psiquiátrica.

### **Implicancias de Dispositivo**

El nuevo escenario legislativo plantea un marco a las prácticas que varios actores veníamos llevando adelante. Es decir, propiciar prácticas no manicomiales que promuevan la autonomía y la independencia de los sujetos.

La creación de un Hospital de Día coincide con la necesidad de desarrollar nuevas estrategias en el Campo de la Salud Mental, que tiendan a restituir un lugar subjetivo y de derechos a aquellos sujetos con padecimiento mental que como ciudadanos merecen ser reconocidos y readjudicados. La multiplicidad de abordajes planteados encuentran su sentido terapéutico en el trabajo en equipo, posibilitando al sujeto diferentes espacios para la reanudación del lazo social, y la creación de autonomía. Para esto sería necesario desarrollar un trabajo en Red con las instituciones del medio sociocultural. Nos referimos a: CAPS u otros centros de asistencia en salud, instituciones vecinales, instituciones educativas, instituciones deportivas, grupos religiosos, y posibles ámbitos laborales; de manera tal que cada sujeto pudiera arribar a una situación de autonomía lo más lograda en función de sus propias características y posibilidades.

Pensar prácticas autónomas, es pensar en poder decidir. Supone establecer nuevas relaciones que superen el plano individual y que incluyan al Otro como sujeto. Concretamente, como plantea la Ley Nacional, revisando los diagnósticos, acordando los tratamientos, evaluando las estrategias más adecuadas en cada caso para el padecimiento mental. En este contexto, se favorecen las discusiones interdisciplinarias, la participación de los sujetos y el análisis de la complejidad del campo de la salud mental.

Resultando un espacio fructífero para situar prácticas en un campo donde se disputan horizontes de sentido, donde se juega la posibilidad de fundar nuevas hegemonías, permite poner en evidencia la dimensión política como constitutiva del que-hacer profesional en el campo de la salud.

## Estructura funcional del Hospital de Día

Si tomamos los elementos que se vienen desarrollando, solo quedaría poder definir los dispositivos que darán estructura al funcionamiento del Hospital de Día.

### Asistenciales:

- *Dispositivo Interdisciplinario de Admisión.* Se trata de un dispositivo constituido por al menos tres profesionales del equipo de Hospital de Día, y de al menos dos disciplinas. Busca trabajar con minuciosidad la posibilidad de ingreso a Hospital de Día, y por tanto, es un dispositivo idóneo para la admisión.

- *Psicoterapia Individual.* Trabajo terapéutico en dispositivo individual, a cargo de psicólogos participantes de Hospital de Día.

- *Tratamiento Psiquiátrico-Farmacológico.* Trabajo terapéutico en dispositivo individual del Hospital de Día o Consultorio Externo.

- *Entrevistas a la Familia.* Se trata de un dispositivo clínico que tiene por objetivo incluir a la familia del paciente en las estrategias de estabilización y cura que se están implementando por parte de los profesionales tratantes. Estas entrevistas posibilitarían un contacto más cercano con el medio familiar del paciente, de manera tal que ese vínculo actúe como soporte y no como obstáculo.

- *Enfermería.* Apoyo desde el área de enfermería en la asistencia de los sujetos que concurren a este dispositivo.

- *Intervenciones de Soporte Social.* Desde Trabajo Social, se puede denominar a las Intervenciones de Soporte Social como aquellas que tienen como objeto a dos tipos de acciones:

1-. Atención directa del usuario, individualmente, junto a su familia, o en dispositivos colectivos y comunitarios dando particular relevo a los aspectos sociales, institucionales y culturales, a su reinserción en la comunidad y en actividades productivas, así como a su acceso a la red de servicios.

2-. Evaluar la inserción del sujeto en el sistema de derechos y seguridad social actuando en forma conjunta para la conquista de esos derechos y beneficios. Por tanto las acciones del equipo de Hospital de Día, en conjunto con el Servicio Social, se dirigen sobre esos puntos planteados.

- *Talleres.* Dispositivos grupales de abordajes terapéuticos a partir de la participación de otras disciplinas asociadas a la Salud Mental.

### *Propuesta de talleres*

Una primera cuestión sería echar luz sobre la modalidad de los talleres y sus objetivos en tanto dispositivos de intervención terapéutica. Los talleres grupales que se realizan desde hace mucho tiempo en diversas instituciones de Salud Mental, representan espacios de intervenciones terapéuticas no convencionales que invitan a la participación de otras disciplinas como opciones de trabajo.

Esto quiere decir que la grupalidad favorecería la reestructuración del lazo social y la conciencia de la presencia del otro en el campo subjetivo. Elemento necesario a la hora de pensar en la externación de un paciente al medio social. Y si se hace énfasis en sus ob-



jetivos terapéuticos, es para precisar que estos dispositivos convocan a la intervención de estrategias de cura y estabilización en sujetos que han agotado los dispositivos formales de tratamiento.

De esta manera, las disciplinas convocadas a participar de los talleres están asociadas al trabajo con las artes, el ejercicio del cuerpo y la producción en equipo. Los talleres buscan poder acotar un padecimiento que produce el retraimiento del paciente sobre sí, para facilitar la conexión con los objetos y los sujetos que coexisten en el espacio de taller. El seguimiento de los talleres por parte de los terapeutas, posibilitaría así retomar cuestiones trabajadas en talleres en los demás dispositivos terapéuticos; o bien introducir estas cuestiones clínicas en el espacio de taller. Además, las producciones de los pacientes (una pintura, una escena dramática, el trabajo sobre el cuerpo, un escrito, etc.) funcionan como espejamiento en un paciente que ha perdido su sostén imaginario y cree no poder valerse como sujeto autónomo en un mundo social. Un paciente psicótico que tiene una actividad delirante continua, y que puede plasmar algo de ese delirio en un escrito para ser leído por otros; hace de esa “distorsión del pensamiento” una producción artística y la acerca a la lectura de los otros: la socializa.

¿Bajo qué modalidad de coordinación se desarrolla un taller? Existen diferentes propuestas en este ámbito de los talleres terapéuticos, aquí vamos a proponer una: aquella que nos parece de mayor eficacia en su modo de accionar bajo los objetivos ya planteados. El taller estaría coordinado por un tallerista idóneo en la disciplina del mismo (por Ej., “Taller de Artes” coordinado por un artista), y co-coordinado por profesionales en Salud Mental que constituyan el equipo de Hospital de Día. Esta propuesta se fundamenta en la necesidad de contar con una coordinación de personas con un buen manejo técnico en su disciplina de taller. Los residentes que trabajen en Hospital de Día funcionarían como operadores en los distintos talleres en que se incluyan, para permitir el desarrollo del taller desde una coordinación del mismo. Esto es: ayudar en la participación de los pacientes a las actividades propuestas por el tallerista, contención de pacientes con manifestaciones de excitación o inhibición, propuestas de trabajo en torno a intereses que conoce de determinados pacientes, introducir al tallerista en características propias de las patologías, etc.

Existirían además, dos espacios donde pensar la clínica de los talleres: las evaluaciones periódicas de cada taller, y las reuniones de equipo de Hospital de Día. ¿En base a qué parámetros se incluiría un paciente en un taller? En base a parámetros clínicos y a intereses personales de cada paciente. En este punto resulta imposible prever la participación de los pacientes a los diferentes talleres, ya que eso estaría supeditado a los intereses de cada quién. Si es necesario resaltar que el Hospital de Día es un dispositivo complejo de intervención, y por tanto su eficacia está pensada por la acción de múltiples estrategias terapéuticas.

Los talleres pensados para el Hospital de Día son:

- Taller de Artes.
- Taller Literario.
- Taller de Reciclado.
- Taller de Huerta.
- Taller de Cocina

- Taller de Música.
- Taller de Radio.
- Taller de Teatro
- Taller Habilidades de la vida cotidiana.
- *Micro-emprendimientos*. Promover la concreción de dispositivos en donde los usuarios del sistema de salud puedan insertarse en espacios laborales que vehiculasen su reinserción social.

### Académicos

Las actividades formativas de los profesionales a resaltarse:

1. Reunión de Equipo Hospital de Día. (semanales)
2. Supervisiones del Equipo de Hospital de Día.
3. Ateneos Clínicos.

Estas reuniones tendrían como objetivo el debate en torno al desarrollo de las actividades clínicas, y al trabajo interdisciplinario. Por lo tanto sería un espacio de gran importancia en el terreno de la praxis concreta del equipo, en el desarrollo de las diversas actividades planteadas. Es importante resaltar aquí, el trabajo sostenido como espacio de acompañamiento, supervisión y formación, tanto con referentes de la Casa de Pre-Alta perteneciente al Hospital Alejandro Korn del Melchor Romero -La Plata, Bs. As.- así como también con referentes del Hospital de Día del Hospital Álvarez -Capital Federal-.

## **Un gran desafío en Salud Mental: la Interdisciplina**

Como se ha señalado en los capítulos anteriores, el campo de la Salud Mental ha realizado sucesivos cambios que involucraron seriamente nuestro quehacer profesional. A su vez afecta a la relación con otros actores involucrados, entre ellos, las disciplinas que tradicionalmente ocupan sus lugares.

Encuentro necesario desarrollar un análisis interpretativo de la interdisciplinariedad en un ámbito específico de intervención contextualizado a estos tiempos coyunturales.

### **Una aproximación conceptual**

La interdisciplinariedad no es una cosa que exista de por sí, ni tampoco una práctica específica en funcionamiento. Sino un horizonte de trabajo, algo a que debemos llegar en cada institución, en cada equipo y en cada intervención. Es un estado ideal de comunicación, de diálogo, de relación, de convivencia y de complementariedad.

La interdisciplinariedad es un posicionamiento epistemológico y político, donde se busca subsanar las fragmentaciones del saber heredadas del positivismo, que sigue atravesando nuestras formaciones, en las nuevas creaciones de conocimientos y también en nuestros quehaceres profesionales. Esta concibe a la realidad como acabada, estática que puede ser desmenuzada y comprendida por la objetividad y neutralidad del científico. Sesgado por un reduccionismo que sostiene que cada disciplina puede existir independiente de las otras,

fomentando así la cosificación de lo social y de lo humano. Se fue realizando un proceso de ramificación de lo social, profundizando en sus especializaciones acosta de la extirpación de otros componentes de saber imprescindibles.

En esta línea, se puede entender como los sistemas psiquiátricos y manicomiales han funcionado durante décadas sin concebir la historia psicológica del sujeto como tampoco las dimensiones sociales y económicas que lo atraviesan. Como también el posicionamiento político que constituye este modo de saber y hacer ante las “conductas desviadas”, la discriminación, el aislar y no escuchar las voces que manifiestan que el “orden no está tan en orden”.

En los espacios de trabajo tenemos que subsanar estas heridas de nuestra formación y profesión, para realizar una lectura más completa y una intervención más profunda. Así, estamos invitados a trabajar en conjunto, mediante equipos que siendo de mayor heterogeneidad enriquecerá al trabajo, a las instituciones, al aprendizaje de cada profesional y ante todo una mejor capacidad de respuesta a la demanda “*de quien sufre la necesidad de una asistencia institucional*”.

### La coyuntura actual del campo

La atención interdisciplinaria no fue algo dado desde un principio en la atención a las enfermedades mentales, sino que es muy reciente la conciencia de su necesidad. El cambio más importante que habilitó esto fueron las políticas de desinstitucionalización iniciadas en la década del 60 y que llevan hasta hoy en día lograr su mayor posibilidad de implementación. A tal punto que recién a fines del 2010 en Argentina se pudo sancionar una ley que actualice el marco normativo nacional con los lineamientos internacionales de mayor reconocimiento en lo que respecta a prácticas institucionales.

Esta nueva Ley Nacional de Salud Mental balancea las relaciones de poder dando igualdad de status a todas las profesiones de grado en su capacidad de gestión y conducción de instituciones, donde antes solamente era atribuido ese cargo a las ciencias médicas.

Otro cambio que se realiza a favor de la Interdisciplina se materializa en el procedimiento para una orden de internación que, hasta la fecha era solamente con una prescripción psiquiátrica, ahora se realiza con firma de dos profesionales, donde uno de los dos debe ser psicólogo o psiquiatra. Con esta normativa se realiza un cambio de poder y responsabilidad entre las profesiones, como así la necesidad de que dos áreas de saber tendrán que consensuar lecturas y estrategias a fin de realizar una internación.

Los procesos de desinstitucionalización y de desmaniconialización exigen un despliegue más amplio y heterogéneo de prácticas y de actores involucrados, como así también una nueva manera de relacionarse. Desde su comienzo la psiquiatría ha sido la protagonista, luego ha aparecido la psicología y hoy ya hay una gran diversidad de disciplinas que han tomado fuerte presencia de participación, entre ellas el Trabajo Social.

*“En los planes y proyectos que circulaban durante los 90, la Interdisciplina era la pieza central en la reconstitución de la salud mental en tanto política alternativa a la psiquiatría, todas las disciplinas del campo de las ciencias psi, llamadas a participar en su campo, reconocían la centralidad de la misma en la nueva dinámica de los modelos de atención” (ALBERDI, J. M. 2003. Pág. 278)*

En este pasaje es cuando se concibe al campo como Salud Mental y ya no específicamen-

te psiquiátrico, donde esta era la disciplina hegemónica y todas las otras auxiliares en una relación vertical de comunicación y poder.

Las nuevas concepciones de enfermedad mental y los ideales de modalidades terapéuticas exigen cada vez más una mayor presencia de estrategias de intervención que este contemplado la dimensión social de la problemática.

Las sucesivas incorporaciones de disciplinas ha realizado una ampliación analítica y operativa del campo, pasando de visiones biológicas, con su correlato con la práctica médica-psiquiátrica, luego a la psicológica, con una incorporación de una mirada terapéutica y de rehabilitación, y por último a un posicionamiento social y político, postura crítica tanto por los modos de organización social que habilitan el surgimiento de estos cuadros patológicos, como a su vez por las dificultades que ellas presentan para la rehabilitación e inclusión socio-comunitaria.

El ingreso de cada una de estas disciplinas ha permitido una menor restricción de la institución asistencial. Siendo la primera un instrumento para la compensación y estabilización en la institución. Y la segunda, habilitante para la posibilidad de un abordaje terapéutico psicológico, como ser lo vincular y la generación de recursos psíquicos propios a fin de que sustituyan paulatinamente el uso de psicofármacos y la vuelta a sus propios medios de vida sociales y laborales. Este avance en la atención ha permitido pasar de modelos asilares a modelos comunitarios y menos restrictivos.

Entonces, cuando hablamos de interdisciplinaridad, estamos hablando de rotundos cambios institucionales. Donde la institución va cediendo su restricción para favorecer a intervenciones habilitantes. No significa que esto no sea también institución, porque las profesiones en sus intervenciones instituyen con otro poder y coartan, pero sin lugar a dudas son grandes pasos hacia una atención más humana a estas demandas tan pendientes.

La interdisciplinaridad en Salud Mental es una condición indispensable para actuar coherentemente con la lectura conceptual que hay sobre las enfermedades mentales, la cual es concebida como bio-psico-social. Son las tres dimensiones del hombre que están afectadas, por ende son en las tres donde las instituciones deben trabajar. El abordaje debe ser integral para una alta efectividad en la intervención.

### **Lo interprofesional**

El desafío no tiene que conformarse solamente con un sucesivo agregado de disciplinas intervinientes, donde el asistido va realizando un recorrido por diferentes profesionales que lo atienden, pero en el que cada uno realiza su propia clínica sin contemplar la concepción de los otros profesionales tratantes, siendo así una práctica multidisciplinaria, no posibilitando la comunicación, cooperación ni coordinación entre estos.

Para realizar una atención íntegra, las instituciones y los diferentes profesionales de cada disciplina deben trabajar en equipos interdisciplinarios, fortaleciendo la comunicación, el diálogo, la planificación en conjunto, el intercambio de miradas con un dialecto que pueda ser comprendido por los otros profesionales, en una relación horizontal de poder y con voluntades compartidas de resolver las posibles diferencias de criterios y de intervención, donde al paciente le debe llegar una respuesta única del equipo tratante y no una suma de miradas, posiciones e indicaciones disociadas que por lo cual el paciente y/o familiares no

podrán saber con seguridad como proceder. Tradicionalmente esto se resolvía con facilidad ya que la decisión y la responsabilidad mayor recaía sobre el psiquiatra tratante, pero ahora, con la nueva ley y los cambios institucionales, estas decisiones y responsabilidades deben ser cada vez más compartidas y no dependen exclusivamente de la psiquiatría o una disciplina.

Para que estos cambios sean favorables y posibles, debe existir una fuerte apuesta institucional generando *espacios de diálogos* en el equipo, a fin de que estén las condiciones dadas para que se pueda consensuar en el modo de proceder. A su vez, debe existir voluntad y compromiso en cada profesional que representa su campo de saber, debiendo mostrar habilidad y disponibilidad para trabajar con otros, respetando ese espacio de autonomía que le pertenece a cada actor y permitiendo así aprender en cada análisis e intervención en conjunto.

### Los desafíos pendientes

Sin dudas aún queda mucho que aprender para valernos del concepto de interdisciplina en las prácticas institucionales de atención y en los espacios de capacitación e investigación.

Vasconcelos (VASCONCELOS, 2010. Pág. 51) señala cuatro elementos para pensar las barreras y límites en la práctica interdisciplinar.

1. *Los procesos de inserción histórica en la división social y técnica del trabajo y de la constitución de los saberes como estratégica de poder.* Cada profesión se ha incorporado en el mercado de trabajo de forma paulatina, conquistando espacio y sistematizando técnicas y saberes, mostrando su eficacia y su legitimidad frente a la sociedad.
2. *Mandato social sobre un campo específico.* En la división social y técnica de trabajo, se espera de cada profesión un quehacer a la hora de tomar decisiones, realizar tareas específicas y a la hora de atribuciones legales.
3. *Institucionalización de organizaciones corporativas.* Los sindicatos, colegios y organizaciones profesionales constantemente establecen fronteras de saber y de competencia con las otras profesiones. Defienden intereses políticos, salariales, éticos, condiciones de trabajos, objeto de intervención, participación en las políticas públicas sectoriales, etc. Todos aspectos que hacen a la lucha en el mercado de trabajo.
4. *Cultura profesional.* Cada profesión tiende a ir asumiendo un conjunto de valores culturales, imaginarios e identidades sociales específicas, preferencias teóricas y técnicas, estilos de vida, con respecto a la sociedad y entre las otras profesiones.

Por concepto, cualquier campo está constituido por actores que luchan por un objeto en común que está en puja. La potestad, la hegemonía es el fin último. Las relaciones entre profesiones están atravesadas por estas lógicas, ya que resultan puntos en conflictos a la hora de compartir un espacio en común. Estas luchas de poder quedan expresadas a la hora de tomar decisiones, en definir programas terapéuticos, al conformar equipos interdisciplinarios, a definir cargos directivos, al delimitar responsabilidades terapéuticas e institucionales, al constituir campos y objetos teóricos. Las profesiones no están alejadas de las lógicas capitalistas y de la lucha por el capital, como tampoco de la competencia, que es lo que alimenta las relaciones sociales burguesas liberales.

En este marco, debemos valernos fuertemente de la ética como elemento posible para resolver los conflictos de clases que atraviesa a los profesionales y las diferentes organizaciones. También resuelve pendientes discusiones teóricas y políticas que apuesten a nuevos horizontes en el campo de las ciencias sociales y sus diferentes maneras de organizar su formación y su saber.

### **El rol del Trabajo Social en equipos de Salud Mental**

La profesión ha vivido muchos cambios de identidad, posicionamiento y funcionamiento, siendo muy difícil hablar de un Trabajo Social donde todos estén satisfechos con la definición. En Argentina, a diferencia de otros países, no hay un colectivo profesional definido hegemónicamente, sosteniendo así la continuidad del debate sobre el ser-hacer profesional.

Estos continuos procesos, y aún inconclusos, hacen que a la hora de trabajar en equipos de trabajo uno sufra algunas dificultades de identidad y metodológicas. Caen sobre nuestra profesión una multiplicidad de miradas y prejuicios que aún nos acompañan, no solamente en los espacios de formación, sino en las costumbres institucionales, en el concepto que tienen las otras disciplinas y los “usuarios” de las instituciones sobre el Trabajo Social, el cual ha hecho grandes cambios internos, pero no ha sido bien expresado o percibido por los demás.

En cada campo, el Trabajo Social se encuentra con un desafío personal, el cual es definir su posicionamiento teórico y metodológico de intervención, que a diferencia de la psicología, la psiquiatría, terapeuta ocupacional, etc., nuestra profesión tiene sus propias discusiones que resolver. Más allá de las diferentes corrientes y discusiones teóricas que tienen dentro de cada una de ellas, hay un status científico aceptado que las hace tener un lugar más claro en la práctica clínica y en un equipo interdisciplinario.

El Trabajo Social ha sido dueño de ciertas prácticas tradicionales atravesadas por su procedencia de origen, por los formatos institucionales dominantes y por su “población predilecta”, legado que le cuesta aún desprenderse, por lo que quedó dentro de la profesión en el propio imaginario colectivo y en el de otras profesiones. Como por ejemplo el reduccionismo del Trabajo Social con los sectores pobres y excluidos del sistema capitalista, o centrando principalmente en la asistencia más que en la posibilidad de rehabilitación terapéutica, o en su rol tan cerca al poder judicial siendo prácticas más cercanas al control que al cuidado o al desarrollo.

### **Conclusión y Cierre**

Desde ya, y como se ha marcado a lo largo del trabajo, es de sumo interés remarcar la importancia de dicha intervención en el campo del trabajo en Salud Mental, aspecto necesario desde la práctica y remarcado de forma contundente en la nueva Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, donde realza la intervención desde trabajo social en la apuesta a los procesos de desinstitucionalización y de desmanicomialización, los cuales exigen un despliegue más amplio y heterogéneo de prácticas y de actores involucrados, como así también una nueva manera de intervención.

Entender la intervención como un proceso supone que el trabajador social lo hace si-

guiendo una determinada secuencia. No es una intervención espontánea, sino este proceso permite analizar la demanda y definir la estrategia de intervención.

Se plantea la necesidad de analizar profundamente las situaciones objeto de intervención, donde el Trabajador social aporta al diagnóstico situacional del usuario de Salud Mental en su complejidad, realizando un análisis del tejido social del mismo, lo cual permitirá junto a los elementos teóricos de las demás disciplinas, definir estrategias de intervención para el tratamiento, internación y seguimiento.

Desde esta perspectiva la participación de dicho profesional en el dispositivo, se plantea como condición continua e indispensable frente a las problemáticas que esta política en salud propone.

## Bibliografía

- ✓ Amico, Lucía. *“La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social”*. Ed. Espacio. Año 2005. Buenos Aires.
- ✓ Alberdi, J. M. *“Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina”* ed. unr. 2003
- ✓ Barembliitt. *“Compendio de análisis institucional”*. Ed. Madre de Plaza de Mayo. Año 2005.
- ✓ Barg, Liliana. *“Lo interdisciplinario en salud mental. Niños, adolescentes, familias”*. Ed. Espacio. Año 2006. Buenos Aires.
- ✓ Becerra, R., Kennel, B. *“Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental”*. Ed. Espacio. Año 2008. Buenos Aires.
- ✓ Carballada, Alfredo. *“La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales”*. Ed. Paidós. Año 2002. Argentina.
- ✓ Custo, Esther. *“Salud Mental y ciudadanía. Perspectiva desde el Trabajo Social”*. Ed. Espacio. Año 2008. Buenos Aires.
- ✓ Delgado, Juan M. *“Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales”*. Ed. Síntesis. Año 1995. Madrid.
- ✓ Dieguez, Alberto. *“Identidad Profesional y Trabajo Social”*. Ed. Espacio. Año 1997. Buenos Aires.
- ✓ Iamamoto, M. *“El debate metodológico de los 80 /90. Metodología y Servicio Social”*. Ed. Cortez. Año 2000. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Brasil.
- ✓ Kisnerman, N. *“Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo”*. Ed. Humen Hvmánitas. Año 1998.
- ✓ Ley Nacional de Salud Mental 26.657. *“Ley Nacional de Salud Mental”*. Año 2010. Argentina.
- ✓ Maxwell, Joseph. *“Qualitative research desing”*. Año 1996.
- ✓ Rozas Pagaza, Margarita. *“Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”*. Ed. Espacio. Año 1998. Buenos Aires.

- √ Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. “Manual de metodología”. Ed. Clacso. Año 2005. Buenos Aires.
- √ Schlemelson. “Análisis organizacional y empresa unipersonal”. Ed. Paidós. Año 1993.
- √ Stolkiner Alicia: “Equipos Interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de intersaberes?”. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada” Año 3, N°12, Agosto de 1999, Rosario. (Acceso : [www.campopsi.com](http://www.campopsi.com))
- √ Vasconelos, e (coord.) “saúde mental e serviço social. o desafio da subejtividade e da interdisciplinaridade” ed. cortez. 2010.



## **La Supervisión desde el Trabajo Social un instrumento de creación y construcción del pensamiento**

**Cristina Páez Cot**

Diplomada en Trabajo Social. Postgrado en Salud Mental e Inmigración. Profesora consultora de la Universidad Abierta de Catalunya -UOC-. Supervisora de Equipos Psicosociales, acreditada por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Catalunya. Directora de la Fundació Salut Mental Catalunya

### **Resumen**

Históricamente el espacio de supervisión de equipos psicosociales ha estado ocupado por profesionales procedentes de otras disciplinas como psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas, etc que han ofrecido un tipo de supervisión clínica apropiada para equipos de intervención terapéutica pero desajustada para equipos cuyo objetivo es la intervención social y comunitaria.

Este trabajo pretende mostrar cómo la supervisión realizada desde el ámbito del trabajo social a un equipo que atiende a personas con esquizofrenia gestionado por una entidad de familiares ha supuesto una experiencia altamente satisfactoria ya que les ha ayudado a ir diseñando líneas de intervención comunes, crear un espacio en el que podían hablar de sus miedos e inseguridades profesionales así como de aspectos relacionados con el encargo institucional que no siempre se expresa con claridad y transparencia.

El espacio de supervisión que podemos ofrecer desde el ámbito del trabajo social a los equipos psicosociales puede considerarse como un espacio de creación y construcción del pensamiento ya que favorece y estimula la elaboración de líneas de intervención comunes a seguir por el equipo supervisado así como una visión común del ámbito de trabajo en el que se interviene.

### **Palabras claves**

Gestión familiar, fragilidad, trastorno mental severo, cambio.

### **Abstract**

Social work supervision from a tool of change and construction of thought. It is a tool to improve personal relationships and relationships among team members. It is a type of care and protection against the institutional orders often are not usually defined. It is a review of the Theoretical modelo of that team work and understanding about the collective object of attention. This work aims to show how the supervision of professional team that takes care of people with schizophrenia and other severe mental disorder and be managed by an organization of families has been an experience highly Valued and successful members of the team.

## Keywords

Family-run, fragility, sever mental disorder, change.

## Introducción

Es importante que las profesiones que desarrollan su tarea dentro del ámbito social y que trabajan diariamente con las emociones, sentimientos y ansiedades del ser humano puedan tener instrumentos de trabajo y espacios de reflexión que promuevan el cuidado de los profesionales para que estos puedan asegurar una buena práctica profesional.

Hacerse cargo de la persona que sufre y de su malestar es uno de los objetivos de cualquier profesión asistencial que atienda a la persona y promueva el cambio hacia su mejora, su bienestar y su autonomía personal.

Para ello, para poder hacerse cargo del sufrimiento de otra persona y hacer una devolución adecuada y ajustada a sus posibilidades de cambio y transformación es importante que el profesional tenga espacios donde revisar los sentimientos y las emociones que le genera así como el tipo de intervenciones realizadas con la persona y su familia.

Trabajadores sociales, educadores, trabajadores familiares, etc son todos ellos profesionales que trabajan con un material de alta sensibilidad; las emociones y las ansiedades del ser humano. Las de ellos y las de la persona atendida.

Es muy importante que unas y otras puedan ser tratadas con especial atención ya que la persona afectada invadida por el sufrimiento, la angustia y las situaciones sociales y familiares de extrema dificultad que suele presentar pide ayuda, escucha y contención.

El profesional del ámbito social que generalmente trabaja en un escenario donde el malestar y la queja están siempre presentes necesita espacios de pensamiento y reflexión para no quedarse instalado en este malestar y en la queja estructural y ofrecer estrategias que permitan avanzar.

Por ello es importante que los equipos y los profesionales puedan tener espacios de revisión y supervisión del trabajo realizado y conocer qué emociones y sentimientos les genera para poderlos trabajar o al menos detectarlos y tenerlos en cuenta evitando que se confundan con el trabajo diario y con los de la población objeto de atención.

Es por ello que decimos que el espacio de supervisión es por excelencia un espacio de escucha de uno mismo, de lo que siente y lo que vive el profesional mientras trabaja en relación a sus emociones, a la dinámica relacional con los otros miembros del equipo y a su relación con el encargo institucional de la entidad contratante.

## Presentación

Este documento muestra la intervención desde el trabajo social como supervisión del equipo profesional de un club social para personas con trastorno mental severo y las conclusiones a las que la autora llega sobre la idoneidad del trabajo social como profesión que puede liderar procesos de supervisión de equipos psicosociales.

Su experiencia como supervisora de este equipo de salud mental al que ha estado su-

pervisando durante un año le da ha dado suficientes elementos para argumentar cómo la supervisión se traduce en un espacio en el que se observan toda una serie de aspectos institucionales que influyen en el malestar de los profesionales contratados.

Y cómo este espacio mensual les ha ayudado a ir construyendo una metodología de trabajo en equipo y a tener un marco confidencial en el que expresar emociones y otros aspectos personales que no pueden expresarse en ningún otro espacio formal de reunión.

## **Desarrollo del tema**

### **Clubs sociales para personas con trastorno mental gestionados por asociaciones de familiares**

Muchas de las entidades del tercer sector que hoy existen en Catalunya nacieron hace más de 35 años como consecuencia de movimientos vecinales y comunitarios que durante la década de los años 80 y movidos por la lucha y la queja reiterada hacia la administración pública sobre la necesidad que tenían de crear equipamientos especializados para las personas que padecían diferentes enfermedades, terminaron creando y gestionando ellos mismos estos servicios sociales especializados.

Con la aprobación de la Ley 12/2007 de 11 de octubre, de Servicios Sociales, algunas de estas asociaciones tuvieron que aceptar las exigencias y los instrumentos de evaluación que la administración pública les obligaba a cumplir.

Ante este panorama legal, económico y técnico no todos los servicios pudieron sobrevivir. Algunos tuvieron que cerrar porque no cumplían los requisitos exigidos otros fueron asumidos por empresas o fundaciones con trayectoria histórica de gestión de servicios sociales para colectivos especializados.

Pero otras asociaciones de familiares sobrevivieron a estas demandas y gestionaron servicios de inserción laboral o servicios destinados al ocio y al tiempo libre de personas con necesidades especiales desde modelos de trabajo contruidos básicamente sobre aspectos de voluntariedad, compromiso social, vocación de transformación social y sobre todo liderado por personas que se guiaban por su la buena voluntad y por su sentido común pero no por un conocimiento de gestión técnica y financiera.

### **Organización interna de las asociaciones de familiares**

Decíamos al inicio del trabajo que las entidades familiares nacidas en Cataluña a finales de la década de los 80, con un objetivo altamente reivindicativo ante el movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica que se estaba llevando a cabo y viendo que la administración pública enlentecía la puesta en marcha de servicios comunitarios que permitieran a sus familiares continuar con el proceso de rehabilitación que llevaban a cabo en los hospitales, decidieron tomar ellas las riendas de la gestión de estos recursos comunitarios. Unos de ellos fueron los clubs sociales para personas con enfermedad mental.

Estas asociaciones de familiares se constituyeron como entidades gestoras de servicios sociales transmitiendo entre la junta directiva y los trabajadores contratados dinámicas muy similares a las que se establecen en las empresas familiares.

En estas dinámicas de relación podemos ver todos los aspectos y espacios propios de

cualquier dinámica familiar. Así pues, vemos que existen espacios de poder, espacios de confort, espacios que nadie lidera, lealtades invisibles, tabúes y secretos familiares, delegaciones de responsabilidades. Todas ellas características propias de cualquier funcionamiento familiar.

En las empresas familiares sus miembros nacen, crecen y se desarrollan en dinámicas que tienen el objetivo de perpetuar la familia, mantener su existencia.

Pero cuando estas familias movidas por un sufrimiento brutal como es que en su seno se desarrolle la psicosis, pasan a hacer de este sufrimiento una razón de vida; de la enfermedad, una razón de lucha y de la familia un motor gestor de recursos vemos cómo se trasladan estas dinámicas a la organización que gestionan trasladando también el sufrimiento y la desesperanza que ellos padecen.

Cuando una organización familiar se dedica a gestionar servicios sociales sin la capacitación profesional que esta gestión exige aparecen problemas fruto del desconocimiento y fruto del enorme sufrimiento emocional intrínseco que existe en la gran mayoría de familias que tienen una persona afectada por una esquizofrenia o cualquier otro trastorno de tipo psicótico y que además se inician en la aventura de la gestión de servicios sociales.

La marca **familiar** la perpetúan donde quiera que vayan porque así creen que perpetúan que alguien se hace verdadero cargo de las necesidades de sus familiares y que el amor que mueve las familias va más allá que la profesionalidad que mueve los diferentes colectivos de profesionales que trabajan para mejorar la salud mental de sus familiares.

Sin embargo esta marca que a menudo vende familiaridad, un compromiso que desborda fronteras que lucha por una causa social y que tiene una misión salvadora a menudo esconde organizaciones confusas que atrapan a los profesionales en el caos y la mala praxis profesional.

Nos dice Juan Ginebra (1997) que este tipo de empresas tienen unas características que las hacen comunes y especiales:

- Relaciones de afecto: vínculos afectivos que perdonan, que salvan cualquier situación, que buscan el bien de todos y se someten a esta ganancia global.
- Gran comprensión del otro: todos saben cómo piensa el otro y se necesita muy poca comunicación formal para saber qué piensa el compañero.
- Aceptación de la autoridad del padre, de la madre o del hermano que lo precede.
- Finalidad común: la familia es una unidad básica en la que los miembros crecen a nivel personal y profesional y todos tienen la misma finalidad que es la permanencia de la empresa para la que viven.
- Espíritu de sacrificio: todos los miembros de la familia tienen claro que deben sacrificarse para el bien común. Esto se puede traducir en hacer más horas laborales de las que tocan, no tener los días festivos previamente marcados o sustituir a un miembro de la familia si se pone enfermo.
- Otro aspecto interesante a tener en cuenta es la relación persona / lugar y trabajo / funciones a realizar. En una empresa de negocios, el objetivo es lucrativo, cada persona tiene asignadas unas funciones y se espera de ella una productividad determinada.

En la empresa familiar cada persona es cada persona con sus peculiaridades y caracterís-

ticas personales y con sus virtudes y defectos. Se espera de todo el mundo que participe de la misma manera para la causa pero no están bien diferenciadas las funciones y los puestos de trabajo de cada uno.

De ahí el caos que se puede producir en relación a las funciones de los profesionales y a la ambigüedad que puede originarse entre la amistad, el afecto y la responsabilidad de llevar adelante las tareas asignadas por el encargo institucional.

En una entidad inicialmente constituida por familiares, la organización interna es frágil porque todo el mundo llega o debe llegar donde el otro no llega, como en una familia, pero con la diferencia importante que sus miembros no son familiares, son trabajadores contratados. Trabajan por la misma causa social, pero no la padecen y se les pide, muy sutilmente, sometimiento a la misma.

### **Gestión técnica y económica por parte de las asociaciones de familiares**

Las juntas directivas de las asociaciones de familiares están constituidas por personas de edad avanzada y con gran desconocimiento de la necesidad de trabajar con rigor y seriedad técnica.

En cuanto a los miembros de los equipos profesionales que trabajan en estos servicios hay dificultad para encontrar profesionales con experiencia en el trabajo con personas con trastorno mental severo, hay dificultad para encontrar profesionales que sepan trabajar en equipo, que mantengan reuniones formales con cierta asiduidad que sepan trabajar con los recursos comunitarios o que se manejen bien en el trabajo en red.

Evidentemente son equipos que desconocen o no han tenido la oportunidad de experimentar la supervisión como un espacio necesario de trabajo para mejorar la intervención social que realizan, mejorar el ambiente laboral y trabajar con mejor disposición personal.

Entre las asociaciones de familiares, entidades numerosas en el ámbito del tercer sector catalán hay poco conocimiento en el hecho de que la supervisión sea un instrumento de trabajo y una herramienta de formación y crecimiento del equipo y de sus miembros.

Escribir y reflexionar sobre el trabajo realizado las posibilidades de trabajar de otro modo y sobre las complejas realidades familiares con las que se encuentren no suele ser tampoco un aspecto que les preocupe y les ocupe.

Es cierto que hay un tema importante y que no suele aparecer en primer término que es la escasa financiación económica que estructura estos servicios así como la fragilidad financiera que los mantiene.

No se trata que el aspecto económico pase por delante de aspectos técnicos y formales pero tenemos que tener en cuenta que cuando estas asociaciones de familiares se inician en la aventura de gestionar servicios sociales de cartera lo hacen asumiendo unas condiciones económicas generalmente muy precarias y carentes de continuidad. Por tanto, también se entiende aunque no se justifique que un aspecto de trabajo como es la supervisión de los profesionales sea considerada más un lujo que una necesidad.

