

PROYECTO EDITORIAL:
TRABAJO SOCIAL

LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL

MANUEL MOIX MARTÍNEZ

Con la colaboración de
M.^a del Carmen Santos Aguado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito cuando se trate de obras de creación intelectual (art. 170.1.º de la Ley de Propiedad Intelectual de 1987) o de obras de carácter científico, literario o artístico (art. 170.2.º de la Ley de Propiedad Intelectual de 1987).


EDITORIAL
SÍNTESIS

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Manuel Moix Martínez

© EDITORIAL SINTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34, 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 84-9756-401-4
Depósito legal: M-35.912-2006

Impreso en España. *Printed in Spain*

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de los editores y de Editorial Síntesis, S. A.

μελέτη το πρύ
Periandro (600 a. C.)*

Exercitatio optimus est magister
(Proverbio latino)**

* Periandro de Corinto: "La práctica es todo". *Apothegmata*, en Diógenes Laercio, L. 99, cit. por Erasmo: *Adagia*, II, II, 53.
** Heywood: "La práctica es el mejor maestro". *Proverbs* (1546), II, 2.

Índice

Introducción.....	11
Capítulo 1. La intervención social	13
1.1. La impropriamente llamada "intervención social"	13
1.2. Pautas de actuación	15
1.2.1. La aceptación del cliente	16
1.2.2. La valoración de la situación del cliente	17
1.2.3. La diagnosis	19
1.2.4. El contrato	19
1.2.5. La relación de ayuda	20
1.2.6. La evaluación del progreso de actuación, y su terminación	22
Capítulo 2. Los campos de actuación	25
2.1. Su descripción	25
2.2. El Trabajo Social en el ámbito familiar	26
2.2.1. La pobreza familiar	28
2.2.2. Las relaciones paterno-filiales	29
2.2.3. La independización de los hijos o el llamado "nido vacío" (empty nest)	31
2.2.4. La ruptura del matrimonio	31
2.2.5. El descuido y abuso de los niños	32
2.2.6. Los niños sin hogar	33
2.2.7. La adopción	34
2.2.8. La mediación familiar	35
2.2.9. La violencia de género y los malos tratos	36

23. El Trabajo Social en las sucesivas etapas de la vida	37
23.1. La infancia	37
23.2. La juventud	38
23.3. La ancianidad	38
24. El Trabajo Social escolar y educativo	39
25. El Trabajo Social en la empresa	41
26. El Trabajo Social en el medio rural	43
27. El Trabajo Social en la sanidad	46
27.1. La atención primaria	46
27.2. La atención especializada	47
27.3. La enfermedad crónica y terminal (sida)	47
27.4. El Trabajo Social psiquiátrico	48
27.5. La promoción de la salud	50
28. El Trabajo Social con minusválidos y discapacitados	50
29. El Trabajo Social en la adicciones	53
29.1. El alcoholismo, el tabaquismo y la ludopatía	53
29.2. La drogadicción	54
2.10. El Trabajo Social ante la exclusión social	59
2.10.1. Las minorías étnicas	59
2.10.2. Los refugiados y los asilados	60
2.10.3. Los emigrantes	60
2.10.4. La prostitución	60
2.10.5. Las personas sin techo y los transeúntes	61
2.11. El Trabajo Social en emergencias y catástrofes	61
2.12. El Trabajo Social en el sistema judicial	63
2.13. El Trabajo Social Internacional	66
Capítulo 3. Los modelos de actuación	69
3.1. Los modelos tradicionales	69
3.2. Los modelos tradicionales en el Trabajo Social con Casos	71
3.2.1. El modelo psico-social (<i>psychosocial model</i>)	71
3.2.2. El modelo funcional (<i>functional model</i>)	72
3.2.3. El modelo de solución de problemas (<i>problem solving model</i>)	72
3.2.4. El modelo de la modificación del comportamiento (<i>behaviour modification model</i>)	73
3.2.5. El modelo centrado en las tareas (<i>task-centered casework</i>)	74
3.2.6. El modelo basado en la competencia (<i>competency-based approach</i>)	74
3.2.7. El modelo de la terapia familiar (<i>the family therapy model</i>)	75
3.2.8. El modelo de la intervención en la crisis	77

3.2.9. El modelo de la socialización de los adultos (<i>adult socialization</i>)	79
3.3. Los modelos tradicionales en el Trabajo Social con Grupos	81
3.3.1. El modelo de las metas sociales (<i>social goals model</i>)	81
3.3.2. El modelo remedial (<i>remedial model</i>)	82
3.3.3. El modelo recíproco (<i>reciprocal model</i>)	82
3.3.4. Los modelos tradicionales en el Trabajo Social Comunitario	84
3.4.1. El desarrollo de una localidad (<i>locality development</i>)	84
3.4.2. La planificación social (<i>social planning</i>)	84
3.4.3. La acción social (<i>social action</i>)	85
3.5. Los modelos alternativos	85
3.5.1. El modelo generalista	86
3.5.2. El modelo fundado en los problemas y en los grupos de población	88
3.5.3. El modelo basado en la distinción entre "servicios directos" y "servicios indirectos"	89
3.5.4. El modelo sistémico	91
3.5.5. El modelo ecológico	92
3.5.6. El modelo basado en las redes y los sistemas de apoyo	93
3.5.7. El modelo autobiográfico: el relato de la vida	93
3.5.8. El modelo existencial	94
3.5.9. Otros modelos de menor aplicación	95
Capítulo 4. Las técnicas de actuación	97
4.1. Las técnicas directas	97
4.1.1. Las técnicas individuales	97
A) La entrevista	98
B) La entrevista con intérprete	108
C) La visita domiciliaria	113
D) La observación	114
4.1.2. Las técnicas grupales	116
A) Técnicas grupales con la intervención de expertos	116
B) Técnicas con la participación del grupo	123
4.2. Las técnicas indirectas	123
4.2.1. Las técnicas documentales específicas	141
A) La historia social	141
B) El informe social	142
C) El dictamen pericial social	144
D) El genograma	150
E) El escnmapa	152
4.2.2. Las técnicas documentales genéricas	153

- 4.2.2. Las técnicas documentales no específicas..... 160
- A) La ficha social..... 160
- B) La escala de valoración..... 160
- C) El proyecto de intervención social..... 161
- 4.2.3. Las técnicas documentales complementarias..... 161
- A) El acta..... 161
- B) La instancia..... 162
- C) El certificado..... 163
- D) La carta-circular..... 164
- E) El saluda..... 165

Epílogo: El Trabajo Social en España..... 167

Bibliografía..... 179

Índice de nombres..... 185

Introducción

Es evidente que a toda profesión incumbe la responsabilidad de mantener y promover, por todos los medios posibles, la efectividad de su servicio a la sociedad.

Debido a que el Trabajo Social creció disperso en tantas organizaciones separadas, no hubo hasta tiempos relativamente tardíos ningún instrumento por cuyo medio pudiera contemplarse la práctica del Trabajo Social en su conjunto, y pudiera actuarse sobre ella también globalmente, esto es, considerada como un todo.

Verdad es que ciertos sectores de la profesión dieron pasos importantes en ese sentido. Las escuelas de Trabajo Social y los educadores, por ejemplo, por constituir el grupo más homogéneo dentro de una única organización, se encontraron en condiciones de proporcionar al pensamiento profesional un liderazgo del que éste estaba muy necesitado.

También algunos campos específicos de la práctica, como el Trabajo Social médico y el psiquiátrico, desarrollaron unos programas congruentes y continuados para el estudio y el mejoramiento de su actuación, y establecieron una serie de comités que produjeron una corriente permanente de estudios e informes.

Pero la elaboración de un currículum profesional o de un programa profesional completo debe descansar en el entendimiento de los conocimientos básicos, de los valores y de las destrezas o habilidades técnicas esenciales para una práctica competente, comprensión que no pudo alcanzarse hasta que esa práctica pudo ser analizada de un modo global.

El problema se reconoció hace ya algunos años, pero no se hicieron apenas progresos en su solución. El pensamiento en el sector de la enseñanza siguió avanzando y, con el retraso en el estudio de la práctica, se fue produciendo en la profesión un desequilibrio bastante serio.

Los mayores obstáculos para el progreso en el área de la práctica parecen haber sido la falta de un esquema conceptual amplio por el que ésta pudiera ser ana-

livrada, y la carencia de un canal por el que pudiera discurrir de un modo congruente y acumulativo el pensamiento acerca de ella.

Fue finalmente en 1955, año en que los trabajadores sociales norteamericanos procedentes de todos los campos del Trabajo Social se unieron para constituir una única organización profesional, cuando llegó la ocasión propicia. En dicha organización se creó un grupo de trabajo permanente con la misión de concentrar sus esfuerzos en la práctica del Trabajo Social, que recibió el nombre de Commission on Social Work Practice of the National Association of Social Workers.

Este grupo, enfocado exclusivamente a la práctica y con la atención dirigida hacia toda la profesión, estuvo trabajando durante dos años. De su esfuerzo y experiencia emergieron nuevas líneas de pensamiento y acción, de gran importancia para toda la profesión.

Harriet M. Bartlett, que fue uno de los miembros más destacados de la referida comisión, ofreció un somero resumen de sus criterios, puntos de vista y discusiones, en un artículo publicado en el número 2, del volumen 3, correspondiente al mes de abril de 1958, de la revista *Social Work*, con el título: "Toward Clarification and Improvement of Social Work Practice" ("Hacia la clarificación y el mejoramiento de la práctica del Trabajo Social").

En él se sostiene, en resumen, que la práctica del Trabajo Social, como la de todas las profesiones, se caracteriza y define por una constelación de valores, propósitos, sanciones, conocimientos y métodos. Ahora bien, ninguno de estos elementos, por sí solo, es característico de la práctica del Trabajo Social, ni tampoco exclusivo de ella. Es, cabalmente, el particular contenido y configuración de esa constelación lo que la convierte en práctica del Trabajo Social y la distingue de la de otras profesiones.

El Subcommittee on the Working Definition of Social Work Practice (Subcomité para la definición de trabajo de la práctica del Trabajo Social), que se constituyó en diciembre de 1956, en el seno de la citada Commission on Social Work Practice of the National Association of Social Workers (Comité para la práctica del Trabajo Social de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales), trató, como su propio nombre indica, de formular una "definición de trabajo" -*working definition*- de la *práctica del Trabajo Social*, a base de identificar los componentes de dicha constelación, de suerte que en ella quedara comprendida toda posible *práctica del Trabajo Social*, con todas sus especialidades.

Esto quiere decir que las diversas modalidades de que ésta sea susceptible utilizarian, en mayor o menor medida, uno u otro de los componentes de tal constelación, pero que sólo se daría la *práctica del Trabajo Social*, cuando todos ellos estuvieran real y efectivamente presentes en algún grado.

Pasado medio siglo, la práctica del Trabajo Social puede y debe abordarse y enseñarse de otra forma, que es lo que tratamos de hacer en el presente libro en aras de la modernidad.

La intervención social

I

1.1. La impropriadamente llamada "intervención social"

Sorprende sobremanera a cuantos acceden al Trabajo Social con una mentalidad libre de prejuicios, de preconcepciones o de ideas preconcebidas, el profundo arraigo que la nada feliz expresión de "intervención social" ha tenido, para designar, a bombo y platillo, la actuación profesional del trabajador social. La verdad, en ella no se sabe qué es más desafortunado: si el sustantivo *intervención* o el adjetivo *social*.

Lo de "social" parece obedecer a la necesidad de dejar bien claro, por si alguien lo dudara, que su actividad no se realiza en el mar, o en el aire, o en Marte, etc. (en cuyo caso se hablaría de intervención marítima, o aérea, o marciana, etc.), lo cual no deja de sorprender, pues, salvo que se conciba al trabajador social como un Robinson Crusoe perdido en una isla desierta, es evidente que no puede actuar más que en el seno de la sociedad en que vive.

Lo de "intervención" es aún más difícil de justificar, pues en nuestro idioma esa palabra implica la clara idea de actuar en terreno ajeno y con fines de regulación o control.

Y, así, se habla, por ejemplo, de la intervención del Estado en la Economía o de la intervención de la Iglesia en la Política, o de la intervención de las Naciones Unidas o de la Alianza Atlántica en un determinado país, o de la intervención de teléfonos por parte de la policía o la autoridad judicial, o de que la correspondencia está intervenida, etc.

Y es que el afán que muestran algunos por dar del Trabajo Social una idea ruin, mezquina y, sobre todo, falsa, es, desde luego, un misterio. Porque el Trabajo Social no es la policía ni el trabajador social un gendarme. Como cualquier otro profesional, no interviene, sino que actúa. Esto ocurre en todos los oficios

manuales: los carpinteros, los herreros, los fontaneros, los impresores, etc. *no intervienen* en sus lugares de trabajo, sino que *actúan*. Lo mismo pasa con las profesiones liberales: así los abogados *no intervienen*, sino que *actúan* en los tribunales; los profesores *no intervienen*, sino que *actúan* en clase; los arquitectos *no intervienen*, sino que *actúan* en los edificios que construyen; los médicos *no intervienen*, sino que *actúan* en sus consultas, salvo los cirujanos que *sí intervienen*, cuando practican la cirugía, por lo que eso de intervención social podría sugerirles erróneamente a algunos una traumática intervención quirúrgica del trabajador social en la sociedad.

Cabría por ello preguntarse: ¿por qué, en la esfera de sus competencias, todas las profesiones *actúan*, menos el Trabajo Social, que *interviene*? ¿por qué las demás no necesitan enfatizar que desarrollan su actividad en la sociedad, y el Trabajo Social sí?, ¿por qué éste trata de distinguirse del resto de las profesiones (siendo una profesión como las otras, ni más ni menos importante), incurriendo en la huera grandilocuencia del "quiero y no puedo", en la inexactitud conceptual y, en definitiva, en el mayor de los ridículos?

Además, si el que interviene se llama interventor, y se considera que el trabajador social practica la intervención social, ¿no habría que cambiarle el nombre para denominarle, consistentemente, *interventor social*? Es más: ¿por qué no añadir, junto al interventor del Estado, al interventor de ferrocarriles, al interventor de los bancos o al interventor de las mesas electorales, etc., la rimbombante y novedosa figura del *interventor social*? Y cuando se trata de ayudar a un cliente individual, ¿también entonces se realiza una intervención social?

De tomarnos las cosas en serio, las objeciones podrían multiplicarse. Todo, porque el trabajador social, que debería tener como meta ser considerado por la sociedad como un profesional más y, concretamente, como el central y básico de todo el bienestar social, se empeña en decir que realiza *intervenciones sociales*, sin advertir que el proceso agógico en que consiste el ejercicio de sus funciones se concreta, pura y simplemente, en su *actuación*, dentro de la esfera de sus competencias, como ocurre con todas las demás profesiones. ¿No es hora ya de libtrarse de rutinarios latiguillos sinsentido?

Que las precedentes reflexiones pueden tener importantes efectos prácticos lo ponen de relieve constantes hechos que se producen cotidianamente. Así, por ejemplo, el libro de Pamela Trewithick (2002), originariamente titulado *Social Work Skills: A Practice Handbook*, ha sido traducido y publicado entre nosotros con el título de *Habilidades de Comunicación en intervención social. Manual práctico*. Con ello parece establecerse una clara sinonimia entre Trabajo Social e *intervención social*. Las preguntas surgen a borbotones.

¿Es que el Trabajo Social es siempre *intervención social*?, ¿es que no hay intervención social sin Trabajo Social?, ¿es que la *intervención social* sólo la realizan los trabajadores sociales?, ¿es que no hay otras entidades, autoridades, profesionales, etc. que practican la *intervención social*?, etc.

Es más, en nuestra *Teoría del Trabajo Social* (Moix, 2006: 259-263; 363-366) razonamos por qué no son Trabajo Social, sino, por el contrario, su más taimada negación, determinadas prácticas de *control social*, que sí constituyen una intervención social propiamente dicha y, además, son éticamente inadmisibles.

Habitados al debate científico, caracterizado por el hecho de que los argumentos sólo se contestan u objejan con otros argumentos, no deja de asombrarnos la inexplicable crispación que a algunos les produce nuestra postura, coincidente, por lo demás, con la doctrina extranjera más reciente, que está relegando por inademada la expresión *intervención social*.

Y nos seguimos preguntando: ¿es tan grave y peligroso, también en nuestro Trabajo Social, discrepar científicamente del lenguaje políticamente correcto impuesto por el pensamiento único?

Tuvieron que pasar muchos siglos antes de que se rechazara la errónea creencia de que la tierra era plana y no giraba alrededor del sol, sino que era éste el que lo hacía en torno a la tierra, y ello, como es sabido, llegó a costarle a Galileo su condena por hereje.

¿Se nos condenará también a nosotros, por atrevernos a rechazar por inapropiada la etiqueta *intervención social*, con el fútil pretexto de que ha sido ésta la habitualmente empleada en el Trabajo Social hasta la fecha?

1.2. Pautas de actuación

Para evitar que el trabajador social con casos pueda naufragar, de hecho, en el desorden y la ineficacia, se suelen señalar las *pautas de actuación* que se exponen a continuación, advirtiendo que su esquema es más útil que verdadero.

Quemos decir con esto que constituyen más bien un instrumento lógico adecuado para comprender cómo funciona en la práctica el trabajador social. Pero en modo alguno han de entenderse como una ordenación rígida a la que deban conformarse exactamente todas las actuaciones. Ni, mucho menos, han de tomarse como pretensión de que las interacciones humanas se produzcan en secuencias nítidas, claramente separadas unas de otras. Al contrario, las diversas fases que se relacionan, en la realidad se solapan, y las actividades de varias de ellas acacen en la práctica de un modo más o menos entremezclado.

Así, por ejemplo, la evaluación no es necesariamente un evento que se produzca de una sola vez, para sellar el fin de la relación, sino que, por el contrario, puede practicarse cuantas veces se estime necesario, y siempre que el trabajador social o el cliente quieran hacer un alto en el camino, para precisar cómo van las cosas o si se progresa algo o no.

Con esta advertencia elemental, prácticamente innecesaria, pueden ya relacionarse, sin riesgo de malentendidos, las diversas fases de actuación —no del todo secuenciales: repetimos— en la *práctica del Trabajo Social*.

Así como la intervención social es un proceso de ayuda mutua, la intervención social es un proceso de ayuda mutua. (Figueras)

1.2.1. La aceptación del cliente

El contacto inicial con el Trabajo Social, por el que una persona o grupo le pide ayuda, da lugar a una serie de actividades que culminan, en caso de resultado positivo, en la *aceptación del cliente*.

Tales actividades suelen llevarse a cabo en la entidad escogida por este último, o a la que éste acude para exponer sus problemas. El trabajador social reúne información, entrevistando al cliente, escuchando lo que éste le dice, y completándola mediante las oportunas preguntas.

Luego compara la información obtenida con la *panoplia* de servicios que la agencia brinda, a fin de determinar si los problemas expuestos encajan en alguno de ellos. De hecho, los clientes suelen ignorar las especializaciones de las agencias sociales, por lo que resulta frecuente que acudan a una que no es precisamente la que se ocupa de sus problemas, en cuyo caso son enviados a la agencia apropiada.

Por consiguiente, este importante paso que significa la toma de contacto inicial implica fundamentalmente un intercambio de información entre el posible cliente y el trabajador social: el primero expone su problema, necesidad o preocupación y el segundo explica los posibles modos en que la agencia puede ayudarlo.