Ambas características, condiciones económicas generalmente muy precarias y carentes de continuidad pasan a ser aspectos estructurales de los clubs sociales para personas con trastorno mental que si bien solo las conocen los familiares gestores y los profesionales

trabajadores causan un gran sufrimiento personal y profesional.

Sensación de inestabilidad laboral, incertidumbre económica, inseguridad del puesto de trabajo, etc son aspectos que circulan en el imaginario colectivo generando sentimientos de descontento laboral que se traduce en un sentimiento de impotencia y desencanto en el trabajo.

A menudo, ante esta situación de inseguridad en cuanto a la financiación que proviene de la administración pública son los mismos familiares, personas de avanzada edad, con una historia personal de mucho sufrimiento familiar y sin conocimientos de gestión económica ni financiera los que se dedican a captar fondos económicos para asegurar la sostenibilidad y la viabilidad económica de la entidad.

O en muchos casos es el propio coordinador del servicio que generalmente suele proceder de una formación social y no económica ni de gestión el que también realiza captación de recursos económicos sin tener la formación profesional para hacerla de una forma eficaz y eficiente.

El resultado de todo este tinglado empresarial y familiar es un gran sufrimiento de todos los miembros de la entidad, familiares que gestionan y profesionales que trabajan.

La financiación de estas entidades se basa en subvenciones anuales o plurianuales. Aunque puntualmente consiguen firmar convenios con la administración que les asegura la provisión económica durante tres o cuatro años. Y sólo algunos servicios que reciben cantidades económicas más grandes y tienen una estructura financiera más potente consiguen firmar conciertos económicos con la administración pública.

Pero no es el caso de estas entidades familiares que gestionan clubs sociales o servicios prelaborales y que se les somete a un tipo de financiación que tambalea según el momento histórico y económico que vive el país. Se las ahoga económicamente sin tener en cuenta el valor social de la causa que defienden ni el valor humano de las personas que atienden.

Estar financiadas por subvenciones anuales o plurianuales no deja de ser una fórmula económica que está vinculada a los movimientos y oscilaciones económicos que sufre la administración pública: tendencia política de cada mandato, elecciones municipales, autonómicas y estatales, presupuestos anuales, etc. Y no olvidemos las voluntades políticas y las sensibilidades personales.

Toda una serie de instrumentos muy bien orquestados y desconocidos por las entidades familiares gestoras de servicios sociales que hacen que estas queden absolutamente atrapadas en una financiación inestable cuantitativa y cualitativamente.

Y tengamos en cuenta que estas entidades son de gestión familiar y aunque sus trabajadores no son de la familia se les pide que se sometan a la causa al igual que han decidido hacerlo ellos.

Todos están atrapados en un sistema de financiación que atrapa de forma endogámica la vida económica y financiera de estas entidades.

Las atrapa y las somete a la única fuente financiera la subvención anual. Frágil y a la vez muy potente.

En este párrafo quedan perfectamente reflejadas las valoraciones que Juan Ginebra hace sobre las empresas familiares según las cuales los lazos de afecto hacen que la misión

y la causa por las que nacen estas entidades estén por encima de la estabilidad económica y laboral que cualquier empresa debería ofrecer sometiéndose a situaciones financieras de gran fragilidad.

### **Ambigüedades en la gestión de servicios sociales**

La falta de definición de los puestos de trabajo y de las funciones propias de cada uno de ellos lleva a una confusión importante dentro de la organización. La contratación de los profesionales suele hacerse por conocimiento, proximidad o confianza. No pasa por una selección de personal en la que se valoren capacidades, competencias, habilidades y posibilidades de crecimiento del profesional.

Se tiene en cuenta la titulación académica porque es una exigencia intrínseca para abrir un servicio social y que impone la administración pública, pero a menudo no tienen claro si necesitan un trabajador social, un integrador social, un psicólogo o un terapeuta ocupacional.

Vemos que es muy habitual que contraten psicólogos cuando otras figuras profesionales tienen un perfil mucho más adecuado a las funciones que deben desarrollar pero si uno se interesa en el porqué de aquella contratación se descubre el desconocimiento que tienen sobre cual es el perfil más adecuado para el puesto de trabajo que han de ocupar y ven en esta profesión a un profesional que los tranquilizará y se lo resolverá todo.

En el imaginario social al psicólogo a menudo se le otorgan capacidades mágicas para entenderlo todo y a todos y desde este paradigma, el padre de familia, presidente de la entidad y gestor del servicio social en cuestión entiende que este profesional entenderá su sufrimiento y la causa social que defiende.

Lejos está el contratante de saber las funciones que tiene un psicólogo como coordinador de un servicio social y lejos está el profesional de saber qué esperanzas está depositando en él la persona contratante.

Vemos que es el imaginario social lo que entra en funcionamiento en el momento de las contrataciones del personal y no la selección de personal ante una plaza de trabajo que tiene unas funciones y unas condiciones laborales de sueldo y horario, claras y explicitadas en la oferta que se hace pública.

Se contrata a alguien del que esperan que lo resuelva todo de forma omnipotente y suelen establecer con esta persona unas relaciones que extralimitan las realmente profesionales.

Los años de trabajo, la relación laboral diaria y continuada, el intercambio de información familiar ya que el contratante es padre o madre de una persona con una enfermedad grave y a menudo necesita escucha y directrices de cómo tratar a su hijo hacen que se establezcan relaciones ambiguas entre amistad y profesionalidad.

Esta amalgama de expectativas y deseos entre el contratante y el contratado hacen que se vaya tejiendo un entramado de relaciones que atrapan al profesional en un ámbito laboral que suele ser agradable y de buen entendimiento si todo va bien, si los objetivos que la familia tenían puestos en los profesionales contratados se ven satisfechos al cien por cien. Pero puede llegar a ser muy hostil si este profesional no responde a las expectativas del familiar contratante.

Este es uno de los factores que origina que haya una gran movilidad de profesionales en este tipo de entidades porque cuando hay problemas, de roles, funciones o problemas financieros, se pasa fácilmente de exigir responsabilidades en el ámbito profesional a pedir favores a nivel personal.

Como decíamos anteriormente los lazos de afecto pasan por delante de las competencias profesionales y el altruismo y el sacrificio por delante del cumplimiento de la tarea y las condiciones laborales.

Las funciones profesionales pocas veces están claras y bien definidas. Tampoco interesa porque en la ambigüedad también está el poder y el juego de poder. Pueden estar claramente definidas sobre el papel pero no se traducen así en la práctica laboral.

Autoridad, poder, roles, funciones son aspectos que deben estar claramente definidos y perfectamente desarrollados para cada una de las personas que los ejercen dentro de la entidad. Aunque ésta sea de carácter familiar tiene que estar bien estructurada y bien organizada. Debe ser una organización donde la tarea profesional encuentre sus canales de atención y los circuitos adecuados para hablar.

Cuando los roles son ambiguos, cuando se espera de quien tiene la autoridad para decidir y dirigir no la ejerce y terminan tomando las decisiones trabajadores que no tienen el rol ni las funciones para tomarlas, la tarea diaria se resiente y no encuentra los canales y circuitos necesarios para resolver los problemas cotidianos.

Cuando los canales formales no existen o se estructuran frágilmente las personas buscan espacios para hablar de lo que les preocupa, sea en espacios informales, de pasillo o haciendo el café sea en espacios más formales de reuniones hechas sin el visto bueno de nadie.

Unos y otros son espacios donde se negocian otros aspectos mucho más sutiles, pero de tanta fuerza y trascendencia como los que se negocian en los espacios formales de reunión.

En estos espacios de frágil contextualización pero de mucha fuerza negociadora se depositan otros aspectos que emergen en toda relación dinámica de una organización.

Lealtades ocultas, fidelidades permanentes, pactos velados son algunos de los ejemplos de relaciones entre trabajadores de las organizaciones que actúan con fuerza, dificultando posibilidades de intervención para la resolución de los problemas o por el contrario, generando relaciones problemáticas que acentúan el malestar del equipo, e impidiendo cualquier posibilidad de cambio o mejora.

Como dice Carmina Puig (2010) en uno de sus artículos sobre el malestar y la desesperanza de los profesionales *“..... Ahora bien, las cosas de que actualmente haya claros indicadores de malestar en estos profesionales serían, en primer lugar, el desencanto sobre el trabajo hecho y sobre las propuestas de lo que queda por hacer y, por otra parte, la insatisfacción provocada por un sentimiento de desajuste entre el que se le exige y las condiciones de trabajo que les proporcionan la instituciones .....*”.

Cuando las organizaciones se mueven preferentemente llevadas por el altruismo, la voluntariedad, la solidaridad y la vocación para una misión o causa social versus el conocimiento de la organización institucional, de los límites de la autoridad, del ámbito de poder, los circuitos para constituir y conformar equipos, la capacidad de liderazgo o la capacidad



de resolver conflictos dentro del ámbito laboral es muy probable que aparezcan sentimientos de cansancio y desesperanza ante el trabajo diario.

### **La enfermedad mental crónica objeto de gestión social**

El objeto de trabajo que tienen estos servicios, la mejora de los enfermos mentales, es duro y difícil de sostener a largo plazo. Enfermedades como la esquizofrenia, el trastorno mental severo son enfermedades crónicas e incapacitantes que tienden a cronificarse y que favorecen que se enquisten los procesos de trabajo de los equipos.

Quedarse encallado en la queja y el malestar es fácil; perder de vista el encargo institucional, también y pretender objetivos inalcanzables todavía más.

El encargo institucional de los clubs sociales es mantener a la persona en su entorno comunitario, ofrecerle actividades a las que se pueda vincular y permitirle patrones relacionales sanos que les ayuden a favorecer su autonomía.

Sin embargo la cronicidad lo que perdura toda la vida es un constructo complejo si lo tenemos como objeto de trabajo. Y muchas de estas entidades trabajan con personas que padecen enfermedades crónicas. Lo crónico aquello que se instala de forma permanente y que dura toda la vida lo que es para siempre, a veces también sirve para obstaculizar procesos de cambio, boicotear supuestos progresos y entorpecer intervenciones profesionales.

Así pues, nos encontramos con un conjunto de servicios sociales comunitarios que trabajan movidos por una gran vocación profesional, en un ámbito de difícil intervención y con pocas herramientas personales y profesionales que les permitan trabajar con cierta calidad asistencial.

Las características del colectivo que atienden estas entidades también es una cuestión a tratar y tener en cuenta por la gravedad de la patología que presenta.

El colectivo de personas con trastorno mental severo, especialmente personas con esquizofrenia con muchos años de evolución y un gran deterioro cognitivo, físico y relacional ya han sido dados de alta por el sistema sanitario. Se les deriva a los servicios gestionados por estas entidades familiares sin mucha esperanza en su mejora y rehabilitación.

Derivarlos al club social es de alguna manera devolverlos a la comunidad y a su propia familia, ya que estos servicios están especialmente gestionados por las asociaciones de familiares.

De alguna manera estas asociaciones juegan un papel en el que quedan ellas mismas atrapadas en la imposibilidad de mejora de la persona; el sistema sanitario legitimado por el estado de bienestar de nuestro país les da el alta y los deriva a las entidades familiares para que hagan lo que ellos ya no pueden hacer. Es decir, nada más que mantenerlos lo más estabilizados posibles en su medio habitual, en su domicilio y en su entorno comunitario.

Por tanto, los profesionales se ven obligados a trabajar en un espacio del proceso de rehabilitación de la persona en el que no ven muchas posibilidades de mejora. Para trabajar durante años bajo el paraguas de este paradigma asistencial que genera impotencia y desesperanza y que invita a estar continuamente rescatando posibilidades de cambio, es imprescindible contar con profesionales que tengan experiencia tanto en el trato con el colectivo a trabajar como en la gestión de los sentimientos de fracaso e impotencia que

todo ello genera. Y a menudo no es el caso.

### **La Supervisión desde el Trabajo Social, un instrumento de creación y construcción del pensamiento**

La supervisión desde el Trabajo Social debería ser un reto para todos los trabajadores sociales a quienes les guste profundizar en este ámbito de la profesión. Se trata de un espacio en el que otras profesiones como psicólogos, psicoanalistas han hecho suyo desde los inicios de la supervisión como instrumento de mejora del trabajo asistencial por el hecho de ser profesiones que el ámbito sanitario ha legitimado y la sociedad les ha otorgado el poder del “saber cómo hacer, cómo entender y cómo resolver los problemas sociales y los problemas institucionales”.

Y no siempre es así.

El Trabajo Social todavía sufre el lastre de ser concebido en según que sectores como una disciplina especializada en la resolución administrativa de prestaciones económicas y en la gestión de recursos sociales y en cambio la autora defiende que tiene un perfil profesional poliédrico, amplio, de muchas miradas y enfoques diversos de la realidad.

El trabajo social es conocedor del trabajo en equipo y de las potencialidades que éste llega a tener, es experto en el trabajo en red y en el trabajo comunitario, posee de un conocimiento amplio de los recursos económicos, sociales, sanitarios, laborales, judiciales que dispone la población.

La profesión de trabajador/a social es también experta en la gestión de las emociones y sentimientos de la persona atendida. Y por último, es conocedora de las características que definen organización de una entidad así como de su gestión financiera, lo que le convierte en una profesión muy completa e interesante para supervisar equipos psicosociales.

En el presente trabajo la autora describe los aspectos trabajados durante un proceso de supervisión anual con los profesionales de un servicio que atiende a personas con trastorno mental severo y que está gestionado por una asociación de familiares.

El trabajo social es una disciplina que permite ver y atender a la persona en su integridad y en su globalidad y por tanto en el ámbito de la supervisión también permite ver al supervisado, sea individual o grupal, desde un enfoque poliédrico que atienda tanto aspectos subjetivos, objetivos como institucionales.

La supervisión desde el trabajo social ha permitido a este equipo plantearse la revisión de algunos aspectos del trabajo asistencial que llevaban a cabo diariamente: sentimientos de desesperanza e impotencia ante el colectivo a atender, confusión entre las funciones pactadas y las exigidas, ambigüedad en la comprensión del encargo institucional, delegación de funciones del presidente de la entidad a la coordinadora del servicio, lazos de afecto que han traspasado los límites de las funciones profesionales, etc.

Este proceso de supervisión que ha durado un año de trabajo les ha permitido experimentar qué significa sentirse supervisado. Han podido tener la experiencia de qué significa tener un espacio donde pensar sobre el trabajo realizado y sobre las dificultades que éste les plantea.

Reconocerse en un espacio en el que el equipo construye un pensamiento propio, con-

ceptualiza un entendimiento conjunto de las dificultades y estrategias que utilizan para atender a las personas, un espacio en el que se muestran sentimientos y emociones hacia los compañeros de trabajo. Reconocerse en el ámbito de las dificultades y en el ámbito de las posibilidades de cambio. Y analizar cómo y porqué motivos estos cambios a veces son difíciles de realizar. Poder analizar qué aspectos son personales y cuáles dependen de las personas que gestionan la entidad o de la administración que los financia. Y después de hacer este análisis detectar en qué medida pueden realizar cambios y qué ámbitos dependen de ellos y en cuáles no tienen ninguna o poca capacidad de influir.

Detectar las capacidades de cada uno de los miembros del equipo y hacer devoluciones en cada una de las sesiones de supervisión de estas capacidades obviadas por ellos y fácilmente detectables desde el espacio de supervisión ha sido una de las técnicas utilizadas por la autora y en las que ha focalizado su atención.

Supervisar a profesionales con una media de siete años de experiencia en el mundo de la salud mental, con clara vocación social que reciben el encargo que les hace la entidad y a la vez sufren las limitaciones de conocimientos y gestión de los familiares que la gestionan. Entidades con una gran causa social a defender pero maltratadas por el tipo de financiación, escasa e inestable, que proviene de la administración pública.

Reconocimiento y agradecimiento son otros de los aspectos que la autora ha trabajado durante las sesiones de supervisión. El reconocimiento a sus capacidades como seres humanos, a sus capacidades como equipo que ama el trabajo y al colectivo a sus posibilidades de cambio, a sus iniciativas de mejorar el trabajo diario, de incorporar aspectos nuevos, externos, como la Supervisión que les ayude a crecer y a mejorar como personas y como profesionales. El equipo de trabajo es un capital humano que hay que cuidar y conservar y que es el instrumento básico de trabajo y el máximo patrimonio que tiene la institución.

Y el agradecimiento, otro aspecto rescatado y valorado, ya que han hecho un agradecimiento constante al espacio de supervisión como un espacio enmarcado por un setting que les ha permitido expresar sentimientos profundos, personales, algunos de dolor y otros de satisfacción. Han encontrado un espacio cerrado, blindado a inclemencias externas, donde la confidencialidad estructuraba su existencia y en el que han hablado con máxima libertad y sin hacerse daño. Y lo han agradecido constantemente.

Recordemos que agradecer es la capacidad de apreciar y valorar lo que se tiene gracias a los demás (Sennet, 2003). Sentir agradecimiento implica reconocer la ayuda brindada por otras personas y desear corresponderles de alguna manera.

La gratitud celebra las conexiones entre las personas y su capacidad innata para intercambiar ayuda. Esta actitud se fundamenta en la convicción de que ningún ser humano es independiente ni autosuficiente y que nada se puede lograr sin la participación directa o indirecta de muchos.

Desarrollar la gratitud nos ayuda a apreciar la belleza y los aspectos positivos de cualquier circunstancia por adversa que pueda ser. Esto aumenta la capacidad de poder aprender y crecer en todas las situaciones. Y este equipo es un equipo agradecido y es importante devolvérselo para que se sienta fuerte y capaz de generar cambios.

Así pues, detectar capacidades en los profesionales, mostrárselas, valorar que son el capital más importante de la entidad, señalar el agradecimiento que muestran hacia el espacio de supervisión han sido los aspectos básicos en los que la autora ha basado su trabajo

durante este año de supervisión psicosocial.

## Conclusiones

*“La supervisión es el análisis de la práctica profesional que realizan los trabajadores de ámbitos psicosociales. Es un trabajo sobre el trabajo, un metatrabajo que se sitúa en la interfaz entre el aprendizaje, la formación, la educación y el apoyo a una organización. La supervisión en intervenciones sociales llevada a cabo por un supervisor externo a la institución, es un proceso y una relación que tiene como objetivo revisar el trabajo profesional y los sentimientos que acompañan la actividad. También ayuda a contrastar los marcos teóricos y conceptuales con la praxis cotidiana.”* nos dice Carmina Puig (2010).

Esta definición de supervisión parece ser una de las definiciones más completas de las existentes en la bibliografía sobre este tema ya que tiene presentes todos los elementos y aspectos que entran en juego en el proceso de supervisión. Tarea y sentimientos, marco teórico y práctica asistencial. Durante el proceso de supervisión se pudo observar cómo la tarea a veces la conceptualiza cada trabajador en base a su experiencia previa y en base a la observación de las funciones que debe desempeñar pero es bastante habitual que, en el movimiento asociativo, no se exprese claramente en el momento de la contratación.

En cuanto a los sentimientos se pudo observar claramente como los lazos de afecto sobre los que se basan las empresas familiares son muy similares a los lazos que unen y vinculan a los profesionales a luchar por una causa social origen de la asociación que gestiona el servicio. Estos lazos de afecto o de solidaridad generan bastantes ambigüedades, al igual que ocurre con cualquier relación que se base en el afecto y el amor. Se ha podido ver en este proceso de supervisión que si bien es cierto que por un lado los lazos de afecto y los sentimientos de estima y aprecio que se desarrollan entre los miembros de la junta familiar gestora y los profesionales del equipo se viven como elemento identificativo, como una causa común que les identifica, también es cierto que por otro lado los profesionales expresan en la supervisión la dificultad que originan estos aprecios a la hora de tener que establecer límites y funciones profesionales y hacerlos cumplir con el objetivo de respetar la tarea laboral.

Esta confusión y fragilidad en la organización de estas entidades hace que los profesionales vean en la supervisión un espacio óptimo para revisar aspectos que los atrapan y no acaban de identificar y funciones profesionales que se presuponen y no se acaban de verbalizar.

La supervisión les ha permitido detectar algunos conflictos relacionales entre diferentes miembros del equipo y si bien el espacio propio de la supervisión no es el espacio adecuado para la resolución de estos conflictos, sí es un espacio suficiente para que los miembros del equipo puedan detectar los conflictos individuales e interpersonales que tienen y con tiempo irlos resolviendo o mejorando.

Es importante trabajar en clave de “proceso” concepto que significa trabajar a lo largo del tiempo y dar tiempo al tiempo. Los cambios personales e institucionales necesitan tiempo para identificarlos; tiempo para detectarlos, tiempo y voluntad para cambiarlos y tiempo y conocimiento para proponer estos cambios.

La supervisión desde el Trabajo Social como espacio de contención de aspectos emocio-

nales a veces desbordados, les ha ayudado a detectar sentimientos de caos, impotencia, fragilidad y desesperanza. Y también les ha dado la posibilidad de descubrir capacidades para construir un equipo que permita y reclame mejoras en la organización institucional.

De la mano de la supervisión y del profesional supervisor han podido entrever que tienen capacidades de cambio, que trabajan en una entidad movida por una causa social con la que ellos pueden o no comulgar, cuestionarse si pueden reducir el número de pacientes atendidos y darse cuenta de que trabajan bajo una presión asistencial que no permite la reflexión del trabajo realizado.

Por último, remitirme a la reflexión que hace Carmina Puig (2011) en uno de sus artículos que nos dice que “*la supervisión es una herramienta, una metodología estructurada que puede hacerse cargo de los eventos y circunstancias de los dos principales sistemas que operan en los profesionales: el profesional y la institución*”.

Según la autora ésta es una reflexión que engloba todos los aspectos que pueden trabajarse en un proceso de supervisión desde el trabajo social.

Y ya para finalizar decir que la supervisión es una herramienta que se muestra especialmente útil para cuidar a los profesionales y a las organizaciones. Permite identificar, analizar y comprender las dinámicas de las organizaciones así como desarrollar las destrezas profesionales necesarias para que éstos puedan trabajar con mayor bienestar. La supervisión ofrece un espacio de formación y apoyo para elaborar situaciones de dificultad y promover el desarrollo de habilidades y competencias que se dirijan a mejorar resultados y lograr una mayor eficiencia profesional.

## Bibliografía

Barembli, V. (1993) *Diálogos con Valentin Barembli*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 13(123-145) Madrid: AEN

Barembli, V. (1997). *Supervisión de equipos sanitarios en distintas instituciones*. Trabajo presentado en las V Jornadas Nacionales de APAG, San Sebastián.

Biestek, F. P. (1966). *Las relaciones de case work*. Madrid: Editorial Aguilar.

Bleger, J. (1971). *Temas de psicología*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Bleichmar, H. (1999). *Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro*. Aperturas Psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis. 2.

Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome del bournout. Que es y como superarlo*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Boszormenyi-Nagy, I Spark, G (2003) *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bruner, J. (1984). *Acción, pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alianza editorial.

Cademartori, F., Campos, J., Seiffer, T. (2007). *Condiciones de trabajo de los trabajadores sociales*. Buenos Aires: Espacio editorial.

Caplan, G. (1997). *Consulta y colaboración en salud mental*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Darder, M., Vázquez, C. (1998). *La relación en la atención personal*. Revista de Interven-

ción Socioeducativa. 10, pp. 29-40.

Escartín, M. J. (1997). *Introducción al trabajo social II*. Alicante: Editorial Aguaclara.

Fernández, J. (1997). *La supervisión en el trabajo social*. Paidós Trabajo Social 4. Barcelona.

Ginebra, J. (1997) *Las empresas familiares. Su dirección y continuidad*. México: Panorama.

Grinberg, L., (1986). *La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica*. Madrid: Tecnop

Hernandez Aristu, J. (1991). *Acción comunicativa e intervención social*. Madrid: Editorial Popular.

Hernández Aristu, J. (ed.). *La supervisión: calidad de los servicios*. (pp. 47-70). Pamplona: Ediciones Eunete.

Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Leal, J. (2001) *Cuidarse, cuidar, ser cuidado*. La soledad del cuidador. III Jornada Centro Alberto Campo Barcelona: CRIPS

Leal, J. (2006) *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental* Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. Madrid.

Linares, J. (1996). *Identidad y narrativa de la terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Longres, J. (1976). *Introducción a la supervisión*. Barcelona: GITS, Universitat Autònoma de Barcelona.

López Atienza, J. L. (1997) *Reflexiones sobre el equipo y el trabajo en equipo*. 6(21-27). Vizcaya: APAG.

Mintzberg, H. (1999) *La estructuración de las organizaciones*. Madrid: Ariel.

Páez, C. (2013) *El Club Social: un servicio social especializado para personas con trastorno mental severo, un servicio joven e innovador*. Revista Agathos, atención sociosanitaria y bienestar, nº4. Barcelona.

Porcel, A., Vázquez, C. (1995). *La supervisión: espacio de aprendizaje significativo e instrumento para la gestión*. Zaragoza: Editorial Certeza.

Puig Cruells, C. (2005). *El malestar de los profesionales, el agotamiento y la importancia de la supervisión*. Trabajo social y salud. 50, pp. 11-26.

Puig Cruells, C. (2010) *Del supervisar y de la supervisión en la intervención social*. Revista de Treball Social, 189(56-67). Barcelona: Col.legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents socials de Catalunya.

Puig Cruells, C. (2011). *La supervisión de los equipos de servicios sociales: una oportunidad para la reflexión, el pensamiento y el cuidado de los profesionales*. Cuadernos de Trabajo Social, 24,(123-133). Madrid: Universidad Complutense.

Puig Cruells, C. (2011). *Trabajo social y supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales*. Documentos de Trabajo Social,49,(47-73) Málaga: Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga.

Puig Cruells, C. (2010). *La supervisión en la intervención social. Un instrumento para la ca-*

lidad de los servicios y el bienestar. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Salzberger-Wittemberg, I. (1970). *La relación asistencial*. Buenos Aires: Amorrortu Editoriales.

Sánchez Pardo, L. (1988). *La supervisión en trabajo social: documentos para el debate*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Sennet, R. (2003). *El Respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de la desigualdad*. Barcelona: Anagrama.

Tonnon, G. Robles, C., Meza, M., (2004). *La supervisión en trabajo social. Una cuestión profesional y académica*. Buenos aires: Espacio Editorial.

Tschopp, F., Kolly-Ottiger, S., Monnier, S. (2008). *Supervisión e intervención: espacio de reflexión para los profesionales*. Políticas sociales en Europa. 23, pp. 29-42.

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder Editorial.

## **Impacto de las políticas de envejecimiento activo en la calidad de vida. Análisis en el CPA de Jódar (Jaén)**

**Pedro García Francés**

Trabajador Social en el en el Centro de Participación Activa para personas mayores de Loja (Granada)

### **Resumen**

La necesidad de conocer la concreta correlación entre las acciones de envejecimiento activo y la calidad de vida en las personas mayores justifica la investigación -en la que se basa el presente artículo- cuya muestra ha estado compuesta por los/as participantes en los distintos talleres desarrollados en el Centro de Participación Activa para Personas Mayores<sup>1</sup> de Jódar (Jaén). Para ello, y a través de la Escala FUMAT -y otras variables ad hoc-, el estudio plantea como cuestión central el análisis del nivel de calidad de vida entre estas personas de acuerdo con su grado y tipología de participación en los talleres del Centro.

Los resultados obtenidos ofrecen -entre otras cuestiones que serán abordadas más adelante- altas puntuaciones de calidad de vida para ambos grupos, aunque el percentil de índice de calidad de vida es superior -en 9,3 puntos- entre las personas que participen exclusivamente en los talleres de envejecimiento activo y quienes lo hacen en el resto de talleres -87,1 frente a 77,8- descendiendo -hasta los 6,1 puntos- respecto al grupo de personas que participa en ambas categorías de talleres.

### **Palabras claves**

Personas mayores, calidad de vida, centros de participación activa para personas mayores, participación, envejecimiento activo.

### **Abstract**

The need to know the specific correlation between the actions of active ageing and the quality of life in the elderly justifies the study -on which the present article is based- whose sample consists of participants of several workshops hosted by the CPA, an elderly centre for active participation, in Jódar (Jaén, Spain) stems to know the concrete correlation between the actions to promote and develop active ageing and the elderly quality of life. The central issue of the study is the analysis -through the FUMAT Scale and other ad hoc variables- of the level of quality of life among the participants involved according to their degree and typology of participation in CPA's workshops.

The results show that both groups have a high quality of life, although the percentile for quality of life among those that only participated in ageing workshops is 9.3 points higher than those who participated in the rest of workshops -87.1 to 77.8

.....  
<sup>1</sup> CPA, en adelante.



points–, and 6.1 points higher than those who participated in both categories.

### Keywords

Elderly, quality of life, elderly centres for active participation, participation, active ageing.

### Introducción

Cuestiones y conceptos como bienestar, empoderamiento, desarrollo, autodeterminación y calidad de vida, son las imprescindibles caras que componen el poliedro multidimensional que resulta del envejecimiento activo que, a su vez, queda sostenido mediante sus pilares básicos: seguridad, salud, participación y formación.

A través del envejecimiento activo se pretende convertir a este proceso en una experiencia positiva, surgiendo a partir de su definición por parte de la OMS (2002) que lo consideró “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

Los determinantes del envejecimiento activo son: económicos, sociales, físicos, personales, conductuales, sanitarios y relacionados con el ámbito de los Servicios Sociales, teniendo además a la cultura y al género como determinantes transversales (OMS, *ibid*). El envejecimiento activo, por tanto, debe orientarse a potenciar las capacidades de la persona mayor mientras envejece con el fin último de poder disfrutar de una vida plena. Y todo ello tendría que fusionarse con el concepto de ciudadano/a, garantizando la continuidad de su vida autónoma e independiente, saludable y en armonía con su entorno social a través de la participación.

Constituye una visión en la que las personas mayores han pasado de ser objetos pasivos de intervención a protagonistas de su propio proceso de envejecimiento, reconociéndoseles su derecho a la igualdad de oportunidades y a la autodeterminación.

Para lograr el éxito de las políticas de envejecimiento activo es necesario contar con los servicios ofertados por los poderes públicos a las personas mayores para su desempeño y, en esto, los Centros de Participación Activa para Personas Mayores y la figura del/de la profesional del Trabajo Social tienen un papel básico por sus objetivos y metas pero, sobre todo, por su filosofía y por la especificidad del perfil poblacional con el que trabaja.

De este modo, conviene visualizar la diferencia en cuanto a la definición de este tipo de Centros desde sus inicios normativos en nuestra Comunidad Autónoma, con la Orden de 28 de Noviembre de 1985, cuando se refería a ellos de la siguiente manera: “Los Centros de Día (Hogares y Clubs) son establecimientos abiertos en los que se prestarán todos los servicios necesarios para fomentar el bienestar social y la integración comunitaria de sus usuarios”, mientras que de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 72/2012, de 20 de Marzo, por el que se aprueba el Estatuto de los Centros de Participación Activa para Personas Mayores, los CPA’s se han convertido en “centros de promoción del bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, configurándose de modo primordial como un instrumento esencial para la promoción y desarrollo del envejecimiento activo, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de servicios sociales a

otros sectores de la población en el ámbito del envejecimiento activo” (Calmaestra, 2012).

Este tipo de centros cuentan con una programación anual de actividades<sup>2</sup> que tiene el fin de lograr los objetivos planteados en los principios rectores de la política social con personas mayores en Andalucía (Rubio y Muñoz, 1993). Desde el CPA de Jódar (Jaén) -en el que se ha realizado el trabajo de investigación en el que se basa el presente artículo- se realizan muy diversas actividades; la oferta de talleres<sup>3</sup> la componen informática -en tres niveles-, gimnasia de mantenimiento -con cuatro grupos-, pintura al óleo, pintura en tela, fotografía digital, tertulia del librepensamiento, teatro, lectoescritura, juegos de mesa, baile y bingo; además, se realizan conferencias temáticas, concursos gastronómicos, viajes, semanas culturales,..., y se prestan servicios -a través de concesionarios -de cafetería, peluquería y podología-, todo ello, a partir del presupuesto anual proveniente de la Delegación Territorial en Jaén de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y de la cofinanciación resultante de las aportaciones de los/as participantes en algunos de los talleres y actividades del Centro.

Respecto a los talleres realizados, es necesario especificar que los de gimnasia de mantenimiento, informática, fotografía digital, librepensamiento, teatro, pintura al óleo y en tela y lectoescritura -debido a sus características, objetivos y metodología de impartición- se considerarán dentro del grupo de envejecimiento activo para la investigación, requisito que no cumplen los talleres de bingo, juegos de mesa y baile.

Abordar el concepto de calidad de vida y relacionarlo con el grado y la tipología de participación de los/as socios/as y usuarios/as de los Centros de Participación Activa -en este caso con el del municipio de Jódar (Jaén)- viene motivado por la necesidad de crear un marco de referencia conceptual descriptivo para evaluar la calidad de vida en las políticas estructurales de envejecimiento activo en estos Centros -que constituyen la piedra angular en materia de Servicios Sociales en cuanto a los recursos destinados a este propósito se refiere-, al suponer un criterio válido y eficaz para evaluar mencionadas estrategias que, en algunos casos, aún se encuentran en proceso de implantación, y porque facilita el camino hacia el constructo político social que diseñe, establezca e implemente políticas de envejecimiento activo real, dirigidas de manera directa y concreta a la mejora e incremento de la calidad de vida en el colectivo de las personas mayores.

El concepto de calidad de vida se viene estudiando e intentando acotar y concretizar desde hace más de medio siglo y, a pesar de que en sus inicios se relacionaba con el medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida en las ciudades, poco después, y ante la necesidad de medir las consecuencias del modelo productivo capitalista industrializado, comenzó con el desarrollo de indicadores sociales y estadísticos para medir el bienestar social de la población, aumentando su grado de interés en la investigación y la práctica de los servicios sociales desde la década de los ochenta en adelante (Verdugo, Gómez y Arias, 2007). En el ámbito académico, su origen surgió a partir de la Escuela de Chicago en los sesenta (Rojo, 2009).

Las principales conceptualizaciones del término calidad de vida nos las encontramos por parte de Borthwick-Duffy (1992) y Felce y Perry (1995) (citados por Pérez, De Juanas, Cuenca, Limón, Lancho, Ortega y Muelas, 2013), siendo definida como: la calidad de las

.....  
2 Planificada por la dirección del Centro en apoyo del/ de la trabajador/a social, tras la elevación de propuestas de la Junta de Participación y Gobierno y después de la modificaciones o innovaciones llegadas por parte de la Asamblea General.

3 Un 37,5% de los talleres de envejecimiento activo son desarrollados por personas mayores voluntarias con conocimientos en las materias impartidas. Si se contabilizan todos los tipos de talleres, el porcentaje de monitores/as voluntarios/as asciende al 54,5%.

condiciones de vida; la satisfacción experimentada por la persona con estas condiciones; la combinación de componentes objetivos y subjetivos -calidad de vida y satisfacción-; y como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Sin embargo, y ante la múltiple variedad de definiciones y conceptualizaciones, se ha visto conveniente el establecimiento de un marco conceptual que homogeneice los ámbitos e indicadores incluidos en el concepto (Verdugo, Canal, Jenaro, Badía y Aguado, 2012).

Respecto a los modelos de calidad de vida, el más citado hoy día en la órbita científica y el que cuenta con mayor número de evidencias acerca de su validez es el diseñado por Verdugo y Schalock (2003) (Verdugo, Canal, Jenaro, Badía y Aguado, 2012). Este modelo de calidad de vida se operativiza mediante las dimensiones que se detallan a continuación -cada una de ellas con sus correspondientes indicadores-:

- Bienestar físico: salud, actividades de la vida diaria, atención sanitaria y ocio.
- Bienestar emocional: satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés.
- Relaciones interpersonales: interacciones, relaciones y apoyos.
- Inclusión social: integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales.
- Desarrollo personal: educación, competencias profesionales y desempeño.
- Bienestar material: estatus económico, empleo y vivienda.
- Autodeterminación autonomía, metas / valores personales y elecciones.
- Derechos: Derechos Humanos y derechos legales.

### **Desarrollo de la investigación. Metodología.**

El ámbito de interés de esta investigación reside en las Ciencias Sociales, en especial en el campo de los Servicios Sociales y del Trabajo Social, por lo que se ha escogido la realización de una investigación social de carácter descriptivo -transaccional- desarrollada a partir de la metodología cuantitativa basada en el método no experimental con la intención de facultarla para conseguir un acercamiento sistemático al objeto de estudio.

Su finalidad es llevar a cabo un análisis de la calidad de vida de las personas mayores -básandonos en el concepto multidimensional de calidad de vida a través de la Escala FUMAT de Verdugo, Gómez y Arias (2009) e introduciendo diversas variables e indicadores ad hoc complementarios y específicos- en función del grado y tipología de participación en los talleres del Centro de Participación Activa para Personas Mayores de Jódar (Jaén) -ya sean de envejecimiento activo o no-.

La muestra escogida la componen las personas participantes de los diferentes talleres del CPA que obtuvieron una puntuación de entre noventa y uno y cien en el Índice de Barthel -garantizando así unas condiciones iniciales de autonomía personal muy similares en toda la muestra poblacional-. En este caso se partió de un tipo de muestra probabilística, en el que el Universo (N) era igual a la Muestra (n) estando compuesta por 135 personas, con un margen de error del 0,1% y un nivel de confianza del 99,9%.

Las técnicas escogidas en la recogida de la información en la presente investigación han sido la observación y la entrevista a través de dos cuestionarios -ver anexos-, el correspondiente al Índice de Barthel y, sobre todo, el de la Escala FUMAT, a la que se le ha introducido algunas variables. Ambas Escalas han sido validadas científicamente a nivel internacional y su utilización se encuentra totalmente extendida entre instituciones públicas y privadas de nuestro país.

El Índice de Barthel, es una de las escalas más utilizadas y contrastadas para la medición del grado de autonomía/dependencia personal a través de la medición de las limitaciones en la realización de las más importantes actividades básicas de la vida diaria (Valderrama y Pérez, 1997).

Su administración fue a cada miembro de los talleres y la obtención de una puntuación superior a noventa fue condición *sine qua non* para pertenecer a la muestra poblacional y, por tanto, para la aplicación del segundo cuestionario.

La Escala FUMAT<sup>4</sup> ha supuesto la herramienta clave para la medición de la calidad de vida de los/as participantes en los diferentes talleres del CPA de Jódar. Ha sido el instrumento seleccionado para ello debido a su carácter más social frente a otros -como el CUBRECAVI o el WHOQOL-BREF- y por ser específico para personas mayores -y/o personas con discapacidad- usuarios/as de Servicios Sociales (Verdugo, Gómez, Arias y Navas, 2010) y estar validado por la Universidad de Salamanca (a través del Instituto INICO). El/la informador ha de cumplir con los requisitos de que ha de ser aplicada por una persona especializada con estudios universitarios -con perfil profesional en Servicios Sociales- de un mínimo de tres años, ha de estar familiarizado/a con el concepto de calidad de vida, debe de poder realizar la labor de observador/a externo y ha de trabajar en el centro o lugar donde se va a realizar el estudio, además de conocer a la personas que conformen la muestra durante, al menos, más de tres meses.

Esta Escala mide la calidad de vida a partir de cincuenta y siete ítems distribuidos en las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida de Verdugo y Schalock (op.cit), estando enunciados en tercera persona y debiendo de responderse utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones -nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre o casi siempre-; en caso de dificultad para contestar alguna de las cuestiones planteadas, se ha de responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos -totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, acuerdo y totalmente de acuerdo-.

Se ideó para ser auto-administrada por el/la informador/a, pero para esta investigación el procedimiento se complementó además con una entrevista a cada persona que componía muestra poblacional y con entrevistas a familiares y/o amigos/as en los casos en que fue necesario para la cumplimentación de algunos ítems que no quedaban clarificados con los procedimientos anteriores<sup>5</sup>. Tras comprobar que todas las cuestiones han sido respondidas y completadas, el/la informador/a ha de puntuar e interpretar los resultados a partir de la metodología concreta en la que se combinan puntuaciones directas, puntuaciones estándar, percentiles de las dimensiones, el índice de calidad de vida y el percentil de dicho índice (Verdugo, Gómez y Arias, op. cit.).

.....  
<sup>4</sup> A la que se le han añadido nueve variables *ad hoc* para este estudio.

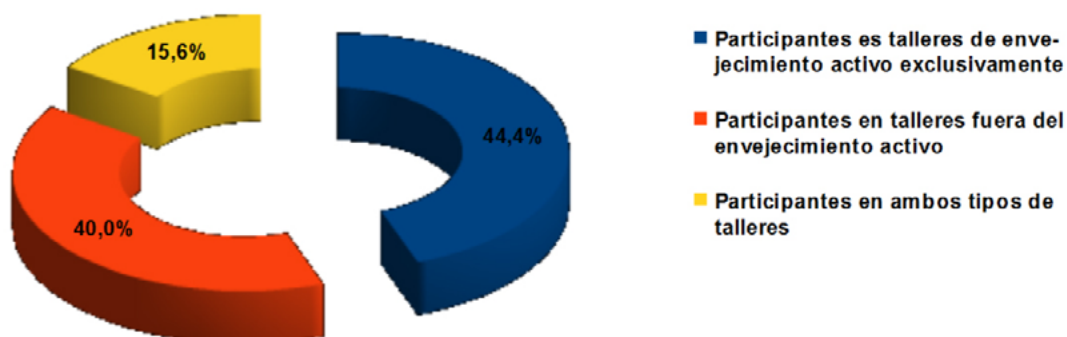
<sup>5</sup> Desarrollándose las entrevistas personalizadas -en el primer trimestre de 2014- en el despacho del trabajador social del CPA garantizándose la confidencialidad de los datos a lo largo de todo el proceso investigador.

## Resultados

En este apartado se muestran los datos obtenidos del estudio representados mediante gráficas para facilitar su visualización. Se han utilizado el Libre Oficce Calc y el GNU PSPP statistical analysis software para la tabulación de los datos y la posterior obtención de tablas y gráficos con el fin de presentar los resultados obtenidos.

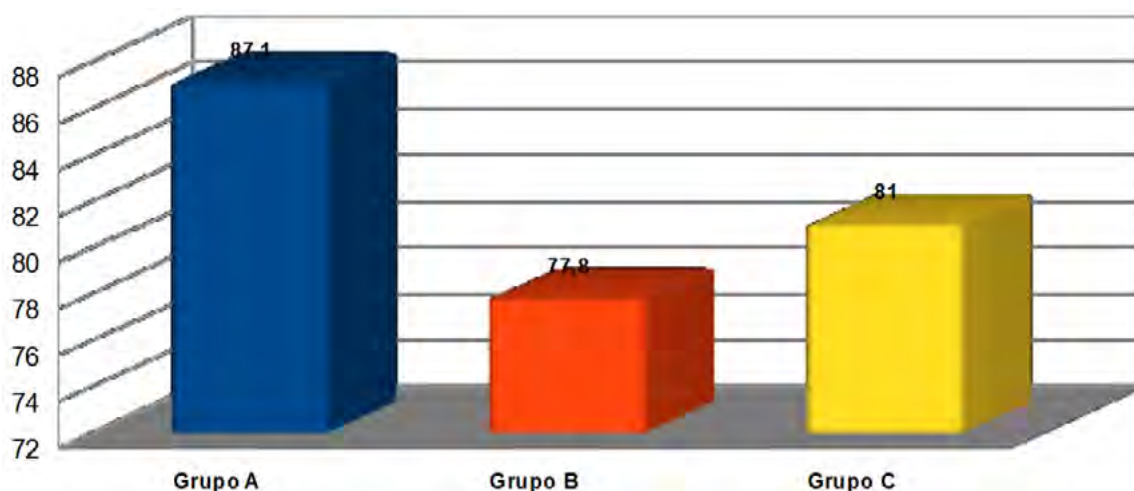
Este primer gráfico ofrece los porcentajes de participación de socios/as y usuarios/as en los diferentes tipos de talleres realizados en el CPA de Jódar (Jaén). Así, un 44,4% participa sólo en talleres de envejecimiento activo -informática, gimnasia de mantenimiento, pintura al óleo, pintura en tela, fotografía digital, tertulia del librepensamiento, teatro y/o lectoescritura-, un 40% lo hace exclusivamente en los enmarcados fuera del grupo de envejecimiento activo -juegos de mesa, baile y bingo- y un 15,6% hace lo propio compaginando su asistencia a talleres de las dos tipologías.

Gráfico 1. Distribución de los/as asistentes por grupos



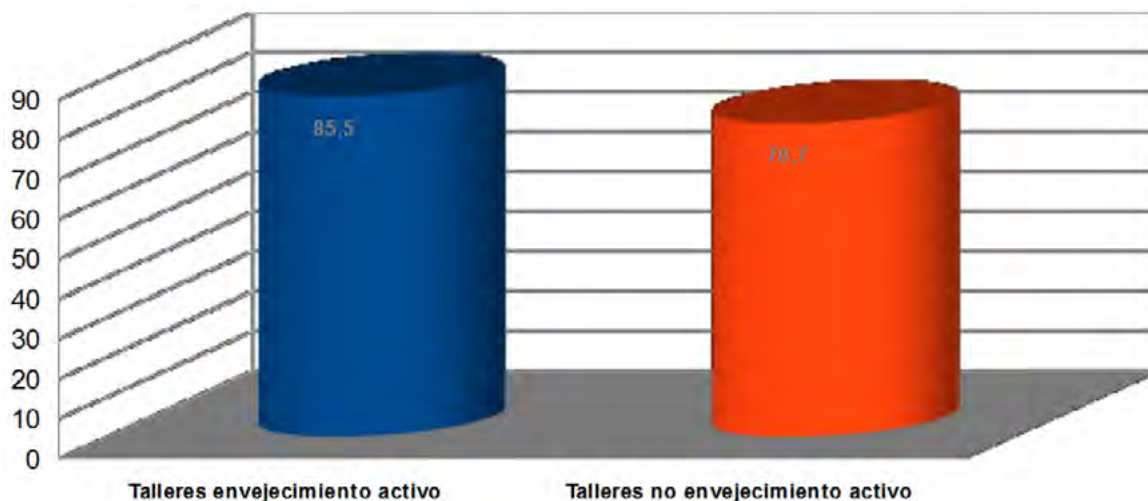
En el gráfico 2, se presentan los índices de calidad de vida de cada uno de los grupos haciendo referencia a la clasificación mencionada en el gráfico anterior. La puntuación más alta (87,1 sobre 100) es la obtenida por quienes participan exclusivamente en los talleres de envejecimiento activo, siendo la más baja la de quienes lo hacen sólo en los que no son de envejecimiento activo (77,8), estando entre ambos quienes participan en los dos tipos de talleres (81).

Gráfico 2. Índice de calidad de vida por grupos específicos



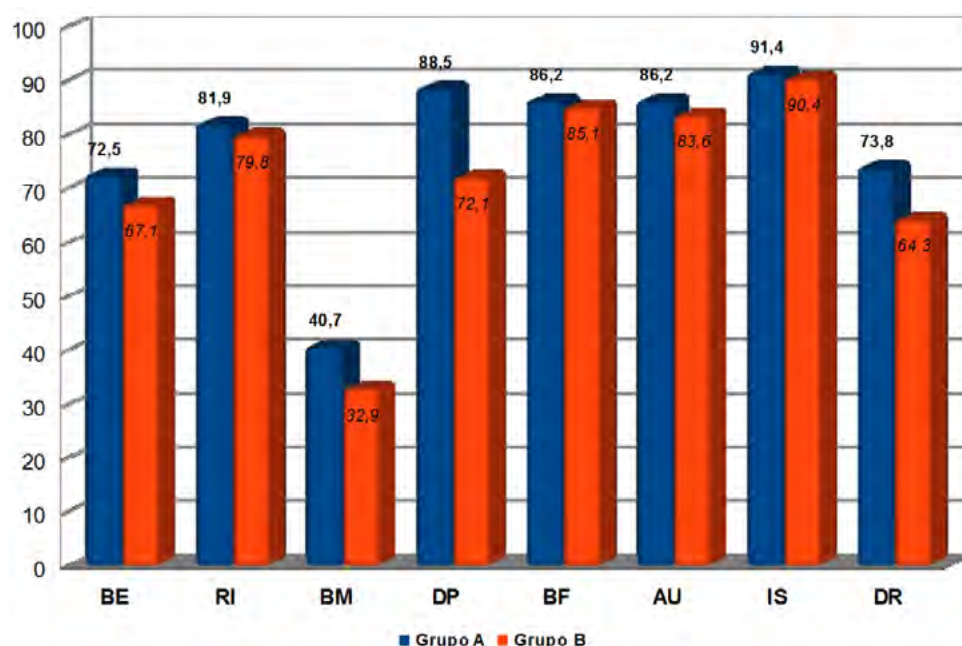
El tercer gráfico, que complementa al anterior, expone las puntuaciones de los grupos en los que se basa el estudio -y que integran ya las medias reales incorporando las puntuaciones del anteriormente denominado grupo C. Por consiguiente, muestra como la puntuación global del grupo de envejecimiento activo supera en 6,8 puntos al otro -obteniendo puntuaciones de 85,5 frente a 78,7-

**Gráfico 3. ÍCV según participación en talleres de envejecimiento activo o no**



Finalmente, se ofrecen las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones que han compuesto la evaluación global de la calidad de vida de las personas que han participado en el estudio. En todas y cada una de las ocho dimensiones el grupo de participantes en los talleres de envejecimiento activo obtiene puntuaciones superiores, encontrándose las diferencias más notables en las dimensiones de bienestar emocional (5,4), material (7,8), desarrollo personal (16,4) y derechos (9,5), y las menores en las de relaciones interpersonales (2,1), bienestar físico (2,6), autodeterminación (2,6) e inclusión social (1).

**Gráfico 4. Dimensiones por grupo**



## Discusión

En este apartado se desarrollan la confrontación de los resultados obtenidos en el estudio teniendo presentes los objetivos del trabajo y las correspondientes conclusiones extraídas.

La mayoría de los talleres impartidos en el Centro son de envejecimiento activo (72,7%) aunque el número de participantes en ellos en exclusiva es del 44,4% -junto a un 15,6% que asiste también a los talleres no enmarcados en esta premisa-.

La distribución de los/as asistentes por grupos viene a mostrar que un 84,4% de ellas participa exclusivamente en talleres de envejecimiento activo o en los que sitúan fuera de él, mientras que sólo un 15,6% lo hace en ambos tipos simultáneamente. Esto puede deberse -además del interés personal de cada cual a un taller u otro- a la fragmentación estereotipada existente en el Centro y extendida por los/as propios/as socios/as y usuarios/as de diferenciación de estatus social entre un grupo y otro, aunque ni las variables educativas ni económicas la sostienen.

Centrándonos en el ámbito de la calidad de vida, no se ha realizado hasta el momento ninguna investigación científica que analice la calidad de vida de las personas mayores en relación con su participación en talleres de envejecimiento activo frente al resto de talleres y, menos aún, centrándose de manera específica en los CPA, los centros de Servicios Sociales Especializados en materia de envejecimiento activo por excelencia.

Destaca el alto índice de calidad de vida de los/as participantes, aunque existen importantes diferencias entre los grupos mencionados. Así, quienes participan exclusivamente en talleres de envejecimiento activo alcanzan un índice de calidad de vida el 87,1 frente a 77,8 de los/as que lo hacen sólo en la otra categoría de talleres -es decir, 9,3 puntos de diferencia a favor de los/as primeros/as-, mientras que quienes lo hacen en ambos a la vez puntúan 81. Por consiguiente, y ciñéndonos únicamente a los dos grupos objeto de estudio, la diferencia se reduciría a 8,8 puntos (85,5 frente a 78,7) al incluir al tercer grupo en los dos anteriores. Esta diferencia validaría la tesis -no demostrada científicamente de manera específica hasta el momento- de que las políticas de envejecimiento activo suponen el incremento de la calidad de vida en las personas mayores, llegando más allá de la Teoría de la Actividad a partir de la cual no tendrían por qué existir diferencias significativas entre ambos grupos.

En referencia a las diferencias en las puntuaciones del Índice de calidad de vida en cada dimensión, destaca la supremacía en todas ellas del grupo de envejecimiento activo, quedando de la siguiente manera la distancia -en orden descendente- entre ambos grupos: desarrollo personal (16,4 puntos), derechos (9,5), bienestar material (7,8), bienestar emocional (5,4 puntos), autodeterminación (2,6), relaciones interpersonales (2,1), bienestar físico (1,1) e inclusión social (1).

Las mínimas diferencias en las dimensiones de inclusión social, bienestar físico y relaciones interpersonales quedan fundamentadas por la Teoría de la Actividad (Oddone, 2013); la aparecida en la dimensión de bienestar emocional no concuerda con las investigaciones en las que se relaciona la moral alta en las personas mayores con un nivel alto de actividad (Maddox, 1968); las existentes en la de bienestar material se encuadra en hechos como que el 87,5% de todos/as los/as participantes con formación académica universitaria, con bachillerato y con educación secundaria pertenecen al grupo de envejecimiento activo; y

las disparidades producidas en desarrollo personal, derechos y autodeterminación vienen directamente relacionadas con la implementación y los resultados de las políticas de envejecimiento activo.

A la vista del estudio realizado y en consonancia con los objetivos planteados, se han obtenido las siguientes **conclusiones**:

A modo general, las personas participantes en los talleres han obtenido una valoración alta en el índice de calidad de vida, alcanzando un percentil de 82,5, distribuyéndose por dimensiones con los siguientes valores (sobre cien): 70,1 en bienestar emocional, 80,8 en relaciones interpersonales, 37,8 en bienestar material, 80,5 en desarrollo personal, 85,6 en bienestar físico, 85,1 en autodeterminación, 90,8 en inclusión social y 82,5 en derechos.

No obstante, y centrándonos en los grupos planteados en la investigación, el índice de calidad de vida es más elevado -hasta 9,3 puntos- entre las personas que participan en exclusiva en los talleres de envejecimiento activo y quienes hacen lo propio en los que se encuadran fuera de este sector -87,1 frente a 77,8- disminuyendo -hasta los 6,1 puntos- en relación con el grupo de personas que participa en ambas categorías de talleres.

Por ello, podemos concluir que las políticas de envejecimiento activo tienen una relación directa con el aumento del índice de calidad de vida, traspasando los límites de las tesis de la Teoría de la Actividad.

El grupo de personas participantes en los talleres de envejecimiento activo obtuvo puntuaciones más altas en todas las dimensiones de calidad de vida del estudio con diferencias notables en la mayoría de ellas: desarrollo personal (16,4 puntos), derechos (9,5), bienestar material (7,8), bienestar emocional (5,4 puntos), autodeterminación (2,6), relaciones interpersonales (2,1), bienestar físico (1,1) e inclusión social (1).

## Bibliografía

- CALMAESTRA, P. (2012). “Los Centros de Día de mayores en la provincia de Jaén”. *NUDOS Servicios Sociales*, 7: 175-191.
- MADDOX, G.L. (1968). Persistence of life style among the elderly: A longitudinal study of patterns of social activity in relation to life satisfaction. En *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- ODDONE, M.J. (2013, 28 de Septiembre). “Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo”. *Informes Envejecimiento en Red*, 4. Recuperado el 13 de Febrero de 2014, de [envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf)
- OMS (2002). “Envejecimiento Activo. Un marco político”. Recuperado el 23 de Febrero de 2014 de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- PÉREZ, G., DE JUANAS, Á., CUENCA, E., LIMÓN, M.R., LANCHO, J., ORTEGA, M.C. y MUELAS, Á. (2013). *Calidad de Vida en personas adultas y mayores*. Madrid: UNED.
- ROJO, F. (Coord.) (2009). *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- RUBIO, R. y MUÑOZ, J. (Comp.) (1993). *Gerontología Social. Perspectivas teóricas y de*



intervención. Jaén: Diputación Provincial de Jaén.

- VALDERRAMA, E. y PÉREZ, J. (1997). “Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 32: 297-306.
- VERDUGO, M.A. y SCHALOCK, R. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza editorial.
- VERDUGO, M.A., GÓMEZ, L.E. y ARIAS B. (2007). “La Escala Integral de Calidad de Vida. Desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas”. *Siglo Cero. Revista Española sobre discapacidad intelectual*. 224: 37-56.
- VERDUGO, M. Á; GÓMEZ, L. E y ARIAS, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores: La escala FUMAT*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- VERDUGO, M. A., GÓMEZ, L. E., ARIAS, B. y NAVAS, P. (2010). Aplicación del paradigma de calidad de vida: construcción de escalas de evaluación e investigación. En *Aplicación del paradigma de calidad de vida* (19-38). Salamanca: INICO.
- VERDUGO, M.A., CANAL, R., JENARO, C., BADÍA, M. y AGUADO A.L. (2012). *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral*. Salamanca: INICO.

## **Análisis de los problemas del desempleo según los jóvenes europeos: Iniciativas laborales y participación social**

**Concepción Castro Clemente**

Profesora tutora UNED

**Esther Rodríguez López**

Profesora-Colaboradora Máster “Estudios Interdisciplinares en Adolescencia y Juventud”. UNED

### **Resumen**

El estudio aborda el problema del desempleo juvenil analizado por jóvenes europeos procedentes de distintos países: Georgia, Austria, Serbia y España. Se realizó un encuentro de 9 días de duración con 29 jóvenes de edades comprendidas entre los 18 y 25 años. La metodología empleada fue la investigación cualitativa con la finalidad de explorar y profundizar cómo esta situación es percibida e incorporada en los relatos de la juventud. Se abordaron dos líneas de trabajo relacionadas en la integración de la juventud en el mercado laboral: emprendimiento social y promoción a la ciudadanía activa. Los resultados obtenidos muestran una fuerte correlación y afinidad de objetivos e intereses comunes entre los jóvenes que, aun teniendo procedencias, idiosincrasias, antecedentes históricos y niveles diferentes de bienestar social, comparten las mismas inquietudes y motivaciones en promover acciones de inclusión laboral. Proponen la creación de empresas sociales como una alternativa al desempleo juvenil que, a su vez, facilitaría su inclusión a una ciudadanía activa y plena en la sociedad.

### **Palabras claves**

Desempleo juvenil, jóvenes europeos, emprendimiento social, ciudadanía activa juvenil, iniciativas laborales.

### **Abstract**

The study addresses the problem of youth unemployment analyzed by young Europeans from different countries: Georgia, Austria, Serbia and Spain. A nine-day meeting was held with 29 young people aged between 18 and 25 years. The methodology used was a qualitative research in order to explore and deepen how this situation is perceived and incorporated into the stories of youth. Two lines of work related to the integration of youth in the labor market were addressed: Social entrepreneurship and promoting active citizenship. The results show a strong correlation and affinity of common goals and interests among young people who, having origins, idiosyncrasies, historical background and different levels of social welfare, share the same concerns and motivations in promoting workplace inclusion actions. They propose the creation of social enterprises as an alternative to youth unemployment, which, in turn, would facilitate their inclusion in an active and full citizenship in society.

## Keywords

Youth unemployment, young europeans, social entrepreneurship, active citizenship, employment initiative.

Uno de los fenómenos más importantes y característico en este siglo es la elevadísima tasa de paro juvenil en los países más industrializados del planeta, son los más jóvenes uno de los colectivos más perjudicados. Este hecho, junto con la precariedad de la oferta laboral, elevada temporalidad y condiciones de trabajo negativas, exige nuevos retos en la manera de abordar las cuestiones relativas a la integración de la juventud en el mercado laboral.

En el año 2013, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) presentó un informe sobre las tendencias mundiales del empleo juvenil. El estudio estimó la tasa de desempleo juvenil en unos 73,4 millones en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. Se calcula que en 2018, la relación mundial empleo-población juvenil se situará en un 41,4 por ciento (OIT, 2010).

Actualmente, los jóvenes, sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social, de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás, solicitan tener un papel más relevante socialmente. Nuestros jóvenes están cambiando sus valores y la forma de afrontar su juventud. El valor de la independencia, pieza vital para asegurar una nueva etapa cargada de expectativas, proyectos y ganas de desarrollar sus capacidades y competencias, se está viendo mermada. A su vez, está teniendo una consecuencia directa sobre su integración social, cohesión social y futuro en la sociedad. Están en un continuo riesgo de impactos negativos motivados por el ritmo vertiginoso de la vida e influencia de los medios en sus vidas. Se ha generado una suerte de generaciones desencantadas en las que pesa una desconfianza en la sociedad y en sus resortes, tanto por el panorama político vivido como por el económico. (Bronfenbrenner, 1979).

Estas circunstancias inciden en los niveles de participación social de los jóvenes en los últimos años, han bajado a niveles mínimos. Factores socioeconómicos, desmotivación y futuro incierto inciden en su desinterés de participación en actividades sociales-educativas. Todo este proceso se produce con independencia de los niveles de cualificación.

Es necesario, por tanto, realizar una aproximación exploratoria con nuestros jóvenes que nos permita conocer en profundidad sus perspectivas y alternativas sobre las cuestiones relativas al empleo y mercado de trabajo específicas a cada contexto nacional.

Ante este contexto planteado, la Asociación Antiguos Alumnos de Trabajo Social de la UNED (A3TSU), abordó un análisis cualitativo y estudio de opinión específicos referidos a la población objeto de estudio. Mediante un encuentro juvenil europeo, pensado por y para los jóvenes, desarrollado en Madrid del 5 al 13 de noviembre de 2013 bajo la denominación “Ideas Empresariales”, se profundizó en las consecuencias que este escenario supone para la cohesión social y el conjunto de la sociedad.

El proyecto fue financiado por el Fondo Europeo dentro del Programa Juventud en Acción (ES-31-E57-2013-R2) en colaboración con INJUVE, Agencia Nacional Española y Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad Autónoma de Madrid.

A los jóvenes participantes europeos, de edades comprendidas entre 18 y 25 años, se les solicitó representar a sus países en un marco global de intercambio. Iniciativa social que pretendía ser un laboratorio de ideas donde los jóvenes de diferentes países, España, Georgia, Austria y Serbia se reunieran para compartir y profundizar en el conocimiento de la empresa social y la empresa sostenible de manera creativa e innovadora con el fin de generar nuevas iniciativas sociales y empresariales que luchen contra el desempleo juvenil en Europa.

Durante los nueve días que tuvo lugar el encuentro, se profundizó en el conocimiento del desempleo juvenil a través de la elaboración de talleres en los que los jóvenes europeos expusieron, en comparación con los demás países participantes, los mayores problemas y desafíos en sus lugares de origen. Se desarrollaron, como ejes centrales, el conocimiento y profundización sobre la falta de empleo en los jóvenes y el sistema de la educación empresarial. Discutieron sobre las distintas formas de abordar y afrontar la crisis mediante el desarrollo de nuevas ideas de negocio, sostenibles y comunes, y trabajaron en la realización de proyectos con un claro enfoque de acción juvenil y social.

Ese diálogo, entre distintas culturas, permitió observar los valores de los jóvenes y luchar contra prejuicios ya instaurados, como el racismo y la discriminación, trabajando desde la tolerancia y el entendimiento con la misión de acercar multiculturas. Asimismo, se les pidió a los jóvenes que aportasen el valor de sus tradiciones, gastronomía, folclore y cultura de cada uno de sus países durante su estancia en el desarrollo del programa. En todo momento, se fomentó el valor de una ciudadanía activa, intercambio de ideas, el desarrollo del trabajo en equipo desde la tolerancia e inclusión.

El proyecto, basado en una metodología de educación no formal a través de la participación e inclusión de distintas técnicas de grupo, se llevó a cabo desde la selección de unos objetivos básicos elaborados a partir de la autogestión, facilitación del trabajo, cooperación, cohesión, etc. Durante el mismo, los participantes fueron consolidando su conciencia de grupo, desarrollaron un sentimiento común mejorando capacidades y habilidades, responsabilidad, autonomía y toma de una conciencia social transformadora. Las técnicas utilizadas, en las que compartieron objetivos y sentimientos, fueron sucediendo desde el brainstorming a juegos de rol, escucha mutua, presentación, etc. (Barbero y Cortes, 2005; Fernández y López, 2006; Fernández y Ponce de León, 2011, 2012).

Un punto de encuentro con unos objetivos sociales: Crear oportunidades, compartir conocimiento y tomar conciencia de la nueva situación socioeconómica en Europa. El proyecto “Ideas empresariales” fue elaborado como un ejercicio de acción pensado por y para que los jóvenes autogestionaran, fortalecieran y adquirieran habilidades sociales inclusivas desde un espacio común en el que:

- Analizaron las iniciativas propuestas por los jóvenes en relación la creación de nuevas empresas sociales.
- Valoraron la creatividad y el espíritu emprendedor de los proyectos presentados por ellos.
- Y forjaron una idea común: La necesidad de cambio y transformación de la sociedad.

## Método

El método que se aplicó al estudio fue el cualitativo basado en la Teoría Fundamentada, permite la identificación de patrones de comportamiento (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012).

Es importante no sólo conocer qué relatan los participantes, sino también cómo estas situaciones son percibidas e incorporadas como alternativas de empleo y participación social. La técnica cualitativa es útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, permite examinar lo que la persona piensa, cómo y por qué piensa de esa manera (Conde, 2010; Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2012); es una manera económica, rápida y eficiente de obtener datos de múltiples sujetos en el ambiente en que se desarrolla bajo un enfoque social. El sentido de pertenecer a un grupo puede aumentar la sensación de cohesión entre los participantes y contribuir a que se sientan seguros para compartir información, discutir problemas de índole personal y sugerir posibles soluciones (Onwuwgbuzie, Leech, Dickinson & Zoran, 2011). Desde la vertiente social de la educación, aporta nuevas finalidades: una vía para acercarse a una realidad transformadora, toma de conciencia de los jóvenes de la realidad actual vivida y cómo, a través del conocimiento de sus propias competencias y habilidades, pueden cambiar su propia situación (Pérez, 2007).

### Técnicas

Durante todo el encuentro se aplicaron un conjunto de técnicas cualitativas que permitieron obtener información sobre cómo la situación del desempleo juvenil es percibida e incorporada en los relatos de juventud profundizando en el conocimiento de la situación de los jóvenes, sus expectativas y sus proyecciones desde la formación no formal, la capacitación y el encuentro con nuevas metodologías formativas.

La presente investigación ha contado con distintas técnicas y herramientas para contrastar diferentes perspectivas: observación, debates, coaching, método DAFO, grupos focales y grupos de discusión.

La observación fue aplicada durante todo el periodo del encuentro. El registro de las observaciones permitió caracterizar el comportamiento de la acción ejecutada por los distintos jóvenes en el contexto de cada situación. Las manifestaciones recogidas, así como los trabajos realizados, sirvieron para interpretar y otorgar de significación social objetiva al estudio. Dentro del grupo se observaron distintas muestras de aprobación, de solidaridad, cohesión y admiración; todas ellas, llevadas para reforzar la idea de unidad y compromiso.

Los grupos focales han tenido un rango de entre 8 y 12 participantes con la finalidad de incluir un número de participantes como para que la información resulte suficientemente diversa y evitar que sea un número tan amplio que genere un ambiente en el que los participantes se sientan incómodos compartiendo sus pensamientos, opiniones, creencias y experiencias. Para su análisis, se procedió al registro de los contenidos de los grupos de discusión.

El estudio, de carácter exploratorio, se concreta en los siguientes objetivos específicos: a) analizar los sistemas de apoyo con los que cuenta la juventud y que puedan facilitar su inserción laboral y social; b) estudio de los valores solidaridad y tolerancia en la juventud; y c) análisis de su participación como ciudadanos activos a nivel local dentro de la ciudadanía europea.

### Participantes

La selección de los participantes en el proyecto fue de ámbito internacional entre jóvenes procedentes de Georgia, Austria, Serbia y España. La convocatoria de participación fue pública a través de las asociaciones copartícipes.

Los estratos se establecieron en función de las variables edad, jóvenes de entre 18 y 25 años. La muestra estuvo compuesta por un total de 29 participantes, 12 varones y 17 mujeres (Tabla 1). Se obtuvo un mayor porcentaje de participación femenina, un 58,62% del total frente al 41,37% de jóvenes varones.

Tabla 1. Total número participantes por países y género

País	Nº Varones	Nº Mujeres	Total Participantes
Georgia	3	4	7
Serbia	3	4	7
Austria	4	3	7
España	2	6	8

### Programación de actividades

El encuentro juvenil europeo se organizó en la Comunidad Autónoma de Madrid del 5 al 13 de noviembre de 2013. El lugar elegido para su realización fue el Albergue Municipal Mejía Lequerica de Madrid.

Durante el desarrollo del proyecto se realizaron numerosas actividades que abarcaron talleres y técnicas de participación grupal, visitas a empresas ecológicas y sociales, así como la aplicación de evaluación continua y diaria analizando la consecución de objetivos.

Durante los dos primeros días se impartieron talleres y se desarrollaron actividades entre los jóvenes con el objetivo de presentarse y conocerse mutuamente, formar grupos de trabajo con división de responsabilidades, aprender conceptos de la lengua de otros países y transmitir la situación de cada país sobre el desempleo juvenil. El objetivo fue reforzar la formación, información y capacitación de los jóvenes en el ámbito laboral y dentro del marco europeo.

En los tres días siguientes, se realizaron talleres y se formaron grupos focales sobre el emprendimiento social. La utilización de la herramienta de análisis DAFO en varias actividades, propuestas de alternativas de empleo y creación de una empresa social, nos permitió crear grupos de discusión con los jóvenes asistentes en el que fueron analizadas las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del empleo juvenil.

Los últimos días del encuentro, se continuó en la misma línea de trabajo enfocado al emprendimiento social y desempleo juvenil. Se desarrollaron actividades, debates y talleres sobre empresarios jóvenes y creativos UE para 2020, ideas de negocio (I y II), intercambio de ideas para futuros proyectos de grupo, juego de rol “desempleo y jóvenes con discapacidad”, cómo hablar en público y técnicas de coaching de afrontamiento e incorporación laboral en Europa. En este periodo, se realizó con los jóvenes un concurso de ideas innova-

doras en la creación de una empresa social como alternativa de trabajo. Asimismo, se llevó a cabo el segundo grupo de discusión, integrado por un representante político (Concejala Ayuntamiento de Madrid), un Consejero Delegado de una empresa social (Grupo5), cinco profesionales (A3TSU) y una treintena de jóvenes, que tuvo lugar en la Sala de Plenos del Ayuntamiento de Madrid.

#### *Resumen de las actividades realizadas*

- Estimulación participativa a través de distintas técnicas como juegos para romper el hielo, con la finalidad de fomentar la idea de grupo y promover su cohesión.
- Establecimiento de normas y reglamentos durante el período de intercambio juvenil.
- Trabajos comunes para la realización de carteles, notas de prensa, montajes musicales, fotos, vídeos, etc.
- Talleres dedicados al conocimiento del emprendimiento social y la economía verde con la preparación de trabajos y desarrollo de ideas que, posteriormente, fueron expuestas y valoradas por un equipo de profesionales en un acto de entrega de premios a los mejores proyectos sociales.
- Concurso de ideas/propuestas elaboradas por los jóvenes participantes en la creación de empresas sociales. El acto se celebró en la sede del Ayuntamiento de Madrid y las propuestas fueron valoradas por un jurado compuesto por: Concejala Ayuntamiento de Madrid, Consejero empresa social Grupo5 y Junta Directiva A3TSU.
- Veladas interculturales. Conocimiento de costumbres y gastronomía expuestas por los jóvenes de los distintos países participantes.
- Actividades encaminadas a la evaluación y el aprendizaje sobre el Youthpass.
- Excursiones culturales por Madrid con actividades al aire libre.
- Visita a la empresa social Grupo5 dedicada, desde hace 25 años, a los servicios sociales con calidad orientados a la salud mental, discapacidad, a personas sin hogar, emergencias sociales, protección a la infancia, educación social, gestión de escuelas infantiles, formación de profesionales y publicación editorial.
- Asimismo, se visitó el Parque Tecnológico Valdemingómez donde los jóvenes pudieron conocer de primera mano todas las instalaciones de tratamiento de residuos urbanos de Madrid, así como valorar los numerosos e importantes beneficios ambientales para la ciudad.
- Reunión de líderes -elaboración y modificación de la agenda para el día siguiente, satisfacción y participación de los jóvenes-. Análisis en la consecución de resultados.
- Actividades en el período de seguimiento. Difusión de los materiales creados en el proyecto en sus países de origen de todos los materiales, videos cortos, fotos, folletos, ideas de negocios, proyecto de futuro, etc.

#### *Actividades en el período de evaluación:*

- Evaluación permanente de las actividades relacionadas con los temores y expectativas de los participantes de intercambio de jóvenes.
- Evaluación participativa sobre el trabajo diario realizada por todos los participantes incluyendo a los líderes: Identificación de las necesidades y cómo llevar a cabo la ejecución y diseño de intervención a través de los distintos talleres y trabajo en grupo.
- Evaluación de calidad orientada a la acción útil con el fin de aportar insumos para la toma de decisiones según se iba gestionando el proyecto.
- Evaluación valorativa para la realización de la memoria final de la actividad.
- Evaluación eficiente de los recursos conseguidos y consumidos.

#### *Proyectos creación de empresas sociales propuestos por los jóvenes.*

En la programación de actividades del proyecto, una de ellas consistió en un concurso de ideas para la creación de una empresa social.

Las propuestas fueron elaboradas por cada uno de los cinco grupos de jóvenes que se había formado para esta actividad. Posteriormente, fueron remitidas al jurado quien votó de manera individual y sin conocer quiénes formaban los grupos.

Lo más interesante fue conocer el contenido, objetivos, uso de recursos y alternativas de financiación en cada una de las empresas sociales que plantearon los jóvenes. El logro de las metas establecidas, la práctica y el gran nivel de autoconocimiento como grupo, les llevó a desarrollar proyectos que conjugaban situaciones problemáticas vividas de manera individual en cada uno de los países para albergar una posible solución a los mismos.