Si ambos tipos de información casan, el primero es aceptado, convirtiéndose en cliente efectivo, y asignándosele un trabajador social que puede ser o no el mismo que provisionalmente le ha venido atendiendo.

A veces es un equipo o grupo de trabajo el que, previo estudio de la información inicial, decide sobre la aceptación. Otras, sobre todo cuando la agencia en cuestión está muy ocupada, se apunta al cliente en una lista de espera.

Algunas entidades abrevian al máximo este primer trámite de la aceptación del cliente, estableciendo un servicio telefónico de emergencia, llamado por ello en los países anglosajones *hot line* –“línea que quema”–, que concede su inmediata aceptación a la persona que telefónicamente pide ayuda.

Semejante aceptación y ayuda concedidas en el acto están indicadas:

- a) En las crisis súbitas: por ejemplo, cuando alguien se siente abocado al suicidio, y necesita al momento ayuda para vencer sus letales impulsos –es el caso, en nuestro país, del “teléfono de la esperanza”–, y
- b) Cuando se desea el anonimato –es lo que se garantiza, entre nosotros, con los servicios telefónicos implantados para proporcionar, sobre la marcha, información sexual, sobre la droga, sobre el sida, etc.

Para facilitar la inmediata aceptación del cliente, otras agencias o entidades ofrecen un servicio llamado *walk-in*, que es el prestado andando por la calle. Es el caso de las que se dedican a ayudar a los adolescentes, las cuales ni siquiera suelen pedir su nombre (Mendelsohn, 1980: 135).

Lo hasta aquí expuesto presume la existencia de un posible cliente que pide ayuda y de una agencia social que acepta o no prestársela. Pero la práctica del Trabajo Social puede comenzar de otro modo menos frecuente: El que utilizan las agencias y trabajadores sociales que buscan clientes a quienes puedan ayudar. Este tipo de actuación lo llaman los anglosajones *outrach*. La agencia social “se estra o entienda”, para brindar servicios a gente que o no conoce su labor o no está dispuesta a recurrir a ella por propia iniciativa. Por eso, es la misma agencia la que en este caso da el primer paso, para poner sus servicios a disposición de las personas que pudieran necesitarlos.

1.2.2. La valoración de la situación del cliente

Al trabajador social a quien le ha sido asignado el cliente le incumbe la tarea de determinar lo más profunda y completamente posible cuáles y cuán graves sean sus problemas. También le corresponde descubrir con qué medios cuenta para afrontarlos, y qué otros pudieran generarse.

Suelen clasificarse los recursos en tres grandes categorías: medios económicos, organización e ideas. De ordinario, se valorarán en primer lugar los ingresos del cliente, para ver si son o no suficientes. Luego, se analizará su potencial acceso a adicionales fuentes de ingresos, que frecuentemente pueden constituir un elemento significativo, para lograr la solución de sus problemas.

El trabajador social habrá, así, de preguntarse, por ejemplo, si el cliente necesita y, en tal caso, si puede acogerse al seguro de desempleo, a la asistencia pública, a las prestaciones de la seguridad social, a algún servicio de comidas gratuitas, etc., si puede acogerse a la formación profesional pagada o subsidiada, etc.

La organización es otro recurso relevante para el cliente en determinadas situaciones. Así, por ejemplo, su propia familia tiene una particular organización que afecta generalmente al problema que padece, y que con creciente frecuencia viene a ser considerada como el origen de éste.

Pero también puede constituir una significativa fuente de apoyo y de aliento. Los esposos pueden reñir o pelearse, y padres e hijos pueden andar a la greña. Y tales problemas de relación acaparan comúnmente la atención, cuando el cliente busca ayuda, mientras que los modos en que los miembros de una familia ayudan o pueden ayudarse unos a otros es fácil que pasen desapercibidos en medio del agobio de los problemas que los llevan a la agencia. Varias clases de ayuda por parte de los parientes es posible que constituyan también un recurso importante.

Otras organizaciones pueden ser asimismo significativas. Y el hecho de ser miembro de ellas puede representar para el cliente un importante apoyo. Así, por ejemplo, una mujer que se pone a trabajar, sin haberlo hecho nunca, puede adquirir autoestima, si, a la vez, se hace miembro de una organización de trabajadoras.

Una persona que sufre una pérdida dolorosa -v. gr. la muerte del esposo o de la esposa- puede encontrar gran ayuda durante el período de mayor desconcielo, participando en organizaciones religiosas, sociales, etc.

Y es que las organizaciones a las que el cliente pertenece pueden ser importantes, tanto ayudarle a hacer frente a sus problemas, como para prevenir o evitar que se agraven más. Por todo lo cual, el trabajador social valorará de ordinario el apoyo que dichas organizaciones suponen para el cliente.

Claro está que en un país tan individualista y tan poco asociativo como es el nuestro, en el que la sociedad es mínima y el Estado máximo, lo dicho no puede tener, ni remotamente, la importancia que cobra en otras naciones de espeso tejido asociativo, donde, por el contrario, el Estado es mínimo y la sociedad máxima.

Por último, la importancia de las ideas, como recurso, no puede ser mayor. ¿Qué idea tiene, por ejemplo, el cliente de cómo surgió su problema?, ¿qué otras ideas sobre su origen o sobre su causa está dispuesto a considerar?, ¿qué se le ocurre sobre lo que pueda hacerse?, ¿por qué eso y no otra cosa?

Y es que, evidentemente, el manejo de ideas que el cliente aplica a su situación afecta al modo de proceder del trabajador social en su prestación de ayuda.

Téngase presente que, mientras las ideas fundadas en lo que se oye a un amigo o en la televisión pueden cambiarse fácilmente hasta cierto punto, las que están enraizadas en valores profundamente vividos no son nada fáciles de cambiar.

Y puede ocurrir que estas últimas choquen frontalmente con las del trabajador social, por lo que éste podrá considerar entonces que las del cliente constituyen un obstáculo, para resolver su problema, o, por el contrario, podrá reconocer que, pese a oponerse a las suyas, representan una ayuda con la que se puede contar.

Hay, con todo, un recurso de gran importancia que no está incluido en la triple clasificación mencionada, y que el trabajador social ha de evaluar con sumo cuidado: la personalidad del cliente, sobre todo en ese aspecto conocido como "mecanismo de lucha" (*coping mechanism*), que nos indica cómo es capaz de responder el cliente a sus problemas.

Como nota James K. Whitaker

[...] el niño que típicamente pecha con su miedo o su fracaso en clase, tirando los libros al suelo, el oficinista que hace frente a las presiones de su puesto de trabajo, bebiendo demasiado, y la esposa sumisa que oculta un profundo resentimiento contra su marido y que lo sobrelleva haciéndose cada vez más dócil y aparentemente dulce, todos proporcionan al trabajador [social] una información útil para su posterior tarea de planear con el cliente los modos alternativos de enfrentarse con las condiciones del problema (1974: 123).

He aquí una serie de ejemplos de falta de capacidad para enfrentarse con los problemas. Pero el trabajador social no busca sólo deficiencias; es igualmente importante para él conseguir una imagen clara de las situaciones en las que el cliente luchó con éxito.

Un buen sentido del humor, la capacidad de decir no a una presión poco grata, de trabajar con otros, de tomar ciertos tipos de iniciativa, de pensar de buen grado acerca de las propias acciones y sus consecuencias... he aquí algunos de los mecanismos de lucha con que los clientes podrían contar, al afrontar sus problemas, y que, con una dirección apropiada, podrían servirles en su presente dificultad.

El trabajador social podrá discernir la presencia de algunos, al menos, de tales recursos, partiendo de la narración de su situación hecha por el cliente. Otros sólo podrán ser descubiertos con el paso del tiempo y cuando aquél sea mejor conocido.

1.2.3. La diagnosis

Efectuada la valoración anterior, el trabajador social tratará de llegar a un diagnóstico, que, en esencia, consiste en la determinación de los problemas a que realmente se enfrenta el cliente.

Su propósito, pues, no es otro que la mejor comprensión de la situación y de los problemas de éste, en su verdadera naturaleza, a fin de poder acometer un plan de acción para prestar ayuda.

Ahora bien, el diagnóstico no es una etiqueta, sino un *brevísimo resumen* de la situación personal y social del cliente, incluso de sus deseos respecto del sentido del cambio pretendido.

Y así, por ejemplo, el marido abandonado por su esposa, con niños pequeños, puede desear, ante todo, la reconciliación y el regreso de su cónyuge al hogar. La valoración y el diagnóstico efectuados pueden conducir al trabajador social y al cliente a alguna conclusión sobre cómo podría lograrse probablemente tal resultado, y cuáles podrían ser los pasos que debe dar para ello.

Pero podría ocurrir que dicho marido no quisiera la reconciliación. El diagnóstico tendría entonces que abarcar los problemas que debe afrontar en su nueva situación: si, por ejemplo, trabaja o no, y, si su situación laboral es estable, qué otras fuentes de ingresos podrían ser necesarias, qué tipos de asistencia podría precisarse para atender y cuidar a sus pequeños, etc.

Téngase en cuenta que, a diferencia de la Medicina o de la Psiquiatría, el Trabajo Social no tiene un manual de diagnósticos estándar. La diagnosis puede ser, así, laboriosa, y su resultado cabe que sea aquí sumamente variado e imprevisible, aunque, en todo caso, consista en un *resumen razonado de la situación del cliente*.

1.2.4. El contrato

La introducción en el Trabajo Social de la idea de contrato es reciente. Lo que se quiere significar con este término es que lo que vaya a hacerse en la relación tra-

bajador social-cliente será lo que determine: no el primero, por sí solo, sino el acuerdo de los dos sobre lo que ambos han de tratar de conseguir juntos.

A diferencia de los contratos jurídicos, el concertado entre el trabajador social y el cliente no puede hacerse valer ante los tribunales, ni puede su incumplimiento llevar aparejada penalidad alguna.

Pero si fija las metas de la relación, dirige el esfuerzo hacia lo que vaya a hacerse, y pone en claro qué cosas quedan fuera de esa particular relación de ayuda.

Puede, además, comprender extremos negociables y no negociables. Por ejemplo, como expone Allan R. Mendelsohn (1980: 149), "una condición no negociable de un contrato con un chico joven puede ser la de que en ningún caso podrá pegar al trabajador social; podrá gritarle y chillarle, por ejemplo, pero no podrá tocarle. Si el trabajador social se va a reunir con el chico quince minutos diarios o una hora, sin embargo, eso es algo que podrá ser discutido entre los dos, y acordado".

El contrato es también importante como medio de hacer saber al cliente que de él se espera que trabaje en la relación entablada. Porque es un error muy extendido entre los clientes novatos el de creer que ellos plantean el problema, y el trabajador social les da la solución. Por ello una forma de disipar esa ilusión es proponerles el contrato.

Por supuesto que en ocasiones el arte de contratar puede ser tan informal, como decirle al cliente: "¿qué tal si nos volvemos a ver la semana que viene a esta misma hora? Yo me enteraré de qué es lo que tienes que hacer para conseguir el seguro de desempleo, y tú te informas de los hoteles para decidir dónde quieres vivir, ¿de acuerdo?" (Mendelsohn, 1980: 149).

Así, pues, mientras los contratos con adultos preparados o bien instruidos son más formales, los concertados con jóvenes se adecúan a su nivel.

Hay que decir, con todo, que el empleo del término "contrato" en el Trabajo Social no se ha generalizado aún demasiado. En muchos lugares los trabajadores sociales se siguen refiriendo todavía al "acuerdo de trabajo acerca de las metas" (*working agreement about goals*), u otro circunloquio semejante, mientras que otros prefieren la palabra *contrato*, por su más precisa connotación y su sugerencia de una mayor atención a la realidad.

Por consiguiente, después de la aceptación del cliente, de su valoración y de su diagnóstico, lo que procede es, cualquiera que sea el término empleado, establecer lo que ha de intentarse con la relación de ayuda.

1.2.5. La relación de ayuda

La relación de ayuda ha sido tan importante que, como dice F. P. Biesseck (1961:

18) "ha sido llamada el alma del trabajo social con casos".

Y, aun antes, la Milford Conference se había referido a la relación, llamándola "la carne y la sangre" (*the flesh and blood*) del Trabajo Social con Casos. Alguien ha juzgado que tal vez constituyera una metáfora más apropiada afirmar que es la "corriente sanguínea"; y no sólo porque es en la relación establecida por el *case-work*, en la que se efectúa la comprobación del diagnóstico, sino también, y sobre todo, porque es por medio de esa relación como tanto los propios "anticuerpos" del individuo, como las sustancias nutritivas procedentes de los recursos externos, son llevadas, en forma asimilable, a afrontar las amenazas dirigidas al bienestar de la persona.

Podríamos definir esta *relación de ayuda* como "el modo coloquial en que se constituye la intercomunicación humana". En algunas circunstancias muy favorables la ayuda puede obtenerse con plena satisfacción en una sola reunión del trabajador social con el cliente. Pero esto es excepcional. Lo normal y común es que sean necesarias o convenientes varias o muchas reuniones.

El establecimiento y consiguiente mantenimiento de una relación no es algo que comience después de negociarse el contrato, aunque suele formalizarse en este momento. La relación empieza realmente cuando el cliente accede a la agencia.

Si es aceptado como tal, la relación se fortalece un tanto. Si el trabajador social que va a ocuparse del cliente es otro distinto del que le ha recibido en la agencia, la relación adolece de cierta incertidumbre: además, el cliente ha de tratar de entenderse con una nueva persona, y tal vez haya de repetir a ésta otra vez todo lo que ya contó a la que le atendió inicialmente.

El examen del contrato introduce nuevas incertidumbres. No cabe duda de que una relación en la que un cliente busca ayuda está llena de contradicciones. Porque quien la necesita está con frecuencia muy reacio a mostrarse en tal posición, aunque su problema se haga insuperable. En la sociedad de hoy en la que lo que realmente se valora es el éxito material, el triunfo económico, el admitir ante uno mismo y ante los demás que uno necesita ayuda es tanto como confesar el fallo personal, como reconocer que se ha fracasado en la vida. De ahí que, para muchos, eso les sea verdaderamente difícil. Aceptar ayuda significa convertirse parcialmente en dependiente, y el proceso de ayuda impone obligaciones de tiempo y de esfuerzo (David Landy, 1960).

Por ello el cliente se muestra con frecuencia ambivalente, a la hora de buscar ayuda y de entrar en una relación de ese tipo. En definitiva, quiere estar y no estar en ella. Y esa ambivalencia puede delatarse de muchos modos: llegando tarde a una cita, cancelándola a última hora, no hablando de cosas que estima vergonzosas o deshonrosas, etc. En una palabra, el cliente puede resistirse al proceso de ayuda, a la vez que la busca.

Por otra parte, en esa relación de ayuda, el honor social del cliente y su propia reputación moral pueden hacerse objeto de examen, y pueden merecer penosos juicios y hasta autocensuras. El padre que maltrata a sus niños, el alcohólico, el anciano que ya no puede vivir como persona autosuficiente, el chaval que hace

novillos en la escuela, etc. He aquí algunos ejemplos de personas en situaciones problemáticas que les hacen vulnerables a la pérdida de su honor, tanto a sus propios ojos, como a los de los demás, por cuanto que han de encarar hechos desagradables que les afectan, en presencia de un trabajador social que tiene en ellos centrada explícitamente su atención.

Por supuesto que, cuando las cosas van bien, el cliente gana confianza, tanto en el trabajador social, como en la relación de ayuda. Y, en sucesivas reuniones, llega a sentir que ésta está comenzando a ser de verdadera utilidad. Puede incluso decirse para su capote que él no es tan malo como parece y, sobre todo, experimentar la convicción de que sus problemas no son insolubles.

El trabajador social, si observa la norma de respeto al cliente, se abstiene de juzgar, y éste se hace más capaz de explorar aspectos de sus problemas que seguían ocultos.

El éxito se obtiene cuando el trabajador social consigue crear y sostener una atmósfera que impulsa al cliente a ahondar en sus problemas, a pesar de las dudas, temores y ansiedades que inicialmente habían sido los detonantes que impedirían su exploración.

1.2.6. La evaluación del progreso de la relación, y su terminación

Después de un cierto tiempo de relación, lo normal es que la situación del cliente cambie. Y es usual que, en un determinado momento, tanto éste como el trabajador social quieran evaluar lo ocurrido y comprobar cuán satisfactorio sea el cambio.

En tal caso, y a iniciativa de uno o de otro, ambos procederán a evaluar conjuntamente cómo se está cumpliendo el contrato, aunque ello no implica que tengan que estar necesariamente de acuerdo en dicha evaluación.

Llega un momento en que la relación entre el trabajador social y el cliente termina. Esto puede ocurrir de diferentes maneras o por diversos motivos.

Puede haberse acordado en un principio que la relación se acabe, cuando se logran determinados objetivos.

Puede también finalizar cuando el cliente estime que ha obtenido lo que quería, aunque el trabajador social crea, por el contrario, que no debería extinguirse aún.

Puede llegar también a su fin en el caso de que el trabajador social abandone su puesto de trabajo, para colocarse en otra agencia. El cliente deberá decidir entonces si continúa con otro trabajador social de la misma agencia o si corta también la relación con ésta, además de con el que se marcha.

Obsérvese que, dilucidado el caso, encontrada la solución, decidido el plan de tratamiento, la actuación metódica propiamente dicha ha terminado. Aquí se describe normalmente el trabajador social europeo continental. Su cometido se limita a ejecutar la tarea que se le confía, y se circunscribe al dominio de las relacio-

nes colectivas privadas de su cliente, yendo dirigida su ayuda a la persona de éste, en la medida en que sea necesaria para hacer eficaz cualquier otra aportación de ayuda.

El profesional anglosajón, principalmente el norteamericano, va más lejos. Cuando puede, es decir, por todo el tiempo en que el cliente coopere, actúa sobre el plano de su personalidad. Mediante la clarificación del comportamiento y la interpretación de los síntomas que ha detectado en los silencios o en las eventuales contradicciones, "trata" a su cliente e intenta hacerle tomar conciencia de sus motivaciones más profundas, de sus conflictos mal resueltos, de sus complejos.

El trabajador social norteamericano está, en efecto, completamente centrado en él, y su propósito es hacerle capaz de servirse de su entorno de un modo autónomo e independiente. Sostiene al cliente por todo el tiempo que éste sienta necesidad de ser ayudado. De ahí precisamente que, por concentrarse en el desarrollo de sus capacidades individuales, se plantea la cuestión de la "práctica privada" del *casework* o, en otras palabras, del ejercicio libre de la profesión, tema del que nos hemos ocupado ya en otro lugar (Moix, 2006: 191-195).

Los campos de actuación

2

2.1. Su descripción

Generalmente conocidos como "campos de práctica", su enumeración tiene una fundamental vigencia en el *Trabajo Social con casos* (Moix, 1991: 303-336; 2006: 373-389), aunque esto no quiere decir que uno u otro de ellos no pueda ser afectado por la actuación del *Trabajo Social con grupos* (Moix, 1991: 337-369; 2006: 373-389), o de la *Organización de la Comunidad o del Desarrollo Comunitario* (Moix, 1991: 371-433; 2006: 373-389).

Como es sabido, la creciente extensión del Trabajo Social ha ampliado considerablemente estos campos o áreas de actuación, con la obligada consecuencia de que, obviamente, el profesional, para su correcta actuación, ha de utilizar los instrumentos, modelos y técnicas más adecuados para cada uno de ellos. He aquí, someramente expuestos, los principales:

- I. El Trabajo Social en el ámbito familiar
 - I. La pobreza familiar
 - II. Las relaciones paterno-filiales
 - III. La independización de los hijos
 - IV. La disolución del matrimonio
 - V. El descuido y abuso de los niños
 - VI. Los niños fuera de su propio hogar
 - VII. La adopción
 - VIII. La mediación familiar.
 - IX. La violencia de género y los malos tratos.

Tradicionalmente, el fortalecimiento de la familia tendió, sobre todo, a mantener la unidad sobre un modelo secular, alejando a la gente a llevar una vida convencional.

En nuestros días, con la diversificación de los estilos de vida y de los tipos de familia, el Trabajo Social ya no se propone mantener una sola forma de institución familiar. Los problemas hay que afrontarlos como se presentan, y el respeto a las preferencias del cliente o la realidad de su entorno proporcionarán en la mayoría de los casos el marco en el que haya de brindarse la ayuda. ¿A qué situaciones se enfrenta hoy este tipo de Trabajo Social? Destacan, por su importancia, las siguientes situaciones-problema, cada una de las cuales, lógicamente, requerirá una actuación específica y diversificada del trabajador social:

- La pobreza familiar.
- La constitución de la familia.
- La planificación familiar.
- Las relaciones y conflictos paterno-filiales.
- La educación para la vida familiar.
- El descuido y abuso de los niños.
- Los malos tratos.
- La adopción (nacional e internacional).
- La integración escolar y social de los menores emigrantes.
- La independencia de los hijos o el llamado "nido vacío" (*empty nest*).
- Las familias monoparentales.
- Las familias "mezcladas" (*blended families*).
- Las homofamilias de gays o lesbianas, cuyo matrimonio ya se ha legalizado.
- La mediación familiar.
- La ruptura del matrimonio.

De todas estas situaciones-problema nos limitaremos, en gracia a la brevedad, a destacar sólo algunas de ellas.

2.2.1. La pobreza familiar

Éste fue el problema central que trató de atender, a través de ayudas económicas y asistenciales, el llamado *family casework* (Trabajo Social con casos referidos a la familia), desde sus orígenes en las COS (Moix, 2006: 159-166). En nuestros días se le atribuyen al Trabajo Social en este campo las siguientes funciones:

- a) En primer lugar, el conocimiento que el trabajador social debe tener de los diferentes tipos de programas o de ayudas económicas establecidos para la familia, y la asistencia a los clientes para formular las oportunas solicitudes respecto de aquellos para los que estén cualificados.
- b) Una segunda función consiste en ayudar a los clientes a informarse lo mejor posible de sus propios recursos económicos, y en administrarlos y manejarlos.

- c) Otra función estruena en la ayuda a los clientes para hacer frente a las actitudes de derrotismo, impotencia y quebrantada autoestima que, de ordinario, acompañan a la pobreza. Tales actitudes afligen también a las personas que, habiendo tenido un modesto o confortable pasar, lo pierden con consecuencia de un paro prolongado o de cualquier otra causa. Lo que, en el mundo en que vivimos, les impulsa con frecuencia a unirse a los pobres como clientes del Trabajo Social.

La pobreza prolongada y el repentino declive en el nivel de vida constituyen dos acontecimientos dolorosos que no dejan de tener su impacto en la psicología social de la familia.

Lo que la gente espera de los otros está determinado en parte por sus circunstancias financieras. Las privaciones económicas, habituales o repentinas, conducen con frecuencia a la ira, a la inculpação y a la pendencia. Justificada o no, los miembros de la familia echan la culpa de su desdichada situación a quienes tienen más a mano, puesto que no pueden llegar a los que toman las decisiones económicas.

De ahí que los trabajadores sociales que tratan a las familias que padecen problemas económicos se encuentren por lo común, aunque no siempre, con que tienen que habérselas también con problemas emocionales derivados de los financieros, en cumplimiento del conocido refrán de que "donde no hay harina, todo es moñina".

2.2.2. Las relaciones paterno-filiales

Es claro que siempre han existido dificultades entre los padres y los hijos. La diferencia está en que, mientras en el pasado se esperaba que unos y otros resolvieran tales problemas a su propio modo—que solía ser el de los padres—, en la sociedad contemporánea cada vez se ha hecho más común recabar para tal fin el asesoramiento de un experto.

Psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales se llaman aquí a la parte, tratando de ayudar en la solución de dichos problemas. Todos ellos, en efecto, intentan llevar a cabo alguna forma de tratamiento que mejore las relaciones paterno-filiales desde las perspectivas de ambas partes, esto es, tanto de los padres como de los hijos, y, a veces, también para satisfacer a alguna institución, como puedan ser la escuela, los tribunales, etc.

Este tratamiento se inicia frecuentemente en respuesta a una queja paterna o materna respecto de algún inaceptable comportamiento del menor, o viceversa.

Un elemento característico sumamente común de estos tratamientos consiste en ayudar a ambas partes a comprender de qué manera ellas mismas han contribuido, en su caso, a producir el comportamiento que censuran.

Los trabajadores sociales pueden llevar a cabo el tratamiento con el chico/a con o sin uno o ambos padres; pueden también hacer la terapia con la familia como grupo, o pueden asimismo emplear otros medios exigidos por la situación de que se trate.

Es va clásico el estudio sobre esos procesos de tratamiento debido a Ezra F. Vogel & Norman W. Bell: "The Emotionally Disturbed Child as the Family Scapegoat", publicado en Norma W. Bell and Ezra F. Vogel (eds.): *A Modern Introduction to the Family* (Free Press, New York, 1960).

James Whitaker (1974: 200-207) enumera, a su vez, 21 formas diferentes de tratamiento empleadas en el Trabajo Social, la mayoría de las cuales resultan aplicables a los problemas paterno-filiales.

En esta tarea, es frecuente que los psiquiatras actúen como consultores, para dar su opinión o consejo sobre la mejor forma de proceder. Un equipo de psicólogos puede también llevar a cabo una evaluación del chaval y de la familia. A continuación, trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos discuten, revisan y valoran el caso, aportando cada uno de ellos sus datos e interpretaciones desde su respectiva especialidad, para poder llegar a esclarecer y formular un plan de actuación.

En el período de entreguerras, cuando el "dilema psiquiátrico" (Moix, 2006: 217-234) llevó el Trabajo Social al predominio de las teorías psicoanalíticas, los problemas generados por las relaciones paterno-filiales tendieron a ser considerados en buena medida como "autocontenidos", es decir, como problemas derivados de la difícil personalidad de los padres, la cual, a su vez, originaba la personalidad difícil y el comportamiento aberrante de los hijos.

La llamada "*Guerra a la Pobreza*" (*War on Poverty*) (Moix, 1986: 285-296), junto con la lucha por los derechos civiles y otros varios movimientos de los años sesenta, originó en los Estados Unidos, una renovada conciencia de que las relaciones familiares y las relaciones interpersonales en general estaban intruistadas en, e influidas por, las condiciones económicas y sociales dominantes en la sociedad.

Así, por ejemplo, si los padres estaban frustrados en sus expectativas de una vivencia decente o sumidos en el paro, el *Trabajo Social con casos* tradicional, que se concentraba sólo en la situación emocional de la familia, es probable que demostrara ser insuficiente o ineficaz (1975: capítulos 3-4).

De ahí que Elizabeth A. Ferguson haya llegado a la conclusión de que "el trabajo social con casos no es un sustitutivo de los recursos materiales adecuados; que los trabajadores sociales con nivel de diplomatura pueden manejar la prestación del servicio, si son adecuadamente supervisados, y que los proyectos de multiservicios, incluida la ayuda en áreas tan específicas como la crianza de los niños, el cuidado de la salud y el servicio del hogar, son más eficaces que el asesoramiento interpersonal".

En cuanto a las decisiones respecto de qué servicios sean más convenientes en cada caso particular, está claro que éstas forman parte de los procesos de evaluación y de diagnóstico. Lo importante es que ahora se entienda que éstas requieren

no sólo una comprensión psicológica de las relaciones paterno-filiales, sino también su comprensión económico-social.

2.2.3. La interdependencia de los hijos o el llamado "nido vacío" (*empty nest*)

Con la metáfora del *empty nest* ("nido vacío"); se designa la etapa de la vida familiar en que, por haber crecido, los hijos abandonan el hogar de sus padres.

Como todas las transiciones que se producen en la vida, esa situación puede ser no sólo angustiosa y preocupante para ellos, sino hasta dolorosa.

Después de haber gastado toda una vida de esfuerzos, sacrificios, preocupaciones y cuidados en la crianza de los hijos, resulta que llega un momento en que los padres se quedan solos, y entonces necesitan reorganizarse y adaptar sus actividades y su vida misma.

Puede ocurrir también que los problemas en el matrimonio, dados de lado durante años, se recreen cuando los hijos ya no vivan en el hogar. Y padres e hijos pueden asimismo necesitar nuevos patrones de relación paterno-filial.

2.2.4. La ruptura del matrimonio

Los matrimonios se disuelven, como es sabido, por el divorcio, o por el abandono o la muerte de uno de los cónyuges. Ambos o el cónyuge superviviente padecen, con tal motivo, considerable aflicción, que puede precisarse de un largo período de recuperación, recurriéndose con frecuencia a los trabajadores sociales, para que ayuden en tan penoso trance.

Desde principios de los años setenta se registró un aumento en la formación de grupos de autoayuda. La gente que padece problemas semejantes se une, para prestarse mutuo apoyo y ayudarse a sí misma, debatiendo sus dificultades comunes y explorando los modos de resolverlas al máximo.

Los trabajadores sociales cooperan frecuentemente en la formación de este tipo de grupos, como, por ejemplo, los constituidos por viudas/os, o por madres/padres divorciados, y ayudan a dirigirlos.

La separación y/o divorcio de las parejas implica una situación de crisis en la organización familiar, donde se presenta una mezcla de condicionantes legales y emocionales, lo cual hace que las interacciones conflictivas sean difíciles de manejar. Dependiendo de cómo se establezca el abordaje de la crisis por los interesados, bien se incrementarán, cronificarán o reducirán los efectos negativos en el conjunto de sus miembros, bien se pondrá el énfasis en los aspectos legítimos y positivos, lo cual redundará en beneficio de la nueva realidad de la familia.

Se ha observado que los hijos e hijas de las parejas separadas y divorciadas que no pierden la relación y el contacto con ninguno de sus progenitores y mantie-

nen un vínculo adecuado con ellos, con el tiempo acaban asumiendo la situación de forma positiva.

Las reacciones de los menores dependen en gran medida de las informaciones y explicaciones que hayan recibido, de cómo afrontan sus padres la ruptura y de si éstos son capaces de superar las dificultades para enfrentarse a las nuevas circunstancias, suprimiendo las luchas y evitando manipulaciones que afecten directamente a los hijos.

2.2.5. El descuido y abuso de los niños

Tradicionalmente, y también en nuestra sociedad posmoderna, el cuidado de los niños se halla confiado, de ordinario, a los padres, o, en su defecto, a otros adultos.

Pero hay padres que andan a la deriva por la considerable desorientación que sufren respecto de cómo ejercer ese cuidado. La familia no es una organización supervisada. Su privacidad constituye un valor fundamental. Y, además, la autonomía de los adultos para conducir su vida y la de su propia familia es algo también básica y universalmente aceptado.

De ahí que el Estado tenga que intervenir, cuando los padres infringen la protección legal establecida para los niños, al objeto de librarlos de lo que en los países donde el Trabajo Social está más desarrollado se tipifica en las figuras delicias del "descuido" y del "abuso" de los niños.

El "abuso" suele adoptar dos formas principales:

- a) Los malos tratos físicos.
- b) La actividad sexual de un adulto con un niño.

El concepto de "descuido" o "negligencia" es algo más ambiguo. Incluye claramente el fracaso de los adultos en cubrir, de forma adecuada, las necesidades fundamentales de comida, cobijo, vestido, atención médica y escolarización. También comprende el dejar desatendido a un niño pequeño.

Algunos especialistas en bienestar infantil querían, asimismo, incluir otras situaciones, como, por ejemplo, que el niño no tenga un lugar adecuado para dormir, y, como expone Lela B. Costin (1972: 260), la experiencia, por parte del niño, de "circunstancias domésticas insalubres o desmoralizadoras -violencia, excesivas riñas, deshonestedad paterna, desafío de la legítima autoridad en la sociedad, o falta de amor o de preocupación por el mutuo bienestar entre los miembros de la familia-".

Resulta típico en estos casos que los clientes sean involuntarios, esto es, que se convirtieran en tales como consecuencia de la queja o denuncia de un tercero, presentada en los tribunales o en las comisarías de policía o en alguna agencia. Típico es también que el profesional trabaje con la madre del niño que es objeto de abuso o negligencia. A veces el trabajador social se ve frecuentemente sometido a una

dura prueba, cuando la madre se resiste a cooperar. Así, por ejemplo, los profesionales dan cuenta de entrevistas en las que el cliente mantiene la televisión a todo volumen, abandona la estancia o permite que el niño sea agresivo, etc.

Por esta razón, el trabajador social tiene que ser capaz de soportar tal resistencia y de esperar a que acabe, intentando mientras tanto ayudar de algún modo. Seemiente comportamiento de la madre refleja, por lo demás, el hecho frecuente de que ella misma sea una persona que padece de privación y de necesidad de ayuda (Costin, 1972: 281).

El Trabajo Social puede ofrecer también al niño algunos servicios. Así, por ejemplo, hay agencias que le brindan campamentos de verano, programas de apoyo escolar, etc. Y en el caso de que el menor sea objeto de "abuso" o de "negligencia", o de ambos, como es frecuente que ocurra, y su familia no pueda garantizar su seguridad y los debidos cuidados, el trabajador social habrá de ocuparse de sacarlo de su hogar para su adecuada protección.

2.2.6. Los niños sin hogar

Llamado en la terminología anglosajona *foster care* y los padres que lo ejercen *foster parents*, ha dado lugar en España a un posterior tipo de cuidado de los menores, conocido como "familias de acogimiento", "acogimiento familiar" o "acogedores".

Se trata de un cuidado de los niños a tiempo completo, que se realiza o bien en el hogar de los acogedores, o bien en un hogar grupal organizado y dirigido por una agencia, o bien en una determinada institución. Se trata, por lo demás, de un cuidado destinado a ser temporal, pues, no debe durar más que el tiempo necesario para que la familia de origen pueda volver a tener el niño a su cargo, o para que éste alcance su mayoría de edad.

Entre las causas que exigen esta clase de cuidado destacan, como indica Lela B. Costin (1972: 321), el "descuido" o "abuso" del niño, su nacimiento extramatrimonial, la separación o el divorcio de sus padres, la incapacidad paterna o materna y la enfermedad mental.

Es el trabajador social quien debe decidir si es necesario o no este tipo de cuidado, y, en caso positivo, cuál de sus formas es más conveniente para el niño. Además de estas dos formas, ha de:

- a) ayudar al niño a separarse de sus padres y a adaptarse a la nueva situación;
- b) vigilar su instalación, para comprobar que recibe el cuidado apropiado;
- c) ayudar a los padres putativos y al personal que se ocupa del niño a cumplir con sus responsabilidades; y
- d) planear la terminación de este tipo de cuidado en el momento oportuno (Costin, 1972: 331).

2.2.7. La adopción

Una crecida proporción de niños adoptados ha surgido de padres no casados. Otros son hijos de padres que han sido culpados de "abuso" o "negligencia" respecto de ellos, o que están demasiado enfermos para cuidarlos, o han fallecido, o se encuentran en prisión, etc.

En los últimos años, y como consecuencia del desarrollo de la contracepción y el aborto, ha disminuido el número de niños disponibles para la adopción. Y ha decrecido también el estigma derivado de la ilegitimidad de suerte que madres que en otro momento hubiesen cedido a su hijo en adopción ahora lo conservan.

Se registra, en cambio, un auge en la adopción internacional, que ha aumentando considerablemente, debido a que los niños provenientes de China, India o Hispanoamérica son adoptados crecientemente por familias españolas.

Los comités del Trabajo Social en el proceso de adopción podrán clasificar se en tres grandes apartados:

- a) El servicio prestado a los padres biológicos.
- b) La adjudicación del niño.
- c) La supervisión posterior.

En el primero de ellos, las tareas del trabajador social se resumen en la exploración, tanto de las circunstancias por las que atraviesan los padres reales, como de las alternativas que se ofrecen para llevar a cabo la adopción.

En él se ha de tratar de hallar respuesta a numerosas preguntas: sobre si los padres solteros quieren conservar su hijo; si van a casarse; si la madre, al menos, quiere quedarse con el niño; qué clase de asistencia van a necesitar los padres, o uno de ellos, para afrontar la experiencia de tener un bebé; si la madre o el padre es una persona relativamente aislada o, por el contrario, forma parte de un grupo familiar cuyos miembros puedan proporcionarle asistencia material y emocional, etc.

La adjudicación del niño requiere la evaluación de las solicitudes formuladas por cuantos quieren adoptarlo, con el fin de encontrarle el hogar adoptivo más conveniente. Una vez elegida la pareja adoptante, hay que ponerla en relación con el niño, según criterios, frecuentemente subjetivos, que han evolucionado con el tiempo.

En el pasado este proceso estuvo condicionado por angostos límites, y se daba el caso de que las agencias sociales llegaran a basarse en criterios tales como la etnia, la religión e incluso, la capacidad intelectual del niño, su vigor físico, etc.

Hoy las cosas han cambiado, y se recurre a los padres adoptivos que, incluso en las familias naturales, no se da, de ordinario, una estrecha correlación entre los caracteres físicos, intelectuales y emocionales de los padres y los de los hijos.

Por ello, en los últimos tiempos la emisión del Informe Social es preceptiva en los casos de adopción, a cuyo efecto se han encomendado a los Colegios Oficiales

de Diplomados en Trabajo Social que se ocupan anualmente de preparar, becar y formar a titulados, para poder llevarla a cabo con los requeridos rigor y profesionalidad.

2.2.8. La mediación familiar

En los últimos años, la mediación familiar ha ido tomando en general un gran auge por el positivo resultado de esta manera de actuar en la resolución de muchos conflictos.

Como escriben Ana Isabel Moya Álvarez y Ana María Fernández de Vargas (2005:10), "el proceso de Mediación es aquel camino que han de recorrer las personas que se encuentran ante un conflicto con la ayuda 'invisible' del Mediador, quien les orientará y guiará en todas aquellas vicisitudes que vayan surgiendo en el recorrido, con el objetivo de que sean capaces de llegar a acuerdos prácticos acerca de la gestión y/o resolución de su interacción conflictiva".

Prescindiendo de la invisibilidad que estas autoras atribuyen al mediador o al proceso de mediación, lo que parece configurarlas con una naturaleza incorpórea o fantasmagórica, es indudable que los conflictos que se intentan resolver con la mediación son los originados por la relación entre dos o más personas que mantienen unas determinadas diferencias. Y su fin es resolver o, al menos, minimizar dichos conflictos, para lo cual las partes deben estar voluntariamente dispuestas a ello y a aceptar la intervención de un tercero, un profesional cualificado para ello, quien desempeñará el papel de *mediador*.

Tal proceso comprende tres fases:

- a) Premediación.
- b) Mediación.
- c) Redacción del acuerdo.