#### *Relación de empresas sociales elaboradas por los jóvenes:*

- **Primer grupo** denominado: “Gobierno y Legislación”. La fundamentación del proyecto radicaba en encontrar una solución a los problemas de la corrupción en los distintos países. Conscientes del problema existente, los jóvenes propusieron organizar un programa televisivo “No Más Corrupción En el Mundo (NMCIW). Su emisión serviría para aumentar la conciencia de la sociedad sobre la corrupción, apoyar el debate y la participación. Lograda la difusión y conocimiento social del caso, se buscaría la solución del problema en la que cada Gobierno debería poner en marcha los mecanismos necesarios para acabar con la corrupción. La financiación se lograría a partir de la publicidad en el espacio televisivo.

- **Segundo grupo** “In-abled”. Este grupo de jóvenes apostó por crear un proyecto humano con una clara composición de valores. La creación de una Organización No Gubernamental cuya misión consistía en capacitar a los jóvenes de Kvemo Kartli para alcanzar su máximo potencial físico, intelectual, emocional, social y espiritual como individuos y como ciudadanos responsables. El objetivo del proyecto “In-abled” era apoyar la integración social, la educación y el empleo de las personas con discapacidad. La financiación se realizaría a partir de la elaboración y venta de joyería tradicional para extranjeros que visitaran el país, así como la elaboración de una aplicación para Android que ayudaría a la comunidad a empoderar a los individuos para acabar con los estereotipos y poder integrar en el mercado laboral a personas con discapacidad.



- **Tercer grupo “Natural”**. Una estrategia viable de negocio cuyo lema era “*You can always change the world if you do it step by step* (siempre se puede cambiar el mundo si se hace paso a paso). El propósito era abrir un restaurante que rescate la comida “incomestible” de los supermercados y transformarla en comida diaria para personas con pocos recursos. Además, la organización realizaría conferencias y talleres con el objetivo de informar a la población sobre los hábitos alimentarios y de cómo transformarlos podría influir en un cambio de modelo más ecológico y social.

- **Cuarto grupo “Ecowing”**. Planteaba la creación de una empresa ecológica cuyo objetivo principal era reducir la contaminación ambiental y enseñar a las personas la importancia de cuidar el medioambiente con la intención clara de salvar el planeta y los recursos naturales para las futuras generaciones. Considerando que el mercado ecológico está en pleno crecimiento y desarrollo, la población está cada vez más concienciada pero necesita un empujón para poner en práctica sus conocimientos. La empresa serviría de intermediario entre el productor y el consumidor al que convertirían en un “*expertise*” del producto ecológico y que únicamente utilizará el mismo en su cadena de alimentación. Se buscarían expertos en marketing que difundieran las ideas de manera eficiente y su financiación estaría compuesta con pequeñas subvenciones del Estado.

- **Quinto y último grupo “The Atlantis Ideology”**. Este grupo, partía de la premisa que el dinero es un concepto imaginario depositado en un papel físico con ningún valor real. Su conocimiento y percepción, ha sido alterado cognitivamente y manipulado por los mismos gurús del marketing para convencernos de que nuestras necesidades y deseos son más grandes y necesarios de lo que realmente son. La propia insatisfacción del individuo por conseguir aquellos objetos de deseo, nos hace cada día caer en una enfermedad, una enfermedad con síntomas denominados *hambre, pobreza, delincuencia*, etc. El cambio y la transformación vendría por el proyecto “Atlantis” en el que cada individuo que estuviera dispuesto a ser parte de esta red, se vería obligado a ofrecer sus servicios a cambio de otros servicios o bienes de otros miembros de la misma red, “*this is not the world we want to live in and we have no other choice but to change it*” (este no es el mundo en el que queremos vivir y no tenemos más remedio que cambiarlo).

## Resultados

La presentación de los resultados obtenidos durante el desarrollo del encuentro intercultural se van a presentar en relación a los objetivos específicos del estudio: a) analizar de los sistemas de apoyo con los que cuenta la juventud y que puedan facilitar su inserción laboral y social; b) estudio de los valores solidaridad y tolerancia en la juventud; y c) análisis de su participación como ciudadanos activos a nivel local y en ciudadanía europea.

**Sistemas de apoyo con los que cuenta la juventud y que puedan facilitar su inserción laboral y social.** Según los jóvenes participantes, la crisis europea ha sido, sin duda, el tema más controvertido y recurrente. Se sienten muy influenciados por cómo se vive la crisis en sus países, han dejado patente su preocupación ante esta dimensión social.

En general, los participantes critican y censuran la sociedad consumista en la que viven y en la que, según apuntan, “se necesitan, de forma inminente, cambios”. Cambios estructurales y transformadores a partir de la educación que desarrollen nuevas fórmulas de convivencia y donde los jóvenes sean capaces de reinventar y reconducir sus necesidades.

El “no alcanzar de manera rápida sus deseos”, reflexionaban los jóvenes, les hace sentirse casi siempre insatisfechos y “con ganas de tener más”.

Por otra parte, manifiestan una fuerte inquietud en cuanto a los problemas relacionados con el medioambiente. Los jóvenes se sienten presionados por el exceso y abundancia de desechos y despilfarro de la economía consumista. Estos efectos colaterales, les llevan a reflexionar y a proponer alternativas en la racionalización de gastos y en los tratamientos y reutilización de residuos.

Expresan que las causas del desempleo juvenil hay que buscarlas en algunas deficiencias que han venido caracterizando al modelo seguido en las relaciones laborales. Una mayor iniciativa emprendedora entre los más jóvenes ante la falta de oportunidades de trabajo por cuenta ajena, el autoempleo, puede generar más empleo. Para ello, es necesario un cambio de mentalidad en el que la sociedad valore más la actividad emprendedora y la asunción de riesgos. Ese cambio se tendrá que realizar desde el sistema educativo, incorporándolo como objetivo en todas las etapas de la educación básica, Formación Profesional y en el bachillerato. Actualmente, se sienten desarropados ante los insuficientes apoyos políticos, económicos y sociales que de modo eficiente favorezcan su inserción real en el mundo laboral y social.

Un 60% de jóvenes nunca han pensado en crear una empresa o un negocio propio (Observatorio de la Juventud, 2012), sin embargo, a la hora de la realización de la experiencia con los jóvenes se observó que durante la realización de los talleres las ideas para nuevos negocios fluían y surgían, incluso con modos de financiación innovadores.

**Estudio de los valores solidaridad y tolerancia en la juventud.** Los jóvenes son conscientes que están en un continuo riesgo de impactos negativos motivados por el ritmo vertiginoso de la vida e influencia de los medios en sus vidas.

Consideran que el enfoque actual contra el hambre, la pobreza, la delincuencia, etc., es sólo un tratamiento para los síntomas de la enfermedad y no por la enfermedad en sí. Por ello, proponen nuevas fórmulas de convivencia, como por ejemplo el trueque y el “banco del tiempo”, en el que cada individuo ofrece sus habilidades y conocimientos personales lo que, a su vez, les reportaría ser sujetos partícipes en la sociedad.

Asimismo, plantearon la idea de cómo el mundo puede existir sin la necesidad actual del dinero. Para ello, los objetivos consumistas deberían cambiar mediante la redefinición de necesidades y deseos de las personas.

Como consecuencia de este nuevo enfoque, consideran que podría haber una relación entre la disminución de la violencia y los índices de criminalidad. Al desaparecer las necesidades, no habría escasez, pues todas las necesidades básicas estarían cubiertas y, por tanto, podría disminuir la violencia y los índices de criminalidad debido a su relación con la satisfacción de necesidades. Los jóvenes son conscientes de la utopía de sus ideas pero consideran que proponiendo cambios es como se logra, en algún momento, que éstos se lleguen a producir.

Una de las claves sobre los valores de la solidaridad y tolerancia que apuntaban los jóvenes participantes del proyecto fue la de apostar por un verdadero desarrollo social centrado en la dignidad de la persona para crear un desarrollo sostenible:

*“Debemos deshacernos del pensamiento hegemónico egocentrista y darle a la naturaleza*

el valor que le corresponde, a través de la autocrítica de tal manera que todas las medidas que se elaboren vayan encaminadas a un verdadero desarrollo social e incluyan la perspectiva medioambiental” (Joven austriaco).

Destacan la importancia del medioambiente, base para apostar por un verdadero desarrollo sostenible de nuestra sociedad y la de un compromiso ambiental por parte de todos los gobiernos para hacer frente al problema medioambiental, en definitiva se trata protección, conservación y preservación.

Subrayan que la promoción del aprendizaje intercultural y la observancia de los valores de las personas fomentan el acercamiento y sientan las bases para luchar contra los prejuicios, el racismo, la discriminación y por esta razón se trabajó desde la tolerancia y el entendimiento, valorando la diversidad y acercamiento de las diferentes culturas.

**Análisis de su participación como ciudadanos activos a nivel local y en ciudadanía europea.** En el intercambio juvenil, resaltaron la importancia de valores como la libertad personal, la responsabilidad, la ciudadanía democrática, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad, el respeto y la justicia social con la visión de conseguir un impacto social sostenible con efecto multiplicador.

El efecto multiplicador se lograría persuadiendo a otros actores (sociales, políticos y económicos) para utilizar los resultados de este proyecto en un nuevo contexto político-social.

Destacan el significativo papel de las instituciones como renovadores y promotores de una visión ciudadana y de comunidad a través de procesos educativos y de aprendizaje en sociedad. Asimismo, para conseguir este fin, subrayan la importancia de la interacción grupal y la concienciación de grupo como tal.

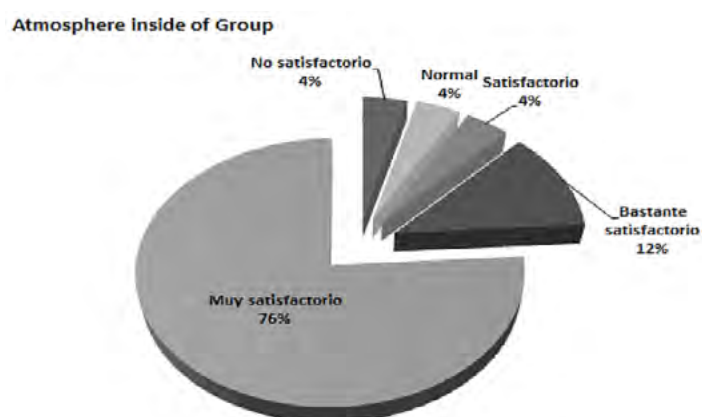
Los jóvenes manifestaron que, a la hora de intentar solventar intereses y responsabilidades compartidas, no son consideradas sus aportaciones ni prioridades juveniles sino que la comunidad busca dar solución a otros problemas base y estructurales como son la producción de recursos y bienes, consumo y beneficio económico.

Debatieron acerca de las funciones de las instituciones como garantizadas y aseguradoras respecto a su participación e inclusión social así como de su proceso. Sugirieron que las instituciones deberían desarrollar tareas impulsoras, con nuevos enfoques y de interés en el ámbito de la juventud. De igual modo, opinan que el aporte de soluciones institucionales, locales y europeas, tendrían que estar vinculadas al concepto colectivo de interés público construido y compartido por la propia comunidad juvenil.

Atendiendo a las actividades de los talleres, y analizando los resultados de los cuestionarios de satisfacción podemos decir que los jóvenes alegaron la importancia de estos cursos para facilitar información y las herramientas necesarias para la búsqueda de empleo.

Algunos de los comentarios realizados por los jóvenes aludían a la necesidad de articular estas actividades en los centros juveniles. Los resultados arrojados muestran unos índices muy altos de satisfacción por parte de los jóvenes participantes en todas las áreas evaluadas en el desarrollo del proyecto “Ideas Empresariales” (Tabla 2).

Tabla 2. Índices de satisfacción de los jóvenes participantes en el encuentro europeo



Fuente: Elaboración propia.

Durante el desarrollo del proyecto intercultural, la Consultoría Transformando, entidad que realiza los seguimientos, informes y valoración de las diferentes acciones del programa europeo “Juventud En Acción”, adicionalmente mantuvieron encuentros con los jóvenes participantes para conocer su:

- Valoración formativa.
- Percepción del proyecto.
- Implicación de los jóvenes en las actividades.
- Valoración de lo novedoso y original del proyecto, así como de las propuestas juveniles en la creación de empresas sociales como alternativa laboral, participación jóvenes, actividades de trabajo, etc.

La valoración general obtenida fue de una puntuación de 8 sobre 10. Constataron la realización de todos los objetivos planteados en el proyecto, especialmente la que tiene que ver con promover entre las personas jóvenes una ciudadanía activa. Asimismo, en la evaluación se apreció que los/as participantes en el proyecto habían adquirido nuevas habilidades y posibilidades de participación; desarrollaron una cohesión social y una solidaridad entre ellos creándose nuevas redes de apoyo contribuyendo también, de esta manera, a la promoción de la cooperación europea en el ámbito de la juventud; se generaron dinámicas multiplicadoras de intercambio de conocimientos, propuestas e ideas sobre el conocimiento de las empresas sociales bajos distintas perspectivas y contextos culturales. Dinámicas que conformaron nuevas construcciones sobre iniciativas sociales aplicables, no sólo para los participantes del proyecto sino también para muchos otros jóvenes.

#### Asociaciones participantes en el proyecto

**Gain&Sustain** de Austria, organización líder en el campo de la educación no formal y la ciudadanía ecológica.

**GYE** de Georgia, trabaja principalmente con jóvenes entre los 12 a 25 años, vulnerables, sin hogar y huérfanos. Su objetivo es fomentar y empoderar a los jóvenes de Kvemo Kartli

para alcanzar su máximo potencial físico, intelectual, emocional, social y espiritual, como individuos y como ciudadanos responsables.

**CivilNet** de Serbia, es una organización no gubernamental, independiente, sin fines de lucro. Su principal objetivo es la expansión y fortalecimiento de la sociedad civil a través de la creación de redes y la interconexión de los organismos en el sector de las ONG en Serbia.

**A3TSU** de España, organización sin ánimo de lucro con ámbito de actuación nacional. Sus objetivos son trabajar para luchar ante realidades concretas con una mirada crítica, crear espacios de debate e intercambio de experiencias, participar y promover proyectos de investigación, formación, intervención para el desarrollo personal y profesional, así como favorecer el reencuentro de antiguos y actuales estudiantes de Trabajo Social.

## Conclusiones

La incorporación de los jóvenes al mercado laboral se ha convertido en uno de los principales problemas sociales, políticos y económicos. La elevadísima tasa de paro juvenil en los países de la Unión Europea tiene consecuencias directas sobre la sostenibilidad y cohesión social y, en definitiva, sobre el futuro de la sociedad (Eurostat, 2013). Aparecen generaciones de jóvenes desencantadas, desconfiadas y mutiladas existencialmente, les resulta imposible emprender un proyecto vital digno. Nuestros jóvenes están cambiando sus valores y la forma de afrontar su juventud para poder adaptarse a los cambios vertiginosos de la sociedad.

El valor de la independencia, pieza esencial para asegurar una nueva etapa cargada de expectativas, proyectos y ganas de desarrollar sus capacidades y competencias, se está viendo mermado ante la falta de oportunidades. La crisis sistémica que comenzó en 2008 está teniendo unas consecuencias dramáticas sobre el conjunto de la población, especialmente entre los jóvenes y las familias más vulnerables. Ante este dantesco escenario laboral, algunos jóvenes deciden seguir estudiando, otros emigrar al extranjero y otros simplemente esperan.

Los ciudadanos y la comunidad donde éstos se interrelacionan, fomentan una serie de relaciones basadas en criterios de interés público y valores compartidos (García y Pastor, 2011). La existencia de sociedades complejas y globalizadas hace que los gobiernos actúen como canal de colaboración e interrelación con la sociedad y los ciudadanos. De los ciudadanos se requiere la participación a partir de asociaciones para apostar por valores democráticos: justicia y equidad. Sin embargo, los jóvenes se sienten insatisfechos ante una sociedad cada vez más consumista. Como Zizek (2010) apuntaba, es precisamente el capital lo que hace funcionar el espectáculo y donde reside la violencia sistemática fundamental del capitalismo. Factores socioeconómicos, desmotivación, baja participación social y futuro incierto inciden en su desinterés en actividades sociales-educativas. Se trata de un problema complejo, recurrente y con hondas implicaciones que obedece a múltiples causas que tienen como consecuencia la exigua participación de éstos en las actividades organizadas por la sociedad civil en el ámbito de la juventud.

Del mismo modo, la educación y la inserción laboral de los jóvenes constituyen desafíos importantes para el conjunto de la sociedad. Su integración profesional, requiere de una inversión en educación que les permita su integración social y les pueda dar acceso a par-

ticipar en el cambio social y crecimiento económico. En la celebración del proyecto “Ideas Empresariales” se analizaron y revisaron las causas, consecuencias, cambios, actitudes y perspectivas de la población juvenil ante esta problemática para, finalmente, poder extraer las posibles soluciones e implementar las respuestas vigentes.

Proponen nuevas fórmulas de convivencia que favorezcan la inclusión y participación social de todas las personas a través de propuestas como el trueque y banco del tiempo, entre otras. Desde este punto de vista altruista, plenamente ficticia porque la ambición del ser humano está determinado por su deseo de ganar dinero (Smith, 2011), no contempla el suministro ni elaboración de provisiones diarias básicas de carácter filantrópico. Sin embargo, y pese a ello, lo que sin duda resulta significativo es que nuestros jóvenes planteen una sociedad con distintas fórmulas de convivencia. Por tanto, parece claro que la motivación y fomentar la creatividad dentro de espacios de educación formal e informal podrían dar resultados muy positivos para impulsar el emprendimiento entre la población juvenil. Sin olvidar la sofisticación tecnológica, con dispositivos electrónicos, medios de comunicación y redes sociales, nos interesa observar la revolución creativa a partir de la innovación para la proyección de nuevos talentos.

El grupo de jóvenes participantes, constituido de forma heterogénea, se fue conformando junto con una disciplina y valores éticos. Compartir responsabilidades, funciones y actividades les fue uniendo en competencias y compromiso llegando a importantes conclusiones como que la mejora de estos beneficios depende, en buena medida, de la colaboración ciudadana, de la información, sensibilización y concienciación ambiental de todos los ciudadanos en su conjunto. En este sentido, y como nos recuerdan autores como Bauman (2013), en esta sociedad líquida de consumidores todo es fungible, nos presionan para conseguir mayor resultado en el mínimo tiempo posible, los negocios son inestables, siempre expuestos al capricho de los mercados y de las grandes multinacionales que marcan el tiempo de durabilidad de todo lo que nos rodea.

El desarrollo del proyecto fue participativo, la toma de decisiones fue consensuada y los obstáculos fueron superados de forma conjunta. La unión a partir de las redes sociales tales como Facebook, LinkedIn, etc., fue instantánea para todos los participantes, tanto promotores, profesionales como jóvenes. La utilización de los recursos de Internet logran un elevado nivel de penetrabilidad socio-laboral y permiten integrar conocimiento y comprensión ante circunstancias nuevas y cambiantes (Ricoy, Sevillano y Feliz (2011).

Como conclusión final se puede afirmar, satisfactoriamente, el logro de los objetivos marcados en el intercambio de jóvenes. Se han conjugado las fuerzas que existían dentro del grupo: Participantes y profesionales que, junto con una dinámica de interacción, se aunaron para fortalecer los conocimientos necesarios y así poder cumplir el objetivo principal del proyecto.

La dimensión estructural del grupo ha servido para crear esas interacciones entre sus miembros y de ahí un mensaje para difundir, *“el grupo es capaz de cambiar, modificar y construir a partir de sus mensajes y su fuerte cohesión para conseguir sus objetivos”*. Cada participante, se llevó a su país de origen ese nexo de unión común, lazo importante para conformar esa alianza europea transnacional y acercar pensamientos y formas de convivencia en nuestra sociedad actual fruto de la reflexión, trabajo y propuestas de nuestros jóvenes en encontrar nuevas soluciones a los problemas sociales.

## Financiación

El proyecto, “Ideas Empresariales”, ha sido financiado por el Fondo Europeo dentro del Programa Juventud en Acción (ES-31-E57-2013-R2) en colaboración con INJUVE, Agencia Nacional Española y Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad Autónoma de Madrid.

## Agradecimientos

El desarrollo de las actividades del proyecto ha sido también posible gracias a la colaboración de D. Pau Taura Serra, D. Francisco Javier Mazuecos Gómez, Dña. Eugenia Reyes Cordones y Dña. Nerea de la Fuente Drouhuard.

## Referencias bibliográficas

- Barbero, J. y Cortes, F. (2005). *Trabajo comunitario, organización y desarrollo social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bauman, Z. (2013). *Sobre la educación en un mundo líquido*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Carrero, V., Soriano, R.M. y Trinidad, A. (2012). *Teoría Fundamentada Grounded Theory*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Conde, F. (2010). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Eurostat. (2013). *Tasa desempleo juvenil*. Comisión Europea.
- Fernández, T. y López, A. (2006). *Trabajo Social con grupos*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Fernández, T. y Ponce de León, L. (2011). *Trabajo Social con familias*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Fernández, T. y Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social individualizado*. Madrid: Ediciones Académicas.
- García, M. y Albaladejo, G. (2011). *El Nuevo Servicio Público*. Murcia: X Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración (AECPA).
- Hamui-Sutton, A. y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Elsevier México*, 2, pp.55-60.
- Observatorio de la Juventud. (2012). *Sondeo juventud - Jóvenes y emprendimiento*. Madrid: Injuve.
- Onwuwgbuzie, A.J., Leech, A.L., Dickinson, W.B. & Zoran, A.G. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. *Paradigmas*, 3, pp.127-157.
- Organización Internacional del Trabajo. (2010). *El empleo de los jóvenes ante la crisis*. Ginebra: Instituto Internacional de Estudios Laborales (IIEL).
- Organización Internacional del Trabajo. (2013). *Tendencias mundiales del empleo juvenil*

2013. *Una generación en peligro*.

Pérez, G. (2007). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural*. Madrid: Narcea S.A. Ediciones.

Ricoy, M.C., Sevillano, M.L. y Feliz, T. (2011). Competencias necesarias para la utilización de las principales herramientas de Internet en la educación. *Revista de Educación*, 356, pp.483-507.

Smith, A. (2011). *La riqueza de las naciones*. Madrid: Alianza Editorial.

Zizek, S. (2010). *Viviendo en el final de los tiempos*. Madrid: Ediciones Akal, S.A.



## **Trabajo Social y Fuerzas Armadas: un estudio necesario**

**Rocío Martínez Borrego**

Trabajadora Social

### **Resumen**

El colectivo militar y sus familias comparten problemas con el resto de la sociedad. La diferencia es que han de afrontarlas en circunstancias aun más difíciles, como las continuas relocalizaciones (incluyendo destinos en el extranjero), separaciones frecuentes, cierto control institucional, disponibilidad permanente, limitación de algunos derechos, además de situaciones de estrés e incertidumbre sujetas a situaciones de riesgo. Siendo las necesidades y las problemáticas sociales objeto del quehacer diario del Trabajo Social nuestro objetivo ha sido conocer la realidad social de este colectivo a través del papel desempeñado por éste en las Fuerzas Armadas, su situación actual y hacer propuestas de futuro, habiendo utilizado para ello el análisis documental y entrevistas semiestructuradas a los Trabajadores/as Sociales presentes en las Fuerzas Armadas.

### **Palabras claves**

Fuerzas Armadas, Trabajo Social, problemáticas sociales, internacional, familia.

### **Abstract**

The military and their families share problems with the rest of society. The difference is that they have to face them in even more difficult circumstances, such as continuous relocations (including foreign destinations), frequent separations, certain institutional control, permanent availability, restrictions on some rights, and stress and uncertainty situations at risk. Being the needs and social problems the object of everyday social work, our aim has been to determine the social reality of this group through the role played by the social work in the armed forces, as well as their current situation and make proposals for the future, using document analysis and semi-structured interviews to the Social Workers present in the Armed Forces.

### **Keywords**

Armed Forces, Social Work, social problems, international, family.

## Introducción

**“La Sección de Atención al Personal de la Armada tiene como finalidad desarrollar las actividades relacionadas con las condiciones de vida del personal de la Armada, las funciones del Asistente Social destinado en la Sección son:**

- **Conocer los centros y Servicios existentes en la Armada creados para el Bienestar del personal y sus familias, estudiarlos trabajando en equipo con el Jefe de la Sección, estudiar las necesidades que quedan sin cubrir [...], (Fragmento de Memoria, Asistentente Social, Ministerio de Marina 1974).**

El texto anterior recoge algunas de las funciones que los/as Asistentes/as Sociales realizaban como personal laboral de las Fuerzas Armadas (FAS) en los años setenta. Sorprende descubrir cómo la presencia del Trabajo Social en las FAS es una realidad que viene de lejos y, aunque de forma minoritaria, se prolonga hasta nuestros días.

Partiendo de esta presencia, pretendemos “dirigir la mirada” hacia una organización tan desconocida para el Trabajo Social como es la Institución Militar. Con la convicción de que lo/as Trabajadores/as Sociales, como “gestores de relaciones y agentes de cambio” tenemos mucho que decir y aportar, también, a las Fuerzas Armadas, siendo este un posible espacio laboral: “a nuevas necesidades, nuevos retos profesionales”.

La institución militar siempre ha proporcionado asistencia a su personal, intentando hacer frente a las necesidades propias de la profesión militar. Sin embargo, la asistencia proporcionada ha tenido un carácter paternalista, llegando a ser de “privilegios” en la época franquista, los miembros del ejército y sus familias, contaban con prerrogativas y privilegios sociales con los que no contaban el resto de la sociedad (Huesca, 1994).

Las transformaciones sociales y políticas que se han vivido en España en los últimos treinta años han forjado una nueva realidad social. Esta nueva realidad social, no ha sido ajena a la institución militar, que se ha visto obligada a adaptarse (aunque no sin dificultades) produciéndose en ella cambios muy importantes, como son, la incorporación de la mujer, la suspensión del servicio militar obligatorio, nuevas misiones en el extranjero o la incorporación de extranjeros, entre otras. Estos cambios han supuesto dar respuestas nuevas ante la generación de nuevas necesidades.

El ámbito militar, al igual que la sociedad civil, está compuesto por grupos humanos heterogéneos y diversos, con la particularidad de que poseen características específicas tales como situaciones de peligro, ausencias prolongadas, disponibilidad permanente, limitación de algunos derechos, numerosos cambios de destino, etc. Estas particularidades tienen repercusiones directas en la vida personal, familiar y social de los/as militares, pudiendo generar o agravar situaciones problemáticas o de necesidad con consecuencias muy diversas: monoparentalidad, conflictos familiares, depresión, separaciones o divorcios, situaciones de estrés, problemas de adicciones, problemas de integración, etc.

Situaciones que se dan en la sociedad, y son objeto del quehacer diario del/a Trabajador/a Social, en el ámbito militar, requieren de un conocimiento exhaustivo de las particularidades de este colectivo, ya que como dijera Zamanillo el objeto del Trabajo Social son “*todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal*” (Zamanillo, 1999)

Ante esta realidad, es llamativa la poca presencia de Trabajadores/as Sociales en las Fuerzas Armadas. Tenemos la convicción de que se hace necesaria la presencia de nuestra profesión para ayudar a implementar las Políticas Sociales y Sistemas de Protección ya existentes en la institución y participar en la creación de nuevas iniciativas más ajustadas a la realidad social de este colectivo. Para ello es necesario conocer y poner en valor la actuación de lo/as Trabajadores/as Sociales que forman parte de esta institución y que sirva como base para seguir creando conocimiento en este campo.

Por lo tanto nuestro objetivo es conocer y analizar el papel desempeñado por lo/as Trabajadores/as Sociales en las Fuerzas Armadas Españolas así como conocer la realidad y los problemas sociales existentes en la institución desde su mirada. También nos interesa conocer la labor del Trabajo Social en Ejércitos de otros países donde su presencia está normalizada. La finalidad es determinar cuáles son los posibles campos de actuación de la profesión en esta Institución.

La necesidad de una investigación de este tipo parte, además, del hecho de la inexistencia de estudios de estas características en el ámbito militar español.

En este sentido, los principales antecedentes encontrados relacionados con el objeto de estudio son: El artículo escrito por Ana Huesca, llamado “*Servicios sociales en las Fuerzas Armadas*”, publicado por la revista “*Cuadernos de Trabajo Social*” (nº 7), en el año 1994 y el artículo escrito por Antonia Picornell Lucas, llamado “*Servicios Sociales, Fuerzas Armadas y Mujer*”, publicado por la revista “*Documentos de Trabajo Social*” (Nº29), en el año 2003.

Es cierto que existen estudios desde la perspectiva sociológica, psicológica o desde el derecho, o sobre aspectos parciales pero ninguno que nos permita tener una visión integral de la cuestión, donde se analicen las conexiones entre lo personal, lo familiar, lo social, lo institucional y sus consecuencias así como la adecuación de los sistemas de protección para darle respuesta, es decir desde el Trabajo Social, por lo que este estudio pretende iniciar ese camino.

## Metodología

Teniendo en cuenta el objeto del estudio, y utilizando la clasificación de diseños realizada por la autora González Río, (1997, 38-39), el nuestro sería una combinación entre el tipo de “estudios exploratorio-descriptivos” (ya que nuestra intención es familiarizarnos y aclarar conceptos que nos ayuden a entender la realidad del objeto de estudio) y los “estudios de acción” (no deja de estar en nuestra mente, el intentar plantear propuestas de mejora).

Su enfoque es eminentemente cualitativo, otorgando importancia a la interpretación comprensiva de los discursos de todos los agentes implicados para tener una visión holística e integradora.

La primera técnica que hemos utilizado es el análisis documental, entendido como un conjunto de operaciones (unas de orden intelectual y otras mecánicas y repetitivas) que afectan al contenido y a la forma de los documentos originales, reelaborándolos y transformándolos en otros de carácter instrumental o secundario que faciliten al usuario la identificación precisa, la recuperación y la difusión de aquellos. (Pinto Molina, 1990).

Para ello, tras la revisión bibliográfica y la documentación facilitada por lo/as informantes clave de la institución, hemos seleccionado como documentos relevantes para nuestro

análisis dos memorias anuales realizadas en los años 1974 y 1976 por Asistente/as Sociales del Ministerio de Marina, además de documentación utilizada en la actualidad por lo/as Trabajadores/as Sociales como notas informativas, protocolos de actuación o informes Sociales.

Todo ello ha sido facilitado desde la Dirección de Asistencia al Personal de la Armada, por lo que puede haber un sesgo en relación al resto de Ejércitos, Aire y Tierra, pero al no existir Trabajadores/as Sociales en las Direcciones de Asistencia al Personal de dichos ejércitos hemos descartado buscar esa información.

Las variables observadas han sido; las relacionadas con el puesto de trabajo desempeñado (y su ubicación dentro de la Institución) y las funciones desempeñadas en cada puesto de trabajo.

También hemos analizado y traducido parte del trabajo de investigación realizado por J.G. Darley en 2003 (*Military social work: A multi-country comparison.*) sobre el Trabajo Social en otros ejércitos.

La segunda técnica que hemos utilizado ha sido la entrevista a Trabajadores/as Sociales del ámbito militar. De los resultados de las entrevistas, integradas con el análisis de fuentes documentales, hemos obtenido la información pretendida en esta investigación.

En relación al grado de estructuración, (Patton, 1980) realizaremos una *Entrevista semiestructurada*. La elección de esta técnica de investigación cualitativa se justifica en nuestra investigación porque ayuda a confirmar, ampliar, clarificar y completar aspectos relevantes del objeto de estudio.

El guión de entrevista semiestructurada que hemos utilizado es el siguiente:

- **Datos de la persona entrevistada**

- Nombre, edad, sexo.
- Trayectoria profesional como Trabajador/a Social dentro y fuera de la Institución.
- Puesto que ocupa o ha ocupado en la Institución.
- Funciones que desempeña o ha desempeñado. ¿Cuál ha sido la evolución del trabajo realizado en estos años?

- **En relación a su experiencia profesional.**

- ¿Qué dificultades encuentra en el día a día de su trabajo y en sus condiciones laborales? ¿Cuáles son sus necesidades formativas? ¿Cómo cree que se podría mejorar la calidad en su puesto de trabajo (recursos, personal, organización, formación, etc.)?
- ¿Cuáles son los casos más frecuentes con los que se encuentra en su labor profesional? ¿Puede hacer un breve relato de alguno de los casos resueltos con éxito que, de alguna manera, le han marcado?
- ¿Qué contacto mantiene o ha mantenido con el resto de la profesión (otros compañero/as de otras instituciones, Colegios Profesionales, otras organizaciones profesionales, etc.)? ¿Siente que ha contado con apoyo de la profesión a la hora de afrontar dificultades, solucionar dudas, contrastar casos, compartir experiencias, etc.?

- **Desde su visión como Trabajador/a Social.**

- ¿Con qué problemáticas sociales cree que nos podemos encontrar en las Fuerzas Armadas? ¿Cuáles son las necesidades que detecta en la población militar y sus familias? ¿Cuáles cree que son los grupos de población más vulnerables (Familia, extranjeros, mayores, adicciones, etc.)? ¿Por qué?

- **A modo de Conclusión.**

- ¿Por qué cree que sería necesaria más presencia del Trabajo Social en las Fuerzas Armadas? ¿Dónde cree que sería necesario, en qué ámbitos? ¿Por qué?

Todas las entrevistas se realizaron en Madrid menos una que se realizó en Sevilla.

En relación a la muestra, en el momento de seleccionarla, nos damos cuenta de que hay muy pocos/as Trabajadores/as Sociales trabajando en las Fuerzas Armadas y que del total (universo) no todo/as desempeñaban funciones de Trabajo Social, aunque tuvieran la titulación (desempeñan funciones administrativas).

Ante esta situación se decidió que la muestra recogiera perfiles de Trabajadores/as Sociales que ocupasen puesto de trabajo como “Trabajador/a Social” (Existe una excepción, una militar diplomada en Trabajo Social, que ejerce funciones de Trabajadora Social, funciones que no coinciden con su puesto de trabajo).

Con estos condicionantes contabilizamos un total de ocho profesionales en las Fuerzas Armadas y el ISFAS (Organismo autónomo) y de ese total, accedieron a colaborar con nuestra investigación seis Trabajadores/as Sociales, con lo que podemos considerar que nuestra muestra es representativa del universo.

Al ser pocas entrevistas y para preservar la intimidad de los/as entrevistados/as, en la descripción de los perfiles los datos se expondrán haciendo las medias, para evitar su identificación.

En relación al perfil de los/as entrevistados/as, podemos decir que:

Teniendo en cuenta el sexo y la experiencia laboral, se han entrevistado a un hombre y a cinco mujeres, con una media de edad de 48 años siendo la mayor edad 55 años y la menor 36 años y con una media de experiencia laboral en la institución de 17 años siendo la mayor experiencia de 30 años y la menor de 4 años.

Todos/as los/as entrevistado/as han tenido experiencia laboral como Trabajadores/as Sociales en otras instituciones u organismos distintos a las Fuerzas Armadas y han ocupado diferentes puestos dentro de la institución.

## **El Trabajo Social Militar**

El Trabajo Social Militar como lo entendemos hoy nace en Estados Unidos en 1918, pero antes de que hubiera Trabajadores/as Sociales uniformados, se creó el Cuerpo de Organizaciones de Trabajo Social, formado por profesionales civiles de la Cruz Roja Americana, que ayudaron a dar forma a lo que luego sería el Trabajo Social del Ejército.

Los/as primeros/as trabajadores/as sociales que trabajaron en el Ejército norteamericano fueron los Trabajadores Sociales psiquiátricos, que desempeñaron su trabajo durante la Primera Guerra Mundial como resultado de un proyecto de la Cruz Roja en cooperación

con la división de neurología y psiquiatría de la Sanidad Militar. El primer Trabajador Social comenzó su servicio el 1 de septiembre de 1918 y el éxito del trabajo realizado llevó a la Cruz Roja a aumentar el número de trabajadores/as sociales psiquiátricos en todos los hospitales.

Los/as trabajadores/as sociales de la Cruz Roja Americana continuaron trabajando en los hospitales del Ejército hasta 1945, año en que aparecieron los primeros oficiales trabajadores sociales integrados en la Sanidad Militar. Desde entonces y hasta nuestros días se ha producido un desarrollo importante en el trabajo social militar. Recientemente, el Consejo de Educación en Trabajo Social (CSWE, en sus siglas en inglés) formó una serie de comités y desarrolló una guía llamada *Práctica del Trabajo Social Avanzado en Trabajo Social Militar*<sup>1</sup>. Este documento incluye una definición amplia de “trabajo social militar”:

*Trabajo social militar implica la práctica directa; realización de actividades administrativas y desarrollo de las políticas; proporcionando servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación a los militares en activo, veteranos, sus familias y sus comunidades. Además, los trabajadores sociales militares desarrollan programas, políticas, y procedimientos para mejorar la calidad de vida de los militares y sus familias en comunidades diversas. Los trabajadores sociales militares prestan asistencia y tratamiento en la transición de la vida en activo al estado de veterano, incluyendo un proceso continuo de atención y servicios para el personal militar y sus familias (CSWE, 2010, p. 2)*

### **El Trabajo Social en las Fuerzas Armadas Españolas. Recorrido y funciones**

El desarrollo del Trabajo Social en las Fuerzas Armadas Españolas discurre de forma paralela al desarrollo del Trabajo Social en el resto del país, compartiendo sus inicios en un contexto religioso y un desempeño sustentado en principios caritativos. Es curioso como las Asociaciones Benéficas vinculadas a los Ejércitos y a la Armada constituidas por mujeres (como “las Damas del Carmen”, fundada en 1934 y vinculada a la Armada), fueran coetáneas con la creación de las primeras escuela de Asistentes Sociales.