Las técnicas propias de la mediación comprenden la escucha activa, la empatía, el planteamiento de la cuestión, la connotación positiva, el uso de todo tipo de preguntas (abiertas, cerradas y circulares), el juego de roles, la simulación, etc., con el fin de permitir al profesional la neutralización de aquellos elementos perturbadores que puedan distorsionar la comunicación entre las partes en conflicto.

De hecho, no son pocos los trabajadores sociales que se van especializando en la mediación familiar. Centran su actuación en las relaciones entre todos los miembros de la familia, ayudándoles a encontrar soluciones a sus problemas.

Para ello, los recién promovidos puntos de encuentro familiar y los servicios de orientación y mediación familiar, como servicios sociales especializados, permiten que los trabajadores sociales desarrollen sus funciones, tanto en la atención directa e inmediata, como en la prevención de las posibles eventualidades que puedan surgir. Para mayor información, véase el monográfico "Trabajo Social y la

Mediación" (Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid, 2005).

2.2.9. La violencia de género y los malos tratos

Con la expresión de *violencia de género*, difundida hoy por el lenguaje políticamente correcto impuesto por el pensamiento único, se conocen los malos tratos infligidos a la mujer en el seno de la pareja anterior o la actual. Esta terminología ha terminado por imponerse, pese a haber sido demostrada por no pocos motivos.

Nada importa que el género no sea cosa de las personas, sino de la gramática: como es sabido, son los sustantivos los que tienen género, no los seres humanos, los cuales tienen sexo en lugar de género.

Tampoco importa que los malos tratos en que consiste la llamada *violencia de género* no siempre sean necesariamente violentos, como, por ejemplo, los psicológicos, los consistentes en el constante desprecio de la mujer o en la aniquilación de su autoestima, etc.

Ni importa tampoco que dicha violencia excluya de la protección en materia de malos tratos a niños y niñas, ancianos y ancianas, maridos y homoparejas, tanto de lesbianas como de gays. En el caso de los maridos, el sistema legal de la *violencia de género* determina que los mismos malos tratos sufridos por ellos sean castigados con penas inferiores a si hubieran sido padecidos por sus mujeres, con evidente infracción de los principios jurídico-penales que informan el Estado de Derecho.

No es, por tanto, ideal, ni siquiera acertado, que se denomine a los malos tratos *violencia de género*, pues esta denominación se refiere sólo a los que sufre la mujer en sus relaciones de pareja, dejando, como decimos, sin la debida protección a los niños y niñas, a los ancianos y ancianas, a los maridos y a las homoparejas, tanto de lesbianas como de gays, frente a los malos tratos que puedan sufrir dentro o fuera de la familia.

Como han precisado Alberdi & Matas (2002: 18) con apropiada denominación, "la violencia contra las mujeres se refiere a todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real, un daño físico, sexual o psíquico incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada".

No obstante su gravedad, hasta 1993 la Organización de Naciones Unidas no declaró en Viena que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos, lo que luego ratificó en Beijing en 1995.

Pese a su aparente concentración en la superprotección de la mujer, el sistema legal montado entre nosotros sobre la *violencia de género* no ha conseguido demasiados éxitos que digamos, puesto que tal violencia se ha convertido en un horroroso hecho cotidiano, abocado, con demasiada frecuencia, a la despiadada muerte de la víctima. El horror que la *violencia de género* inspira con razón a la sociedad

obliga a proteger a las que la sufren con todas las posibles ayudas, incluso económicas, ingreso en casas de acogida, medidas judiciales de protección y alejamiento, dispositivos de alarma, etc.

Son también cotidianos y muy preocupantes los concretos malos tratos en que se manifiesta el fenómeno general del *maltrato a las personas* (como se decía en tiempos de mayor corrección léxica), cualquiera que sea su sexo, edad, religión, raza, condiciones personales, en el seno o no de la pareja, dentro o fuera de la familia, etc. Si todos los seres vivos tienen derecho a no ser maltratados, ¿con cuánta más razón no tendrán ese derecho los seres humanos? Y si la ecología exige preservar la naturaleza, ¿cómo no se van a preservar ante todo y sobre todo sus habitantes?

De ahí que los malos tratos sean siempre delitos execrables, cuyo castigo por la sociedad nunca será suficiente. De ahí también que el Trabajo Social les haya dedicado una completa especialidad, cuya demanda social está, desgraciadamente, asegurada.

Se han originado así numerosas formas de protección a los damnificados, como servicios de atención a la infancia, casas de acogida para mujeres maltratadas, centros de rehabilitación y tratamiento terapéutico y psicológico, etc. También han dado lugar estos temas a no pocos estudios, como, por ejemplo, los de Juan Luis Linares (2002), Teresa Sánchez Sánchez (2005), Luis Benito Ortiz, Juan Carlos Molina Caballero, Pedro Taboso Elizondo y Francisco Sánchez del Corral Usao-la (2005), entre otros.

2.3. El Trabajo Social en las sucesivas etapas de la vida

Tradicionalmente también, el Trabajo Social se ha ocupado de los menores, de los jóvenes y de los ancianos:

2.3.1. La infancia

Es ésta una de las etapas de la vida que requiere especial protección, ya que las experiencias y las dificultades vividas en ella condicionan el desarrollo de la personalidad futura. Cualquier situación que afecte a esta edad repercutirá notablemente en el menor.

Para la protección de la infancia, los trabajadores sociales actúan tanto en el ámbito familiar, mediante el tratamiento de una variedad de problemas (relaciones afectivas deterioradas, drogodependencia, bajo nivel educativo de los padres, malos tratos, etc.), como en el ámbito social, aprovechando los recursos oportunos para el desarrollo de todas las potencialidades (equipamientos educativos, sanitarios, culturales o deportivos), y también en el ámbito personal, ocupándose de las condiciones de los propios menores que les impidan una vida social adecuada (dis-capacidad física, psíquica, retraso educativo, etc.).

Revisiten especial importancia los programas destinados al desarrollo de las potencialidades del núcleo familiar. Ha de atenderse sobre todo a la prevención y detección precoz de las situaciones que pudieran desembocar en la marginación del menor. Finalmente se han de evitar las situaciones de riesgo para el niño, utilizando los más diversos medios: los equipamientos residenciales, las residencias infantiles, los pisos tutelados, el acogimiento familiar, la adopción, etc.

2.3.2. La juventud

En esa etapa intermedia entre la infancia y la madurez, la personalidad comienza a desarrollarse con la paulatina independencia que va adquiriendo el sujeto. Por ello, los factores de riesgo aumentan, sobre todo si se dan las circunstancias propias, siendo la drogadicción y la delincuencia dos de los más graves riesgos que acechan a la juventud.

Como en otros campos, las tareas de los trabajadores sociales se centran en la prevención y la asistencia o tratamiento. Los programas que ofrecen son los diseñados por los organismos competentes y suelen dirigirse, por una parte, hacia el fomento del asociacionismo, la cooperación nacional e internacional, y todo tipo de actividades deportivas y encaminadas al desarrollo del tiempo libre, del turismo y de los intercambios culturales, y, por otra, hacia el empleo, para insertar al joven en el mundo laboral y en la sociedad. Destacan en ellos las acciones preventivas de las drogodependencias, y la formación de animadores juveniles, educadores de calle, etc.

2.3.3. La ancianidad

Dos son fundamentalmente las causas de que este tipo de Trabajo Social constituya un área de progresiva expansión:

- a) El creciente aumento del número de ancianos. Esto hace que sean muchos los que estén afectados por un proceso crónico que les impida valerse por sí mismos y atender a sus necesidades más esenciales, situación que se suele prolongar durante años, influyendo desfavorablemente en sus condiciones generales y en las de las personas que los rodean.
- La natural desaparición de amigos y familiares, más aún si son cónyuges o hermanos, les deja en una situación de desamparo que agrava su aislamiento psicológico y social. En el mejor de los casos, los jóvenes más próximos a ellos se mueven en contextos diferentes, y esto les hace sentirse incomprendidos.

Además, suelen padecer lógicas deficiencias físicas y psíquicas, o situaciones de incapacidad, que les obligan a abandonar su casa y a trasladarse a

la de algún familiar o a una institución adecuada. Por si todo ello fuera poco, suelen tener dificultades económicas que les obligan a recibir múltiples recortes en los gastos.

- b) El cambio de los conceptos tradicionales sobre la responsabilidad familiar. Baste pensar que hoy ya no ocurre como en otros tiempos, en que las personas mayores terminaban sus días viviendo con sus hijos y nietos o, en su defecto, con otros parientes; y, cuando excepcionalmente ello no era posible, eran acogidas en un asilo.

Desde la última guerra mundial, cada vez se está haciendo menos habitual que los ancianos vivan con sus hijos. Y, aunque algunos opten por regresar en una residencia, la mayoría prefiere seguir alojada en su casa de siempre. El problema surge cuando deban ser cuidados, porque en nuestra sociedad los servicios establecidos para su atención han ido dirigidos fundamentalmente a aquellos que podían valerse por sí mismos. Eran pocos los que llegaban a situaciones de dependencia total durante mucho tiempo, y en estas situaciones la familia se ocupaba de ellos.

La atención a estos ancianos pasa por distintas alternativas y por un conjunto de servicios coherentemente coordinados. Una vez más podemos hablar de una acción interprofesional en el ámbito sanitario, educativo y social que agrupa a médicos, principalmente geriatras, animadores, psicólogos, trabajadores sociales, etc. Por otra parte, no se trata de crear muchos servicios, sino de hacer que éstos se ajusten a la lógica interna en que se inspiran, para adaptarse a las distintas circunstancias y fases del proceso que inexorablemente ha de seguir el anciano.

Las preocupaciones que suelen gravitar sobre el trabajador social comprenden la deficiente situación económica del anciano, la necesidad de complementarla con las adecuadas ayudas, la atención domiciliaria, el transporte, un servicio telefónico de veinticuatro horas para situaciones de emergencia, ocupación de su tiempo libre en centros de día o de terapia ocupacional, atención médica y de enfermería a domicilio, etc.

2.4. El Trabajo Social escolar y educativo

Se trata de un campo de actuación que ha pasado por distintas fases desde su implantación, a principios del siglo XX, en los Estados Unidos. En un principio, se concentró en las relaciones escuela-comunidad, explicando a los padres inmigrantes los procedimientos empleados en el centro escolar, y proporcionando a sus hijos comida y vestido apropiados (Ferguson, 1975: caps. 3 y 4).

También se esforzó en reducir la delincuencia juvenil y el absentismo escolar. Entre los años de 1930 y 1960 su centro de gravedad se desplazó del hogar y de la comunidad a la individual adaptación emocional del niño. La razón fue que se pensó que los problemas escolares de los niños tenían principalmente su origen en

sus personales características o en las de sus padres. Apenas se reconoció el impacto que tenían en los alumnos las políticas escolares y las condiciones de la comunidad. Y los trabajadores sociales escolares minimizaron la importancia y el alcance de sus responsabilidades en liderar la modificación de las condiciones escolares y comunitarias (Costin, 1980: 246).

En España el tema empezó con una expresa referencia a la Educación Especial, puesto que en los años setenta se organizó un "servicio de apoyo complementario" dentro del departamento de "atención a la deficiencia". A partir de entonces se ha ido produciendo, tanto en la escuela como en la sociedad, un cambio notable de actitud y percepción sobre la consideración de las "deficiencias", que se ha concretado en una legislación que sustituye la "deficiencia" propiamente dicha por la "diferencia" y la "diversidad" (Santos, 2001: 70-80).

La década señalada permitió la creación de un marco normativo adecuado para la integración de los deficientes en la educación ordinaria, arbitrando en la misma un sistema educativo "especial" (aulas de educación especial, donde se segregan a los "deficientes leves" y "a los inadaptados leves") y un régimen especial paralelo al escolar ordinario, para educar a los "muy deficientes" y "muy inadaptados" (centros de Protección de Menores y centros de Educación Especial).

En los años ochenta se inician los equipos multiprofesionales, integrados por psicólogos, médicos, pedagogos y trabajadores sociales. El cambio significativo ocurre en 1985 con el establecimiento, por Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo (BOE de 16 de marzo), de un proyecto de integración que supone un cambio de mentalidad y de actitudes tanto en padres como en profesores e instituciones.

Se pretende conseguir la integración de manera progresiva, comenzando por los niveles inferiores y extendiéndola a lo largo de ocho años. Desaparecen las aulas de Educación Especial, por lo que los alumnos con determinadas características pasan a considerarse como "alumnos de integración" y a escolarizarse en centros ordinarios acogidos al plan experimental de integración del Ministerio de Educación y Ciencia. Y se prevé que sólo se escolarizarán en centros específicos aquellos alumnos que, dadas sus características "extraordinarias", así lo requieran. Tales centros estarán dotados de profesionales propios, aunque coordinados con el equipo multiprofesional correspondiente.

Se crea también un nuevo servicio de apoyo externo a la escuela, con el nombre de "equipos de atención temprana", a los que se incorporan trabajadores sociales, psicólogos, logopedas, pedagogos, etc.

La década de los años 1990 representa la consolidación del trabajador social en este ámbito, cambiando notablemente su tarea respecto de las épocas anteriores, y pasando a ser de su competencia específica:

- El seguimiento y control del absentismo escolar.
- La tramitación de las diversas ayudas (becas, ayudas técnicas, etc.).
- La actuación directa en función de cada situación.

- La derivación del caso al servicio adecuado (cuando su solución rebasa las propias competencias).

Todo ello sin contar con la fundamental tarea de prevención, que ha de desarrollarse siempre en colaboración permanente con las instituciones, servicios y profesionales adecuados: orientador del centro, profesor-tutor del alumno y educador familiar, etc.

Por lo que se refiere a otros países, la mayor actividad del Trabajo Social sigue consistiendo hoy en el servicio individual a los niños, bien que sometido a algunos cambios que se están produciendo, en el sentido de pasar:

- a) del énfasis en la salud mental al énfasis en ayudar a los alumnos a alcanzar sus metas educacionales.
- b) del *Trabajo Social con Casos* al trabajo con la escuela como organización.

Todo lo cual explica que este tipo de Trabajo Social realice una variedad de actividades, como:

- a) Trabajar con la dirección de la escuela en el desarrollo de políticas escolares que eleven el bienestar de los alumnos en todos sus aspectos.
- b) Organizar servicios para los problemas específicos que se presenten con alguna frecuencia.
- c) Establecer y mantener el contacto con otras agencias, como las dedicadas al Trabajo Social penitenciario, a la salud mental, a los servicios legales para niños y al bienestar familiar e infantil.

2.5. El Trabajo Social en la empresa

Ha tenido varias denominaciones. En los Estados Unidos se conoce como *industrial social work* ("Trabajo Social Industrial"). En España se le dio el nombre de *Servicio Social de Empresa*. Hoy se suele llamar *Trabajo Social de Empresa*, aunque creemos que sería más correcto denominarlo *Trabajo Social en la Empresa*. Otros, principalmente la Comunidad Europea, le dan el nombre de *Trabajo Social Ocupacional*.

De cualquier forma, se trata de un campo de actuación desigualmente desarrollado y desarrollado. Como ha puesto de relieve Elena Peláez (1990: 14), "el Trabajo Social ocupacional tiene la peculiaridad de tener una larga tradición en algunos países, en los que es una forma de Trabajo Social perfectamente conocida y reconocida y ser casi inexistente en otros".

En una tesis inédita sobre el tema, Lou Ann Birkbeck Jorgensen sostuvo que el *trabajo social industrial* parece haber olvidado todos sus inicios fabriles, pese a deber su mismo nombre a la industria. Según esta autora, los primeros usos ameri-

canos de la expresión *social work* en 1892 y 1893 habrían sido traducciones directas del alemán *Sozialarbeit*, vocablo que comprendía el ofrecimiento de viviendas, cantinas, asistencia sanitaria, y otras instalaciones y beneficios sociales que la casa KRUPP, entre otras, en sus fábricas de material de guerra, proporcionaba a sus obreros, para sostener, apoyar y estabilizar la mano de obra industrial.

De ahí que el trabajo social complementara al trabajo industrial. La industria sirvió como un medio de la sociedad para alcanzar metas, mientras que el trabajo social sirvió como un medio de integración (Jorgensen, 1972: 2).

El Trabajo social industrial –prosigue esta autora– ha existido como ocupación legítimamente autorizada en Francia y Alemania desde la Primera Guerra Mundial, incluso en tiempo de guerra. El Perú, la India, Holanda, entre otras naciones, poseen también un gran número de trabajadores sociales industriales.... Por el contrario, el trabajo social industrial se desarrolló entre 1890 y 1920 en los Estados Unidos e Inglaterra, y después de eso estuvo en gran medida dormido hasta hace una década" (Jorgensen, 1972: 2).

En España el llamado inicialmente Servicio Social de Empresa, campo en el que, con un cierto prestigio y reconocimiento social, se habían realizado funciones de tipo promocional y preventivo y, sobre todo, asistencial, comenzó a reducir su inicial expansión, debido fundamentalmente a la progresiva implantación de la Seguridad Social y de un sistema público de Servicios Sociales, que priorizó el garantizar la cobertura de las necesidades sociales a toda la población. El mundo entorpeció la cobertura de las acciones propias encaminadas a la mejora de la situación social de sus trabajadores y comenzó a prescindir de la figura profesional de los entonces llamados *asistentes sociales*.

De entre las muchas definiciones y descripciones dadas de este campo de práctica, reproducimos, como ejemplo, la formulada en 1978 por un grupo de más de cien trabajadores sociales:

El trabajo social industrial se refiere así a la utilización de la pericia del trabajo social para satisfacer las necesidades de los trabajadores o de los miembros de los sindicatos y para servir a las más amplias metas organizacionales del establecimiento. Ofrece a los trabajadores sociales la oportunidad de intervenir en una multiplicidad de sistemas concernientes al entorno, que afectan al individuo.

El servicio directo en estos escenarios es un término omnicompreensivo. Incluye el asesoramiento, la organización de grupos de apoyo, los servicios concretos, la defensa del consumidor, la conexión del individuo con los servicios de la comunidad, el desarrollo del entrenamiento y de las funciones directivas para los representantes sindicales y para el personal de la dirección, y la consulta al sindicato y a los que adoptan las decisiones en la industria.

Nuestra meta es proporcionar la gama de servicios necesaria para aumentar el funcionamiento de cuantos piden ayuda. Sobre todo, los profesionales del trabajo social proporcionan servicios directos a los empleados/miembros y a sus familias. Se hallan además implicados en el desarrollo de programas, en la acción afirmativa, en la responsabilidad social de la corporación, y en el análisis de la legislación (A. Kabis, Kurzman & Kullben, 1979: 5).

En los últimos años, los trabajadores sociales de empresa han pretendido un cambio en sus actividades y funciones que permita su readaptación a la empresa actual. Incluiría también una alteración de la nomenclatura, sustituyendo la expresión "Trabajo Social de Empresa" por la de "Trabajo Social en el ámbito laboral", con el fin de que ésta comprenda, no sólo a los empleados de una u otra empresa o sector, sino a todo lo que abarca la relación laboral del ser humano, incluyendo en él tanto los trabajadores sociales de empresa, como aquellos que ejercen su actividad como profesión liberal o en mutuas patronales, o realizan actividades de formación, asesoramiento y gestión de recursos en los sindicatos.

Se reconocerían, así, como actividades propias del *Trabajo Social en el ámbito laboral*:

- La activación de los recursos internos (trabajadores, sindicatos, estructura de recursos humanos, comités de seguridad, etc.) y externos (servicios sociales y comunitarios), y el aprovechamiento de la evolución de unos y otros.
- La formulación de programas de cambio en aquellas situaciones laborales que generen problemas.
- La humanización del ámbito laboral, tratando de proteger al trabajador y de favorecer la relación empresa-trabajador.
- La integración de la persona en la empresa, imbuyendo de lógica vital la lógica mercantil.