Es lógico pensar que, insertas en una institución muy vinculada a la Iglesia, conservadora, fuertemente ideologizada y con una estructura de Asistencia Social más desarrollada que en la sociedad civil, tuvieran cabida profesional como Asistentes Sociales las mujeres e hijas de los oficiales, y todo ello sin entrar en conflicto con el espíritu castrense ya que «se trata de una carrera femenina cuyas finalidades son, ya una preparación de la mujer para un servicio de la sociedad, y a una ampliación de su cultura con vistas a convertirse en una buena —y cristiana— madre de familia». (Estruch, y Güell, 1976)

Esta concepción de la acción social y la asistencia social se mantendrá en España durante la mayor parte del período franquista. La concepción de la profesión tratará de librarse de estas limitaciones caritativas y benéficas antes del final del régimen y con ello dar a su intervención social una orientación distinta. Así, en la década de los sesenta se produce en España un salto adelante en todos los terrenos que desembocará en nuestra situación actual. El proceso general de cambios que vive la sociedad española tiene su repercusión en “los Asistentes Sociales”.

.....  
<sup>1</sup> Council on Social Work Education. (2010). *Advanced social work practice in military social work*. Alexandria, VA: author.

Estos cambios también se vislumbran en el trabajo y la organización de los/as Asistentes/as Sociales en las Fuerzas Armadas, aumentando su presencia en los Ejércitos y en la Armada y en las secciones relacionadas con la ayuda al personal militar.

Los/as Asistentes Sociales se encontraban en los servicios de Asistencia Social en las diferentes regiones militares y zonas marítimas, insertas en las Secciones de Atención al Personal, cuya finalidad era la de desarrollar mejoras relacionadas con las condiciones de vida del personal militar.

En estas Secciones las funciones desempeñadas por el/a profesional del trabajo social eran:

Conocer los centros y servicios existentes creados para el Bienestar, recreo y formación del personal y sus familias, estudiarlos y ver su eficacia mediante, sondeos o encuestas de opinión, estudiar las necesidades que quedaban sin cubrir, proponer mejoras o comunicar la necesidad de creación de nuevos centro o servicios.

Prestar asistencia, información y orientación psicosocial al personal militar o sus familias con problemas de índole laboral, educativo, socioeconómico, de adaptación social, etc.

Elaborar informes Sociales en todo lo relativo al bienestar social del personal así como de la necesidad de vivienda de estos y sus familias.

Además de en las Secciones de Atención al Personal, estaban inserto/as en las Delegaciones de Acción Social de los distintos Ejércitos y la Armada y, en ellas sus funciones eran:

Participar y colaborar en la planificación, organización y ejecución de los programas de Acción Social relacionadas con la asistencia, promoción y bienestar social del personal militar y sus familias como la protección escolar (relacionadas con la gestión de becas, bolsas de estudio, personas con discapacidad física o psíquica, guarderías infantiles, etc.) o las ayudas económicas al personal (donde se realizaban entrevistas e informes sociales que recogían la situación de necesidad del solicitante para poder acceder a préstamos o ayudas a fondo perdido).

Realizar investigación social, en el sentido de la detección de necesidades y el estudio de las mismas, junto al equipo de trabajo de Acción Social, con la finalidad de prever situaciones, constatar hechos y tomar las medidas oportunas.

La coordinación con otras instituciones y el conocimiento de sus recursos, con la finalidad de dar respuestas a las problemáticas que no tienen respuesta con los recursos propios.

Es importante destacar que en las delegaciones de Acción Social se desarrollaba Trabajo Social Individual o de Casos, donde el/a Trabajador/a Social intervenía directamente con el personal militar y sus familias y la relación de ayuda se convertía en el recurso más idóneo.

Otros organismos con entidad propia dependientes de los Ejércitos y de la Armada eran las Asociaciones de Huérfanos (hoy Patronatos), con delegaciones repartidas por el territorio español y con la presencia de Asistentes/as Sociales en ellas.

Otro ámbito con presencia de Trabajadores/as sociales fue el educativo. Como ya es sabido, las Fuerzas Armadas contaban con centros escolares propios a fin de facilitar la escolarización de los/as menores tras los cambios de destinos. Solía haber uno en cada zona marítima o región militar.

En esta época (década de los 70), los/as Trabajadores/as Sociales estaban presentes en los colegios desarrollando funciones propias y formando parte de los gabinetes Psicopedagógicos del centro (junto al Psicólogo y al capellán). En este contexto se hablaba del desarrollo del “Trabajo Social Escolar” y se proponían estudios que ampliara horizontes dentro de esta “especialidad”. Es llamativo que ahora se esté planteando en algunos foros relacionados con la educación, la necesidad de integrar a Trabajadores/as Sociales en los colegios cuando este espacio ya tiene sus antecedentes en colegios militares.

*“Considerando el colegio como uno de los fundamentos básicos para la formación integral del niño, junto con la familia, [...] creemos que también en este lugar[...] intentar un desarrollo personal y social del niño, a fin de capacitarle para su integración y desenvolvimiento positivo en su contexto sociocultural. Muchas de las inadaptaciones y bajo rendimiento tienen su origen en problemas familiares que pueden pasar inadvertidos por el colegio [...]”* (Fragmento memoria, Asistente Social 1976)

Siguiendo en la línea educativa colegio versus familia, es donde se sitúa el Trabajo Social con la finalidad de lograr un mayor bienestar y rendimiento escolar del alumnado. Así, lo/as Asistentes Sociales trabajaban en los tres niveles de intervención; individual, de grupo y comunitario.

Pero quizás el campo donde más se desarrolló el Trabajo Social en las Fuerzas Armadas fue en el ámbito sanitario, pues las Fuerzas Armadas contaban con un sistema sanitario propio y más desarrollado que el sistema sanitario civil.

En la década de los 70 se empezaba a hablar en medicina de lo “psicosomático” y de la importancia de ofrecer un tratamiento integral al paciente para su mejor recuperación, por lo que se justificaba plenamente la integración en los equipos de la figura del/a trabajador/a Social.

Los/as Trabajadores/as Sociales estaban presentes en hospitales, centros de diagnóstico, Centros de larga hospitalización y de rehabilitación, centros psiquiátricos y oncológicos integrados en los equipos sanitarios. En este ámbito se le daba mucha importancia a la especialización y a la investigación quizá por la influencia de profesiones con más recorrido científico como la medicina.

*“Las múltiples tareas de tipo social que hay que realizar en el campo sanitario, centros hospitalarios, imponen la presencia de personal consagrado exclusivamente a ella y con una preparación específica”* (Memoria Asistente Social 1974).

Dentro del campo sanitario, donde más se avanzó en especialización dentro de la profesión fue en el de la psiquiatría y la salud mental ya que estas patologías llevaban parejas otras muchas implicaciones sociales (en muchos casos de rechazo y exclusión social) que involucraba al paciente, a su familia y a su entorno.

La aportación de lo/as profesionales del Trabajo Social integrados en los equipos médicos se realizaba mediante los estudios de casos individualizados y la elaboración de informes sociales donde se recogía toda la información de tipo social que, por su incidencia y repercusión en la patología del paciente, era necesario para elaborar un diagnóstico integral, además de formar parte del historial clínico del paciente.

Además del trabajo realizado dentro de equipos multidisciplinares, los/as trabajadores/as sociales también despeñaban trabajos propios de la profesión como el Trabajo Social de



casos (a través del estudio, diagnóstico y tratamiento), gestión de recursos y prestaciones, coordinación con otras administraciones y entidades y desarrollo de programas educativos para la prevención (programas de vacunación, campañas de prevención del alcoholismo, salud mental, etc.).

Es en el ámbito sanitario donde más profesionales del Trabajo Social desempeñaban su labor y donde más se ha valorado la necesidad de su presencia desde la institución militar.

En la actualidad los/as Trabajadores/as Sociales también desempeñan su labor en las Residencias de Mayores dependientes del Ministerio de Defensa y el ámbito penitenciario en la Prisión Militar de Alcalá de Henares.

Tras la expansión del Trabajo Social en las Fuerzas Armadas en la década de los 70 y principios de los 80 y como consecuencia de la creación del Ministerio de Defensa y la consecuente desaparición de los Ministerios de Marina, Tierra y Aire, se empezaron a centralizar servicios y a prescindir de Trabajadores/as Sociales. Esta reducción ha seguido produciéndose en las décadas siguientes pudiendo ser debido a la disminución de las Fuerzas Armadas por la profesionalización. En la actualidad la presencia de Trabajadores/as Sociales en la Institución es mínima.

La relación laboral de los/as Trabajadores/as Sociales con las Fuerzas Armadas, siempre ha sido como personal laboral civil, nunca como personal militar, situación que si se da en otros Fuerzas Armadas (como la norteamericana) o con otras disciplinas como la psicología, la medicina o el derecho, formando parte de los Cuerpos Comunes como Cuerpo de psicología militar, de medicina militar y jurídicos militares, entre otros.

Tras este recorrido en nuestro país, veamos el papel que ostenta el Trabajo Social Militar a nivel Internacional y en algunas Fuerzas Armadas de otros países.

### ***Trabajo Social Militar a nivel internacional. Experiencias en las Fuerzas Armadas de otros países***

Como ya hemos dicho, existen países que tienen en sus Fuerzas Armadas a Trabajadores/as Sociales que son militares (USA, Finlandia, Sudáfrica, Israel, Holanda, Canadá y Reino Unido) y que se complementan con Trabajadores/as Sociales civiles además de los militares (Daley J., 2003).

El desempeño profesional que realizan los/as profesionales del Trabajo Social en las Fuerzas Armadas de estos países es diverso pero en todos coinciden la realización de Trabajo Social sanitario, psiquiátrico, mediación familiar, gestión de recursos y prestaciones, prevención de abusos de drogas, etc. (Martin, Rosen and Sparacino, 2000).

En algunos de estos países además, los/as Trabajadores/as Sociales trabajan con las tropas en zonas de combate, lo que significa que es crucial que posean las destrezas y habilidades necesarias para intervenir en situaciones resultantes del trauma de combate (Brown, 1984).

Es evidente que la evolución y el recorrido de la profesión de Trabajo Social y de las Fuerzas Armadas en cada país es diferente, puesto que cada uno proporciona un contexto único y unas características concretas en el desempeño del Trabajo Social. A continuación vamos a analizar algunos ejemplos.

## Estados Unidos

En las Fuerzas Armadas americanas han aumentado de manera constante los servicios de Trabajo Social, pasando de un papel inicial clínico en salud mental a una amplia gama de servicios que incluyen servicios de intervención y prevención de la violencia familiar, los servicios de tratamiento de abuso de sustancias, servicios de trabajo social sanitario, de respuesta al estrés de combate, programas de apoyo individual y familiar, y programas de bienestar familiar así como su participación activa en la elaboración de propuestas sobre política social.

Aunque muchos programas se desarrollan por equipos multidisciplinares formados principalmente por trabajadores/as sociales, psicólogos/as y psiquiatras, el papel del trabajo social militar ha adquirido peso específico dentro de estos equipos, ganando en influencia y prestigio. A finales de los años 90, en el Ejército de Tierra había 150 oficiales trabajadores sociales, 31 en la Armada y 215 en el Ejército del Aire, con aproximadamente 600 trabajadores sociales civiles que trabajaban directamente en programas militares (Lockett, 1999; Kennedy, 1999; Tarpley, 1999). En la actualidad el Departamento de Defensa cuenta con unos 3800 trabajadores/as sociales, entre militares y civiles, aunque este volumen de profesionales es considerado lamentablemente escaso para el desempeño de su misión. No se incluyen en estos números los trabajadores sociales del U.S. Department of Veterans Affairs. (Daley J, 2003).

## Finlandia

La mayor parte de la fuerza militar (67%) la componen reclutas que sirven de 180-362 días dependiendo de si son soldados básicos, especialistas u oficiales.

El Trabajo Social Militar comenzó en Finlandia en 1942 con la creación de la Oficina de Información a los Soldados que tenía como objetivo la coordinación de la ayuda a los soldados y sus familias. Las funciones más destacadas desempeñadas por los/as trabajadores Sociales militares han sido la defensa de los derechos de los reclutas liderando grupos especiales de apoyo al personal cuando hay una muerte o graves lesiones, la evaluación de las políticas y programas de actividades sociales de defensa, la defensa de los servicios que mejoran la retención y satisfacción de los militares y la búsqueda de una mayor cooperación internacional.

El Trabajo Social Militar se considera desarrollado en Finlandia, dentro del contexto nacional de los sistemas de protección social también muy desarrollados. (Daley, 2003).

## Sudáfrica

Para entender el desarrollo del trabajo social militar en Sudáfrica, es necesario comprender la transición de la situación de apartheid de antes de 1994, a la situación tras la abolición ese año. Los trabajadores sociales militares sirvieron en las siete fuerzas armadas existentes, cinco de las cuales eran propias del Estado y dos de los movimientos de liberación.

En las fuerzas del apartheid, los trabajadores sociales militares proporcionaron servicios de trabajo social ocupacional, pero en las fuerzas irregulares proporcionaron recursos bási-

cos y el apoyo a los soldados y sus familias en situaciones de severa pobreza.

Después de 1994 las siete fuerzas militares se fusionaron en la Fuerza de Defensa Nacional de Sudáfrica (SANDF) y los servicios de Trabajo Social Militar se integraron en la Dirección de Trabajo Social en el marco del Servicio de Sanidad Militar.

En Sudáfrica hay más de un centenar de trabajadores sociales militares, de los cuales el 95 por ciento están descentralizados en las unidades; el resto sirven como Trabajadores Sociales Sanitarios en los hospitales militares o hacen investigación en el Instituto de Medicina Marítima.

En 1997 la Dirección de Trabajo Social desarrolló un plan de acción que incluía una visión de lo que debía ser el Departamento de Bienestar Social así como cinco objetivos finales: apoyo operativo, una organización productiva, familias militares socialmente saludables, desarrollo de los empleados, y la creación de redes, consejos y recursos. (Daley, 2003).

Es interesante contrastar el desarrollo del Trabajo Social Militar en los países descritos anteriormente. Cada país ha tenido un crecimiento acorde con su contexto nacional. Sin embargo, cada país ofrece experiencias únicas y perspectivas sobre las funciones del Trabajo Social militar.

Finlandia ofrece habilidades en defensa de los derechos de los reclutas del servicio militar obligatorio, Sudáfrica ofrece habilidades de planificación y experiencia en la gestión de reorganización de la institución, los Estados Unidos ofrecen una profundidad y amplitud de los programas clínicos y de prevención. Desde una perspectiva positiva podemos decir que todo suma a la exquisita costura que constituye el tapiz del Trabajo Social Militar a nivel internacional. (Daley, 2003).

### **Situación actual de la profesión. Limitaciones y demandas**

El Trabajo Social en las Fuerzas Armadas Españolas ha ido perdiendo presencia. A finales de los 80 empieza a disminuir la plantilla y se contabilizan sobre 20 Trabajadores/as Sociales (Fuente: TS Armada). Los puestos que ocupaban como personal laboral no se han vuelto a ocupar después de las jubilaciones o los traslados a otras administraciones.

*“Teniendo en cuenta el número de militares en las Fuerzas Armadas, y considerando que tienen las mismas necesidades que el resto de la población, valoramos que la presencia del Trabajador Social es prácticamente nula.”(Entrevista TS FAS)*

En la actualidad se puede considerar que el Trabajo Social en las Fuerzas Armadas Españolas no es representativo. A día de hoy podemos contabilizar a 8 Trabajadores/as Sociales con relación contractual de personal laboral en las Fuerzas Armadas, como Titulado Medio de Actividades Específicas. Los puestos que ocupan y las funciones que desempeñan las desarrollamos a continuación.

Existe un/a Trabajador/a Social en el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) cuyas funciones primordialmente van dirigidas a la información y tramitación de prestaciones sociales y sociosanitarias que gestiona dicho organismo.

*“Dado que una gran parte de las personas a las que atiendo se encuentran dentro del grupo de retirados, las cuestiones más demandadas son sobre Prestaciones de Asistencia a Domicilio, Unidades de Día y Residencias Geriátricas, así como Discapacidad y Ley de Dependencia.*

[...]Dentro del grupo de afiliados en activo, las mayores demandas son relativas a: las prestaciones de parto múltiples; problemas con los hijos relativos a escolarización, TDA (Trastorno por Déficit de Atención) y TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), y discapacidades; y relativas a prestaciones sociales para los progenitores, sean o no del régimen de ISFAS (Ley de Dependencia)” (Entrevista TS)

“Las dificultades que encuentro son la disminución de recursos sociales como consecuencia de la crisis económica, y el desconocimiento de los afiliados de este Instituto de los recursos existentes de la Red Pública de Servicios Sociales” (Entrevista TS)

Un Trabajador/a Social en el Hospital Militar “Gómez Ulla”, cuya función es la de información, apoyo al enfermo/a y sus familiares, orientación y tramitación de recursos sociales dirigidos a personas enfermas y personal del Hospital.

El hospital actualmente atiende a personal civil de la seguridad social. Los casos de personal militar que atiende, están relacionado con atención a personal proveniente de zona de conflicto.

“Un caso que atendí en el Hospital Militar, un soldado diagnosticado de trastorno por estrés postraumático tras el conflicto de Bosnia, en el que el enfoque y trabajo multidisciplinar logró una superación de sus dificultades y una adaptación a su nueva situación de vida” (Entrevista TS)

En el Establecimiento Penitenciario Militar de Alcalá de Henares trabajan dos Trabajadores/as Sociales cuyas funciones son, por un lado; una función generalizada de información, asesoramiento y apoyo al personal interno y a sus familias, con el fin de paliar las dificultades surgidas por el ingreso en prisión. Así mismo el Trabajo social Penitenciario se plantea como un vínculo entre el interno y la sociedad, por lo que realiza funciones de gestor de recursos sociales, facilitando el acceso del personal interno y sus familias a los mismos.

Y por otro, el trabajo desarrollado como miembro del Equipo de observación y tratamiento, en el establecimiento y seguimiento del protocolo individualizado de tratamiento y en la participación como miembro de dicho equipo en la toma de decisiones y elaboración de informes en referencia a clasificaciones, permisos, libertades...

“Los casos más frecuentes son delitos de abandono de destino, cuyo perfil normalmente suele ser la tropa, con problemas de consumo y/o dificultades en el entorno familiar.. Suelen tener un perfil inmaduro, con bajos recursos económicos y escasa formación profesional [...] En el caso de oficiales y suboficiales los delitos suelen llevar aparejada mayores condenas, no dándose el delito de abandono de destino en este ratio, y destacando el abuso de autoridad, delitos contra la hacienda militar y contra la Salud Pública.” (Entrevista TS)

“Al ser una única prisión militar en España muchos internos son de otras comunidades y sus familiares también, por lo que dificulta la intervención social; realizando la mayoría de las ocasiones las entrevistas de manera telefónica. [...] Las precariedades actuales en cuanto al puesto son básicas ya que se tiene despacho, teléfono y ordenador compartido, lo que ralentiza mucho el trabajo”. (Entrevista TS)

Un/a Trabajador/a Social trabaja en la residencia de mayores perteneciente al Ministerio de Defensa Virgen del Perpetuo Socorro desempeñando las funciones propias en un centro de personas mayores.

Un/a Trabajador/a Social colabora con la Unidad de Apoyo a Heridos y Familiares de Fa-

*llecidos y Heridos en acto de servicio de las Fuerzas Armadas, formando parte de un equipo interdisciplinar cuya funciones son el apoyo a las unidades y afectados, (con apoyo psicológico, gestión y tramitación de recursos y prestaciones), coordinación y seguimiento de actuaciones y coordinación con otras administraciones (asistencia sanitaria), entre otras.*

*“Caso de [...] repatriado desde Yibuti tras sufrir un accidente en una zodiac encontrándose en la operación Atalanta. [...] fallece el ... de Abril en una operación del Libano” (Entrevista TS)*

Y por último, dos Trabajadores/as Sociales adscrito/as a la Dirección de Asistencia al Personal (DIASPER) en el Cuartel General de la Armada, cuya labor es atender a todo el personal militar y civil de la Armada y a sus familias cuando se enfrentan a un problema social.

Las funciones principales que desempeñan son: Servicio de información sobre prestaciones de ISFAS, Becas, prestaciones y préstamos de la DIASPER, los centros residenciales, Servicio de Ayuda a Domicilio, empleo, colegios, etc.

La gestión y tramitación de prestaciones y ayudas a Viudo/as y Huérfano/as que conlleva a su vez la coordinación con otros Organismos e Instituciones tales como el ministerio de Hacienda, ISFAS, Patronato de Huérfanos de la Armada , etc.

La gestión y tramitación de prestaciones al personal heridos y familiares de fallecidos.

También colaboran con la Asociación Benéfica Ntra. Sra. Del Carmen, cuya función es asesorar como profesionales del Trabajo Social a la asociación, haciendo un estudio de los casos que acuden a pedir ayuda a la asociación y proporcionando un diagnóstico sobre él.

Como podemos comprobar ha desaparecido la figura del Trabajador/a Social en ámbitos que antes ocupaban.

*“Debido a la población tan elevada de Personal Militar, sí que serían necesarios más Trabajadores Sociales, en Hospitales Militares, Colegios y Patronatos de Huérfanos, Unidades de Heridos de zonas internacionales, Fundaciones y Asociaciones Benéficas, Organismo autónomo ISFAS...” (Entrevista TS).*

Aunque son escasos, las Fuerzas Armadas cuentan con uno/as profesionales con muchos años de experiencia laboral y donde la posibilidad de ocupar diferentes destinos les ha hecho adquirir una experiencia muy completa en campos muy diferentes. La mayoría han tenido experiencia en el ámbito sanitario ya que era en la sanidad militar donde más trabajadores/as sociales había (en estos momentos y por el cierre de los hospitales solo queda una trabajadora social sanitaria con contrato temporal).

*“[...] En la Armada durante 17 años, trabajé en Bolsa de Empleo para viudas y huérfanos y en resolución de problemas sociales del Personal de la Armada y de sus familias y desde hace 12 años también presento los casos necesarios, ante la Asociación benéfica “Ntra. Sra. del Carmen” de Madrid” (Entrevista TS)*

*“Desde 1995 hasta 2007, como Trabajador Social del Hospital Militar “Vigil de Quiñones” de Sevilla; a partir de ese año, y con motivo del cierre del Hospital pasé a depender del Instituto Social de las Fuerzas Armadas [...] He pasado de estar dedicado a la información, orientación y tramitación de recursos sociales dirigidas a enfermos y personal del Hospital, a una función, primordialmente dirigida a la gestión y tramitación de prestaciones sociales y socio sanitarias del ISFAS” (Entrevista TS)*

*“... Como Personal Laboral Fijo desde 1985 en el Hospital Universitario del Aire. [...] Cerraron el Hospital en el año 2002 y fui destinada a la Residencia de Mayores ‘Virgen del Carmen’” (Entrevista TS)*

A diferencia de otros países donde “el Trabajo Social Militar” está más desarrollado, en nuestro país no existe “una identificación” con este concepto. Esto puede ser debido, además del escaso número de profesionales, a que están muy dispersos tanto geográficamente como en las funciones que desempeñan. Esto genera que no tengan espacios de encuentro que les facilite hacer grupo.

También puede influir el hecho de no ser militares por lo que no son reconocidos por la institución como profesión, existe un desconocimiento de las funciones que desarrollan y del potencial que pueden tener. No existe una estructura organizativa con la que identificarse y a la que identificar.

*“un ejemplo del desconocimiento de la figura y las funciones del Trabajador Social en las Fuerzas Armadas, es que en las distintas convocatorias públicas sigue utilizándose la nomenclatura de Asistente Social. Fuera de uso por los connotaciones que encierra, desde hace casi 30 años.” (Entrevista TS)*

*“Por ejemplo la figura del psicólogo está muy reconocida en las Fuerzas Armadas, formando parte de la plantilla, a diferencia del trabajador social que siempre es personal civil, y apenas existe esta figura”. (Entrevista TS)*

*“La dificultad con las que me encuentro es el reconocimiento como profesional. [...] Desconocimiento de las funciones del trabajador social.” (Entrevista TS)*

El desarrollo de una profesión se mide, entre otras cosas, por la estructura formativa, académica y de investigación con la que cuenta y la calidad de ésta. La falta de identificación como profesión dentro de las Fuerzas Armadas hace que no se ofrezca formación continua desde la institución para el reciclaje y la mejora del servicio, tampoco existe formación específica como existe en otros países (en EEUU el Trabajo Social Militar es una especialidad).

*“Desde el punto de vista formativo, no existe dentro del Ministerio de Defensa cursos dirigidos al Trabajo Social Penitenciario, no pudiendo acceder a formación especializada como sucede en las demás prisiones. En este sentido una forma de paliar esto sería que dejaran al Equipo poder acceder a las acciones formativas que imparte el Ministerio del Interior [...] no hay posibilidad de formación específica, siendo ya el trabajo social penitenciario un ámbito poco conocido” (Entrevista TS)*

*“Considero que mis necesidades formativas son bastante, me gustaría tener formación en diferentes campos (Discapacidad, violencia de género, dependencia) [...] Pienso que mi mejora en el puesto de trabajo pasa por la integración del trabajo social en las Fuerzas Armadas con formación continuada propia.” (Entrevista TS)*

*“Intento cubrirlas todas, sobre todo a nivel privado, pues a nivel del Instituto y del Ministerio la formación se reduce a temas de informática y poco más” (Entrevista TS)*

En este contexto de “ausencia” de Trabajadores/as Sociales es paradójico descubrir que habiéndose producido un desarrollo normativo y medidas sociales en lo relacionado con el bienestar de los/as militares (conciliación de la vida laboral y familiar, protección de la mujer, programas prevención de adicciones, oficinas de apoyo al personal, etc.) estos logros no hayan ido parejos con el aumento de Trabajadores/as Sociales para su correcto

desarrollo, por lo que se puede decir que “se han tomado medidas adecuadas con personal inadecuado”.

*“Aunque los soldados, suboficiales y oficiales que están en las Oficinas de Acción Social de las Unidades intentan dar respuesta a los diferentes problemas que les plantean, el desconocimiento de los recursos existentes a nivel local, provincial, autonómico y nacional, así como la falta de preparación específica hace que en muchas ocasiones la información que transmiten sea parcial e insuficiente” (Entrevista TS)*

*“Si observamos que tanto en los valores como en el ideario de las fuerzas armadas, plantean y cuidan a la familia. En este sentido se buscan recursos para solventar las dificultades planteadas, pero estos son gestionados o llevados en prácticamente la mayoría de las situaciones por otros profesionales no especializados en el ámbito social [...] En los esfuerzos militares por trabajar la prevención en el ámbito de las adicciones en los militares y sus familias, no he encontrado en estos programa, la figura del trabajador social.” (Entrevista TS)*

Sin embargo, y a pesar de todo, son una profesión que sirve de nexo con la sociedad civil y con los/as profesionales del trabajo social insertos en ella, y cada uno/a en su desempeño laboral tiene relación (coordinación) constante y fluida con otras administraciones, empresas y asociaciones y con los/as trabajadores/as sociales que en ellas trabajan, por lo que son un activo para la resolución de problemas de forma coordinada (FAS/ Sociedad civil) y la obtención de recursos de los que carece la institución.

*Me coordino con las diferentes administraciones civiles (Servicios Sociales, entidades privadas, etc.) para coordinar casos comunes, entre otras.*

*“Desde los Servicios Sociales Comunitarios, y a la inversa, es muy frecuente la consulta sobre casos particulares, así como la puesta en común para lograr la máxima cobertura de las necesidades manifestadas y evitar la duplicidad en las gestiones.”(Entrevista TS)*

*“Con el equipo de la prisión civil de Madrid II, y por teléfono, según el caso, con todos aquellos profesionales necesarios (Servicios Sociales, Centros de atención a Drogodependientes, otras prisiones y centros de inserción social, hospitales, etc.)” (Entrevista TS)*

Además de los cometidos desarrollados en sus puestos de trabajo, lo/as Trabajadores/as Sociales son observadores privilegiados de la realidad, con capacidad científica para analizarla y hacer un diagnóstico de ella, detectando así los colectivos más vulnerables y sus problemáticas.

*“Dentro de las fuerzas armadas entendemos que las problemáticas sociales observadas son similares al resto de la sociedad, las adicciones, problemas de relaciones familiares, conflictos con adolescentes, cuidados de mayores.... Desde la perspectiva de la intervención social en prisión, si observamos que cuando existe a nivel personal una dificultad de consumo, impulsividad, agresividad... el hecho de tener un mayor acceso a las armas puede poner al individuo y su entorno en una mayor situación de riesgo. [...] A nivel familiar, se observa un cambio en el ámbito de las fuerzas armadas, hasta hace unos años los traslados de los militares por destino llevaban aparejado el traslado de toda la familia. Sin embargo en la actualidad, al incorporarse la mujer al mundo laboral y al ejército, en numerosos casos se produce una ausencia de uno de los progenitores.” (Entrevista TS)*

*“Las necesidades que detecto en la población militar y sus familias son sobre todo debido a la movilidad geográfica (desarraigo familiar, escolarización niños, “abandono” de los pa-*

dres,...)” (Entrevista TS)

“Los Grupos de población más vulnerables son los mayores, por el desconocimiento de los recursos existentes, las personas con adicciones, por el miedo a que pueda repercutir en su carrera profesional, lo que hace que lo oculten y no acudan a profesionales para solucionar el problema y las personas con problemas sanitarios ya que las coberturas de las compañías privadas, que el caso de patologías mayores o extrema gravedad, en ocasiones, son insuficientes teniendo una mejor cobertura el Sistema Nacional de Salud” (Entrevista TS)

“La problemática social en las FAS más acuciantes son, los problemas de conciliación de la vida laboral y familia, la existencia de absentismo escolar en algunos hijos de personal militar, la falta de redes de apoyo familiar y la existencia de problemas de consumo de droga y alcohol.” (Entrevista TS)

“Creo que la población más vulnerable son la tropa y marinería, puesto que la mayoría cuenta con poca formación académica, carencia de redes sociales, desconocimiento de servicios sociales como institución y el desconocimiento de las funciones del trabajador social.” (Entrevista TS)

“¿Cómo pueden pensar y/o creer que van a desarrollar bien su trabajo si la mente está ocupada en el problema que ha dejado en casa (problemas de pareja, de escolarización de los niños, de discapacidad de estos, de mis padres ya mayores y que quedan solos sin nadie que les atiendan, etc.) sobre todo cuando por el trabajo los destinan durante tres, cuatro meses a cientos, o miles, de kilómetros de distancia de ellos y les imposibilita ayudar a solucionarlo?”. (Entrevista TS)

Los/as Trabajadores/as Sociales son conscientes de la realidad que viven y de la necesidad de su presencia para tratar las situaciones problemáticas que detectan en su día a día, teniendo un perfil muy valioso en el campo de la prevención, del acompañamiento y de la elaboración de políticas sociales que se ajusten a las verdaderas necesidades de este colectivo.

Parece una realidad indiscutible el hecho de que queda mucho por hacer desde el Trabajo Social en las Fuerzas Armadas.

## Nuestras conclusiones

En España el desarrollo del Trabajo Social en las Fuerzas Armadas discurre de forma paralela al desarrollo del Trabajo Social en el país, compartiendo sus inicios en un contexto religioso y un desempeño sustentado en principios caritativos.

Es en la década de los sesenta cuando se produce en España un salto adelante que se vislumbra en el trabajo y la organización de los/as Asistentes/as Sociales en las Fuerzas Armadas, aumentando su presencia y sus cometidos. Así estaban integrados en los servicios de Asistencia Social y delegaciones de Acción Social en las diferentes regiones militares y zonas marítimas. También estaban presentes en los colegios militares desarrollando funciones propias y formando parte de los gabinetes Psicopedagógicos del centro. En este contexto se hablaba del desarrollo del “Trabajo Social Escolar” y se proponían estudios que ampliara horizontes dentro de esta “especialidad”.

El campo donde más se desarrolló fue en el ámbito sanitario y con mayor especialización



en el campo de la psiquiatría y la salud mental por sus implicaciones sociales que involucra al paciente, a su familia y a su entorno.

En otros países existen Trabajadores/as Sociales que son militares (USA, Finlandia, Sudáfrica, Israel, Holanda, Canadá y Reino Unido). El desempeño profesional que realizan se centra en el Trabajo Social sanitario, psiquiátrico, mediación familiar, gestión de recursos y prestaciones, prevención de abusos de drogas, estrés de combate, etc.

El Trabajo Social en las Fuerzas Armadas Españolas ha ido perdiendo presencia en los últimos años. A día de hoy podemos contabilizar a 8 Trabajadores/as Sociales con relación contractual de personal laboral en las Fuerzas Armadas.

A diferencia de otros países, no existe una identificación con este concepto Trabajo Social Militar. Esto puede ser debido, además del escaso número de profesionales, a que están muy dispersos tanto geográficamente como en las funciones que desempeñan.

Al no ser militares, no son reconocidos por la institución como profesión, por lo que existe un desconocimiento de las funciones que desarrollan y del potencial que pueden tener. Esta falta de identificación como profesión por la Institución hace que no se ofrezca formación continua ni específica.

El desarrollo normativo y las medidas sociales desarrolladas en lo relacionado con el bienestar de los/as militares no hayan ido parejos con el aumento de Trabajadores/as Sociales para su correcto desarrollo, por lo que se puede decir que se han tomado medidas adecuadas con personal inadecuado. En este sentido se buscan recursos para solventar las dificultades planteadas, pero estos son gestionados o llevados por otros profesionales no especializados en el ámbito social.

Los/as Trabajadores/as Sociales de las Fuerzas Armadas sirven de nexo con la sociedad civil y con los profesionales del trabajo social insertos en ella, por lo que son un activo para la resolución de problemas de forma coordinada (FAS/ Sociedad civil) y la obtención de recursos de los que carece la institución.

Las problemáticas sociales observadas por lo/as profesionales son similares al resto de la sociedad, las adicciones, problemas de relaciones familiares, conflictos con adolescentes, cuidados de mayores, etc. agravados por los condicionantes intrínsecos a la profesión militar.

Las necesidades que se detectan en la población militar y sus familias son sobre todo debido a la movilidad geográfica; desarraigo familiar, dificultad en la escolarización niño/as, existencia de absentismo escolar en algunos hijo/as de personal militar.

Se destaca la problemáticas de conciliación de la vida laboral y familia, la falta de redes de apoyo familiar. También se detectan problemas de consumo de droga y alcohol.

Teniendo en cuenta el número de militares y considerando que tienen las mismas necesidades que el resto de la población, su presencia es prácticamente inexistente. En la actualidad se puede considerar que el Trabajo Social en las Fuerzas Armadas Españolas no es representativo.

## Propuestas

En concreto, consideramos necesaria la presencia de Trabajadores/as Sociales en los siguientes términos:

Aumentar el número de profesionales en los espacios que antes ocupaban (ISFAS, colegios, hospital, etc.)

La creación de Unidades de Trabajo Social tanto a nivel del Ministerio de Defensa, como en los Ejércitos /Armada. Sus funciones principales serían asesorar sobre las políticas sociales que se pongan en marcha, coordinar las mismas, la elaboración de planes y programas específicos de actuación y la difusión de la información en esta materia, además de formar parte de los diferentes organismos que lo requieran, como el Observatorio militar para la igualdad entre mujeres y hombres, la Unidad de apoyo a heridos y a familiares de fallecidos, la Oficina de Atención a la Discapacidad y los Equipos de Apoyo a familias en misiones internacionales.

La creación de Equipos de Trabajo Social a nivel de las unidades, con las funciones de información, asesoramiento, prevención, intervención directa, y seguimiento de casos. Así mismo ayudarían a hacer frente a las necesidades de los militares ante un cambio de destino. Creemos muy importante la atención a lo/as menores ya que son el eslabón más vulnerable en el engranaje institucional, siendo necesaria una atención, supervisión y seguimientos de los casos más complejos (dificultades de adaptación, absentismo escolar, fracaso escolar, etc.) para ello, el perfil más adecuado es el del Trabajador/a Social.

Los/as Trabajadores/as Sociales pueden desarrollar acciones formativas relativas a la igualdad de género y prevenir comportamientos racistas y en prevención de adicciones, entre otras.

## Nuevas líneas de investigación

A partir de aquí se pueden abrir numerosas e interesantes líneas de investigación para conocer aún mejor las necesidades de los/as militares y desarrollar medidas de apoyo y conciliación de la vida familiar y profesional más acordes con las realidades familiares existentes hoy en día dentro de las Fuerzas Armadas españolas, con el objetivo de estar al tanto de sus necesidades y poder anticiparse a los problemas que pudieran surgir.

También sería necesario profundizar en la labor del Trabajo Social dentro de las Fuerzas Armadas a nivel internacional, así como en la historia del Trabajo Social en nuestras Fuerzas Armadas, con la finalidad de avanzar y madurar en este campo.

Este trabajo pretende ser un punto de partida que inicie un campo de investigación inexplorado en nuestro país y del que es necesario reflexionar.

## Bibliografía

Abrahamson, B. (1985). La socialización profesional: teoría, ética y espíritu de cuerpo”, en R. Bañón, y J. A. Olmeda (Eds), *La Institución Militar en el Estado Moderno*, pp. 208-224, Madrid: Alianza Editorial.

Bañón, R. & Olmeda, J.A. (comp.) (1985). *La Institución militar en el Estado contemporáneo*. Madrid: Alianza Editorial.

Bardera, M<sup>a</sup> P. (2009). Perfil psicosocial de la mujer militar, en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*, Gómez, M & Sepúlveda, I (Eds), pp. 225-251. Madrid: Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado.

Brown, P (1984). Legacies of war: treatment considerations with Vietnam veterans and their families. *Social Work*, 4, pp. 372-379.

Consejo Asesor de Personal en la Armada (2008), Memoria 2008, Propuesta N° AR 07 T 40, p. 39 citado en *La familia en las Fuerzas Armadas españolas*, Gómez, M. Madrid: Ministerio de Defensa.

Council on Social Work Education. (2010). *Advanced social work practice in military social work*. Alexandria, VA: author.

Daley, J. G. (2006). Building an International Military Social Work Focus: A Call for Action”. *Advances in Social Work*, Vol 7, No 1, Indiana: University School of Social Work.

Daley, J.G. (2003). Military social work: A multi-country comparison. *International Social Work* 46(4), pp. 437-448.

Daley, J.G., ed. (1999). *Social Work Practice in the Military*. New York: Haworth Press.

Dirección de Sanidad del Ejército de Tierra, Sección de Psicología, Consejos para las Familias, citado en *La familia en las Fuerzas Armadas españolas*, Gómez, M. Madrid: Ministerio de Defensa.

Donoso, D. (coord.). (2012). *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Madrid: Ministerio de Defensa.

Escribano, C. (1998). Apoyo psicológico a las fuerzas desplegadas en Bosnia. *Ejército–Revista de las Armas y Servicios*, N° 690, p. 45.

Estruch, J. & Güell, A.M. (1976). *Sociología de una profesión. Los asistentes sociales*. Barcelona: Península.

Gil, M. (2004). Aproximación al estudio de la vida familiar de los militares españoles (siglo XVIII), *Revista de Historia Militar, Separata de la Revista n.º96*, pp. 99-145, Madrid: Ministerio de Defensa.

Gómez, M. (2013). *La familia en las Fuerzas Armadas españolas*. Colección Premios Defensa Investigación. Madrid: Ministerio de Defensa.

González, M.J. (1997). *Metodología de la investigación social*. Técnicas de recolección de datos: Aguacilara.

Harris, J. (1999). History of Army Social Work, in J.G. Daley (ed.) *Social Work Practice in the Military*, pp. 3-22. New York: Haworth Press.

Herzog, H. (2004). Family-military relations in Israel as genderizing social mechanism. *Armed Forces & Society*, N° 1, p. 25

Huesca, Ana (1994). Servicios sociales en las Fuerzas Armadas. *Cuadernos de Trabajo social*, numero 7, 1994, Madrid.

Kennedy, D. (1999). The Future of Navy Social Work, in J.G. Daley (ed.) *Social Work Practice in the Military*, pp. 317–28. New York: Haworth Press.

Lockett, G.D. (1999). The Future of Army Social Work, in J.G. Daley (ed.) *Social Work Practice in the Military*, pp. 307–10. New York: Haworth Press.

Martin, J. A., Rosen, L. N., & Sparacino, L. R. (Eds.). (2000). *The military family: A practice guide for human service providers*. Westport, CT: Praeger.

Martínez, M. (2013). Prevención de drogo dependencias en las FAS. *Revista Española de Defensa* n° 295, 20-21. Martínez, J. I. & Díaz, J. R. (2001). Ante el nuevo ciclo en los Ejércitos: los centros de pensamiento militar. *Barataria, Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, N° 4, 224.

Pinto, M. (1990). *Análisis documental: fundamentos y procedimientos*. Madrid: Eudema.

Patton, M.Q. (1980) *Qualitative evolution methods*. Beverly Hills, CA Sage.

Sanchez, E. (1999). Soldado de reemplazo/soldado profesional: un cambio de paradigma, *La profesionalización de las Fuerzas Armadas, Cuadernos de Estrategia* N° 104, pp. 95-128. Madrid: Ministerio de Defensa.

Sanz, A. (2001). Acción social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica *Acciones e Investigaciones Sociales*, 13, pp. 5-42

Solana, M. J. (2007). La presencia de los extranjeros en las Fuerzas Armadas españolas. Pasado, presente y futuro. *Monografías del CESEDEN*, N° 95, p. 9.

Tarpley, A.A. (1999). The Future of Air Force Social Work, in J.G. Daley (ed.) *Social Work Practice in the Military*, pp. 329–42. New York: Haworth Press.

Zamanillo, T. (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social* 12:13-32, Madrid (1999).

## **El objeto de intervención del Trabajo Social y su construcción a lo largo de la historia**

**María Cecilia Martínez Rossiter**

Licenciatura en Trabajo Social en Mendoza (Argentina) y desempeñando labor en Obra Social OSDE BINARIO

**Agustina Torrecilla**

Licenciatura en Trabajo Social en Mendoza (Argentina) y cursando Master Universidad de Avignon

### **Resumen**

Comprender el objeto de intervención es parte fundamental del ejercicio profesional. Trabajo social encuentra significativas dificultades en la delimitación teórica de la práctica cotidiana, lo que puede rastrearse históricamente en la diversidad de perspectivas epistemológicas de la disciplina. La formación profesional se encuentra aprisionada en la enseñanza heterogénea de perspectivas diferentes y/u opuestas, lo que interroga a estudiantes y profesionales. Este estudio presenta una revisión teórica de la problemática.

### **Palabras claves**

Objeto de intervención, Trabajo Social, perspectivas epistemológicas, clarificación teórica.

### **Abstract**

Understanding the object of intervention is a fundamental part of professional exercise. Social work finds significantly complications for theoretical delimitation of what professionals are doing which appears in epistemological differences. Vocational training is imprisoned in the heterogeneous perspectives, which asks students and professionals. This study presents a theoretical review of the issue.

### **Keywords**

Object of intervention, Social Work, professional training, theoretical perspectives.

## Introducción

A la hora de interrogarnos acerca del significado, la delimitación de un concepto, debemos hacerlo tanto en cuanto a su contenido mismo, como considerándolo producto de una historia en la que se encuentra inmerso, y a la cual contribuye a construir.

En la configuración del campo profesional del Trabajo Social, el concepto de **objeto** adquiere una relevancia fundamental. Es la respuesta al interrogarnos *¿sobre qué intervenimos?*

Al comenzar la búsqueda sobre el objeto, encontramos múltiples planteos acerca de su indefinición, las dificultades para delimitarlo, las confusiones al identificarlo en el campo, sujetos, necesidades... *Aunque en la práctica profesional el trabajador social no se equivoca generalmente en cuanto a su objeto, no sucede lo mismo a nivel teórico. Sin embargo, la poca clarificación teórica sobre el objeto profesional no deja de promover, aún en la tarea cotidiana, incertidumbres e inseguridades que limitan la fecundidad de nuestra metodología y generan problemas de demarcación de campo frente a otros profesionales. Por otra parte, la falta de clarificación teórica del objeto, le ha impedido al trabajo social llevar adelante el imprescindible programa de investigación y crecimiento científico<sup>1</sup>.*

El fragmento citado, de Enrique Di Carlo en el año 1995, ofrece a modo de síntesis un ejemplo de la problemática que rodea al objeto de intervención en Trabajo Social.

Ahora bien, trabajar sobre la delimitación del objeto de intervención irremediablemente implica cuestionarse en un nivel epistemológico de la profesión. Esto a causa del carácter esencial que posee el objeto en relación a la legitimación del campo y ejercicio profesional, como al desarrollo teórico-metodológico que de él se desprende. Es importante, por tanto, referir a la historia de la construcción del objeto en sus debates epistemológicos. Al fin y al cabo la una se desarrolla en la otra y se implican mutuamente. Sin dudas las posibilidades del cuestionamiento epistemológico no sólo se dan en un momento/contexto histórico determinado, sino que son producto de procesos que así lo han permitido. Por el momento, lo pensaremos en su dimensión histórica. Para esto tomamos el aporte de diferentes autores que abordan, sea específicamente el objeto de intervención en la historia, sea la construcción histórica del Trabajo social, desde posicionamientos teóricos diversos.

Existe relativamente un consenso en el colectivo profesional al considerar al Trabajo Social como una disciplina que surge de prácticas profesionales que luego van a buscar una formación académica que fortifique y legitime científicamente a la actividad profesional. De acuerdo o no con el surgimiento del Trabajo Social como profesión moderna, se considera ampliamente como antecesoras de la profesión las prácticas asistenciales de la caridad y la filantropía que tienen un antiguo origen y pueden rastrearse hondamente en la historia de la humanidad. Afirmamos esto para llegar a que, como tantos otros oficios en la vida de la sociedad, el Trabajo Social avanza en la historia desde el ejercicio de una práctica que se repiensa en cada época y, por diversos motivos, va logrando niveles de abstracción cada vez mayores y profundos.

.....  
<sup>1</sup> DI CARLO, Enrique "Objeto y método profesional" en: "Papeles científicos del Trabajo Social: La comprensión como fundamento de la investigación profesional".

## Primer acercamiento a la problemática del objeto

Para Gustavo Parra<sup>2</sup>, la problematización del objeto de intervención y de la profesión en su estatus como tal, aparece en el ámbito Latinoamericano durante el proceso del Movimiento de Reconceptualización, que abarcó el desarrollo intelectual profesional durante las décadas de los 60 y 70 en América Latina. Es durante este Movimiento, que se instala la discusión y el análisis sobre el carácter científico de la profesión. Cuestiona, citando el aporte de Boris Lima<sup>3</sup>, que “el objeto señalado por el Trabajo Social es el hombre desvalido, el menesteroso, el que entra en desequilibrio, desajuste o inadaptación en el orden establecido. (...) el **qué** del Servicio Social está constituido por el ambiente humano del hombre explotado. Se conforma más bien un sistema de objetos al considerar al hombre oprimido en su cotidianidad frustrante”.

Boris Lima encarna, a modo de ejemplificación, la concepción adoptada durante la Reconceptualización acerca de la profesionalidad del Trabajo Social y su objeto. Sin embargo, respecto del Movimiento, Parra destaca algunas consideraciones:

- Por un lado, un profundo y marcado interés en construir una perspectiva científica del Trabajo Social, lo cual constituía una ruptura epistemológica con el modelo norteamericano del Trabajo Social que lo presentaba como una técnica o una tecnología social.
- Por otro lado, el camino a la cientificidad del Trabajo Social está basado en diferentes producciones teóricas marxistas y presentando al materialismo dialéctico casi exclusivamente como la única manera que tenía el Trabajo Social para conocer la realidad e intervenir en ella. Pero al mismo tiempo al referirse al objeto del Trabajo Social se pretende definirlo dentro de los parámetros del positivismo lógico que hegemoniza la epistemología contemporánea, sin analizar la relación entre sujeto y objeto desde una perspectiva dialéctica y crítica.

Como consecuencia de las anteriores consideraciones, identifica una tensión permanente en este Movimiento entre la perspectiva adoptada y la limitación y/o esfuerzos en definir en términos positivos y, sobre todo, lógicos, el objeto del Trabajo Social.

En los inicios de la década de los 80, el C.E.L.A.T.S.<sup>4</sup> propone una distinción importante respecto de la delimitación del objeto profesional, orientada por el interés de consolidar la posición reconceptualizadora. Se trata de considerar al Trabajo Social como una profesión que ocupa y ejerce una posición en el seno de la lucha de clases que se despliega en la sociedad capitalista y, su objeto, no solo como objeto de estudio, sino de intervención. Gustavo Parra cita del C.E.L.A.T.S.: “definir el problema objeto de intervención es delimitar qué aspectos de una necesidad social son susceptibles de modificar con nuestra intervención profesional”. Concluye afirmando que “el objeto de intervención no está dado en la realidad sino que es una construcción. Su delimitación permite establecer una metodología de intervención”.

Podemos decir que uno de los aportes fundamentales de la Reconceptualización consiste en el cuestionamiento y complejización de supuestos que hasta entonces se manejaban.

.....  
2 PARRA, Gustavo “El objeto y el Trabajo Social: Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social”. Boletín electrónico.

3 LIMA, Boris “Contribución a la epistemología del Trabajo Social”, págs.109-110.

4 CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS DE TRABAJO SOCIAL “La práctica del Trabajador Social”, citado por: Gustavo Parra en “El objeto y el Trabajo Social: Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social”. Boletín electrónico.

## Una mirada divergente: el aporte de Bibiana Travi

Hasta el momento, nombramos una posición que toma como punto de inflexión histórica al Movimiento de Reconceptualización. La producción teórica de dicho Movimiento es de significativa relevancia para la formación actual de los Trabajadores Sociales. Sin embargo, estudios posteriores demuestran que si bien se ha acertado y avanzado en algunos aspectos durante este período, otros, han resultado equívocos. El cuestionamiento más recurrente es acerca de la carga ideológica de la crítica reconceptualizadora, por sobre la argumentación teórica y metodológica.

En este sentido, Bibiana Travi<sup>5</sup> es portadora de una de las principales críticas al pensamiento crítico-reconceptualizador y, como se trata de la demarcación histórica de la profesión, resulta interesante en este análisis.

La autora sostiene que la inquietud por la definición filosófica, teórica y metodológica de la profesión forma parte del mismo proyecto moderno que da origen a las ciencias sociales en general. Haciendo parte de este grupo, diferente epistemológicamente de las ciencias naturales, el Trabajo Social, en su proceso de profesionalización que lo distancia de sus precursores la filantropía y la caridad, funda teóricamente sus objetivos, su objeto y su método a fines del siglo XIX en Estados Unidos.

Comienza reconociendo que *“la magnitud de los problemas sociales de la época y su complejidad, hicieron poner en tela de juicio los principios de la efectividad de los sistemas de atención a la pobreza basados en la caridad y la beneficencia”*<sup>6</sup>. A partir de esto, las precursoras del Trabajo Social en Estados Unidos despliegan su labor académico-profesional. Al respecto afirma:

*Consideramos, que es en el seno del movimiento reformista-progresista, donde no sólo se denuncia la existencia de pobreza, injusticia, corrupción, el problema de la tierra, la explotación laboral, segregación racial, (...) etc., sino que desde un claro **compromiso ético-político** y desde una práctica militante, se elevan **desde el Trabajo Social** al primer plano los principios de defensa de la dignidad humana, el respeto a las diferencias, tolerancia religiosa, defensa irrestricta de la democracia, la participación social activa y los derechos de los más desprotegidos, de las minorías, de la justicia y de la libertad. Es sobre estos principios que nuestros colegas elaboraron diversas estrategias para dar respuesta a estos problemas*<sup>7</sup>.

Este extracto da cuenta del paso que se produce con la profesionalización del Trabajo Social, en la comprensión del objeto propio, mediado desde este momento por elementos teóricos, filosóficos y sistematizados para su delimitación y posterior abordaje.

*“La profesionalización constituye el punto de inflexión y ruptura a través del cual el Trabajo Social, nacido como una profesión basada en el “ejercicio de ayudar”, comienza a edificar los cimientos que le permitirán convertirse en una práctica profesional con reconocimiento público y académico y en una nueva disciplina de las ciencias sociales (...) esta ruptura abarca todas las dimensiones constitutivas del Trabajo Social (...)”*<sup>8</sup>.

Los esfuerzos por la profesionalización adquieren importantes dimensiones en el desarrollo del Trabajo Social norteamericano. El mismo, en lugar de profundizarse en su desa-

.....

5 Mgter en Política Social por la U.B.A. Técnica en Minoridad y Familia Universidad Nacional de Luján, Licenciada en Trabajo Social por equivalencias en la UBA. Actualmente profesora e investigadora en la Universidad Nacional de Luján.

6 TRAVI, Bibiana *“El proceso de profesionalización del Trabajo Social y la dimensión ético-política. Viejas conceptualizaciones, nuevas miradas”*, pág. 54.

7 TRAVI, Bibiana *“La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social”*, pág. 21.

8 *Ibid.*, págs. 35-36.



rollo en América Latina, por el contrario se toma y aplica parcializado y luego fuertemente criticado sin por eso estudiarse hondamente.

Ya en sus inicios la profesión reconoce la importancia de la comprensión teórica de las necesidades con las que se encuentra el Trabajo Social, como parte fundamental del objeto de intervención. Todo lo cual ha sido abordado y reafirmado desde distintas posturas teóricas a lo largo de la historia profesional.

En general, tomando el aporte de los autores en una revisión histórica, podemos afirmar que, más allá de las distancias de posicionamiento entre ellos, no resulta contradictorio considerar cómo la inquietud por la definición del objeto ocupa un lugar relevante en la profesionalización del Trabajo Social y se encuentra atravesado principalmente por la reconstrucción a nivel teórico o abstracto de las problemáticas o necesidades reales que surgen en la intervención sobre la vida cotidiana de las personas.

### Otras voces en el debate epistemológico

Para continuar con el desarrollo histórico del debate acerca del objeto y ya hacia 1975, **Nidia Alywin**<sup>9</sup> plantea desde el contexto chileno *“la posibilidad de definir el objeto del Trabajo Social en términos de **problemas sociales** o **problema social**. La profesión es nacida justamente para enfrentar científicamente los problemas sociales, el Trabajo Social encuentra en ella su materia prima, su objeto de acción”*.

Reconoce que al tratarse de un objeto manejado constantemente desde el sentido común, la científicidad de su enfoque debe, justamente, basarse en un saber específico contra sentido común. Luego agrega: *el objeto de la ciencia no es dado sino construido. (...) Para poder desarrollarse la ciencia debe construir su objeto mediante la elección de que conserva lo esencial y elimina lo accesorio. Bourdieu, Chamboredon y Passeron señalan que el objeto de la ciencia no es una parte de lo real que le sea propio, sino una construcción hecha contra el sentido común. Este objeto no está hecho por relaciones reales entre las cosas, sino por relaciones conceptuales entre problemas<sup>10</sup>. El objeto real es aprehendido por la percepción, mientras que el objeto de la ciencia es construido contra la ilusión del saber inmediato. Para el desarrollo del Trabajo Social como disciplina es necesario entonces construir su objeto superando su noción común de problema social, formado a través de una sola práctica. Esto implica en cierta forma una ruptura con lo real percibido y con sus relaciones aparentes, para buscar las relaciones objetivas y las causas profundas que expliquen la vida social y que escapen a la percepción y a la conciencia.*

Se trata de un aporte fundamental acerca del objeto desde la perspectiva epistemológica. Parece ser el aporte pionero en la definición del objeto desde los insumos teóricos, tomándolo como construcción teórica, abstracta, de los problemas que se manifiestan en la cotidianidad de la intervención. Al parecer el contexto chileno permite un razonamiento semejante, pues hasta entonces diversos autores ubican la especificidad del objeto en su carácter de constructo teórico y relacionando, en su definición y para su transformación, niveles macro y micro sociales.

**Mercedes Escalada**<sup>11</sup>, por su parte y hacia mediados de la década de los 80, plantea que

9 ALYWIN DE BARROS, Nidia “El objeto de Trabajo Social”, en revista Trabajo Social N° 8. 1981.

10 PIERRE BOURDIEU “El oficio del sociólogo”, págs. 20 - 25.

11 ESCALADA, Mercedes “Crítica a los Métodos de la Reconceptualización del Trabajo Social”.

“la falta de definición del objeto del Trabajo Social, la sobrevaloración de los objetivos en detrimento de éste y la consideración de un objeto demasiado genérico, fueron causas determinantes que obstaculizaron la teorización en el Trabajo Social”<sup>12</sup>.

La autora define que “el objeto de una disciplina es el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya satisfacción debe ejercerse una función específica; (...) entonces lo que hay que investigar teóricamente y en primer lugar, es esa necesidad, esos problemas, ya que el dominio gradual sobre ellos es lo que determinará las pautas para actuar”<sup>13</sup>.

La autora contribuye a realizar un aporte que luego será adoptado para la definición actual del objeto y es, justamente, el considerarlo como un equivalente teórico de una necesidad real identificada. Aquí se presenta una pregunta que abre el razonamiento en dos: ¿se trata de una necesidad histórica definida que da lugar al nacimiento de una profesión para su satisfacción o de las necesidades múltiples que se presentan diariamente y que exigen análisis e intervención para satisfacerse?

A mediados de la década de 1990 aparecen los aportes de diversos autores argentinos. Entre ellos, **Margarita Rozas Pagaza** desarrolla una novedosa concepción del objeto del Trabajo Social como **campo problemático**, el cual define como “la explicitación argumentada de los nexos más significativos de la cuestión social hoy con relación a la peculiaridad que adquiere la relación problematizada entre sujeto y necesidad”.

Definir el **sobre qué** de la intervención lleva a una construcción histórico-social y dicha intervención, pensada como **campo problemático**, implica considerar a las manifestaciones de la cuestión social como las **coordenadas** que aparecen como obstáculos a la reproducción social de los actores sociales cuando éstos se enfrentan a sus necesidades, las cuales responden a la relación capital-trabajo generada en la organización de la sociedad, afectando directamente la reproducción social de los sujetos, adquiriendo un significado particular para la intervención en cuanto ellos se encarnan en la vida cotidiana de los sujetos. Estas necesidades se expresan en demandas puntuales, que es la forma como se ha institucionalizado la cuestión social en la esfera pública del Estado, relación recurso-demanda, desde la racionalidad instrumental<sup>14</sup>.

Considera al objeto como argumentación teórica de las formas en que se actualiza en cada *hic et nunc* de la intervención profesional el mismo nudo fundamental de la sociedad capitalista en que nos desarrollamos: la cuestión social. Da cuenta estructuralmente de las contradicciones inherentes a la formación social, pero que no se observan solo teórica o ideológicamente en ese nivel macro, sino que se manifiestan en cada contradicción sujeto-necesidad con que el Trabajo Social se encuentra en su práctica cotidiana.

Para redondear el concepto de objeto, Rozas entiende que: *el objeto de intervención se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no*<sup>15</sup>.

En paralelo con Margarita Rozas, **Nora Aquín**<sup>16</sup> desarrolla el concepto de objeto, diciendo al respecto que se trata del “equivalente teórico de una necesidad demandada por la reali-

.....  
12 Ibid., pág. 90.

13 Ibid., pág. 91.

14 ROZAS PAGAZA, Margarita “La intervención profesional en relación a la cuestión social: escenario emergente y estrategias de intervención”.

15 ROZAS PAGAZA, Margarita “Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en Trabajo Social”, pág. 60.

16 Titular de la Cátedra de Trabajo Social IV en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba. Trabajadora Social del Servicio Penitenciario de Córdoba.

dad, para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica”. Detalla además, que se ubica en “la delicada intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para su reproducción y los procesos de distribución secundaria del ingreso”<sup>17</sup>.

Entiende entonces por objeto de intervención, a la definición teórica de una situación interpretada socialmente como problema, susceptible de ser modificada a través de la acción profesional del Trabajo Social. La intervención responde a la modificación, a la transformación, a la restitución, al cambio, su eje contiene a lo racional como mediación, siendo la teoría la que hace que la práctica redefina su significado.

Para dar cierre a la postura de Nora Aquín<sup>18</sup>, ella define al **Trabajo Social** como una profesión que orienta su intervención a la atención de necesidades materiales y no materiales, de personas, familias, grupos y poblaciones que tienen dificultades para la reproducción de su existencia, promoviendo su vinculación con instituciones públicas y privadas que disponen de o pueden crear satisfactores.

Contemporáneamente a las dos autoras, aparece la publicación del aporte del profesor **Di Carlo** acerca de la delimitación del objeto de intervención. Como ya se ha citado, su aporte es esclarecedor en la definición de la problemática que envuelve al objeto de intervención. El estancamiento en este punto ha dificultado luego el desarrollo teórico necesario para el progreso del Trabajo Social, al cual considera como una disciplina científica, y como tal portadora de un objeto específico. Comprende que frente a lo inabarcable de “lo social” o del “ser humano” como tales, se presenta la necesidad de delimitar el marco específico de intervención en relación al espacio que toca al Trabajo social como disciplina. Por su parte, afirma: *cabe la cuestión sobre qué aspecto de lo humano dentro de la globalidad de la definición es nuestro objeto, es decir cuál es la perspectiva de análisis y acción frente a algo tan complejo. (...) se defiende la especificidad y muchas otras la totalidad del hombre como objeto. Algo así como pretender un enfoque específico sobre el todo. Esta dimensión del hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias constituye el objeto específico del Trabajo Social. El objeto específico, entonces, es la unidad consiente y actuante del ser persona. Todo lo que significa pensar es algo que se va desplegando en el desarrollo social de la personalidad, determinadas condiciones adversas o carenciadas anulan o disminuyen los horizontes reflexivos y hasta la voluntad de elaborar proyectos y de asumir las mínimas disciplinas para realizarlos*<sup>19</sup>.

De esta manera, el autor se posiciona considerando como objeto la globalidad de la situación problema que se presenta al Trabajo Social. Tal globalidad es abarcada en la consideración (opuesta tanto al determinismo sociologista como al psicologista) de la libertad y autonomía de despliegue de las capacidades humanas frente a situaciones de necesidad en contextos que las dificulten.

En la misma línea, encontramos el aporte de **Bibiana Travi**, quien afirma: concebimos entonces al objeto de conocimiento, como “una relación construida teóricamente y en torno a la cual se articulan explicaciones acerca de una dimensión de lo real”, es decir, como “una relación problemática no evidente, hipotetizada por el investigador” (...) Asimismo, es el bagaje teórico el que también permite alejarnos, establecer una cierta distancia con el objeto empí-

.....  
17 AQUÍN, Nora “Acerca del objeto del Trabajo Social”, en revista Acto social IV/ N°10. 1995.

18 AQUÍN, Nora “Acerca del objeto del Trabajo Social” en Revista Acto social IV/ N°10. 1995.

19 DI CARLO, Enrique “Objeto y método profesional”, en “Papeles científicos del Trabajo Social: La comprensión como fundamento de la investigación profesional”.

rico y, como resultado de este proceso, construir nuevas relaciones. Siguiendo con el valioso aporte de Bourdieu retomado por Roxana Guber “para iniciar la construcción del objeto de investigación/intervención, es necesario explicitar y sistematizar tanto los supuestos teóricos como los supuestos del sentido común”<sup>20</sup>.

**Susana García Salord** por su parte emprende, desde el contexto mexicano, concretamente el cuestionamiento epistemológico de la profesión, sobre todo alrededor de la especificidad. Con respecto al objeto de intervención (elemento fundamental de la especificidad), lo define como un fenómeno real y concreto que demanda ser atendido. Es también una elaboración intelectual, en la medida en que se le construya como objeto de conocimiento, a fin de dar cuenta de él, desde una teoría<sup>21</sup>. Observa: el problema del objeto del Trabajo Social es la ambigüedad que implica su delimitación, dada su vaguedad en considerarlo como “lo social”, “problema social”. Se configuran obstáculos que derivan en:

- El objeto de intervención se designa a través de la evidencia empírica, múltiple y diversa, con que aparece en la dinámica social.
- El objeto de intervención se conceptualiza retomando, lineal y mecánicamente, los conceptos elaborados en el campo de diferentes disciplinas de las ciencias sociales.
- El objeto de intervención se identifica totalmente con el sujeto portador del problema.

Por otro lado, se lo ubica genéricamente, en las **necesidades y carencias** en cuanto forma de expresión de las contradicciones de una sociedad; y en la **conciencia**, en cuanto un campo de representaciones que actúa como referencia y orientación del comportamiento individual y social. Sin embargo, tampoco en este nivel de tratamiento del objeto se registra un trabajo de elaboración que parta de la problematización teórica de los problemas desde la especificidad de la intervención profesional”.

Por su lado, entiende que uno de los obstáculos para la delimitación de la especificidad profesional responde a una condición estructural e histórica de la profesión, la que define como un “fetichismo de la crisis”. Dice “el hecho de que Trabajo Social intervenga en los síntomas más agudos, es decir permanentes, de las contradicciones estructurales de la sociedad genera el fetichismo de la crisis. (...) el intervenir en las situaciones críticas genera que los profesionales en ejercicio queden atrapados en la “urgencia” permanente de una intervención, como respuesta inmediata, y el sector académico del gremio fije como “prioridad” el entender la crisis, “lo social” externo, que demanda la intervención del trabajador social, a fin de poder plantear alternativas metodológicas adecuadas a la coyuntura. Planteo que el “fetichismo de la crisis” es un obstáculo para el desarrollo de la especificidad profesional, porque la urgencia de dar respuestas inmediatas no permite pensar en los problemas estructurales de Trabajo Social y mucho menos aún, pensar como posible, aunque sí se reconozca como necesario, el desarrollar estrategias internas del gremio que promuevan la acumulación teórica y metodológica, que a mediano y largo plazo colabore a construir un saber y un hacer, que establezca con precisión el tipo de especialización desde el cual se interviene en las situaciones críticas.

El hecho de que el Trabajo Social<sup>22</sup> se haya legitimado como práctica profesional sin sustentarse en el desarrollo de una teoría de intervención propia genera, según la autora,

.....  
20 TRAVI, Bibiana “La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social”.

21 GARCÍA SALORD, Susana “Especificidad y rol en Trabajo Social: currículo, saber, formación”, pág. 18.

22 El Trabajo Social nace a principios del siglo XX, como producto de la articulación de: - la institucionalización de la beneficencia privada que aporta un saber práctico; - la ampliación de las funciones del Estado que aporta un espacio laboral y legitima el lugar de intermediario bajo la condición de trabajo asalariado y un signo ideológico; - el desarrollo de las ciencias sociales, que genera un campo diversificado de argumentación teórica y de herramientas metodológicas. Citado por Susana García Salord en: Especificidad y rol en Trabajo Social: currículo, saber, formación, Pág. 30.

una ambigüedad preocupante pues estanca el desarrollo profesional y no permite su despliegue, por mantenerlo atado a cuestionamientos recurrentes acerca de su legitimidad, especificidad, indeterminación. Destaca por supuesto, que así como esencialmente el Trabajo Social carece de una delimitación teórica y de un desarrollo consecuente sobre el cual asentarse, el objeto, en tanto elemento, sufre de igual carencia.

La autora se muestra crítica de los desarrollos del movimiento reconceptualizador, periodo sin embargo posibilitador de su aporte. Sobre ello identifica falencias en la definición del objeto, a partir de las cuales culmina postulando: *la interacción entre los sujetos sociales involucrados en la intervención profesional se articula alrededor de una diversidad de **objetos de intervención**. Trabajo Social interviene en el terreno de las interacciones sociales vinculadas a las condiciones de vida (...) Trabajo Social interviene en esos problemas creando las condiciones propicias para la intervención directa del tratamiento especializado (...) o creando las condiciones adecuadas a la implementación de programas (...) así como para la organización y administración de servicios.*

La innovación aparece al postular diversos objetos de intervención. Al parecer el interés se aparta de los anteriores aportes de buscar una unicidad al respecto. Por el contrario, la multiplicidad de problemas que se presentan por los sujetos con los que el Trabajo Social se encuentra, son todos objetos de intervención.

Hemos intentado reconstruir globalmente el debate histórico acerca del objeto de intervención del Trabajo Social. No es exclusivo de nuestra disciplina el discutir acerca de sus características esenciales, de hecho es una buena señal de espíritu crítico y creador a lo largo de los tiempos que se van atravesando el poner en cuestión y repensarse como profesión. La delimitación del objeto responde a estos debates y el alcance de sus definiciones “provisorias” en tanto, de la mano con la complejidad de los procesos históricos, ha sido necesario siempre volver a pensarlo enfrentando nuevos desafíos.

## Conclusión

Cuándo, dónde, sobre qué nos incumbe actuar ¿Cuál es el objeto de nuestra intervención, cómo se resignifica en cada contexto? ¿Cuál es la razón de que se dificulte tanto comprender un tema tan esencial para el ejercicio de una profesión? ¿Cómo se comprende el objeto del Trabajo Social? ¿Las diferencias de perspectivas entre unas y otras pueden generar contradicciones, dificultades para la comprensión del objeto?

Definir el objeto de intervención lleva a una “construcción” teórica que resignifica una situación problema, siendo siempre provisoria, lo que genera incertidumbre. Su complejidad radica en su naturaleza histórica social y en que incumbe a seres humanos: sujetos únicos y autónomos.

Reflexionando, luego de este recorrido histórico, entorno al proceso personal de formación, la definición del objeto del Trabajo Social siempre se relaciona a las categorías o elementos que lo constituyen, apareciendo íntimamente ligados al concepto que los comprende y su presentación para el estudio llevo a confusiones.

La experiencia personal contrastándola con este análisis, nos permite reconocer que estudiar categorías como cuestión social, problemas/problemáticas sociales, necesidades-demandas sin relacionarlas a su fundamento en la intervención, puede concluir en su con-

fusión, en el enredo de conceptos, los cuales adquieren una independencia en sí mismos, no quedando necesariamente ligados ni comprendidos como categorías fundamentales para entender qué es el objeto de intervención y como leerlo ante la complejidad social.

Y esto ¿a qué se debe?, ¿por qué un concepto que es síntesis aparece siempre disgregado en sus partes?, ¿acaso es demasiado difícil de comprender por sí mismo ó, tal vez, inacabado para lo que pretende abarcar?

Creemos que un poco de las dos, pudiendo responder de alguna manera que: por un lado, en tanto concepto teórico, es una permanente construcción de designación de realidad. Esta afirmación ya se encuentra por demás solucionada y, sin lugar a dudas, los alcances explicativos del concepto son transitorios y siempre en tensión y cambio, dado que su sustrato tiene por esencia la complejidad de la actualización constante de puntos de encuentro entre coordenadas macro y micro sociales, dando lugar a problemáticas únicas a la vez que compartidas. Nos referimos a lo social, sus problemáticas, su cuestión, sus manifestaciones. Esto explica también, por otro lado, que cuando se lo refiere, se necesite explicitar respecto de qué: qué aspecto de la realidad se pretende abordar en el objeto, cuál será el objeto específico en el abordaje que se estudia, qué sujetos se implican en el objeto y así, podemos continuar multiplicando las opciones.

En el análisis del objeto de intervención del Trabajo Social el concepto necesidad ocupa un lugar central, ya que se genera en su relación con el sujeto. Tal concepto está estrechamente vinculado con la construcción del objeto de intervención del Trabajo Social. Al ubicar al objeto de intervención del Trabajo Social en los procesos de encuentro de los sujetos con los objetos de su necesidad, insoslayablemente estamos involucrando en el objeto al sujeto y, es allí, donde se explica el protagonismo que toman en el objeto de intervención y su dificultad a la hora de diferenciarlos. El hecho de que en lugar de definirlo claramente una y otra vez en los abordajes se lo refiera a categorías independientes que a su vez lo componen: ¿genera confusión?

Señalamos que la ligazón del objeto a otras categorías opera como elemento de confusión conceptual. Tales categorías, tienen una independencia conceptual, dado que por sí mismas constituyen dilemas de interpretación de la realidad que interrogan y ponen en cuestión al Trabajo Social.

¿De qué sirve al Trabajo Social estudiar necesidades, cuestión social, sujeto, conceptos que además suelen traerse de otras ciencias sociales? Cada vez más en el desarrollo teórico de la profesión, los conceptos se estudian y “vigilan” respecto de la especificidad del Trabajo Social. Pero ellos sirven, como dice el párrafo anterior, a la comprensión de la realidad que se pretende transformar. Son herramientas abstractas que luego van a actualizarse en cada demanda, en cada aquí-ahora de la intervención. Estas herramientas no son azarosas ni casuales, sino que hacen a la incumbencia profesional: a la delimitación del campo en el que se despliega su labor, del objeto sobre el que lo hace, dejar de contemplar esto constituye un *elemento de confusión*. Y es aquí donde consideramos que debe ejercerse una vigilancia constante, que permita comprender estas categorías en profundidad y en utilidad a la profesión, no como abstracciones independientes, a-históricas y a-profesionales, sino necesarias para la intervención, la que a su vez les da razón de ser.

La definición clara y repetida del objeto de intervención tiene una gran importancia en la vida académica, porque es el lugar donde todas las herramientas de interpretación de la

realidad (que se pretende conocer para intervenir) se ubican y tienen sentido. El objeto define la especificidad, ¿sobre qué intervenimos? es la pregunta clave: aquí conocer necesidades, cuestión social, campo, sujetos, demandas, vida cotidiana, tiene sentido. Es necesario por tanto que su claridad permita ubicarlo como síntesis de las categorías que lo forman y no como un calificativo de cada una de ellas cuando se las aborda desde el Trabajo Social y aquí ubicamos un *elemento clarificador* respecto del tema.

Las confusiones o falta de claridad definidas en este trabajo dan la pauta de que no es un debate obsoleto y sin sentido, sino que, aún si es una discusión que lleva tiempo en el colectivo profesional, no pierde su vigencia en tanto se actualiza constantemente y su claridad es un factor necesario para la intervención profesional.