En resumen, podríamos concluir que este tipo de Trabajo Social se propone el bienestar de los trabajadores, preocupándose principalmente de la ayuda que se debe prestar a éstos en cuantas situaciones críticas se vean inmersos: reconversiones, pérdida de puestos de trabajo, jubilaciones anticipadas, etc., todo lo cual motiva que el trabajador social en este campo haya de actuar tanto en un micro como en un macronivel, tal como requiera la ayuda que en las diversas circunstancias deba prestar.

Innecesario es decir, por último, que en el mundo de la empresa pueden aplicarse todos los métodos del Trabajo Social, y, si bien hasta ahora la mayor parte de la profesión ha preferido la práctica clínica o directa, propia del Trabajo Social con casos, no es menos cierto que los restantes métodos se van empleando cada vez más. Para mayor información, puede verse el monográfico "Trabajo Social y Empresa", en *Servicios Sociales y Política Social*, n.º 17 (primer trimestre de 1990).

2.6. El Trabajo Social en el medio rural

El Trabajo Social en el medio rural es un campo de actuación que, por sus características, exige a los trabajadores sociales una especial preparación, sobre todo tratándose de un entorno tan distinto del urbano.

En todas las sociedades industrializadas modernas se ha producido una emigración de las zonas rurales a las ciudades, con el creciente abandono y despoblación de los pueblos, en los cuales ha quedado una población residual, atrasada y envejecida, que no ha conocido ni ha vivido las grandes transformaciones sociales de nuestro tiempo. Apenas, pues, existe en ellos población joven ni población infantil, por lo que las carencias y los problemas se concentran en las personas de edad avanzada.

Curiosamente, es en este medio rural en el que, sin trabajadores sociales ni conciencia de cómo se iba a llamar luego su actuación, se realizaron en nuestro país tal vez las primeras prácticas de lo que más tarde se denominaría *Desarrollo Comunitario*.

La clave fue la creación en 1958 del *Servicio de Extensión Agraria*, en el seno del Ministerio de Agricultura. Su finalidad fue llevar al campo un sistema de educación permanente, gracias al cual los educadores, al convivir con la población agraria, llegarán a todos sus habitantes, propiciando así un cambio general de actitud y una mejora en las condiciones de vida y de trabajo de la gente.

Esta labor, enfocada como proceso educativo, fue llevada a la práctica por los "agentes de extensión agraria", que eran una mezcla de técnico agrario, maestro y sociólogo, y estaban integrados en la sociedad rural, viviendo la realidad del campo.

Se organizaron además "Agencias Comarcas de Extensión Agraria", cada una de las cuales atendía a 3.000 familias, por término medio, y contaba con una plantilla de tres agentes: dos hombres y una mujer, los cuales actuaban, con dedicación exclusiva, en tres vertientes complementarias:

- La *animación*, para desarrollar nuevas actitudes e impulsar la voluntad de emprender acciones renovadoras.
- El *adiestramiento*, para capacitar al agricultor en la destreza de aplicar las técnicas convenientes.
- La *divulgación*, al objeto de tener a los campesinos al corriente de los avances tecnológicos.

Como su misma denominación indica, la filosofía del sistema se cifraba en el afán de "extender a todos" (hombres, mujeres, adultos y jóvenes) los beneficios de lo que luego se llamaría *Desarrollo Comunitario*, sin limitar su acción a grupos reducidos, como hacía la enseñanza tradicional. En este contexto, los jóvenes fueron objeto de una atención especial, creándose con ellos grupos denominados "Planteles de Extensión Agraria", de cuyo éxito puede dar idea el crecimiento de sus miembros, que aumentaron de 6.432 en 1966 a 42.221 en 1975.

Integrados socialmente con los agricultores, "los agentes de extensión agraria" promovieron relaciones recíprocas amistosas con ellos y fueron unos eficaces instrumentos dinamizadores de las comarcas rurales, cuyo conocimiento y comprensión de sus puntos de vista y de sus intereses les permitieron impulsar una renovación completa del mundo rural, realizada desde dentro.

Contemplado con nuestra perspectiva actual, este Servicio de Extensión Agraria llevó a cabo, durante años, una verdadera acción de *Desarrollo Comunitario*, hecha a imitación de la que se estaba realizando brillantemente por la misma época en las campañas más desfavorecidas del norte de Italia, de las que lo importó nuestro Ministerio de Agricultura.

Sus resultados fueron sobresalientes. No sólo consiguieron una notable mejora en la vida rural, sino también en la vida económica y técnica de las diversas comarcas. En efecto, unos agricultores más capaces protagonizaron cambios profundos en la orientación de sus explotaciones, con la implantación de nuevos cultivos, la mejora del rendimiento económico, la mecanización adecuada, la utilización racional del agua, el desarrollo de la comercialización, la agrupación de los agricultores, etc., todo lo cual redundó en un notable progreso de la agricultura y de la vida rural, con el consiguiente desarrollo humano (García Gutiérrez, 2000: 271-280).

Completaron la labor del *Servicio de Extensión Agraria* las *Cátedras Ambulantes* de la Sección Femenina, que se propusieron educar a la mujer campesina en su propio ambiente y proporcionarle, al mismo tiempo que conocimientos técnicos, su promoción humana y social, y las *granjas-escuela*, que se crearon para la capacitación agraria y doméstico-social de la población rural femenina, y de las cuales llegaron a funcionar siete: en Madrid, Castellón, Toledo, Valencia, Zamora, Teruel y Zaragoza.

Con anterioridad, merecería especial mención la labor en el medio rural de las llamadas "Divulgadoras Rurales Sanitario-Sociales", creadas también por la Sección Femenina en los años cuarenta, y que se suelen considerar como las precursoras de las *asistentes sociales*, hoy *trabajadoras sociales*.

Preparadas con nociones de puericultura, higiene, alimentación, primeros auxilios, medicina preventiva, legislación social, etc., se dedicaron, no sólo a divulgar estos conocimientos entre la población rural, sino también a la lucha contra la mortalidad infantil, a las ayudas personales-familiares, a la tramitación de expedientes de subsidios, a la información de la legislación social, al ingreso de enfermos en los hospitales, a la acogida de los huérfanos en instituciones sociales, etc. (Loring, 1997: 587-635).

En la actualidad, el Trabajo Social en este medio rural se realiza en España mediante la actuación directa de los *equipos interprofesionales*, compuestos normalmente por trabajadores sociales, médicos, educadores y profesores, y organizados en las diversas Mancomunidades de Municipios.

Este tipo de trabajo se propone compensar las carencias originadas por el peculiar habitat de las zonas rurales. El trabajo en equipo resalta la estructura participativa y democrática del Trabajo Social, y propicia el análisis, la discusión de casos y el estudio de los problemas conocidos directamente por los profesionales. De este modo, se facilita el tratamiento global de la problemática, que abarca desde la inicial prevención hasta la definitiva resolución.

La mujer es aquí el cliente preferente del trabajador social. Muy condicionada todavía por las tareas que arroja sobre sus hombros la sociedad tradicional, si-

que cuidando de los ancianos, los menores, las personas enfermas, los discapacitados, etc. Por eso se han arbitrado recursos para colaborar en sus tareas y facilitarle un mejor desarrollo y un mayor bienestar. A tal fin responden los centros sociales, los centros de día, los centros de acogida, la ayuda a domicilio, las escuelas-taller, los talleres de empleo, etc.

2.7. El Trabajo Social en la sanidad

En este campo de actuación el Trabajo Social debe tener sumo cuidado en no interferir en el terreno clínico de la salud, para centrarse sólo y exclusivamente en mejorar las relaciones entre el equipo sanitario, el paciente y su familia, y en prestarle su asesoramiento, orientación y ayuda para una mejor evolución de la enfermedad y un mayor bienestar del enfermo.

Adaptándose a la estructura del sistema sanitario, se organiza en dos niveles: la *atención primaria*, que se presta en los centros de salud por los equipos de atención primaria; y la *atención especializada*, que se desarrolla en los hospitales.

2.7.1. La atención primaria

Los equipos de atención primaria están formados por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en una determinada zona y, concretamente, en los centros de salud. Están compuestos normalmente por médicos, sanitarios y trabajadores sociales, y también por el correspondiente personal administrativo.

Las actuaciones que de forma general corresponden a los equipos de atención primaria son las de captación/detección de la población o grupos de riesgo, diagnóstico de salud de la zona, controles periódicos de salud, visitas a domicilio, atención de la demanda, rehabilitación y reinserción social, intervención en el medio, educación para la salud, asistencia social individualizada, familiar y comunitaria, y vigilancia epidemiológica.

Los objetivos y funciones del trabajador social en estos equipos están regulados por el Real Decreto 1377/1984, de 11 de enero de 1984 (BOE de 1 de febrero de 1984), sobre estructuras básicas de salud, y se desarrollan en cuatro programas complementarios: promoción de la salud, prevención, asistencia y rehabilitación.

De manera general, los trabajadores sociales inician su actuación con el estudio y análisis de la influencia del medio en el proceso de salud/enfermedad y de los hábitos y actitudes que obstaculizan una mayor calidad de vida. A nivel individual, familiar y comunitario los profesionales atienden las necesidades sociales producidas por la pérdida de salud de los enfermos, así como se ocupan de coordinarse con los servicios generales y otras instituciones sanitarias o sociales, para conseguir que el medio familiar, laboral, escolar y comunitario facilite la reinserción de los enfermos a la prevención de las enfermedades.

2.7.2. La atención especializada

Dentro del sistema sanitario, la atención especializada está confiada a las clínicas u hospitales, los cuales se encargan de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la investigación y docencia y la coordinación con los centros de salud.

La presencia de trabajadores sociales en hospitales no es uniforme, ya que los servicios de atención al paciente, de geriatría y de salud mental son los que habitualmente cuentan con más profesionales, por la sencilla razón de que se trata de unidades que, de manera general, presentan una mayor problemática social.

a) *El servicio de atención al paciente.* A él llegan enfermos desde todas las unidades del hospital: urgencias, hospitales de día y consultas externas. Asimismo, recibe a todos aquellos que requieren de una atención personal especial: toxicómanos, alcohólicos, enfermos mentales, sídáticos, mujeres, extranjeros, menores, reclusos, personas sin techo, minusválidos, ancianos solos, etc. El trabajador social estudia y diagnostica cada caso, estableciendo los diferentes tratamientos sociales y aplicando los recursos existentes o derivando a otros hospitales o centros a aquellos sujetos que deban recibir otros tratamientos, viéndose su actuación notablemente favorecida, tanto por la coordinación intrahospitalaria con el personal y servicios del centro, como por la coordinación extrahospitalaria con organismos externos.

b) *El servicio de geriatría.* Atiende de manera especializada a la población anciana en el estudio y atención de sus necesidades sociales. Mantiene contacto con los familiares y una coordinación con los servicios sociales generales y especializados de la comunidad.

c) *El servicio de salud mental.* Se configura siempre como un paso transitorio, ya que se procura que los enfermos estén en él en tránsito. El Trabajo Social se ocupa de fomentar el bienestar del paciente desde una perspectiva de autonomía, dignidad e integración, tratando de satisfacer sus necesidades sociales y de colaborar en sus cuidados, en la medida de lo posible.

2.7.3. La enfermedad crónica y terminal (sida)

Lógicamente, la enfermedad crónica se da sobre todo en la ancianidad. Se trata de enfermos que deben ser atendidos y controlados médicamente desde diversas instituciones o centros de salud, que se han ido diversificando y especializando crecientemente.

Hoy contamos con hospitales de día, servicios de hospitalización geriátrica (con la doble modalidad de unidad de enfermos agudos y de unidad de media estancia), y hospitales para cuidados de media y larga estancia (para aquellos enfer-

mos que requieran atención médica o de enfermería que no pueda prestarse en su hogar, etc.).

La aparición del sida, primero limitado a conocidos grupos de riesgo y después extendido como pandemia general a toda la población de los cinco continentes, ha dado lugar a una serie de problemas psicológicos (diversos tipos de miedos y sentimientos de culpa, etc.), y económicos-sociales (pérdida de trabajo, dificultades de empleo, etc.), además de los propiamente sanitarios, que han abierto un nuevo campo de actuación del Trabajo Social.

En este marco se incluyen diferentes programas, que se llevan a cabo en los centros sociales de cada comunidad o en unidades de zona por equipos de base de naturaleza multiprofesional.

De entre estos programas, coordinados dentro de las respectivas áreas de salud, sobresalen:

- a) *Programas de información, asesoramiento y orientación.* En estos programas los trabajadores sociales realizan tareas informativo-preventivas, asesoras y orientadoras, derivando los casos hacia hospitales, centros de salud locales o mancomunados, centros de planificación familiar, etc.
- b) *Programas de emergencia social.* Como es sabido, entre las consecuencias sociales del sida se cuentan el despido del puesto de trabajo unas veces, el absentismo laboral otras, y, en definitiva, la pérdida de los ingresos económicos que impida al enfermo o a su familia cubrir sus necesidades mínimas de supervivencia. Una serie de medidas, como las prestaciones económicas, la protección en pisos tutelados o albergues, el ofrecimiento de comedores, etc., ayuda a la cobertura de las necesidades básicas de estos ciudadanos.
- c) *Programas de convivencia.* Se proponen reforzar la autonomía personal y familiar, así como la integración comunitaria y convivencial normal, en evitación de la institucionalización. Las tareas que el trabajador social realiza en estos programas se centran en el estudio de las circunstancias que determinan la falta de autonomía o de convivencia familiar, en procurar que la familia sea consciente de su propia situación y en buscar tanto la etiología del problema como sus consecuencias, en aprovechar las posibilidades de actuación a través de viviendas tuteladas, servicios de ayuda a domicilio y servicios de atención de día, mediante clubes, hogares de día o centros de convivencia, etc.
- d) *Programas de cooperación social.* En ellos los trabajadores sociales tienen como tareas primarias el fomento y asesoramiento técnico del asociacionismo, la promoción de la autoayuda y la evitación del rechazo de los sídóticos.

2.7.4. El trabajo social psiquiátrico

Creciente complejidad ha ido cobrando el campo de la psiquiatría, a causa del gran desacuerdo existente respecto de cómo entender los fenómenos de que se

ocupa. Inarabable es la controversia, e importante el cambio del modo de pensar, sobre cómo diagnosticar y tratar la perturbación mental.

Denominado tradicionalmente de este modo, ha tenido, fruto de esta complejidad, diversas versiones. Hoy se conoce preferentemente como *campo de la salud mental* o, más recientemente, como *Trabajo Social psiquiátrico*.

Los hospitales mentales o manicomios, que fueron contruidos en el siglo XIX, en el marco de una tendencia general hacia la asistencia interna, fueron con frecuencia considerados, a mediados del siglo XX, como inútiles y hasta dañinos para aquellos a quienes pretendían ayudar.

Se originó, así, un movimiento llamado de "desinstitucionalización" (encaminado a sacar de los manicomios a los pacientes mentales, para reintegrarlos en la comunidad), que se aceleró notablemente en los años sesenta.

Y de este modo se fueron sustituyendo los manicomios por centros comunitarios de salud mental, aunque no lo hayan sido aún totalmente, pues, en la actualidad, siguen existiendo hospitales psiquiátricos, si bien con muchos menos pacientes.

Los trabajadores sociales empezaron a prestar servicio en esas instituciones muy a principios de siglo XX, y llegaron a ser muy activos en las llamadas "clínicas para la guía de los niños" (*child guidance clinics*), que se establecieron en Gran Bretaña hacia 1930, para ofrecer servicios de diagnóstico y de tratamiento a los niños perturbados y a sus padres.

Su auge general fue tan importante que ya en 1978, por lo que se refiere a los Estados Unidos, de todo el personal empleado en el campo de la salud mental el 42% eran trabajadores sociales, el 31% psiquiatras, el 22% psicólogos y el 5% enfermeras psiquiátricas (Bracht, 1978: 4).

Hoy los trabajadores sociales colaboran con los psiquiatras y con los psicólogos en la determinación o evaluación de la perturbación padecida por el paciente y su familia. Y a veces son considerados los más expertos de los tres en el análisis de las relaciones familiares, pudiendo desempeñar un papel fundamental en este aspecto de la evaluación, en la que los trabajadores sociales experimentados ganan con frecuencia la credibilidad y la autoridad necesarias para ejercer autónomamente.

Claro que la más plena autonomía la alcanzan los trabajadores sociales que se dedican a la llamada "práctica privada", esto es, que ejercen libremente la profesión como cualquier otra profesión liberal, y se estima que en Norteamérica, en la fecha indicada, su número rondaba los doce mil, muchos de los cuales brindaban asesoramiento o tratamiento de problemas emocionales o de enfermedades mentales (Baer & Federico, 1978: 9).

Su cometido profesional comprende varios tipos de tratamiento o terapia. Una de sus actividades más significativas es la llamada "actuación en la crisis" (*crisis intervention*) para ayudar a alguien a superar una experiencia aguda de aumento de la ansiedad o de depresión extrema. El asesoramiento familiar y el tratamiento de toda la familia son también procedimientos empleados ampliamente; ambos pue-

den ser a corto o a largo plazo, dependiendo del caso, del trabajador social y de la agencia de que se trate.

Innecesario es decir que este tipo de Trabajo Social se solapa bastante con el que se realiza en el del bienestar familiar e infantil, ya expuesto. Ello justifica en parte la creciente preferencia de la práctica *genérica* en el Trabajo Social, por cuanto que los diversos *campos de práctica* ya no están separados tan nitidamente como en el pasado.

2.7.5. La promoción de la salud

Por la importancia que va adquiriendo, es un campo que ha llegado a desbordar con creces al Trabajo Social sanitario, pues se realiza desde instituciones de la más diversa dependencia y carácter: vecinales, municipales, culturales, etc.

El objetivo general de los trabajadores sociales es aquí el desarrollo y bienestar de las comunidades, mediante la promoción de la salud, y la capacitación y formación de los individuos para conseguir una más sana forma de vida. Para ello utilizan una técnica grupal basada en la educación, conocida como *Educación para la Promoción de la Salud* (EPS) (Carrón, 2000: 383-421)

Esta técnica es aplicada con modelos diferentes, entre los cuales destacan: el *modelo persuasivo-motivacional*, que se preocupa de que los individuos aprendan habilidades para asumir a través de la persuasión mensajes motivadores que les inciten a cambiar sus estilos de vida, y el *modelo político-económico-ecológico*, que considera que la salud es afectada por la estructura socioeconómica, y de ahí que propugne la reducción de las desigualdades, por considerar que la pobreza es determinante de la enfermedad, razón por la cual tiene por objeto que los sujetos comprendan no sólo la importancia de su actitud ante la salud, sino también las fuerzas económicas y políticas que modelan el medio ambiente e influyen sobre ella.

El trabajador social actúa como agente clarificador de objetivos, reformulando cuestiones y manifestaciones, asumiendo el liderazgo en las sesiones y ejerciendo el control y la regulación que permita la interacción y comunicación grupal. Siguiendo la norma de ver-juzgar-actuar, hay que intentar una modificación en los hábitos de vida e incluso cambios en las comunidades para mejorar la salud de sus miembros.

2.8. El Trabajo Social con minusválidos y discapacitados

Éste es uno de los campos de actuación profesional que ha experimentado una mayor evolución a lo largo del tiempo. En líneas generales, puede decirse que, de unos comienzos caracterizados por una excesiva protección del minusválido y hasta por su aislamiento, se ha llegado al reconocimiento de la necesidad de que la

atención y los servicios prestados a este importante sector se propongan como meta el logro de su más efectiva integración profesional y social. Para ello, ha sido muy útil el desarrollo legislativo que se ha producido permanentemente, tanto en España, como en Europa y el resto del mundo.

En el ámbito internacional, se puede decir con Amparo Varela Ramos (1998: 63-83), que ha sido en las dos últimas décadas cuando se ha generalizado el reconocimiento de los derechos de las personas con minusvalía. A este respecto, la Organización de Naciones Unidas (ONU), a través de sus diversos organismos especializados, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), etc., han hecho especial hincapié en el principio de la igualdad de oportunidades para los minusválidos, debiéndose destacar, por su importancia, la *Declaración de los derechos del retrasado mental* (1971) y *Declaración de los derechos de los impedidos* (1975).

Pero la década dorada en la protección de los minusválidos empezaría en 1981, con su proclamación por parte de Naciones Unidas como "Año Internacional de las personas con minusvalía". A esta proclamación la siguió el "Plan de acción mundial sobre personas con minusvalía", aprobado en 1982, que merece especial mención porque, además de subrayar la especial importancia de la prevención y de la rehabilitación, insistió en que dichas personas tenían derecho, no sólo a la igualdad de oportunidades con todos los demás, sino también a participar, justa y equitativamente, en la mejora de las condiciones de vida que produjera el desarrollo económico y social.

También merecen destacarse las *NORUM*, que son unas normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para los discapacitados, aprobadas en 1993, y que, si bien no fueron en principio, de obligado cumplimiento, podrán llegar a serlo cuando su aplicación la decida un determinado número de Estados.

En el plano europeo las medidas legislativas existentes desde 1974, con el primer programa de acción comunitaria para la readaptación profesional de los minusválidos, se ampliaron en la década de los ochenta y noventa para favorecer notablemente la protección social de este sector. Un elemento fundamental para la eficacia de estas medidas fueron los llamados *fondos estructurales*, que fueron especialmente útiles para la promoción del empleo, y, en general, para mejorar la condición de los discapacitados.

Y, en España, una serie de normas promulgadas a partir de la Constitución Española de 1978 quedaron recogidas en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI), cuyo propósito fue abordar, con carácter integral, todos sus aspectos (personal, laboral, sanitario, familiar, etc.) para lograr su integración social.

Formuló el concepto de minusválido en su artículo 7.º, que dice: "a los efectos de la presente ley se entenderá por minusválido toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallan disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales".

Estableció en su favor dos tipos de ayudas:

- a) Las otorgadas a las distintas entidades públicas y privadas operantes en este campo.
- b) Las concedidas directamente, con carácter individual, a las personas afectadas.

Son de destacar entre otros preceptos de esta ley, el artículo 38 sobre la reserva de puestos de trabajo, el 54 sobre la accesibilidad urbanística y arquitectónica, el 57 sobre las viviendas adaptadas y accesibles, el 59 sobre la adaptación del transporte público y el 60 sobre la reserva de parking.

Requisito previo y, por supuesto, indispensable para acceder a cualquiera de estas ayudas es el reconocimiento oficial de alguna deficiencia. Regulado por Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio, y por la Orden Ministerial de 5 de enero de 1982, se tramita en los llamados Centros Base, que son unos servicios dependientes de cada Comunidad Autónoma. Existen en ellos unos equipos de valoración y orientación, integrados por diversos profesionales (entre los cuales destacan los trabajadores sociales), quienes emiten su informe, previa valoración y diagnóstico, expidiendo finalmente los certificados de minusvalía. Otras funciones de estos equipos son informar, orientar y asesorar al deficiente y/o sus familiares sobre los recursos existentes y los pasos a seguir para conseguir su mayor autonomía.

En la organización establecida para la mejor aplicación de estas normas destaca la Federación de Asociaciones pro Personas con Deficiencia Mental de Madrid (FADEM) y la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Retraso Mental, que, junto con otras entidades y con la Administración, asumen la tarea de ofrecer los servicios especializados requeridos para mejorar la calidad de vida de los deficientes mentales, así como la ayuda a sus familias, siempre con la mira puesta en su mejor integración social, sobre la base de los principios de normalización e igualdad de oportunidades.

De todo lo expuesto se deduce que la atención de las personas con alguna discapacidad o minusvalía se orienta, ante todo, hacia su integración social y laboral, y se lleva a cabo en diversas áreas: la familia, la atención temprana, la educación, el trabajo, los servicios de asistencia especializada, etc.

Los trabajadores sociales se han profesionalizado enormemente en la investigación, prevención y atención individual, grupal y comunitaria, atendiendo diferentes centros destinados a cuidar de los minusválidos: de orientación, diagnóstico y tratamiento, para valorar la minusvalía; de asistencia a minusválidos físicos; donde se les atiende en régimen de internado, cuando carecen de cuidados familiares; de atención a minusválidos psíquicos; ocupacionales, que ofrecen servicios de terapia ocupacional y diversas técnicas profesionales para integrar al minusválido en el mundo laboral; de día, destinados a la organización de servicios específicos de apoyo preventivo y de tareas de rehabilitación, etc.

2.9. El Trabajo Social en las adicciones

2.9.1. El alcoholismo, el tabaquismo y la ludopatía

A) El alcoholismo

Si bien el alcoholismo constituye un fenómeno reconocido socialmente tiempo ha, hasta los años sesenta no fue valorado por la sociedad en su debida dimensión, por carecerse de la suficiente conciencia de la enfermedad alcohólica. Hasta esa fecha la tolerancia complaciente del borracho había persistido durante largos años, y el padecimiento de problemas con la bebida había sido algo que tanto el individuo como sus familiares habían tendido a ocultar como vergonzoso, sin preocuparse de su solución.

Este campo comienza a ser propio del Trabajo Social en la medida en que se reconoce una relación entre la enfermedad alcohólica, cuyo tratamiento incumba, lógicamente, a la medicina, y una serie de fenómenos sociales y psicosociales que pertenecen al Trabajo Social y requieren, por ello, la participación de sus profesionales, para ayudar a la resolución de los problemas familiares y sociales del alcohólico, sobre todo en el plano laboral.

Normalmente se actúa en equipos interdisciplinarios, formados por trabajadores sociales, médicos, psicólogos, etc., ya se trate de una acción individual o grupal. Tradicionalmente el alcoholismo ha sido tratado por la psiquiatría, y, por ello, esos equipos están también integrados e incluso dirigidos por psiquiatras.

Es esencial para el trabajador social conseguir del sujeto alcohólico y de su familia la aceptación de la enfermedad y su voluntad de abstinencia y desarrollo personal, así como el apoyo familiar en los momentos más duros de la desintoxicación o deshabitación y durante el seguimiento de todo el tratamiento.

Se trata de un campo de actuación en el que este seguimiento es importante, tanto para prevenir las recaídas, como para evitar cualquier otra conducta censurable e incluso otro tipo de habituales. Es de recalcar sobre todo la importancia de la prevención.

B) El tabaquismo

El tabaquismo es otra adicción grave, aunque se haya tardado tanto tiempo en admitirlo socialmente. El inmenso número de los fumadores ha constituido siempre un enorme obstáculo para el reconocimiento general de la adicción y de su gravedad para la salud propia y ajena, es decir, la de los no fumadores o "fumadores pasivos".

Se ha recalorado además la particular inmoralidad de este hábito, subrayando que, mientras las demás adicciones, drogodependencias, etc., sólo perjudican a la

salud de quien las padece, el tabaquismo daña también, y con no poca gravedad, a la salud del resto de la población que no tiene ese vicio, es decir, que no fuma.

Para defender esta adicción, suele arguirse, entre otras muchas falacias sin sentido, que contamina más el aire los coches, los camiones, los aviones, etc., y se olvida la diferencia esencial que hay entre la *contaminación necesaria*, productiva por un tráfico obligado o, por mejor decir, imprescindible para la vida social (para que, si los coches son instrumentos de trabajo, los camiones y los aviones lo son para el comercio) y la *contaminación innecesaria*, debida exclusivamente al injustificado placer de fumar.

Muy recientemente, por la Ley 28/2005, de 26 de diciembre (BOE 309, de 27 de diciembre de 2005), "de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco", se ha establecido, entre otras limitaciones, la prohibición de fumar en los lugares públicos.

Sus disposiciones deberán ser tenidas en cuenta por los trabajadores sociales, quienes habrán de ocuparse de los múltiples problemas individuales (conductuales, psicológicos, laborales, económicos, etc.), familiares y sociales que originan tanto el hábito de fumar, como la deshabituación.

C) La ludopatía

Otras adicciones, como la ludopatía, están también haciendo estragos en nuestra sociedad, sobre todo en la modalidad de los juegos de azar y las máquinas llamadas tragaperras. Se trata de otro de los problemas que afectan a ésta, junto con la drogadicción o el alcoholismo, y su tratamiento se ha iniciado desde la medicina, mientras que la investigación se ha centrado en sus aspectos psicosociales.

Una modalidad que está empezando a hacer furor, y no ya en los adolescentes, sino en los "hombres hechos y derechos", muy frecuentemente a partir de los 30 años, es la adicción a las *play-stations*, que obliga a sus pacientes, una vez termina da la jornada laboral, a someterse, ya en su propia casa, a la tiranía de la "consola" durante largos períodos que pueden exceder de las ocho horas, descuidando, así, sus comidas, sus hijos y su total vida familiar y hasta conyugal, con las negativas consecuencias de todo tipo que ello pueda producir.

2.9.2. La drogadicción

El problema de la drogadicción es de una gravedad máxima. Casi cada día se descubren nuevas drogas sintéticas que, sumadas a las tradicionalmente conocidas, hacen cada vez más difícil la erradicación de esta lacra social, que, desgraciadamente, se cuba en víctimas más y más jóvenes.

La mayoría de los casos de drogadicción se producen en chavales que, influidos por sus amigos y arrastrados por el ambiente, tratan de probar algo nuevo y excitante. La experiencia se encuentra divertida, hasta que ya es demasiado tarde para volver atrás.

Que la drogadicción es una enfermedad es indudable. Pero hay que matizar cuidadosamente esta afirmación, para que no pueda emplearse como justificación de la "comprensión", por no decir la "aceptación social" de la droga, así como para disculpar al drogadicto. El que bebe, fuma, se inyecta, esnifa, etc., no es desde el primer momento un enfermo, sino una persona sana entregada a un determinado vicio por puro placer. Sólo cuando, con el paso del tiempo (mayor o menor, según la sustancia y las condiciones psicofísicas del sujeto), el vicio inicial se ha transformado en tiránica adicción, esclavizando la voluntad y anulando la capacidad de decisión, sólo entonces el vicioso se convierte en enfermo, es decir, padece una enfermedad sumamente grave.

Su extraordinaria gravedad no estriba sólo en sus deletéreos efectos sobre la salud del paciente, y sobre su personalidad, su carácter, su vida laboral, económica, sexual, familiar, social, etc., sino, sobre todo, en la dificultad de su curación, si ésta se consigue, pues exige esfuerzos sobrehumanos y una constante y heroica ayuda familiar, social y principalmente profesional, con el consiguiente coste, que no todo el mundo puede soportar.

Por si esto fuera poco, la curación real o aparente no borra los daños orgánicos ya producidos en el cerebro y otros órganos, razón por la cual el paciente debe soportar de por vida que penda sobre su cabeza la espada de Damocles de la *reincidencia*, cuyo temor exacerbado se justifica por la enorme frecuencia de las recaídas.

Cuenta Dante (1975: 21) en su Divina Comedia que en lo "alto de una puerta" del infierno vio esta terrorífica inscripción: *Lasclate ogni speranza, voi ch'irate* ("abandonad toda esperanza, los que [aquí] entráis"). Algo así podría decirse también, para disuadir a cuantos coquetean con las drogas o se sienten atraídos por ellas, a saber: "¡abandonad toda esperanza, los que entráis en el infierno de la droga!".

La extensión de la drogadicción y de la dependencia es enorme y extremadamente costosa, tanto en pérdidas personales, como en dinero. De ahí que vaya cundiendo en la sociedad la insolidaria opinión de que no hay por qué entrar a saco en el bolsillo del contribuyente, para asistir a personas que, libremente y desoyendo todas las advertencias en contra, han elegido el camino de la droga con todas sus consecuencias, las cuales no parece justo –se dice– que luego las tengan que soportar financieramente los demás miembros de la sociedad, que, en su inmensa mayoría, no se han podido permitir a lo largo de su vida demasiados lujos que digamos y, mucho menos aún, el carísimo de la droga.

Ante problema tan pavoroso y de tan fatales repercusiones a largo plazo para cualquier país, habiéndose convertido incluso en una de las causas más frecuentes de exclusión social, el Trabajo Social se ha tenido que implicar crecientemente en

el tratamiento de la drogadicción. Y no sólo ocupándose de los drogadictos, sino también de sus familias, siempre tan afectadas, a las que hay que ayudar a comprender el problema, a apaciguar miedos, ansiedades y sentimientos de culpa, a solidificar la unidad familiar y a aprender cómo dar apoyo y prestar ayuda al drogadicto.

Muy diversos escenarios del Trabajo Social tradicional reivindican para sí semejante prestación de ayuda: los tribunales de menores, la práctica de la libertad condicional o vigilada, las clínicas psiquiátricas, los hospitales, las agencias de servicios familiares, las escuelas, los centros de salud y de asesoramiento, los centros de desintoxicación, la "práctica privada", etc.

Como es lógico, emplean también trabajadores sociales no pocos centros de desadición, en muchos de los cuales dichos profesionales trabajan como directivos o como terapeutas, y colaboran con psiquiatras, médicos, psicólogos y, frecuentemente, hasta con ex drogadictos, que pueden tener o no una preparación profesional y servir, en su caso, de asesores.

Es sabido que la mayoría de los drogadictos suele tener graves problemas de personalidad, padecen de desajuste social o sufren de influencias hogareñas destructivas, antes de empezar a drogarse. De ahí que su tratamiento no pueda ser completo, hasta que no se afronten y resuelvan esos problemas anteriores, y aquí los trabajadores sociales tienen que desempeñar un gran papel.

Por otra parte, la actuación con drogadictos presenta muchos problemas desconocidos hasta ahora por los profesionales del Trabajo Social, y se necesitan por ello nuevos métodos de aproximación y un nuevo modo de pensar, para luchar con las situaciones que han de afrontarse. De ahí la utilidad de aportaciones al respecto, como las de Moffett, Bruce & Horvitz (1974: 390).

Los drogadictos suelen acudir en busca de ayuda, cuando se ven incapaces de soportar el coste de su hábito, o están ya cansados de huir de la policía, o se sienten enfermos, o un íntimo amigo ha muerto de sobredosis, o se encuentran con que tienen que elegir entre la cárcel y la rehabilitación, etc.

Claro que para muchos de ellos será poco realista proponerse como única meta el liberarse de la droga. No pocos, incapaces de continuar con los tratamientos conductuales a tal fin, tendrán que conformarse con una quimioterapia dudosa (sabiendo es lo polémico que está resultando el empleo de la mecladona, por ejemplo), para ir tirando de mala manera.

Por supuesto que los trabajadores sociales pueden y deben fijarse, como última y definitiva meta, el total abandono de la droga; pero han de tener en cuenta que esto sólo puede conseguirse, si acaso, después de una larga y desceparante lucha, y de no pocas recaídas. Lo importante es que los profesionales se convencen de que cualquier período, por corto que sea, de abstinencia es un paso adelante y representa algo muy positivo para el propio adicto, para su familia y para la comunidad, y tengan presente que, cuando sobrevienen las crisis, es muy frecuente que los que han sido drogodependientes vuelvan, lamentablemente, a la droga.

Por todo lo expuesto, parece claro que, en su trato con los drogadictos, los trabajadores sociales harán bien en apartarse de algunos estereotipos del cliente ideal y de la relación ideal entre éste y el trabajador social, previamente mantenidos y basados en la presunción de que aquél será receptivo, abierto y agradecido, y de que acudirá fielmente a las citas. Porque es más que probable que, para morficación de los profesionales, el consumidor de droga no lo sea, ni haga ninguna de todas esas cosas (Moffett, Bruce & Horvitz, 1974: 395).

De entre las muchas formas empleadas para luchar contra la drogodependencia, destacan el tratamiento preadictivo de los adolescentes, el tratamiento de los alcohólicos, el de los heroínomanos y otros drogadictos en régimen de consultorio y, finalmente, su tratamiento en régimen de internamiento.

Es evidente que ninguna agencia, por sí sola, ni siquiera un pequeño grupo de agencias, podrá habérselas con tamaño problema. Es, pues, de todo punto necesario un esfuerzo conjunto de toda la comunidad, con el empleo a fondo de la educación, de medidas preventivas, de varias modalidades de tratamiento y de servicios de rehabilitación para las víctimas de la droga.

Dada la casi insuperable dificultad de atender a muchos drogadictos, y, sobre todo, la dudosa eficacia de sus tratamientos, se hace preciso cargar el acento en la prevención. Y aquí hay que salir al paso del craso error que habitualmente se comete, cuando se piensa que basta para practicarla una buena campaña de información, pues ésta, por bien que se haga, no logrará, por sí sola, prevenir o evitar la drogodependencia, sobre todo si tropieza además con todo tipo de obstáculos.

El aumento exponencial de los drogadictos en los últimos años y el progresivo descenso de la edad en que los adolescentes empiezan a drogarse están atañando la convicción de que estos últimos no se drogan tanto como por razones personales, como por motivos sociales; esto es, por esos falsos valores que les ha inculcado la sociedad en la que viven, como son el hedonismo descarnado, el presentismo, la obtención del máximo placer aquí y ahora, el *carpe diem* ("exprime el día") horaciano, desdeñando toda posible consecuencia a medio y largo plazo, etc. A estos obstáculos se añaden la presunción del "control" y las "medidas verdaderas" de general aceptación, como las que hacen hincapié en la "dosis" o en la "enfermedad" (de la que ya hemos hablado).

El que se droga está convencido de que a él no le va a pasar nada. Los problemas de la droga los padecen *los otros*, los "pringaos" -según su jerga habitual-, los que "no controlan"..... Pero, como él "sí controla", pues no le puede pasar nada. Hasta que un día, sin saber cómo ha sido, se da cuenta de que ya "no controla": es que ya se ha "enganchado", es decir, se ha hecho drogodependiente.

Sostener, además, que lo decisivo no es la sustancia que se consume, sino su "dosis", por entender que todo es bueno en dosis adecuadas y malo en dosis excesivas, o vida malintencionadamente que fenómenos tan conocidos como la "tolerancia" (el organismo se habitúa paulatinamente a ello por lo que, para conseguir los mismos efectos, se deben aumentar las dosis) y el insuperable "mono" (pro-

ducido por la falta de la droga exigida por el organismo) determinan que, pasado un tiempo, la progresión de la droga se haga prácticamente imparable.

En el plano de la prevención, hay que realizar, además, los esfuerzos necesarios para fortalecer a la familia y para hacer de las relaciones familiares la fuerza dominante en la vida de la gente joven; para ayudar a los niños a desarrollar actitudes positivas y capacidad para la comunicación, y para procurarles experiencias satisfactorias en las actividades escolares. Es, asimismo, importante facilitar actividades recreativas y para el tiempo libre que induzcan a los jóvenes a hacer esfuerzos y empeños que merezcan la pena, en lugar de sumirlos en la droga.