Este trabajo ofrece un puntapié para un tema de investigación que abre nuevos interrogantes y que invita a abordarlo desde otro lugar, quizás en el lugar donde el objeto se trasmite, se enseña: las aulas o quizás, en los espacios de debate donde se construyen los lineamientos que estructuran las Universidades. Claro está, que miles de ideas surgen, ya que el tema nos ha cautivado y motiva para seguir el camino, aunque excede para este trabajo continuar con el estudio y, seguramente, en el debate y análisis se han escapado infinitos detalles.

## Referencia bibliográfica

- » AQUÍN, Nora “Acerca del objeto del Trabajo Social”, en: Revista Acto social IV/ N°10. Universidad Nacional de Córdoba. Febrero, 1995.
- » AQUÍN, Nora “La relación sujeto – objeto en Trabajo Social: Una resignificación posible”, en: La especificidad del Trabajo Social y la formación profesional. Ed. Espacio. Buenos Aires. Julio, 1996.
- » ALYWIN DE BARROS, Nidia “El objeto de Trabajo Social”, en: Revista Trabajo Social N°8. Pontificia Universidad Católica. Chile, 1981.
- » CARBALLEDA, Alfredo “La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales”.
- » CARBALLEDA, Alfredo “Lo social de la intervención”, en: Revista Escenarios I/N° 2. Publicación de la Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.
- » DI CARLO, Enrique “Objeto y método profesional”, en: La comprensión como fundamento de la investigación profesional. Ed. Humanitas. 1995.
- » ESCALADA, Mercedes “Crítica a los Métodos de la Reconceptualización del Trabajo Social”. Tegucigalpa, Guaymuras, 1986.
- » FOLLARI, Roberto “Acerca de la Epistemología del Trabajo Social de Boris Lima. Las imposibilidades de un texto”, en: revista Acto social N° 3. Universidad Nacional de Córdoba. Marzo, 1993.
- » GIORGI, Víctor “Notas para el análisis de la vida cotidiana”, en revista Sociedad y cultura. Uruguay, 1995.
- » GARCÍA SALORD, Susana “La especificidad del Trabajo Social”. U.N.A.M. México, 1986.
- » LIMA, Boris “Contribución a la epistemología del Trabajo Social”. 1989.
- » MONTAÑO, Carlos “La Naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su producción”. Ed. Cortez. 2000.
- » PARRA, Gustavo “El objeto y el Trabajo Social: algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social”. Publicaciones Desde el fondo. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- » ROZAS PAGAZA, Margarita “La intervención profesional en relación a la cuestión social: escenario emergente y estrategias de intervención”, en: Boletín Electrónico Surá. Universidad de Costa Rica.
- » ROZAS PAGAZA, Margarita “Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en Trabajo Social”. Ed. Espacio. Buenos Aires, 1998.
- » TAYLOR, S.J. y BODGAN, R “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. Ed. Paidós. Barcelona, 1992.
- » TRAVI, Bibiana “El proceso de profesionalización del Trabajo Social y la dimensión ético – política. Viejas conceptualizaciones y nuevas miradas”, en: Encuentro Latinoamericano de Trabajo Social: La formación y la intervención profesional en la sociedad contemporánea. Hacia la construcción de un proyecto ético – político.
- » TRAVI, Bibiana “La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social”. 2006.



## ¿Quiénes escriben los informes sociales? Un análisis de la conflictividad y el malestar en el despliegue de la 'técnica'. Sistematización de una experiencia de intervención

**Eliana Lijterman**

Instituto de Investigaciones "Gino Germani", Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Argentina)

### Resumen

El objeto de análisis de este artículo son las expresiones de malestar de las profesionales en Trabajo Social durante la práctica de elaboración de informes sociales. Buscaremos comprender este malestar emergente analizando los modos en que se define la situación, de la que luego dará cuenta el informe como producto escrito. Este trabajo se ha realizado a partir de la elaboración de material empírico construido desde registros de campo, observaciones participantes y un cuestionario realizado a trabajadoras sociales que forman parte del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina).

### Palabras claves

Informes sociales, malestar, merecimiento, estigma, táctica- estrategia.

### Abstract

The subject of analysis in this report is the expressions of discomfort of the professionals in Social Work, during the process and practice of social reports. We will seek to understand this emerging discomfort from the tactics for define the report situation. This work has been done from the elaboration of empirical material, built from ethnography's records, participating observations, and a questionnaire to social workers who are part of Judiciary in Buenos Aires City.

### Keywords

Social reports, expressions of discomfort, merit, stigma, tactics-strategy.

## 0. Introducción

El informe social constituye una práctica cuasi rutinaria en el ejercicio profesional en Trabajo Social (en adelante, TS) y sumamente extendida en una multiciplidad de instituciones. En la mayoría de los casos, es parte de un primer momento de diagnóstico y evaluación para el acceso a programas y servicios sociales, en tanto forma de acreditación de condiciones diversas (situación de pobreza, enfermedades y afecciones de salud, etc.). Decimos que constituye una *práctica* pues entendemos que el informe escrito es producto de un proceso que comprende la puesta en contacto con las familias, la visita domiciliaria, el mantenimiento de una entrevista y, finalmente, la escritura, redacción y elaboración de consideraciones a solas del informe por parte del/la trabajador/a social.<sup>1</sup> Con un origen disciplinario a cuestas, el informe social o socio-ambiental<sup>2</sup> se erige hoy como un instrumento que se considera indispensable en el repertorio metodológico de la formación e intervención en TS.<sup>3</sup>

En este artículo buscaremos indagar el ejercicio cotidiano de esta herramienta, poniendo el foco en un fenómeno recurrente que emerge durante el mismo: diversas formas de malestar de las trabajadoras sociales en torno al proceso de elaboración del informe social, en sus distintos momentos. Las expresiones de malestar e incomodidad, registradas durante mi experiencia laboral en el Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina), son diversas: incomodidades corporales al momento de encontrarnos frente al “otro”, para “manejar” una entrevista; autocrítica por evaluaciones acerca de la situación de los usuarios, rebatidas continuamente por “falta de profesionalidad”; evasión para redactar el informe correspondiente; angustia acerca de cómo plasmar por escrito ciertas apreciaciones profesionales; inquietudes y ansiedades por las posibilidades de que el escrito perjudique, en lugar de beneficiar, a la persona usuaria. Este malestar se hace patente en el cuerpo, se verbaliza, se intercambia. Pero permanece.

Nos adentraremos en ¿qué expresa este malestar? ¿Cómo se produce? Retomaremos los aportes teóricos del interaccionismo simbólico para alumbrar el momento de la acción que, por tan cotidiano, se torna invisible. Entendemos que la comprensión de dicho malestar (y, por qué no, de sus potencialidades) es parte del análisis e indagación de la situación y las interacciones que componen ese ya, rutinario, proceso. Quitarle el manto de certeza a esa cotidianidad es lo que nos posibilita, en suma, volver a ella desde la pregunta.

## 1. Antecedentes y aportes sobre la definición del informe social: la técnica y el artificio de la pobreza

A continuación, realizaremos una sucinta revisión de la bibliografía del campo del Trabajo Social acerca de los informes sociales y, luego, una serie de aportes.

Encontramos en autores como Cazzaniga (1994), Carballeda (2003), Aquín (2003), Griebuela y Nieto (2008), un reconocimiento del problema del poder que circunda la elabora-

.....  
 1 En adelante, nos referiremos a “las” trabajadoras sociales, pues el género femenino es abrumadoramente predominante en el campo profesional, vinculando ello a la impronta de cuidado que desde sus orígenes ha sido imprimida a la disciplina. Asimismo, en el contexto situado que analizaremos, en el ámbito del Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina), la totalidad de profesionales son mujeres en la actualidad.

2 La diferencia respecto del informe social, es que el “socio-ambiental” se caracteriza por realizarse en el domicilio de los/as usuarios/as y en describir las condiciones de habitabilidad y de infraestructura de las viviendas.

3 Para ilustrar este punto, es dable mencionar que en las currículas de distintas unidades académicas de Argentina el Informe Social es parte nodal de la formación metodológica e interventiva. En general, la obtención de la matrícula es la que habilita la realización y firma de informes sociales, motivo por el cual la mayor parte de los empleos requieren de los/as profesionales en Trabajo Social su presentación.

ción de informes, en contraposición a la racionalidad técnica y la asepsia imperantes en su ejercicio más tradicional. Se advierte a profesionales y estudiantes que los informes constituyen registros escritos, géneros discursivos, constructores de verdades y que, por ende, su ejercicio contiene una dimensión ética y política vinculada al poder de nominación. Se critica, de este modo, al empirismo positivista que vio nacer a la técnica y se llama la atención acerca de las consecuencias en términos de la visibilización e invisibilización de ciertas problemáticas. El informe social se considera un momento de diagnóstico e intervención en el ámbito de la singularidad. De este modo se afirma que “(...) el informe social se presenta como una de las [técnicas] *más relevantes* en la actuación profesional por su carácter integrador de un proceso en cuyo centro se encuentran las problemáticas sociales y las interpretaciones y apreciaciones que de éstas se realizan” (Meza, 2005: 74) [el resaltado es propio]. Las prescripciones metodológicas son de dos tipos: el reconocimiento del otro como distinto, como sujeto de derechos, con su propio relato de la realidad; el reconocimiento por parte del profesional como sujeto político.

Por otro lado, en las elaboraciones de Mallardi (2014) y Gallego (2014) encontramos una perspectiva un tanto diferente. Si bien se comparte la conceptualización del informe social en tanto género discursivo, para los autores esto implica que la forma que asume históricamente deviene de una intersección entre las demandas sociales y las respuestas elaboradas desde el colectivo profesional. Es decir que su léxico, sus reglas gramaticales, no son elegidas individualmente por las profesionales, sino que implican una construcción histórica mediada, en la que el resultado es expresión de la respuesta del colectivo profesional a demandas sociales, tanto relativas a los usuarios como de las instituciones. Junto con ello, se afirma que el informe social es una de las herramientas que conforman el instrumental táctico- operativo de la profesión y, por ende, cobra sentido en el marco una estrategia profesional, determinada por la dimensión político- institucional. Se remarca, entonces, que para repensar la acción profesional en torno al informe social es necesario considerar los determinantes que le dan forma y que hacen imposible pensar dicho ejercicio como puramente autónomo. Repensar el informe, también, implica poner el foco en la intervención como estrategia.

Ahora bien, nos interesa incorporar una dimensión que, entendemos, es interesante para definir el informe social en tanto práctica profesional, relativa a los procesos de definición de merecimiento. Tomaremos el origen del informe como acontecimiento, cuyas características nos permiten alumbrar este proceso social que atraviesa la técnica, también en la actualidad.

Los orígenes del informe social están ligados al momento de constitución de la política social moderna y, con ella, a la gestión de técnicas de producción de conocimiento y de intervención sobre la realidad de los sectores populares, hacia fines del siglo XIX. En este momento, se advierte un giro estratégico (Topalov, 2004) desde un modelo de visión de las clases populares como peligrosas y de consecuente intervención disciplinario- represiva, hacia una representación más compleja de los sectores populares, identificando en su interior distintos sujetos y admitiendo, para con cada uno, intervenciones de distinto cariz. Donde antes se observaba a un bloque peligroso, pauperizado, se comenzaban a distinguir aquellos pobres vergonzantes, que por situaciones trágicas, habían descendido socialmente y temían por su prestigio pedir asistencia; a los pobres incapaces, aquellos que verdaderamente, al no disponer del uso de su fuerza de trabajo por impedimentos físicos, debían depender de otros, o bien, de la autoridad pública; a aquellos que podían (y debían)

trabajar, sobre los cuales había que intervenir adecuadamente para fomentar buenos hábitos (laborales, y como doble faz de ello, políticos).

El conocimiento científico de las distintas problemáticas sociales resultaba indisociable de las formas de intervención: por un lado constituía su fuente de legitimidad, por otro, fundaba procedimientos de carácter “técnico- objetivos” para la determinación de la acción, normatizados y reglamentados administrativamente. Así, la definición del sujeto de la asistencia se realizará mediada por el conocimiento científico, la técnica y la administración. Aparecerán, entonces, agentes legítimos para la manipulación de dicha técnica, entre ellas las visitadoras sociales.

Donzelot (2008) ubica a la política social como uno de los diversos métodos que apuntaron, en este momento de plena constitución de nuestras sociedades, a desarrollar “la calidad de la población y el poderío de la nación” (Donzelot, 2008: 16), mediante la intervención y gestión de la vida cotidiana de los sectores populares (la salud en el hogar, la crianza de los hijos, la alimentación, etc.). Se diagnosticaban hábitos y formas de vida potencialmente obstaculizadoras del “desarrollo”, que era preciso deconstruir mediante intervenciones educadoras (Topalov, 2004). El proyecto educador era, al mismo tiempo, moralizante y normalizador (Donzelot, 2008).

Por otro lado, se diagnosticaba la irracionalidad de la administración. Se acusaba a los anteriores dispositivos de asistencia de ser parte de un espiral de la pobreza, la caridad con su tradicional limosna por un lado y las instituciones de encierro por otro. Esto se debía a que desplegaba una intervención indiferenciada entre aquellos que podían trabajar y aquellos incapaces de hacerlo, fomentando la vagancia en los primeros y dejando de ayudar a población “realmente” necesitada. Entre tanto, crecía sin cesar el “artificio espectacular de la pobreza: falsas discapacidades, discursos mentirosos” (Donzelot, 2008: 63). Por ello, era preciso un canal directo a los hogares. El proyecto educador requería de esta presencia inmediata y cercana. Se empezaron a promover, entonces, las llamadas visitas domiciliarias: los agentes profesionales serán los encargados de brindar buen “consejo” a la población pobre para salir de su situación, con miras a fortalecer una mentada autonomía familiar. “El consejo eficaz antes que la caridad humillante, la norma preservadora antes que la represión destructiva” (Donzelot, 2008: 61). El “enderezamiento familiar” era el principal objetivo. La asistencia no debía perpetuarse a sí misma sino generar las condiciones de autovalía de los sujetos que podían trabajar y que estaban evadiéndose de esa obligación. Moral y economía, según Donzelot, empalman sistemáticamente. Explica el autor:

“(…) Lo esencial del desplazamiento de la antigua caridad hacia la beneficencia filantrópica habrá de basarse en la elaboración de *nuevas modalidades de atribución de las ayudas*, en la búsqueda de un *procedimiento* que permita a la vez discriminar la ‘indigencia fáctica’ de la ‘verdadera pobreza’, e introducir en la asistencia la exigencia de su necesaria supresión a largo plazo. El invento de esa técnica estuvo a cargo del Barón de Gerand para su ‘Manual del visitador de pobres’ (...). El objetivo de este examen, la novedad de su carácter, consistiría en condicionar la atribución de las ayudas mediante una *investigación minuciosa de las necesidades, a través del acceso a la vida privada del pobre. Inspección necesaria para desenmascarar los artificios de la pobreza* (...). Para distinguir la pobreza verdadera de la indigencia ficticia, es preferible penetrar en el interior del pobre antes que conmovirse a la vista de los harapos y el espectáculo de sus llagas” (Donzelot, 2008: 71).

En este sentido, podemos recuperar la intrínseca relación entre la intervención que puede englobarse como “informe social” con los procesos de categorización social que forman parte de las discusiones y definiciones del merecimiento de las intervenciones sociales del Estado. En nuestras sociedades, toda forma de reproducción de la vida por fuera de los circuitos del mercado representa un problema (Topalov, 1979). De eso se trató el proyecto educador que marcó el giro estratégico de la política social moderna: de la organización de la vida –en todas sus dimensiones- alrededor del trabajo asalariado. La fuga de esta relación entre trabajo y mercado, entre reproducción de la vida y mercado, debe ser una excepción sancionada, regulada, y no elegida por los propios sujetos. El trabajo se fue conformando como obligación y también, lo que es fundamental, como norma. Se puede no estar comprendido bajo esa norma y, sin embargo, estar en posiciones sociales divergentes: existen formas legítimas de ser dependiente, del trabajo de otros o del Estado; y existen formas ilegítimas de vida, por fuera de la autovalía. Los límites entre una y otra posición son variables e históricos. Por eso los procesos de definición del merecimiento, en fin, de los parámetros de dependencia legítima e ilegítima, son estructurantes de la política social. El informe social, en tanto herramienta de evaluación, parte indispensable del proceso administrativo para el acceso a programas y servicios sociales, es un espacio más en que se procesan estas definiciones de merecimiento. No es un espacio cualquiera, de algún modo consideramos que es una usina, una caldera, en la que se moldean los contenidos de esas definiciones. Seguro, como señala, Michel De Certeau (2010), las representaciones que los sujetos manipulan no sean fabricadas por ellos. Pero no podemos dejar de pensar que en ese manipuleo sean tensionadas, negociadas, traficadas junto con otras definiciones.

## **II. Escenas de una conflictividad silenciosa**

En lo que sigue analizaremos el material empírico construido durante los meses de octubre y noviembre del año 2014, en el Área Social de una oficina del Poder Judicial de la CABA, en la que he realizado mi ejercicio profesional desde el año 2011. Considerando que nuestro objeto de análisis era el malestar experimentado como trabajadoras sociales en el proceso de elaboración de informes sociales, necesariamente la metodología hubo de ser cualitativa, en función de aproximarnos a los sentidos de las acciones, las argumentaciones acerca de las mismas, así como las sensibilidades emergentes. Hemos de considerar que la aproximación a este malestar no es directa, pues entendemos que éste surge en un entrecruzamiento entre lo que las trabajadoras sociales desean hacer, lo que deben hacer, lo que se espera que hagan y lo que efectivamente pueden hacer, estableciéndose así distintos niveles de argumentación, representación y registro de la propia acción (Damiano y Carranza, 2009). Por este motivo, hemos procurado que los modos de recolección de información sean diversos, en pos de aproximarnos a un fenómeno de difícil acceso. Combinamos, así, el uso de fuentes secundarias (plantillas de solicitud de intervención social, registros de campo), observación participante y una breve encuesta auto-administrada dirigida a las trabajadoras sociales de la referida dependencia, acerca de las percepciones del propio ejercicio y de los sujetos que éste convoca.

En primer lugar, se analizaron las plantillas de solicitud de informes sociales, que les son entregadas a las trabajadoras sociales por parte de las autoridades de la oficina en cuestión. A partir de las mismas, hemos podido identificar regularidades en las formas de nominación de los usuarios del servicio social, así como de los modos de descripción de las pro-

blemáticas que estos presentan. El objetivo de considerar este material tenía que ver con la posibilidad de captar la presencia de la demanda institucional en el proceso de elaboración de informes sociales. Dicha presencia se materializa, fundamentalmente, en las solicitudes de intervención que los coordinadores de las dependencias realizan a las profesionales, ya que han sido extraordinarios los casos en que las autoridades de las oficinas evaluarán los informes sociales o propusieran cambios respecto de los mismos.

Asimismo, otra fuente importante para el análisis han sido las observaciones participantes y los propios registros de campo. Dado que en los meses de realización de este estudio aún me encontraba desempeñándome laboralmente en la institución, modifiqué de forma expresa la modalidad de registro durante los procesos que me tenían como protagonista en la elaboración de informes. Ello se debió a que el instrumento utilizado, por lo general, es un registro de entrevista, el cual detalla los dichos de los entrevistados, así como las características del espacio en el cual se realizó el encuentro. En este caso, dado que me interés no estaba puesto en el entrevistado, sino en las interacciones entre usuarios y profesionales, así como en las acciones de éstas, construí otro instrumento del registro. De este modo, a diferencia del registro de entrevista, las notas de campo estuvieron dirigidas a captar los sentidos y acciones desplegados como profesionales durante el primer contacto telefónico con los entrevistados, para coordinar las visitas, así como en el momento previo a la llegada a los domicilios. Durante las entrevistas, me interesó relevar acciones y frases que dieran “indicios” acerca del orden de la relación establecida entre usuarios y profesionales, tanto en un sentido topográfico y corporal de los lugares asumidos por cada quien, las distancias y los contactos, como en lo relativo al sentido dado a dicha interacción. También, busqué registrar el momento inmediatamente posterior a la entrevista, en el que las profesionales solemos intercambiar miradas y sensaciones de la experiencia. Finalmente, incorporé el momento de redacción del informe, en el que se despliegan numerosas dificultades, que no pueden entenderse mirando a las profesionales de forma aislada y en soledad, sino en el marco de las numerosas interacciones en las que se encuentran inmersas: con la propia institución de pertenencia, con los usuarios del servicio, y con sus pares.

Finalmente, en función de la identificación de ciertos ejes críticos en las notas de campo, decidí realizar una breve encuesta auto-administrada a las profesionales de la oficina, centrada en la autopercepción del malestar y las propias definiciones acerca del informe social. Así, realicé un cuestionario a diez compañeras trabajadoras sociales de dicha oficina, para quienes una de sus principales tareas laborales consiste en la elaboración de informes sociales. Retomé para la elaboración de dicho cuestionario un estudio previo realizado por Damiano y Carranza (2009), en el que las preguntas se encontraban orientadas a generar un determinado tipo de experiencia en los encuestados. La encuesta, aquí, no funciona sólo como un instrumento de recolección de información de representaciones pre-existentes, sino como un dispositivo experimental que busca generar un cierto tipo de situación en la que los encuestados deben desarrollarse. En este caso, la encuesta portaba como “instrucción” de autoadministración el pedido de contestar las preguntas a la mayor brevedad posible con las primeras palabras y categorías que se presentaran a las encuestadas. Las preguntas eran las siguientes:

1. Menciona 5 características o propone 5 oraciones que permitan describir una situación normal de informe social.
2. Comenta no más de 5 tipos de incomodidades, conflictos o dificultades que se hayan

desarrollado durante la situación de informe.

3. Elegí 3 características o atributos con los que te identifiques en esa situación. Elegí 3 atributos para caracterizar a los entrevistados.

4. Si tuviste una situación conflictiva durante la entrevista para hacer un informe social, ¿Podrías relatarla incluyendo tus pensamientos y sensaciones?

5. Observaciones o sensaciones suscitadas durante el cuestionario.

Como puede observarse a partir del cuestionario, las primeras preguntas apuntan a que las profesionales se vieran en la situación de tener que categorizar, nominar, de un modo concreto y conciso la situación de informe social, a los usuarios y a sí mismas. De este modo, perseguíamos la intención de ponerlas en un dilema, con el objetivo de observar sus recursos de respuesta. Asimismo, buscamos captar conflictos y dificultades que las profesionales reconocieran en torno a la situación de informe, definida en un sentido amplio, para referir a las diversas instancias que esta técnica comprende y poder observar los momentos que las profesionales destacaran. Finalmente, dimos el espacio para que pudieran registrarse sensaciones, observaciones y críticas al cuestionario, lo cual entendíamos interesante en función del “dilema” que buscamos plantearles.

La modalidad de análisis de la información recolectada consistió en el establecimiento de códigos en los registros de campos y las respuestas volcadas del cuestionario, en pos de comenzar a diferenciar ejes de interpelación teórica al material. A continuación, expondremos estos primeros ejes.

## **II. a. Los participantes. Condiciones para un encuentro**

Buscaremos comprender las condiciones previas e inmediatas del encuentro implicado en la elaboración de un informe social. Un primer punto que llama la atención es la advertencia de una clara, aunque sutil, distancia social entre las profesionales en TS y los usuarios. De hecho, en los registros de las expresiones verbales de intercambios entre profesionales no hemos encontrado alguna referencia explícita a la misma. Sin embargo, la diferencia es patente y por diversos motivos. En primer lugar, la desigual condición material y económica es punto de partida del informe. La población entrevistada, que precisa de servicios sociales y equipamientos colectivos públicos para su reproducción cotidiana, es parte de la clase trabajadora pobre, mayormente nos encontramos con desocupados de larga data, changarines, trabajadores precarizados que oscilan entre distintos trabajos de gran desprotección. Las condiciones materiales de vida de esta población y de las profesionales, como trabajadoras de otro segmento de la clase, son radicalmente distintas y ello se cristaliza en distintos signos previos al encuentro, vinculados a la información personal de los usuarios (zona de residencia, composición familiar, causa judicial a la que están vinculados, etc.).

En segundo lugar, debemos considerar que en nuestras sociedades, como ya hemos desarrollado, las formas legítimas de vida se sustentan desde la afirmación de la autovalía de los sujetos. A partir de la solicitud de asistencia pública, la situación familiar y trayectoria de vida de los sujetos será objeto de examinación, se hará pública una esfera íntima, que por lo general se mantiene reservada en el común de las interacciones caracterizadas por el desconocimiento entre participantes. El informe tiene como fin proyectar las interven-

ciones públicas para con sus familias, encarnando así una negación a este principio de autovalía. Por eso, el concepto de estigma, construido por Goffman (2006), en tanto atributo que genera descrédito social, puede servirnos para comprender esta codificación previa de información y las condiciones del encuentro. Entendemos que esta “lesión” en la autovalía de aquellos sujetos que demandan asistencia pública funciona a menudo en tanto estigma, desacreditando a los mismos en su “integración” a la sociedad como individuos “normales”, según los términos del autor.

En este orden, Goffman (2006) marca una cuestión interesante respecto de cierta indeterminación del estigma: algunos de ellos se hacen patentes ante la presencia física, en tanto otros no, dando margen a los individuos para manejar información. Esta tensión entre desacreditado/desacreditable se hace presente en la situación de informe social, estableciéndose un margen de incerteza e indeterminación en la definición de dicho estigma durante la interacción. La información previa viene a generar una expectativa en torno a esa posibilidad de desacreditación, que se desarrollará durante el encuentro.

La información con la que se cuenta de forma previa suele destacar la existencia en el grupo familiar de discapacidades, afecciones de salud, conductas “disonantes” de los usuarios (“se pierde”, “conflictos familiares”), etc. Ello anticipa, genera expectativas y ciertas demandas conductuales hacia los usuarios hacia el momento del encuentro. También monta un ámbito de exploración, pues la información “adelantada” será un foco de atención, indagación y corroboración.

La entrevista para el informe social se afirma en esta distancia social, pues nace a partir de ella, se la indaga, corrobora y patentiza. Sin embargo, también la tiene por objeto, la manipula, la dimensiona y define. Por ende, sus límites y contenidos no están predefinidos. El informe social se convierte a menudo en alegato, en construcción de esa legitimidad.

Nos quedaremos en este punto, con el alto caudal de símbolos que se aparecen relativos a los usuarios que, en gran parte, de forma previa, funcionan como una preparación ante el encuentro, escasamente dimensionada como una instancia que es parte del proceso de intervención. Esta hipótesis se refuerza al estar totalmente ausente en las respuestas de las compañeras el momento pre-constitutivo de la entrevista en sí misma como algo característico del proceso de elaboración de un informe, ni tampoco como espacio de incomodidades. Debemos agregar que, además, dicha información previa se encuentra codificada por otros agentes institucionales, que tomaron conocimiento de la situación y suelen ser quienes realizan el pedido de informe, por lo general, abogados/as que llevan los legajos de los usuarios.

## **II. b. El encuentro como territorio**

Siguiendo a Goffman (1979), el autor da cuenta de que, en las interacciones sociales, los sujetos buscan imponer proyecciones sobre la situación en pos de definirla y, para ello, reivindican territorios del “yo”.

En este sentido, partimos de considerar que el informe social se caracteriza porque el lugar de las entrevistas, que son su materia prima, es el domicilio de los usuarios ¿qué implica esta penetración en un territorio ajeno, propio de otro sujeto, el desacreditado/desacreditable? Tomaremos en primera instancia la tipología de territorialidades que construye Goffman que tiene la riqueza de, justamente, descentrarse del territorio en tanto espacio-



lugar físico (o espacio- recinto, según sus propios términos) y avisar el espacio personal, sus contornos, sus límites.

La medida de estas distancias y del espacio de reserva personal no es absoluta ni pre-determinada, sino variable de acuerdo al carácter de la ocasión social. Advierte que esta reserva personal es pasajera, más virtual que en posesión permanente. En este sentido, en las situaciones que estamos analizando, encontramos que la reserva personal de los usuarios se ve penetrada y plástica. En primer lugar, ello se debe a que las trabajadoras sociales disponen de información personal de los usuarios de forma previa al encuentro y no aportada por ellos de forma directa. Luego, en el momento de la entrevista, el nivel de exposición es alto. Por lo general, tal como señalan la mayor parte de las compañeras en sus respuestas al cuestionario, es usual la predisposición generalizada por parte de los usuarios a brindar información íntima y a relatar sus trayectorias de vida. Los informes por lo general registran además de datos personales (como nombre y apellido, DNI, domicilio, situación laboral, miembros del grupo familiar con sus nombres, edades y ocupaciones), la situación socio- económica de las familias (incluyendo sus ingresos), laboral, educativa, de salud (en este caso, si existieran enfermedades se solicitan los diagnósticos y los tratamientos realizados).

Es notorio que las profesionales lean cierto “acostumbramiento” de parte de los usuarios en esta exposición. Asimismo, en los registros de campo, se tomó nota de diversos comentarios asociados a esta hipótesis de las profesionales: *“Yo no sé cómo no me dijo: ‘¿sabés qué? esto ya lo conté mil veces’. No, me respondía todas las preguntas y después vi que tenía un informe social ya hecho, de lo mismo”*; *“¿cuántas veces habrá contado esto?”*; *“era un relato, ya no aparecía la angustia, nada, lo contaba como un relato, mecánicamente, cerradito”*. En este sentido, pareciera que este espacio de reserva personal es sumamente reducido, las condiciones de exposición de alguna manera se imponen. Sin embargo, arriesgamos una interpretación alternativa. Nos preguntamos si esta construcción de un relato que desde el ámbito profesional se considera casi “pre- fabricado”, despojado de toda emocionalidad, no es también una forma de resguardar ese espacio de reserva personal ante un contacto sumamente abarcador. Una táctica defensiva mínima pero que pueda proteger justamente esa intimidad de la emotividad ante un extraño. Sin dudas, consideramos que el relato propio sobre la vida personal no se maneja en los extremos de pura transparencia consigo hacia un otro o pura fabricación, tal como advierte Goffman al tematizar el manejo de la información. Sólo quisiéramos considerar la plasticidad de ese espacio de reserva y que, de acuerdo a ello, en lugar de observar una pura exposición y acostumbramiento pasivo a ello, podamos retomar a estas formas estandarizadas de construcción de una proyección sobre el sí mismo desde una mirada de mayor actividad. Una táctica para la proyección de una definición de la situación, aunque desplegada en condiciones de clara subalternidad. No olvidemos que, tal como lo advierte Goffman (2006), el contacto “mixto” puede reforzar los efectos del estigma, para el caso del estigmatizado vergüenza, sentimiento de inferioridad, de ansiedad e incertidumbre, pues éste “no sólo (...) ignora en qué categoría social será ubicado, sino también, si la ubicación lo favorece, porque sabe en su fuero interno que los demás pueden definirlo en función de su estigma” (Goffman, 2006: 25).

En cuanto al espacio propio de la vivienda que aplicaría a lo que Goffman (1979) nombra como *recinto*, tiene sus límites visibles y diferenciables. En éste penetran las profesionales y constituye también un objeto de indagación en sí mismo. Los usuarios, que manipulan ese lugar propio, podrían prepararlo incluso para la visita, presentar esa “región anterior”

de la que habla Goffman (1974), que es aquella donde se desarrollará la interacción. Sin embargo, a menudo, dado que suelen realizarse preguntas sobre el estado general de la vivienda, los entrevistados ofrecen visitar el resto de la casa que, usualmente, suele estar habitada por otros miembros de la familia. El control sobre el espacio se reduce. Las profesionales penetran de hecho en espacios de uso para otros integrantes de la familia, esto es, territorios inmediatos que portan necesidades instrumentales (como la cocina donde el resto de la familia está ocupada en preparar la comida del día o incluso para vender, por poner uno de los ejemplos más habituales).

El envoltorio (la territorialidad egocéntrica dada por las ropas), el territorio de posesión (objetos identificables al yo), la reserva de información (compuesta por esos datos personales propios, como la documentación) y la reserva de comunicación (el control de la decisión de entrar o no en conversación) son territorios, todos ellos, en los que las profesionales en TS incursionan: ya sea mediante el ojeo (para los casos del envoltorio, del territorio de posesión), como mediante la solicitud directa de información para el resto de las categorías. A menudo se ha observado que en lugar de solicitar ciertos datos personales se requiere de la persona la documentación que la acredite, por ejemplo: se solicita el D.N.I. y a continuación se consulta el nombre; se solicita el certificado único de discapacidad, y se consulta, entonces, sobre las patologías y tratamientos.

Por otro lado, la reserva de conversación es casi un imposible: conseguir un informe social para lograr ciertos recursos, tiene como costo la entrevista. Cabe destacar que la incomodidad más frecuentemente evocada por las profesionales en el cuestionario realizado ha sido la negativa por parte de los usuarios de brindar información requerida o relatar ciertos episodios de su historia. Desde la negación, por sufrir vergüenza, dolor, hasta el cuestionamiento y la confrontación con las profesionales en torno a la necesidad de ciertas preguntas, estas situaciones implican un motivo de tensión y desconcierto para las profesionales. La protección del espacio personal, la reserva de la conversación, resulta discordante respecto de lo esperado, como repertorio de acciones de los usuarios:

“Comencé a preguntarle a una señora sobre su trayectoria laboral, y se negó a responder, diciendo que lo de su pasado era un asunto personal, no tenía por qué hablarlo conmigo... *me quedé helada al principio*, después le expliqué que las preguntas apuntaban a dar cuenta por qué llegó a la situación actual y cambié la formulación de las preguntas (más concretas). La señora respondió todo finalmente. Creo que ir tan para atrás en la historia (la mujer tiene 60 años) le hace revolver cosas que no están buenas. Además al desconocer hasta qué grado de profundidad irán las preguntas uno no quiere quedar totalmente expuesto” (Cuestionario a Trabajadora Social).

Por otro lado, y con una lógica aparentemente contraria a la anterior, es también fuente de tensión una excesiva apertura o penetración en el territorio del otro. Así, también sumamente generalizada, en todas las respuestas se hizo mención a la incomodidad generada por el relato de situaciones angustiantes para los usuarios, resultando difícil “*manejar esa angustia y continuar con el informe*” (cita Trabajadora Social). Otros ejemplos, refieren a una incomodidad ya no desatada por situaciones angustiantes, sino por el sentimiento de pudor de las trabajadoras sociales para abordar ciertos temas privados, como los ingresos económicos y los gastos de las familias. Finalmente, se encontró en todas las respuestas la referencia a la incomodidad generada por la apertura de los entrevistados para hablar de temas que no serán registrados para el informe, o que no convendría registrarlos. En

este sentido, resulta interesante la emergencia de una sensación de invasión de un espacio ajeno que aparece en algunas respuestas y, al mismo tiempo, cierta angustia por no ser quien “comanda” esta penetración en el territorio del otro, pues, fuera de los planes o de lo habitual, puede que se genere la sensación de “no manejo” de la situación.

En uno de sus pasajes, Goffman (2006) señala algo interesante para inteligir esta situación: normales y estigmatizados son roles que conforman un mismo complejo, no existen el uno sin el otro, y en la interacción mantienen un consenso de trabajo, una cooperación tácita. El estigmatizado no demandará una mayor aceptación más que la que se encuentra en los límites establecidos de forma legítima, mediante cierta aceptación del estigma que descentra la atención sobre el mismo, en tanto los normales aceptarán secretamente la desviación de la norma. En los ejemplos que acabamos de traer, este principio se transgrede. La incomodidad de la presencia de aquello que es accesorio a lo requerido por el informe (esto es la información acompañada por emotividad; los pedidos de intervención que hacen los sujetos a las profesionales más allá de los requeridos formalmente a la institución, por los cuales se hace necesario el informe) es la tensión propia de un contacto que se hace mayor, de una contaminación e invasión del territorio de las profesionales, de su reserva a la entrevista, de su espacio de uso, etc. Por lo demás, el espacio propio de los usuarios también se encuentra atravesado por la ajena presencia de las profesionales. Entonces este consenso de trabajo se fragiliza y, en algunas situaciones se hace patente cierta ruptura, como por ejemplo, cuando el entrevistado se niega a brindar información o cuestiona las preguntas de las profesionales. El estigmatizado está demandando más, o bien, las profesionales se saben penetrando un terreno demasiado personal.

Por lo demás, cabe preguntarnos, entonces, no sólo cómo las profesionales penetran o intervienen en los territorios de los usuarios, sino también la relación inversa, la cual no aparece a primera vista en los cuestionarios completados por las colegas. De alguna manera, podríamos pensar que las trabajadoras sociales tienen el difícil objetivo de, portando las reglas legítimas de ese encuentro (es decir cuentan con el saber legítimo, el conocimiento, que es constituido como tal por una estrategia de poder, como destaca De Certeau -2000-), penetrar en un territorio que no controlan. Ahora bien, como decíamos, encontrándose en un espacio ajeno, sintiéndose invasivas, también son inspeccionadas, miradas, categorizadas. El espacio que habitan, y del cual hacen uso, su objeto de trabajo para realizar los informes socio- ambientales, no es propio, es manejado por otros. Si bien cuentan obviamente con la posibilidad de reserva y de conservación de su espacio personal, tienen escasos recursos propios en la situación que puedan manejar, pues su materia prima es el otro y sí mismas.