Ahora bien, lo más decisivo en la prevención de la drogodependencia es lo que ahora no se hace y, con culpa, todo el mundo calla, a saber: formar la personalidad del adolescente, forjar su carácter, fortalecer también su voluntad y no sólo su inteligencia, imbuirle de los ideales y de los valores morales, fomentar en él los buenos hábitos, desarrollarle no sólo los músculos del cuerpo, sino también los del espíritu, enseñarle, en una palabra, a conducirse, como ser racional que es, sólo por ser lo propio del animal), etc., que es en lo que ha consistido, de siempre, la verdadera educación, sin la cual nuestros jóvenes, no nos engañemos, seguirán, en mayor o menor número, dando la razón al insigne Ovidio (1928:20-21), cuando en inmortales versos decía: *video meliora, proboque, deteriora sequor* ("veo qué es lo mejor y lo pruebo; [pero luego] sigo lo que es peor").

La drogadicción ha pasado de ser un problema meramente individual a constituir un gravísimo problema social. De ahí que, tanto la comprensión del fenómeno como su abordaje clínico no puedan limitarse a una atención individual y parcial del problema, sino que tenga que englobar su relación con el entorno y las circunstancias socioculturales en las que se produce y mantiene la adicción, así como la influencia de los distintos grupos humanos, sobre todo de la familia, en la conducta de los individuos. Actualmente, y básicamente en la investigación anglosajona de los últimos años, los esfuerzos se centran en averiguar la responsabilidad de la familia tanto en el inicio como en el mantenimiento de la drogadicción.

Se pone, así, de relieve una fuerte relación entre el consumo de estupefacientes y ciertas características de la familia (Thompson, 1982; Olivenstein, 1972; Glynn, 1981, 1984; Kalima & Aizpiru, 1992). Otros estudios permiten hablar de la asociación adolescencia-consumo de drogas, como pone de relieve Concepción Ramos Pérez (1990). Otras investigaciones versan sobre la actuación parental al respecto, estudiando los efectos que en el consumo de drogas de los hijos ejercen la naturaleza de las relaciones paterno-filiales, el modelo educativo adoptado y el consumo por parte de los padres u otros familiares de determinadas sustancias (García Pindado, 1992).

En la prevención de la drogadicción tiene el trabajador social un papel destacado. Y presta sus servicios en los equipos interprofesionales de atención a toxicómanos, tanto en el tratamiento individual, como en el grupal y en el comunitario, centrándose en permitir a los drogadictos una vida lo más autónoma posible du-

rante el proceso de desintoxicación o deshabituación. Un trabajo constante de promoción, búsqueda y desarrollo de recursos educativos, laborales o de ocio complementarán enormemente los objetivos marcados. Así como también el apoyo a la familia y la ayuda posttratamiento dispensada al adicto.

La conciencia de la gravedad de la drogadicción en la población joven ha motivado la creación en la Administración española de la *Agencia Antidroga* y de la *Fundación de Ayuda a la Drogadicción* (FAD) y que ciertas entidades sin ánimo de lucro con experiencia reconocida en este campo (por ejemplo, Proyecto Hombre, Cruz Roja, Cáritas, etc.) realicen programas de prevención escolar y familiar (Santos Aguado, 1997: 103-107).

2.10. El Trabajo Social ante la exclusión social

Se refiere a un grupo heterogéneo de clientes cuyo común denominador es la dificultad de integración en la sociedad. Esta dificultad se manifiesta en la ausencia, deterioro o ruptura de las relaciones familiares y sociales; la carencia de estabilidad económica-laboral; la falta de vivienda o alojamiento digno, y a consiguiente disminución progresiva de la autoestima. Todo ello los aboca a una situación de dependencia total, imposibilitándoles la satisfacción de sus necesidades básicas.

A este respecto, podemos distinguir lo siguiente:

2.10.1. Las minorías étnicas

En nuestra sociedad ha sido frecuente desde hace siglos la existencia de grupos o minorías de raza y cultura diferente, refugiados en una situación común de marginalidad, por no haber conseguido su integración social, y, sobre todo, por no participar de los mismos sistemas de socialización: escolar, profesional, laboral, etc. Los gitanos en España constituyen un ejemplo significativo.

Desde el pasado siglo, ha venido existiendo una preocupación al respecto, que últimamente ha sido recogida en nuestra Constitución de 1978, al establecer en su artículo 14: "*Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*". A partir de entonces se ha ido adoptando una serie de medidas, para promover la cultura, el desarrollo y la integración de los gitanos.

Los trabajadores sociales se ocupan en programas de inserción de esta minoría, cuidando de darle un tratamiento en consonancia con sus valores y costumbres. Y, así, trabajan en la escolarización, tanto de menores como de adultos, en la erradicación del chabolismo, en la prevención de la pobreza y de las enfermedades, en la evitación de la discriminación laboral, etc.

2.10.2. Los refugiados y los asilados

Merecen una consideración aparte, por plantear una problemática específica, que tiene como común denominador el exilio o el abandono de su país de origen, por motivos políticos o ideológicos. Previa su solicitud, tanto los unos como los otros, adquieran, en los países que los acogen, un estatuto determinado, bien de *refugiado*, reglamentado por la Convención de Ginebra de 28 de julio de 1951, firmada por los 68 países participantes; o bien de *asilado*, reglado por cada país. Ambos estatutos no son excluyentes.

El creciente aumento de refugiados ha sido considerado la mayor tragedia de nuestro tiempo. En 1981 su número en el mundo ascendía a 25.000.000 (*de jure* o *de facto*), y su proporción, en relación con el país de acogida, es cada vez más significativa: así, de 1/037 en Israel se pasa a 1/329 en Estados Unidos y a 1/379 en China, según datos de la revista *World Refugee Survey* (Santos, 1996: 121-134).

Los trabajadores sociales actúan desde instituciones tanto internacionales como nacionales, para apoyarles en la llegada, el asentamiento y la repatriación o retorno al país de origen, tan pronto como sea posible. Para el logro de su adaptación-inserción o su integración, las instituciones implicadas facilitan los medios y recursos necesarios, como son: las ayudas económicas, el aprendizaje del idioma, las convalidaciones de estudios, la integración laboral, etc.

2.10.3. Los emigrantes

No deben ser confundidos con los anteriores, aunque en un primer momento planteen la misma problemática, pues existen entre ambos diferencias sustanciales, la primera de las cuales es que la decisión de emigrar es voluntaria, como también lo es su permanencia en el país de acogida. Además, los emigrantes tienen acceso directo a su embajada, no rompiendo nunca los lazos con su país.

Los trabajadores sociales les ayudan a lograr su inserción, fomentando su integración social y su tendencia natural a conseguir su propia reagrupación familiar. Entre otras acciones destacan las que facilitan la escolarización de los hijos, la asistencia sanitaria, la tramitación de documentación, etc.

2.10.4. La prostitución

Dentro de este ámbito existe un número elevado de personas, en su mayoría mujeres, que requieren la preferente atención del trabajador social, quien decide ayudarlas, a unas por ser de edad avanzada, a otras por ser alcohólicas o toxicómanas, a otras por ser menores o extranjeras explotadas por redes internacionales y con escasas posibilidades de abandonarlas, etc. Para la mayoría de ellas, la prostitución

ción empieza representando la salida a una crisis personal, y su ejercicio va empeorando cada vez más su situación inicial. Los trabajadores sociales dirigen su actuación, por una parte, para ayudarles en todos sus problemas y, por otra, para facilitarles el abandono de esa vida, si lo desean. Para mayor información, véase el reciente trabajo de Barahona y García Vicente: *La prostitución, tipología y factores* (2006: 67-93).

2.10.5. Las personas sin techo y los transeúntes

La diferencia entre ambos consiste en que el *transeúnte* es la persona que se ha alejado físicamente de su medio sociofamiliar de origen, manteniéndose en un continuo deambular de un lugar a otro. La *persona sin techo*, en cambio, no ha abandonado necesariamente su medio sociofamiliar. En ambos casos, se ven despojados o disminuidos en su realización personal, y paulatinamente se van quedando al margen de los mecanismos de participación económica, política y social.

2.11. El Trabajo Social en emergencias y catástrofes

En los últimos años han sido muchas y muy graves las catástrofes que se han producido en diferentes países, ya se trate de desastres naturales como los terremotos, los huracanes, las erupciones volcánicas, las inundaciones, (v. gr., el tsunami ocurrido en Indonesia en diciembre del año 2004), etc., ya se trate de atrocidades cometidas intencionadamente por el hombre, como las torturas, las guerras, los secuestros, o los actos terroristas (v. gr., el atentado de Nueva York del 11 de septiembre del año 2001, o el de Madrid, del 11 de marzo de 2004), o bien de graves percances imprevistos, como los incendios y las epidemias.

Lo cierto es que estos fenómenos han ido aumentando su frecuencia y magnitud en nuestro mundo y, como señala el psiquiatra Luis Rojas Marcos (2004: 20-32) pueden llegar a *commovernos*, horrorizarnos y, en definitiva, a traumatizarnos, porque tanto las víctimas directas como las indirectas y cuantos los viven y sienten, necesitan una actuación eficaz y cada vez más organizada. Se puede afirmar que estas situaciones producen estados de vulnerabilidad que tienen un carácter universal, es decir, que pueden afectar a cualquier ciudadano (Pérez Madera, 2004: 33-47).

Las situaciones surgidas de desastres y catástrofes se caracterizan por evidenciar, pasados los primeros momentos de la tragedia, una debilidad en las estructuras de apoyo familiar y social. En cambio, se produce una movilización espontánea de la población, impulsada por fuertes sentimientos de solidaridad, que se manifiestan sobre todo en los momentos más agudos. El Trabajo Social encuentra en este entorno un doble campo de acción:

- a) *Actuación coordinada.* Toda gran emergencia exige una actuación coordinada con los diferentes sistemas de protección social, la cual se debe organizar basándose en los principios de colaboración y de complementariedad.
- b) *Actuación directa.* En ella se pueden diferenciar dos tipos de servicios:

- Los que actúan, en primer lugar, de forma inmediata, por estar en peligro la integridad física y la seguridad de la persona, como son los prestados por médicos, bomberos, policías, etc.
 - Los servicios que en un segundo lugar, y una vez resueltas las necesidades de urgencia, presian los trabajadores sociales, en actuaciones como son las de contención social y apoyo emocional, o proporcionando prestaciones básicas (alojamiento, comida, transporte, etc.), o canalizando intervenciones a los afectados y a sus familias, o propiciando la actuación de los sistemas de protección social o, finalmente, facilitando los procesos de incorporación a la vida normal y habitual de los afectados y de sus familias, aportando así todos aquellos recursos específicos que permitan hacer frente a las necesidades de salud, seguridad, alimentación, protección, transporte, etc., ocasionadas por tales sucesos.
- Dario Pérez Madera (2004: 41) establece, por su parte, tres niveles de actuación profesional: individual, grupal y comunitario.
- En el primero (*individual*), se realizarán las tareas propias de contención, apoyo y acompañamiento social, así como de gestión de crisis, etc.;
 - En el segundo (*grupal*), el propio grupo se convertirá en un eficaz instrumento, al permitir la identificación grupal de los afectados, generar vínculos entre los mismos y posibilitar una mayor eficacia en ciertas actuaciones como la contención emocional, la información, el apoyo social en grupo, etc.;
 - En el tercero (*comunitario*), se articularán los programas y las actuaciones que favorezcan la implicación de la comunidad en las grandes emergencias. Se realizarán además actuaciones de sensibilización y preparación de las comunidades ante futuras situaciones (*acción preventiva*). Se movilizarán todos los recursos posibles para hacerles frente (*acción paliativa*) y, por último, todo ello le servirá a la comunidad de proceso de aprendizaje y de compromiso con las situaciones generadas. Sobre todo, permitirá la implicación de la comunidad en la resolución de la catástrofe (*acción normalizadora*), restableciendo la situación de nuevo a su estado original.

Cristina Millán Valle *et al.* (2005: 115-139) prefieren referirse a la actuación profesional del trabajador social, analizando los diversos escenarios posibles en

que ésta pueda darse, que, en definitiva, reducen a tres: *la intervención in situ*, *estos*, en el lugar de los hechos, *la intervención en el ámbito sanitario* y *la atención social telefónica*. En cada uno de ellos, el profesional aprovechará los recursos apropiados y utilizará los métodos y las técnicas más adecuados para prestar la atención psicosocial de los afectados y, en general, para facilitar todo tipo de ayuda, personal, familiar, etc., que el caso requiera.

2.1.2. El trabajo social en el sistema judicial

En este campo de práctica la actuación del trabajador social se desarrolla principalmente en un triple escenario:

A) Los juzgados

En ellos existen equipos de apoyo integrados por trabajadores sociales, médicos, psicólogos, etc., que estudian, a petición del juez, los extremos sometidos a su consideración, destacando los aspectos personales, conductuales, psicosociales, etc., que aquel debe conocer para tomar las oportunas decisiones o dictar finalmente sentencia.

Destacan por su importancia todas las cuestiones relacionadas con la problemática suscitada por los menores y por las familias conflictivas, desestructuradas o generadoras de delincuencia, o con la vigilancia penitenciaria, etc. La función del trabajador social en estos casos adquiere especial relevancia, concretándose en su informe, llamado acertadamente peritaje social, del que nos ocuparemos más adelante (apartado 4.2.1C).

B) Los clínicas médico-forenses y el Instituto Anatómico Forense

En las primeras actúan equipos psicosociales que fueron creados por el Ministerio de Justicia (Resolución de 30 de diciembre de 1987) y que empezaron a funcionar en las clínicas médico-forenses de Madrid, Barcelona y Vigo. Cuestiones por trabajadores, psicólogos y médicos forenses, emiten *informes peritales* sobre una gran variedad de cuestiones, como, por ejemplo, las víctimas de una violación, los abusos deshonestos, los malos tratos, las incapacidades, los cambios de sexo, las interrupciones voluntarias del embarazo, etc., o sobre los delinquentes, los criminales, los traficantes, etc.

En general, puede decirse que el tipo de información social que facilitan en este campo los trabajadores sociales se caracteriza por comprender los aspectos familiares, económicos, laborales, culturales, etc., que puedan complementar o ampliar los datos de que dispone el juez, para facilitar la actuación de éste.

En el Instituto Anatómico Forense de Madrid existe, desde 1989, un departamento de Trabajo Social, como órgano auxiliar de la Administración de Justicia. En él los trabajadores sociales desempeñan múltiples funciones: de información, valoración, orientación, investigación, etc.

C) El Sistema Penitenciario

El Trabajo Social actúa en los servicios sociales penitenciarios, para procurar la reinserción social de las personas privadas de libertad y paliar los problemas de índole personal y familiar suscitados por la prisión, mediante mecanismos de protección y asesoramiento.

En ellos el trabajador social, no sólo debe actuar en el interior de los centros, para hacer frente a los problemas generados por el ingreso en prisión, sino que también debe hacerlo en el exterior de los mismos, para seguimiento de los internos en régimen de semi libertad, libertad condicional, etc., así como para ayudar a sus familias. De ahí que se hable de *Trabajo Social Penitenciario* y de *Trabajo Social Post-Penitenciario*.

En el primero, los *trabajadores sociales penitenciarios* se proponen, ante todo, promover, potenciar o mantener los vínculos del interno con la sociedad. Las técnicas utilizadas en mayor medida giran en torno a la observación, las entrevistas individuales, el examen del expediente penal y penitenciario de los reclusos, los informes de los funcionarios, otras informaciones colaterales y procedimientos de otros profesionales, etc. Toda esta información constituye el llamado *protocolo*, en el que además se recogen los datos del interno y de su familia, su evolución, su clasificación inicial, su revisión de grado, los permisos, etc.

Junto a todo lo anterior, que pertenece al campo de la *atención individual*, se da también la *atención grupal e institucional*, que tiene por objeto la actuación con que los diversos equipos se proponen perspectivas más generales, de animación, formación reglada, aspectos recreativos, laborales, etc.

En cuanto al *Trabajo Social Post-Penitenciario*, tiene por objeto la mejor reincorporación del ex recluso a la sociedad. Es fundamental aquí el seguimiento y la movilización de recursos que el trabajador social ha de desarrollar, a partir del momento en el que el interno sale del centro penitenciario, ya se encuentre en régimen de libertad condicional o definitiva.

En la terminología anglosajona, es típico del Trabajo Social lo que se denomina *social work in corrections*. Esta palabra *corrections* es el término usualmente empleado para aludir a los intentos de cambiar a los individuos convictos de haber quebrantado la ley, a fin de que no vuelvan a delinquir en el futuro.

El vocablo incluye en su significado una compleja mezcla de castigo y de ayuda. Y, así, el encarcelamiento del delincuente, si bien persigue disuadirlo, mediante el castigo, de cometer nuevos delitos, permite también desplegar una serie de esfuerzos, para asistirle durante el cumplimiento de su condena. Con tal objeto, al-

gunas cárceles ofrecen a sus reclusos formación profesional, y otras, varios tipos de asesoramiento y de terapia.

Los trabajadores sociales han venido colaborando meritariamente en la labor de corrección y reinserción del delincuente que se propone como objeto el sistema penitenciario, aunque el éxito de éste no haya demostado sido grande. La razón es obvia. Como observa John C. Watkins, J. R., (1980: 331) "*intentar cambiar a los delincuentes en no delincuentes, en un entorno generalmente ajeno a los estilos de vida de la clase media, requiere técnicas para las que la mayoría de los trabajadores sociales están mal equipados*".

Una segunda razón se funda en la misma naturaleza del régimen carcelario. La dirección de las prisiones exige, a veces, que los presos se vean forzados a implirse en programas de tratamiento. Pero el tratamiento coercitivo viola el principio ético básico del Trabajo Social, que destaca el derecho del cliente a escoger y decidir. Y así los trabajadores sociales se ven atrapados en un conflicto entre los principios básicos en que se funda su profesión y las exigencias de la organización para la que trabajan, cuando ésta es una cárcel (Watkins, 1980: 330).

Pueden, además, los trabajadores sociales ser útiles ayudando a las familias de los reclusos, sirviendo como consejeros de éstos y, a veces, trabajando directamente con los mismos presos.

No todos los convictos de un delito son encarcelados. En muchos sistemas penales, sobre todo en los anglosajones, algunos de ellos son puestos a prueba (*probation*), es decir, son colocados en una situación especial en la que el encargado de asegurar que esas personas "se mantengan exentas de problemas", llamado *probation officer*, tiene que informar periódicamente sobre su comportamiento.

En Inglaterra esta institución dio lugar a un servicio hace tiempo establecido, pues se remonta a la *Police Court Mission* de la segunda mitad del siglo XX, y que en 1967 recibió el nombre de *Probation and After-Care Service*. En la *probation* es fundamental la figura del *probation officer*, cuya tarea, según la *Probation of Offenders Act* de 1907, es la de "aconsejar, asistir y comportarse como un amigo", triple función que durante mucho tiempo ha venido a sintetizar el núcleo de este tipo de Trabajo Social. Su principal cometido consiste en supervisar a las personas puestas a prueba, preparar los *Social Inquiry Reports*, controlar también a los que están en régimen de libertad condicional o vigilada y proporcionar a los reclusos los servicios del Trabajo Social. Siempre adscritos al juzgado al que pertenecen, tienen también que evacuar informes relativos al bienestar de los niños en los casos en que éstos se vean afectados por un divorcio. Para mayor información, véase F. Jarvis: *Probation Officer's Manual* (2.ª ed.) (Butterworth, Londres, 1976).