Para ilustrar la manera en que se compromete la dimensión personal, al momento de preguntar por los atributos con los que podrían caracterizarse hubo tres tipos de respuestas: aquellas vinculadas a cualidades personales que es preciso poner en juego hacia el otro (amabilidad, comprensión, confianza); las relativas a la formación metodológica (exposición de objetivos, registro exhaustivo, procesamiento teórico de la información); y finalmente las referidas a la identificación como agente de control, a la sensación de invasión. La realización de informes implica una necesaria cercanía: es necesaria para la consecución de información que sólo podrán obtener estableciendo cierto marco común con el otro; es interpelante y movilizadora al estar cercano a otro estigmatizado y distinto a la propia normalidad. En definitiva, no es posible determinar las condiciones y límites de dicha cercanía de antemano, depende de cada situación particular. Todo ello introduce una tensión. No

podemos pensar que por ser las representantes de instituciones con un poder claro sobre la vida de los usuarios, puedan habitar la situación desde dicho inmutable lugar de jerarquía (más adelante reflexionaremos acerca de cuán propia es esa jerarquía). No sólo se despliegan acciones que, en otras ocasiones sociales, consistirían infracciones flagrantes, como la incursión ecológica, el ojeo, sino que además existe una exposición de las profesionales. Desde este lugar, penetrar en el territorio del otro no es un acto tan seguro, o al menos, del que se salga indemne.

Es interesante observar que, aún encontrándose en una situación distinta, los participantes de esta situación de informe social presentan, cada uno, sus debilidades. Es justamente De Certeau quien habla de los “débiles” para referir a aquellos sujetos y grupos subalternos que no son los “fabricantes” de las representaciones que manipulan sino sus practicantes (más allá de que en su concepción en esta manipulación hay creatividad y por ende un proceso secundario de creación). De algún modo lo que estamos encontrando en este apartado es que tanto las profesionales como los usuarios manipulan y juegan con condiciones no determinadas por ellos.

Al respecto, nos sirve las elaboraciones del autor acerca de los conceptos de estrategia y táctica. Define a la estrategia como el “cálculo (o manipulación) de las relaciones de fuerzas que se hace posible desde que un sujeto de voluntad y de poder (...) resulta aislable. La estrategia postula un *lugar susceptible de ser circunscrito como algo propio y de ser la base donde administrar las relaciones con una exterioridad de metas o de amenazas*” (De Certeau, 2010: 42) [el resaltado es propio]. La estrategia se caracteriza, entonces, por representar una victoria del lugar por sobre el tiempo, pues es el lugar, el control de un espacio propio, el que habilita a capitalizar las ventajas adquiridas, preparara futuras expansiones, dominar otros lugares desde el poder de observación del campo, de conocimiento del mismo. En cambio, la táctica constituye una operación calculada que adolece de la carencia de un lugar propio, no cuenta con límites exteriores que le proporcionen autonomía y una base de acumulación de sus movimientos.

*“La táctica no tiene más lugar que el del otro. Además, debe actuar con el terreno que le impone y organiza la ley de una fuerza extraña. No tiene el medio de mantenerse en sí misma, a distancia, en una posición de retirada, de previsión y de recogimiento de sí: es movimiento ‘en el interior del campo de visión del enemigo’ (...) y está dentro del espacio controlado por éste. No cuenta, pues, con la posibilidad de darse un proyecto global ni de totalizar al adversario en un espacio distinto (...). Obra poco a poco. Aprovecha las ‘ocasiones’ y depende de ellas, sin base donde acumular los beneficios, aumentar lo propio y prever salidas. No guarda lo que gana. Este no lugar le permite, sin duda, la movilidad, pero con una docilidad respecto a los azares del tiempo, para tomar al vuelo las posibilidades que ofrece en instante. Necesita utilizar, vigilante, las fallas que las coyunturas particulares, abren en la vigilancia del poder propietario. Caza furtivamente. Crea sorpresas. Le resulta posible estar donde no se le espera. Es astuta”.* (De Certeau, 2010: 43)

Táctica parece ser el concepto que nos permite interpretar los movimientos tanto de profesionales como de usuarios, desprovistos del control de un territorio propio en una situación compartida.

### **II. c. Las reglas. De negociaciones, gestiones e infracciones**

Habiendo recorrido ya las condiciones a través de las cuales se llega al encuentro, los territorios que pueden reconstruirse del mismo, nos preguntamos ahora ¿cómo se monta la escena? ¿qué reglas sigue?

Tal como venimos desarrollando, hemos de admitir una tensión que emerge en la situación en torno a la desacreditación del usuario en tanto sujeto autoválido. Tensión compleja pues la admisión de esta necesidad de dependencia implica una desviación a la norma social general, que postula que los modos legítimos de vida se basan en el propio trabajo y la reproducción mediante el mercado. Sin embargo, que la necesidad de asistencia se desmienta en pos de perseguir la norma general, implicaría una gran posibilidad de que se niegue el acceso a ciertos programas o prestaciones sociales públicas que, como condición, suponen un sujeto dependiente, en distintos grados y variantes según qué programa se trate. Esto queda ilustrado en una secuencia bastante usual en el ámbito profesional que estamos tratando, cuando se conversa colectivamente acerca de alguna situación de intervención. Una profesional pide consejo a sus colegas y éstas le preguntan “¿pero hay algún problema de salud? ah, ¿nada? ¿no hace ningún tratamiento? ¿alguna situación de violencia?”. Se repasa de esta manera los distintos motivos de dependencia legítima, de los cuales se tiene un conocimiento especializado e interiorizado (ese pensamiento que no se piensa, del que nos habla De Certeau), y la no existencia de alguno de ellos es causa de desazón, cosa que a veces funciona como una broma para consigo mismas: “nosotras como que cuanto peor, mejor ¿no?”. De aquí lo complejo del asunto: no todos los pobres son legítimos, existen dependencias admitidas y otras desacreditadas. El merecimiento se desliza en esa línea y las definiciones del estigma, por ende, también.

Como señala Goffman, todo estigma implica un plan de acción, ya sea en el caso de aquellos visibles al mero contacto, como aquellos camuflables: señala que en el primero de los tipos, los sujetos manejan la tensión que genera el contacto con otros “normales”; en el segundo, lo que se maneja es la información. No obstante, los recursos de ambos planes son similares, basados ambos en el encubrimiento u ocultamiento. Define al mismo como el manejo de información oculta que pueda desacreditar al yo, y ello incluye al “encubrimiento inverso” (Goffman, 2006), esto es el ocultamiento de hechos positivos (en estos casos, esto podría aplicar a la percepción de programas sociales, contar con trabajos remunerados, redes familiares, etc.). Ambos, son mecanismos para sortear la situación y la tensión que conlleva.

Ahora bien, las profesionales también desarrollan un plan de acción para abordar el estigma. En primer lugar, indagarán en sus características, yendo de algún modo en contrapelo a esa táctica de ocultamiento que pueden desarrollar los usuarios. En segundo lugar, sondearán la existencia de motivos legítimos de dependencia, que aminoren la carga estigmática, vinculando al sujeto con estigmas de menor costo social (no es lo mismo en términos de reconocimiento social y las posibilidades futuras de autovalía, presentar una discapacidad motora que mental; tampoco padecer un retraso madurativo que consumo problemático de sustancias).

Las trabajadoras sociales suelen admitir la posibilidad de encubrimiento como una acción posible de parte de los usuarios, ello se observó tanto en las respuestas al cuestionario como en las observaciones. La manera de concebirlo desde la autopercepción y desde las acciones durante las entrevistas son, empero, diferentes. En las respuestas al cuestionario

se habla de cierta “adaptación” de los usuarios en sus discursos a lo que suponen que son las pretensiones de las trabajadoras sociales y, sobre todo, de las instituciones, en términos de “ajuste” ante la situación de evaluación y exposición. Por otro lado, en gran parte de las observaciones participantes efectuadas y en charlas informales, es un tema que surge y que incomoda. Si bien se comprende racionalmente la posibilidad de encontrar relatos armados, alejados de toda emotividad, a veces se da cierto enojo por el supuesto acostumbramiento que ello implica. Al mismo tiempo, podemos llegar a encontrar ciertas preguntas durante las entrevistas que buscan corroborar datos, testear la coherencia del relato, corroborar la congruencia entre aspectos gobernables e ingobernables de la conducta del otro. A menudo pese a que se adviertan las incongruencias, no desemboca en otras acciones. No obstante, resulta interesante esta forma de reacción, no racionalizada. De hecho, traemos algunos ejemplos de racionalizaciones posteriores:

“Para vos ¿qué onda? A mí me resultó raro, no digo que impostado, pero *muy cerradito en su discurso*. ‘Le compré el terreno a los que venden droga’, no sé, me parece muy comprado. Está todo bien igual, él lo dice así y punto, pero bueno, no sé... no sé por qué estoy diciendo esto”.

“- Le hicimos *preguntas un poco incisivas*, el tema de las fechas, quién le vendió el terreno. Vos estabas un poco agresiva. O sea, no agresiva mal, pero se te notaba que *marcabas una distancia*.

-Sí, es verdad. Creo que fue porque *el chabón no me cerró mucho de entrada*. Primero, que llegó una hora y media tarde, después *lo noté nervioso, miraba para abajo, no hablaba, y de pronto tiraba algunas frases muy armadas, me resultó disonante*.

-Y buen, estaba ante dos minas que no conoce, que le hacen preguntas, *yo también me pondría nerviosa*.

-Sí, sí obvio.”

“No entiendo por qué nos mintió, *justo a nosotras*, que no queremos perjudicarla, al contrario.”

Consideramos que hay algunas ideas fuerza de Goffman (2006) que pueden ayudarnos a pensar este fenómeno: los conceptos de consenso de trabajo, aceptación fantasma y la cercanía que genera la interacción.

En síntesis, lo que plantea Goffman, y a lo cual ya hemos aludido anteriormente, es que estigmatizados y normales forman parte de un mismo complejo. Los contactos mixtos generan una suerte de tensión que no se evidencia en los contactos endogrupales, por la incongruencia posible entre identidad social real y virtual, lo cual es fuente permanente de incertidumbre, pues el “contrato” acerca de lo esperable del otro puede modificarse durante el encuentro. En este orden, Goffman plantea el consenso de trabajo como el mantenimiento de una apariencia de acuerdo en torno a la situación, en la cual los participantes expresan sus necesidades propias bajo la apariencia de valores generales. Más allá de que la definición total de la situación no constituya un acuerdo enteramente, se expresarían mutuas demandas temporariamente aceptadas. Este clima de trabajo se sostiene a partir de ciertas fachadas construidas, actuaciones ya rutinizadas y prefijadas, que actúan como elementos definitorios de la situación mediante su dotación expresiva.

De alguna manera observamos que lo que se señala y observa por las trabajadoras so-

ciales como rutinario y como acostumbramiento puede ajustarse a estas fachadas de la actuación, en la que los lenguajes, portes, gestos, discursos, más allá de ser móviles, transitorios, también tienen un funcionamiento regulado. Constituyen modos de actuar esperados. Estas fachadas, dice Goffman (1974), adquieren estabilidad y se conforman como una representación colectiva. Podríamos pensar que se van constituyendo como normas sociales, formas de hacer institucionalizadas, que responden a estereotipos respecto de qué es ser una buena trabajadora social y qué es ser un "buen" pobre merecedor. Este consenso de trabajo, entablado en un contexto de presión, no es armónico. Nos encontramos con excepciones continuas a esas formas de actuación reguladas propias de las fachadas. Los ejemplos son varios.

Algunos tienen que ver con la tensión entre identidad social real y virtual. Continuamente esta tensión se pone a prueba, se examina si existen incongruencias. De algún modo, a eso está llamada desde la institución del Poder Judicial la trabajadora social, a constatar los discursos de los usuarios. Notamos que las profesionales no acatan sin más a este llamado, tampoco lo desobedecen. Y ello es fuente de un continuo malestar. Se observa de forma atenta si los elementos de la fachada son congruentes (la apariencia, vinculada al status social, con los modales, asociados al rol esperado en la interacción), incongruencias en el discurso, si los aspectos ingobernables de la conducta coinciden con aquellos que se expresan verbalmente sobre sí. Por otro lado observamos sentimientos de culpa y de malestar por mantener esta actitud escudriñadora del otro, o malestar cuando se generan aperturas y exhibiciones desmedidas.

Asimismo, al constatar incongruencias, se comprende y racionaliza el lugar de exposición y de necesidad que ocupan los sujetos, más allá de los matices respecto de cómo se presentan ante las profesionales, pero al mismo tiempo aparece cierta sensación de enojo y de reclamo, ante esa falta de parte de los usuarios ante quienes se ven interesadas en que ese mal trago del informe social sea lo menos amargo posible.

Finalmente se llega a admitir un señalamiento que marca Goffman, lo cual se observa por lo general luego de la racionalización, posterior a la entrevista:

"(...) En lugar de pensar en un continuo de relaciones donde ubicaríamos en un extremo un tratamiento categórico y encubridor, y en el otro un tratamiento franco y adaptado a las circunstancias, será más conveniente pensar en una variedad de estructuras en las cuales los contactos se producen y se estabilizan (...) y ver que en cada caso suelen aparecer discrepancias características entre la identidad virtual y la identidad social real, y que se realizan esfuerzos, también característicos para manejar la situación" (Goffman, 2006: 71).

Esta ambivalencia pone en cuestión la aceptación del estigmatizado y la afinidad con él. En términos profesionales, las trabajadoras sociales esperarían no contar con este factor tan poco científico, pero lo cierto es que, como dijimos ya, su materia primera es su propia corporalidad, y la de los otros. Ello se observa en ciertas afirmaciones como: "no sé por qué me fijé en eso"; "igualmente vamos a poner lo que ella dijo y punto, pero bueno, no sé"; "sí, sí, me resultó raro, pero ya está, qué le vamos a hacer"; "yo no soy quién para evaluar, yo escribo lo que me dicen, es lo único que puedo hacer". Se espera de los usuarios cierto código de conducta, que exprese una línea de "buen ajuste" (Goffman, 2006). Como señala Goffman, los normales pretendemos que el estigmatizado reconozca que su carga no es opresiva, actuando con naturalidad ante el estigma; así como necesitamos que se guarde una distancia para no derribar esta creencia. La aceptación es tan fantasmagórica, como

la normalidad del estigmatizado. De esta manera, podemos comprender las tensiones que mencionábamos anteriormente y la gran diferencia entre las fuentes de incomodidad: una suma contaminación mutua a partir de la exposición; la puesta de relieve del encubrimiento como táctica; o bien, la retirada al espacio personal.

Aquí aparece otro elemento que la lectura de Goffman nos ayuda a comprender. Hemos dicho que normalmente las trabajadoras sociales tienden a marcar cierta cercanía, que caracteriza a las situaciones de informe, ya sea para el logro de información, como forma de aminorar la carga de un contacto tan fuera de lo común en condiciones lejanas a las convenciones sociales. La cercanía vendría a aminorar la rareza de encontrarse en un domicilio ajeno, entre dos extraños, uno de los cuales debe exponerse en su privacidad. Como señala el autor, la permanencia en el contacto establece también afinidades y una consideración más realista de los estigmatizados por parte de los normales. Si bien las profesionales resultan ajenas al contexto de los usuarios, en términos institucionales forman parte de los extractos profesionales que pueden acercarse a la población, que se encuentran en una categoría social considerada inferior a la de abogados defensores y jueces. Tomamos un concepto de Goffman, “los sabios”, para considerar el lugar que ocupan las trabajadoras sociales:

“He considerado un conjunto de individuos de quienes la persona estigmatizada puede esperar cierto apoyo: aquellos que comparten su estigma (...) El segundo grupo es (...) el de los ‘sabios’, es decir, personas normales cuya situación especial las lleva a estar íntimamente informadas acerca de la vida secreta de los individuos estigmatizados y a simpatizar con ellos, y que gozan, al mismo tiempo, de cierto grado de aceptación y cortés pertenencia al clan. Las personas sabias son los hombres marginales ante quienes el individuo que tiene un defecto no necesita avergonzarse ni ejercer un autocontrol (...). Un tipo de persona sabia es aquella cuya sabiduría proviene de sus actividades en un establecimiento, que satisface tanto las necesidades de quienes tienen un estigma particular como las medidas que la sociedad adopta respecto de esas personas” (Goffman, 2006: 43).

Las reglas mismas del encuentro (el manto de consenso y cercanía, y al mismo tiempo el mantenimiento de una distancia “óptima”) son a su vez las condiciones de posibilidad para las continuas fugas y puesta en tensión de las mismas: el ambivalente resguardo personal junto con la apertura desmedida; el mantenimiento de una distancia que permita observar al otro y la reivindicación de cercanía.

## **II. d. La escritura en soledad. La construcción de un relato y las voces de lo no dicho**

“Enboscado en mi escritura/ cantas en mi poema.  
Rehén de tu dulce voz/ petrificado en mi memoria.  
Pájaro asido a su fuga/ aire tatuado por un ausente”

(“Tu Voz”, A. Pizarnick)

El momento de la escritura es una instancia durante la cual las profesionales continuamente socializamos apreciaciones, dificultades y malestares. Cuando las situaciones son complejas, es frecuente que se demore más tiempo que el habitual en realizar el escrito, o también, cuando el proceso fue fuente de malestar. Esto se evidenció notoriamente en las observaciones. Ciertos informes sociales, asociados a requerimientos institucionales con los que no se tiene acuerdo, a entrevistas dificultosas, a incertezas respecto de las evalua-



ciones a realizar, generan desazón al momento de su escritura, suelen comentarse de forma colectiva, y se da un gran rodeo para proceder a la escritura (por ejemplo, repartiéndola durante varios días, suspendiéndola para otro momento, solicitándole a otra compañera que lo lea y dé su opinión para proseguir). Por el contrario, de acuerdo a las observaciones, se notó que al empatizar con una situación, el proceso de escritura se ve rodeado por otras sensaciones: búsqueda de material teórico y legislativo para respaldar afirmaciones, deseos de realizar un informe completo y exhaustivo, y hasta pueden observarse un ritmo de trabajo mucho más fluido.

Es que la escritura es el momento de plasmar de forma verbal y definitiva la evaluación profesional que, tal como venimos advirtiendo, construye categorías sociales, rótulos que denotan el merecimiento de la asistencia social y sus causas. Pero la profesional se enfrenta a múltiples responsabilidades ¿por quién será leído y cómo será interpretado? ¿será lo suficientemente convincente para argumentar la necesidad de que el Estado se responsabilice de la situación de la familia? ¿bajo qué costos? ¿es necesario tergiversar, darle “amari llismo” a los relatos de las familias? ¿es satisfactorio para las profesionales esta alternativa? ¿y para los usuarios? Vemos que estas preguntas se vinculan a los modos en que se definirá el merecimiento: de forma positiva o negativa, y en cada caso, bajo qué tipo de argumentaciones y formas de valoración de procesos sociales y los sujetos en cuestión.

Una inquietud generalizada es por construir un informe que beneficie a los usuarios. No nos olvidemos que en el contexto del Poder Judicial de la CABA el informe constituye una prueba que tendrá status jurídico, salvo algunos casos en el que se utilizará sólo como medio de certificación y evaluación profesional para el acceso a programas sociales. En uno u otro caso, es decisiva la forma en que se construya el relato para que el producto sea una evaluación que defina a los usuarios como merecedores de asistencia estatal. En los últimos años, los criterios de merecimiento que “aplican” las autoridades del Poder Ejecutivo de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina), responsables de los ministerios de Desarrollo Social, Salud, Educación, son cada vez más restrictivos: se exige de las personas residencia comprobable en la Ciudad durante el lapso de tres años continuados, y para la mayor parte de los programas sociales y el acceso pleno a la salud se requiere acreditar que los ingresos del grupo familiar son inferiores a la línea de pobreza. Por su parte, la corte judicial emite cada vez fallos más restrictivos que admiten los criterios interpuestos por el Ejecutivo. Éste es el trasfondo que moldea también las presiones a las que están expuestas las profesionales del campo del merecimiento.

A partir del análisis de situaciones observadas como conflictivas, hemos visto que un rasgo común de las mismas tiene que ver con el manejo de la información respecto de los entrevistados. Por ejemplo, cuando se identifican aspectos negativos en los relatos de los usuarios, para que su demanda sea resuelta positivamente. Principalmente los mismos pueden ser: falta de documentación argentina o insuficiencia de los años de residencia en el país y/o en la Ciudad, expresada en documentos y certificaciones; problemáticas de salud mental que puedan afectar a la categorización de los usuarios como autoválidos para la administración de subsidios estatales o el mantenimiento del marco normativo de los mismos. O bien, ausencia de problemáticas específicas que agraven la situación de pobreza y sensación de que falta de qué “agarrarse” para solicitar la asistencia estatal, esto es, unas “buenas razones” sociales. Ante esta situación aparece la pregunta de cómo construir el relato: ¿es posible omitir información? ¿qué tipo de información omitida puede tener costos para las profesionales? ¿cuál para los usuarios? ¿cómo potenciar ciertos elementos al

borde de no tergiversarlos para fortalecer la argumentación?

Las acciones más frecuentes para “resolver” estos escollos pasan por: realizar esta catarsis colectiva sobre las dudas generadas y la adversidad de los criterios que manejan las políticas sociales en la actualidad; realizar formulaciones argumentales de manera conjunta con otras colegas; a nivel individual, cual rompecabezas, diseccionar qué datos es mejor ocultar, cuáles enfatizar, cuáles omitir.

Resulta sumamente interesante advertir que esta operación es análoga a la del encubrimiento, que realizan los estigmatizados para manejar la tensión del estigma o bien, la información que pueda generar descrédito social. Nuevamente observaremos, entonces, una táctica defensiva. El territorio ahora es el escrito, esto es, una proyección del propio espacio, el producto del sí mismo, de la memoria y registro del contacto con un otro. En las situaciones conflictivas que hemos referido, las maniobras para que ese producto permanezca bajo los umbrales deseados por las profesionales y también por los usuarios suelen tener poco margen. Como señala De Certeau (2010) la variable para manejar es el tiempo y no el espacio, no hay muchas otras bajo control, salvo el conocimiento referente a la entrevista mantenida y los registros.

Aparece un actor/espacio que, hasta el momento, no había sido puesto de relieve y que, incluso, tampoco adquiere suma visibilidad en la autopercepción de las profesionales: el ámbito institucional con la demanda de informe y su posterior “expropiación”. A menudo, luego de realizar el informe social, las profesionales ya no tendrán contacto con las personas, no podrán incidir en la confección de la estrategia a realizar para los juicios de amparo, ni siquiera tendrán contacto físico con su propio informe: el mismo se incorporará al legajo de las personas y será enviado a su abogado defensor.

Es alto el contraste que se genera entre la cercanía entablada con los usuarios y luego la lejanía que las profesionales mantendrán con el producto por ellas confeccionado en base al encuentro. Ante esta expropiación del escrito, de las observaciones se advierte que la táctica predominante es este manejo de la información, artilugios para construir un relato, tomando en ocasiones el recurso del ocultamiento. Advertimos también que en ocasiones las profesionales hemos discutido, en intercambios que suelen ser informales (en el horario del almuerzo, en los pasillos, en tiempos muertos de la tarea laboral), los términos en que se expresan las evaluaciones profesionales. A menudo las mismas pasan por justificar que la asistencia temporaria puede estar al servicio de la autonomía futura de la familia (tan cercano a los discursos de la filantropía analizados por Donzelot), en otros casos se asientan en la consideración de una dependencia legítima, ya sea transitoria (situaciones de violencia de géneros, afecciones de salud, cambios en la composición familiar) o permanentes (existencia de una discapacidad o problema terminal de salud). Los cambios en los términos del informe son ambivalentes, pero existe una búsqueda de nuevos términos, de fuentes teóricas para respaldarlo. Consideramos que esta táctica porta cierta vocación de apropiación del propio discurso, que presenta una orientación distinta a la del manejo del discurso propio mediante el ocultamiento, dosificación y ligera tergiversación de la información. Asimismo, recientemente, las profesionales han comenzado a plantearse la posibilidad de adoptar como táctica la solidez teórica de todos los tipos de informes, la selección, en la medida de las posibilidades, de las situaciones para las que se hará uso de esta técnica. Ello resulta sumamente interesante pues manifiesta una vocación de control de ciertas variables que hacen al propio ejercicio.

### III. Síntesis provisoria acerca del “malestar” en torno a los informes sociales

“Son mis voces cantando/para que no canten ellos,  
los amordazados grismente en el alba/ los vestidos de pájaro desolado en la lluvia.  
Hay, en la espera, un rumor a lila rompiéndose (...).  
Y cuando es de noche, siempre/ una tribu de palabras mutiladas  
busca asilo en mi garganta,/ para que no canten ellos,  
los funestos, los dueños del silencio.”

(“Anillos de Ceniza”, A. Pizarnick)

Durante el presente trabajo hemos procurado observar la forma viva del proceso de informes sociales, esto es, las interacciones y acciones en torno al mismo, como forma de búsqueda de sus participantes que, en el producto escrito, a menudo, parecen estar ausentes. Retomamos principalmente a Goffman para desmenuzar los actos de las profesionales, sus justificaciones y tramitaciones, al considerar que en torno al informe social se acciona respecto de y se definen estigmas y merecimientos. Quisimos buscar en esas pequeñas acciones que hacen a la norma y también se fugan de ella, tácticas de resistencia a un deber ser que se impone desde múltiples lugares: las instituciones y servicios sociales, los mandatos éticos y políticos que históricamente han sedimentado en el colectivo profesional, las posibilidades materiales que se configuran en el ejercicio profesional, las expectativas de los usuarios.

¿Habría alguna, oculta, fabricación por descubrir en ese acto rutinizado del informe social? ¿De qué tipo? ¿Desde qué sujetos? A menudo, las propias profesionales en Trabajo Social consideramos que el informe social constituye una herramienta en la que se plasman los mandatos más tradicionales de la disciplina y de las instituciones que lo requieren. Ante este panorama, nos hemos permitido mirar a los sujetos para observar qué es lo que hacen de esta situación, pues entendemos que:

“La presencia y la circulación de una representación (...) para nada indican lo que esa representación es para los usuarios. Hace falta analizar su manipulación por parte de los practicantes que no son sus fabricantes. Solamente entonces se puede apreciar la diferencia o la similitud entre la producción de la imagen y la producción secundaria que se esconde detrás de los procesos de utilización” (De Certeau, 2010: 43).

Hemos advertido procedimientos ambivalentes, multiformes, fragmentarios, por los cuales las trabajadoras sociales accionan en la situación de informe social. Uno de ellos es la manipulación de la distancia social que se encuentra puesta en tensión ante la cercanía de usuarios y profesionales. Dicha distancia es codificada por las profesionales de modos diferenciales en distintas circunstancias, dando cuenta de procesos esquivos de identificación social con los usuarios. Hemos visto que la autopercepción de las profesionales refieren a esta cercanía como parte de una estrategia metodológica, sin embargo, a lo largo de este trabajo hemos visto que se activan otros resortes para fundarla, también para negarla.

Por otro lado, hemos podido advertir y poner de relieve las formas que adquieren la tensión, incomodidad y el malestar que surgen desde la interacción y que interpelan el rol de las profesionales. Hemos visto que dicho malestar se traslada a menudo a la escritura, no sólo en términos de la preocupación por el producto escrito en formato de informe social, sino además en cuanto a los límites de la propia autonomía en el acto de escribir. Aquí nos encontramos con múltiples maniobras, a veces minúsculas, a veces también grupales, que

buscan tomar como propio al texto. La grupalidad se presenta como una estrategia distintiva, en este marco, pues hemos observado que tiene la potencialidad de colectivizar el malestar, por un lado, y por otro de trasladar el cuestionamiento propio hacia una actitud que repiense las modalidades de intervención social predominantes en el campo institucional de inserción.

Consideramos que las tácticas de las profesionales en estado de dispersión nos hablan de un momento de la confrontación y de un silencioso proceso de resistencia moral y política. Dependen sus posibilidades de ampliación de la apropiación que los sujetos puedan hacer de dichas prácticas. Justamente, la pregunta del cuestionario que apuntaba a impresiones y sensaciones durante la elaboración de respuestas, encontró a todas las compañeras sorprendidas por las dificultades de pensarse a sí mismas:

“Me costó pensarme como entrevistadora, aunque entrevisto todo el tiempo, pero hacer un autoanálisis para otro me resultó difícil. Me puse nerviosa, no sabía qué poner, pero después fue fluyendo.”

“Me parecieron raras algunas preguntas, en realidad, esto de pensar el informe social ¿qué es un informe social?, me pregunté, y empecé a ver las distintas partes del proceso de lo que hacemos”

“Me pasó un poco como a lxs entrevistadxs para hacer un informe social, pensaba en si estaba bien o mal lo que respondía jaja. Aunque intento revisar mis formas de manejarme a la hora de hacer una entrevista para que no sea algo ‘mecánico’, contestar estas preguntas me hace repensar sobre mi propio quehacer en relación a los informes y la necesidad de mantenerse crítica y alerta”

Entonces, el malestar que constituyó el punto de partida aparece como algo que en su permanencia es dinámico, pues contiene una “creatividad dispersa, táctica y artesanal de grupos o individuos atrapados en redes de ‘vigilancia’” (De Certeau, 2010: 45). Esta dificultad de pensarse a sí mismas como sujeto, nos habla de los procedimientos que hacen de la intervención profesional un proceso tecnocrático, como serie de procedimientos administrativos. Peligrosamente, esta tecnificación del ejercicio profesional puede desresponsabilizar a los sujetos de sus propias acciones, tal como explican Damiano y Carranza (2009). La acción política de las trabajadoras sociales sigue siendo anónima (Scott, 2000), podríamos decir que toma la perspectiva de la política del disfraz (el manipular información, dosificándola, omitiéndola), que permanece bajo un discurso oculto en lugar de tomar la escena del discurso público del escrito del informe. Sin embargo, consideramos que es política por más que se encuentre descentrada.

Finalizamos más que con afirmaciones con interrogantes, ya que parafraseando a Scott (2010), el desafío es cómo organizarnos los subordinados para tomar nuestra propia voz e imagen de nuestros intereses, en lugar de aquellas emanadas desde arriba.

## Bibliografía

CARBALLEDA ALFREDO, AQUIN NORA. et alii (2003): Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Editorial Espacio, Buenos Aires.

CAZZANIGA, SUSANA. (1994): “Técnicas e Instrumentos en la construcción metodológica”. Documento de Cátedra, UNLP.

DAMIANO, FRANCO Y CARRANZA, DIEGO (2009): “Malestares: la otra dimensión del conflicto”. Expuesto en XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

DE CERTEAU, MICHEL (2010): La invención de lo cotidiano. Artes de Hacer. Universidad Iberoamericana, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, México.

DONZELOT, JACQUES (2008): La policía de las familias. Nueva Visión, Buenos Aires.

GALLEGO, DANIELA (2014): “Informes sociales y sus disputas en el marco de la lucha de clases”. En: Mallardi, Manuel (Comp.): Procesos de intervención en Trabajo Social. Contribuciones a un ejercicio profesional crítico. CATSPBA, La Plata.

GIRIBUELA, WALTER Y NIETO FACUNDO (2008): “El informe social: una lectura desde el análisis del discurso”. Expuesto en II Encuentro Argentino y Latinoamericano “Prácticas sociales y pensamiento crítico”, Escuela de Trabajo Social, UNC, Córdoba.

GOFFMAN, ERVING (1979): Relaciones en Público. Microestudios del orden público. Alianza, Madrid.

GOFFMAN, ERVING (1974): La presentación de la persona en la vida cotidiana. Amorrortu, Buenos Aires.

GOFFMAN, ERVING (2006): Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu, Buenos Aires.

MALLARDI, MANUEL (2014): Procesos de intervención en Trabajo Social. Contribuciones a un ejercicio profesional crítico. CATSPBA, La Plata.

MEZA, MIGUEL (2005): “El informe social”. En: Tonon de Toscano, G. Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social. Editorial Espacio, Buenos Aires.

SCOTT, JAMES (2000): Los dominados y al arte de la resistencia. Era, México.

TOPALOV, CHRISTIAN (1979): La urbanización capitalista. Edicol, México.

TOPALOV, CHRISTIAN (2004): “De la cuestión social a los problemas urbanos: los reformadores y la población de las metrópolis a principios del siglo XX”. En: Danani, Claudia. (Comp.): Política social y economía del trabajo. UNGS/OSDE/Altamira, Buenos Aires.

ALGUNAS REVISTAS DE TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA  
SOME SOCIAL WORK SPANISH JOURNALS



**TÍTULO:** Revista Servicios Sociales y Política Social  
ISSN: 1130-7633  
EDITOR: Consejo General del Trabajo Social  
PERIODICIDAD: Cuatro números al año  
FECHA DE INICIO: 1984  
WEB: [www.cgtrabajosocial.es](http://www.cgtrabajosocial.es)  
CORREO ELECTRÓNICO: [revista@cgtrabajosocial.es](mailto:revista@cgtrabajosocial.es)



**TÍTULO:** Portularia  
ISSN: 1578-0236  
EDITOR: Escuela Universitaria de Trabajo Social de Huelva  
PERIODICIDAD: Semestral  
FECHA DE INICIO: 2001  
WEB: [www.portularia.com](http://www.portularia.com)  
CORREO ELECTRÓNICO: [portularia@uhu.es](mailto:portularia@uhu.es)



**TÍTULO:** Alternativas. Cuadernos de trabajo social  
ISSN: 1133-0473  
EDITOR: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Alicante  
PERIODICIDAD: Anual  
FECHA DE INICIO: 1992  
WEB: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5269>  
<http://dtsss.ua.es/es/alternativascuadernosrabajosocial/>  
CORREO ELECTRÓNICO: [dtsss@ua.es](mailto:dtsss@ua.es)



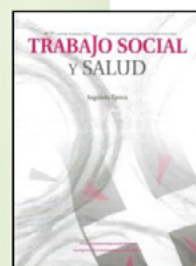
**TÍTULO:** DTS. Documentos de trabajo social. Revista De Trabajo Social Y Acción Social  
ISSN: 1133-6552  
EDITOR: Colegio profesional de trabajo social. Málaga  
PERIODICIDAD: dos números al año.  
FECHA DE INICIO: 1993  
WEB: [http://www.trabajosocialmalaga.org/revistadts/acerca\\_de.php](http://www.trabajosocialmalaga.org/revistadts/acerca_de.php)  
CORREO ELECTRÓNICO: [dts@trabajosocialmalaga.org](mailto:dts@trabajosocialmalaga.org)



**TÍTULO:** Revista Canaria de Trabajo Social "Trazos, Horizontes y Alisios".  
DEPÓSITO LEGAL : G.C.-1071-1996  
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Las Palmas.  
PERIODICIDAD: Cuatro números al año  
FECHA DE INICIO: 2006  
WEB: [www.trabajosocialcanarias.org](http://www.trabajosocialcanarias.org)  
CORREO ELECTRÓNICO: [trasos@trabajosocialcanarias.org](mailto:trasos@trabajosocialcanarias.org)



**TÍTULO:** Acciones e Investigaciones Sociales  
ISSN: 1132-192X  
EDITOR: Universidad de Zaragoza  
PERIODICIDAD: Semestral  
FECHA DE INICIO: 1991  
WEB: <http://eues.unizar.es/index.php?modulo=fichas&id=334>  
CORREO ELECTRONICO: [ais@unizar.es](mailto:ais@unizar.es)



**TÍTULO:** Trabajo Social y Salud  
ISSN: 1130-2976  
EDITOR: Asociación Española de Trabajo Social y Salud  
PERIODICIDAD: Cuatrimestral  
FECHA DE INICIO: 1989  
WEB: <http://www.revistadetrabajosocialysalud.es/>  
CORREO ELECTRONICO: [suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es](mailto:suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es)



**TÍTULO:** Cuadernos de Trabajo Social  
ISSN: 0214-0314  
EDITOR: Servicio Publicaciones Universidad Complutense de Madrid  
PERIODICIDAD: Semestral  
FECHA DE INICIO: 1987  
WEB: [www.ucm.es/publicaciones](http://www.ucm.es/publicaciones)  
CORREO ELECTRÓNICO: [ctrabajo@trs.ucm.es](mailto:ctrabajo@trs.ucm.es)



**TÍTULO:** Trabajo Social Hoy  
ISSN: 1134-0991  
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid  
PERIODICIDAD: Tres números al año  
FECHA DE INICIO: 1993  
WEB: [www.comtrabajosocial.com](http://www.comtrabajosocial.com)  
CORREO ELECTRÓNICO: [publicaciones@comtrabajosocial.com](mailto:publicaciones@comtrabajosocial.com)



**TÍTULO:** Revista Galega de Trabajo Social FERVENZAS  
ISSN: 1698-5087  
EDITOR: Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia  
PERIODICIDAD: Anual  
FECHA DE INICIO: 1997  
WEB: [http://traballosocial.org/web/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=70&Itemid=364&lang=gl](http://traballosocial.org/web/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=70&Itemid=364&lang=gl)  
CORREO ELECTRÓNICO: [fervenzas@traballosocial.org](mailto:fervenzas@traballosocial.org)



**Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga**

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1ºC. 29005 - Málaga

Telf.: 952 22 71 60 - Fax: 952 22 74 31

Correo-e: [dts@trabajosocialmalaga.org](mailto:dts@trabajosocialmalaga.org)

[www.trabajosocialmalaga.org](http://www.trabajosocialmalaga.org)