En España, donde todavía no existe propiamente esta institución "a prueba" se suelen adoptar medidas análogas en la llamada "libertad condicional", sobre todo en el caso de toxicómanos. Por último, entre nosotros se han arbitrado, a modo de prueba, medidas-piloto que pretenden que los jóvenes cumplan algunas condenas en un régimen abierto, escolarizado y tutelado por el trabajador social.

2.13. El Trabajo Social Internacional

Ya en el siglo XXI, el Trabajo Social se ve confrontado con los problemas y necesidades del nuevo orden mundial, como enfatizan Hokestand, Khindunka & Midgeley (1996: 1-2). De ahí la creciente importancia del Trabajo Social Internacional.

Esta indudablemente no hace más que aumentar. Son muchas las causas que contribuyen a ello. Las políticas de emigración y refugio tienen implicaciones mundiales y cada día adquieren una mayor relevancia. Los cambios demográficos y sociales determinan una serie de prioridades, como son la atención a los mayores, a las mujeres, a la infancia, o a las tan debatidas y abundantes familias monoparentales, etc. Además, la diversidad étnica, lingüística, cultural, religiosa, etc., existente entre la población hace todavía más compleja la satisfacción de sus necesidades. En un mundo cada vez más heterogéneo, multicultural y pluralista, los trabajadores sociales han de desarrollar su tarea, cuidando siempre de promover principalmente la tolerancia y la no discriminación.

Un aspecto que hay que destacar, porque ha venido a facilitar las actividades del Trabajo Social Internacional, lo constituye la libre movilidad de los profesionales establecida por la Comunidad Económica Europea, gracias a la cual éstos pueden enriquecerse con una visión Internacional y beneficiarse con un mutuo reconocimiento de titulaciones.

Hoy es frecuente que los trabajadores sociales viajen a otros países y asistan a reuniones y conferencias para, no sólo completar su formación, sino también trabajar y servir de consultores y asesores, obteniendo de esta manera un más profundo conocimiento de los problemas y programas sociales y de la práctica profesional en otros lugares del mundo. Además, su incorporación a organismos internacionales: Organización de Naciones Unidas, Unesco, FAO, Unicef, etc., es cada vez mayor.

Es de destacar también que, en los últimos años del siglo XX, se promovieron en el ámbito internacional diversas asociaciones (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, FITS; Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, AIETS, etc.), congresos y conferencias internacionales.

Posteriormente, se fundó en Europa el llamado Centro Europeo de Recursos de Trabajo Social (CERTS), creado, como su nombre indica, con el objeto de investigar los recursos disponibles en los diferentes países europeos.

El florecimiento de todas estas instituciones ha promovido un más efectivo desarrollo del Trabajo Social Internacional. A este desarrollo ha contribuido notablemente, entre otros organismos, el *Comité de enlace de trabajadores sociales con la Comunidad Económica Europea*.

Su propósito inicial ha sido cuádruple:

- a) El estudio de todas las cuestiones que interesaran al Trabajo Social en el seno de la Comunidad Europea.

- b) La preparación de la libre circulación de los trabajadores sociales dentro de ella.
- c) La representación de la profesión ante las diversas instituciones de dicha Comunidad.
- d) El logro de que la Comunidad Europea prestara atención a los problemas que competen a los trabajadores sociales.

En la actualidad, ese *Comité de enlace* es el instrumento por el cual los trabajadores sociales europeos participan en la construcción de la Europa social, y su función es asesorar a la *Comisión* y, por tanto, al *Parlamento Europeo*, en todas las materias relacionadas con el Trabajo Social, a cuyo fin se encarga de proporcionar la oportuna información sobre los efectos sociales de la políticas comunitarias, vis-tos desde la especial óptica propia del Trabajo Social.

3.1. Los modelos tradicionales

Como es sabido, tradicionalmente los trabajadores sociales se hacían especialistas en uno de los tres grandes métodos llamados *primarios*, a saber: el *Trabajo Social con Casos*, el *Trabajo Social con Grupos* y la *Organización de la Comunidad* (y el *Desarrollo Comunitario*) (Moix, 1991: 291-302), y en los años sesenta y setenta se empezaron a desplegar no pocos esfuerzos, para sustituirlos por un método *genérico* que hiciera hincapié en la interdependencia de los individuos, los grupos y las comunidades.

Tal crisis, aún no resuelta, de los métodos del Trabajo Social (Moix, 2006: 382-390) provocó un cambio de concepción de la práctica de este último, por virtud del cual se pretendió que los trabajadores sociales actuaran de un modo más flexible que en el pasado, desplazando su atención, cuando la ocasión lo requiriera, del individuo al grupo y a la comunidad, con el fin de dar mejor solución a los particulares problemas puestos en sus manos.

Por otra parte, los cambios producidos en los años setenta en el sistema de formación de los trabajadores sociales, con el espíritu de dejar "florecer un millar de flores", supusieron una conmoción en la educación para el Trabajo Social, que se escindió en muchas direcciones y abocó a nuevas concepciones de la práctica. Y, así, las Facultades y Escuelas de Trabajo Social organizaron los estudios de maneras muy diferentes (Pins, 1971: 5-15).

Unas se mantuvieron fieles al sistema *tradicional*, estructurando sus programas en función del triple método de los años cuarenta.

Otras se hicieron "generalistas", formando a los trabajadores sociales para que pudieran emplear todos los métodos.

Algunas pusieron en marcha programas centrados en *problemas especiales* y en *grupos de población*, como, por ejemplo, los pobres, los negros, los ancianos, la salud mental de la comunidad, etc.

Y no faltaron, por último, las que organizaran sus enseñanzas sobre la base de su división en dos grandes sectores, llamados "servicios directos" y "servicios indirectos", o "modalidad técnica" y "modalidad de cambio social".

Bajo todo ello subyacen diversas concepciones de la práctica del Trabajo Social, que han dado lugar a la formulación de distintos modelos. Veámoslos a continuación, empezando por los *modelos tradicionales*.

Muchos siguen considerando que la *práctica del Trabajo Social* consiste en la aplicación de las tres grandes especialidades mencionadas: *Trabajo Social con Casos*, *Trabajo Social con Grupos*, y *Organización de la Comunidad* (y *Desarrollo Comunitario*). Y no pocas facultades, escuelas y agencias sociales continuán encontrando útiles sus técnicas para alcanzar sus objetivos.

El argumento más sólido en favor de este enfoque tradicional es que los trabajadores sociales formados en una de estas tres especialidades fundamentales adquieren un conocimiento profundo de un tipo de práctica que pueden, a su vez, ejercer con la destreza del experto.

El fundamental argumento que se ha esgrimido en contra es que tal enfoque resulta demasiado estrecho, y tiende a formar profesionales excesivamente "clínicos" los cuales, en su afán por adquirir saberes sobre refinados detalles de una especializada forma de práctica, no se capacitan suficientemente para comprender las complejas e interactivas fuerzas sociales que crean los problemas a la gente.

Se arguye además que estos modelos tienden a escindir prematuramente los saberes en tres grandes especializaciones, y no ofrecen al alumno de Trabajo Social una base suficiente para poder formarse debidamente en materias como la *planificación*, la *administración*, el *análisis* de los planes de acción y de las medidas adoptadas, etc.

Dada la importancia que todavía conservan estos *modelos tradicionales*, no es tará de más una brevísima referencia a los que, a su vez, se subdividinguen dentro de las citadas grandes ramas del Trabajo Social. Este es el cometido de los capítulos que siguen.

Debe advertirse que en la práctica los trabajadores sociales se guían por las teorías de uno u otro de tales modelos, o por un método que combine los principios de las diversas teorías con sus propios estilos individuales, los cuales, en algunos particulares aspectos, pueden tener poco que ver con ninguno de los modelos existentes.

Ello sin contar con que la respuesta que la experiencia de los profesionales da a muchas situaciones en que éstos se encuentran pone en marcha nuevas teorías y desarrolla nuevos modelos de práctica.

De ahí que prosiga la elaboración de aquéllas y que se enriquezca ésta con la diversidad, siempre que las diferencias de método sean confinadas y guiadas por los valores de la profesión.

En la década de los ochenta la tendencia dominante parece haber sido:

- Un mayor empleo, en la práctica, de elementos procedentes de diversas teorías y de una mezcla de modelos.
- Actuaciones selectivas fundadas empíricamente.
- Equilibrar la orientación hacia la tecnificación con un menor enfoque sobre los problemas internos.
- Una práctica directa que abarce más que Trabajo Social con Casos.
- Un mayor uso, en la actuación desplegada, de aproximaciones cuyos resultados puedan ser medidos y confirmados.

3.2. Los modelos tradicionales en el Trabajo Social con Casos

Estudiado ampliamente en otro lugar el Trabajo Social con Casos como método básico del Trabajo Social (Moix, 2006; cap. 53:1991: pp. 303-336), nos limitaremos aquí a examinar brevemente sus modelos tradicionales, por un cierto orden cronológico:

- El psico-social.
- El funcional.
- El solucionador de problemas.
- El modificador del comportamiento.
- El centrado en las tareas.
- El basado en la competencia.
- El de la terapia familiar.
- El de la intervención en la crisis.
- El de la socialización de los adultos.

3.2.1. El modelo psico-social (psychosocial model)

Fue uno de los primeros en ser desarrollado y aplicado a la práctica del *Trabajo Social con Casos*. Sus orígenes se remontan a los años veinte, cuando la teoría y los principios psicoanalíticos fueron incorporados al enfoque, fundamentalmente sociológico hasta entonces, del *Trabajo Social con Casos*.

Las concepciones y los perfeccionamientos de este modelo se deben a la labor pionera de Gordon Hamilton y de sus principales colaboradoras, realizada en la entonces llamada New York School of Social Work y hoy denominada Columbia University School of Social Work.

La profesora Hamilton consideró su aportación como una aproximación "orgánica" al *Trabajo Social con Casos* y estimó que la psicología del ego y las ciencias del comportamiento ofrecían importantes apoyos para la práctica.

Ya al estudiar la filosofía subyacente al *Trabajo Social con Casos* (Hamilton, 1941: 139-148), empleó esta autora el término «organístico», para caracterizar la aproximación psico-social, refiriéndose a su uso por Henry A. Murray (1938: 38-39) quien describe un organismo, diciendo: "El organismo es desde el principio un todo, del cual se derivan las partes por autodiferenciación. El todo y sus partes están mutuamente referidos, siendo tan esencial el todo para el entendimiento de las partes como las partes para el entendimiento del todo".

Este modelo psicosocial tiene, en definitiva, por base fundamental la teoría freudiana, modificada y adaptada para su empleo en la *práctica del Trabajo Social* por innovadoras tales como Florence Hollis, Marian Kenworthy y Lucille Austin (Roberts & Nec, 1972: 33-75; y 394).

El propósito de este modelo es ayudar a los clientes a enfrentarse con sus problemas, con el fin de resolverlos. A tal objeto, el trabajador social trata de estimularlos para lograr que participen en su estudio y que colaboren en su tratamiento, utilizando sus propios recursos y aquellos que pueda proporcionarles la comunidad. Se trata, en definitiva, de un modelo que suele utilizarse preferentemente para el Trabajo Social a largo plazo con personas que sufren de neurosis o trastornos de carácter.

3.2.2. El modelo funcional (functional model)

Nació en la Pennsylvania School of Social Work en los años treinta, siendo Jessie Taft y Virginia Robinson sus más destacadas figuras.

Se caracteriza fundamentalmente por la importancia que atribuye a la función de la relación, del empleo dinámico del tiempo y del "uso de la agencia".

Se basa en las teorías psicológicas de Otto Rank, tal como fueron adaptadas al Trabajo Social por los componentes de la *escuela funcional* (Moix, 2006: 217-226), los cuales procuraron orillar las categorías diagnósticas y su propósito clasificador, por ser poco compatibles con los principios de individualidad y de unicidad de la persona que informan toda la filosofía del Trabajo Social (Smalley, 1972: 77-128).

De acuerdo con la "terapia de la voluntad de RANK", este modelo carga el acento sobre la voluntad en tanto que fuerza de integración y de organización de la personalidad. El trabajador social actúa para promover el crecimiento, el desarrollo, la afirmación de sí mismo del cliente, situando realmente el factor central del cambio en manos de este último y no en las suyas propias. De ahí que sólo se responda bilice de facilitar el proceso que trata de ayudar al cliente a sopesar las alternativas que se le ofrecen y a liderar su propio poder de decisión y de elección o desarrollo.

3.2.3. El modelo de solución de problemas (problem-solving model)

Surgió en la Chicago School de los años sesenta por obra de Helen Harris Perlman quien lo formuló y articuló en un libro básico publicado en 1957 por la Universi-

dad de Chicago con el título de *Social Casework: A Problem-Solving Process*. (Roberts & Nec, 1972: 129-179).

Se centra este modelo fundamentalmente en:

- a) La identificación del problema por el cliente.
- b) Los aspectos subjetivos de la persona en la situación.
- c) El lugar central ocupado por el individuo que padece el problema.
- d) La búsqueda de la solución al problema.
- e) La adopción de decisiones.
- f) La acción.

Y parte de la idea de que el proceso del *Trabajo Social con Casos* persigue los propósitos de:

- a) Liberar al cliente para que pueda ocuparse de tareas relativas a la solución de su problema.
- b) Involucrar al ego del individuo en el trabajo ideado para afrontarlo.
- c) Movilizar satisfactoriamente las fuerzas internas y externas disponibles.

3.2.4. El modelo de la modificación del comportamiento (behaviour modification model)

Se basa en las teorías de Pavlov y en las investigaciones de Skinner, Wolpe, Eysenck, Gantt, Bandura, etc., y fue introducido en el Trabajo Social de los años sesenta, siendo uno de sus primeros y más destacados valedores el entonces profesor de la Universidad de Michigan, Edwin J. Thomas.

Uno de los principales valores de este modelo radica en que su práctica representa una contribución a la investigación, por cuanto que realmente se pone al servicio de ésta, desde el momento en que el comportamiento a modificar es observable y debe ser escrupulosamente analizado.

Se funda este modelo, llamado también abreviadamente *behaviorista* en la convicción de que toda conducta aprendida puede ser modificada si se cambian los estímulos que la activaron. Básicamente opera con técnicas que inciden o en el control de los estímulos (producidos por los factores ambientales), o en el control de las respuestas (mediante la enseñanza de nuevas conductas).

Suele utilizarse preferentemente en los casos de familias desestructuradas, o en las que la socialización ha sido deficiente, en los casos de jóvenes delincuentes y, en general, en todos aquellos casos en que el cliente necesita el aprendizaje de nuevas conductas.

Se caracteriza, por último, por trabajar con las causas sociales de los problemas, sin recurrir, como los modelos psicológicos, a elaboradas historias clínicas sobre el pasado de los clientes, y por su enfoque empíricamente práctico.

Sobre este modelo hay una bibliografía especialmente copiosa, en la que cabe destacar: Gambrill (1977); Schwartz & Goldiamond (1975); Thomas & Goodman (1965); Thomas (1967; 1972).

3.2.5. El modelo centrado en las tareas (*task-centered casework*)

Fue desarrollado a comienzos de los años setenta por William J. Reid, cuando era profesor de la Universidad de Chicago, quien lo concebía como un "modelo general de servicio" (*general service model*).

Según sus propias palabras, "es una forma de práctica a corto plazo, temporalmente limitada, ideada para ayudar a los individuos y familias con específicos problemas psicosociales" (Reid, 1975: 3).

En este modelo se espera del profesional y del cliente que alcancen un acuerdo específico sobre los particulares problemas que se deben afrontar y sobre la probable duración del servicio (generalmente de ocho a doce sesiones dentro de un periodo de dos a cuatro meses).

El trabajo sobre los problemas del cliente se organiza con tareas o actuaciones para resolver los problemas en cuya solución dicho cliente y el trabajador social desarrollan su colaboración.

Una tarea puede expresar una directriz general para la acción del cliente, como la de "mejorar el desempeño de su trabajo", o puede especificar un particular comportamiento a emprender por éste, como el de "telefonar a su mujer, si va a llegar a casa tarde".

El trabajador social con casos concentra sus esfuerzos en ayudar a los clientes a realizar esas tareas. Al hacerlo así, emplea "una ecléctica combinación de intervenciones—desde el desarrollo de la capacidad de comprensión hasta la dispensación de tangibles refuerzos—" (Reid, 1975: 3).

3.2.6. El modelo basado en la competencia (*a competency-based approach*)

Ha sido desarrollado por la profesora de Berkeley, Eileen D. Gambrill, con el propósito de obviar no pocos problemas que han obstaculizado, durante años, el *Trabajo Social con Casos*:

Menciona como tales, entre otros: "el fracaso en ofrecer a los clientes los beneficios de una información empírica disponible concerniente a lo que será de ayuda; la separación artificial entre investigación y práctica; la separación distorsional entre la gente y su entorno; el concentrarse en lo patológico del cliente, en vez

de en los activos del cliente; el fracaso en reconocer los rasgos comunes a los diferentes marcos de ayuda; la dificultad de mezclar eficazmente los roles de cuidado con los utilitarios, y el fracaso en responder ante los clientes por la determinación del progreso" (Gambrill, 1983: 1)

Estos problemas—añade Gambrill—no sólo disminuyen la eficacia del servicio ofrecido, sino que llevan también con frecuencia a los trabajadores sociales al desánimo y a la desilusión.

Este modelo se funda en la expresión *competency-based practice* ("práctica basada en la competencia") que pone el énfasis en la importancia que tiene identificar y usar las competencias específicas que implica el ofrecimiento eficaz de servicios con base en la literatura empírica. Tal expresión pone también de relieve lo importante que es que la gente aumente su propia competencia, con el fin de hacerse capaz de elevar su calidad de vida tanto en el presente como en el futuro.

Todo ello conforma un marco que anima al trabajador social a usar una información que pueda permitirle ayudar a sus clientes e incluirla, a su vez, la revelación de su propia competencia, así como también del progreso hecho o alcanzado en el pretendido logro, por el cliente, de los resultados deseados.

La *práctica del Trabajo Social basada en la competencia* comparte las características del *modelo de la modificación del comportamiento*, a saber: el objetivo educacional; el énfasis en la prosecución de los resultados que son importantes para los clientes; la evaluación del progreso alcanzado y la planificación para la generalización y el mantenimiento del cambio.

Ambos modelos, por lo demás, implican una aproximación constructiva en la que los activos del cliente se emplean para lograr los resultados deseados. Pero el primero centra su atención en identificar las destrezas específicas implicadas en el eficaz ofrecimiento de los servicios, tales como las propias de la entrevista o del pensar con claridad, y atiende también a las diferencias existentes entre los clientes, ya sean étnicas, sexuales, etc.

Por estas y otras razones que sería prolijo referir, Eileen D. Gambrill estima que, en definitiva, la expresión *competency-based social work* capta más eficazmente que lo hace la denominación *behavioral casework* la amplia gama de información referida a la *práctica del Trabajo Social*.

Mayores precisiones pueden encontrarse en M. L. Arkava & E. D. Brennan (1976); F. W. Clark, M. L. Arkava y otros (1979) y B. L. Baer & R. Federico (1978).

3.2.7. El modelo de la terapia familiar (*the family therapy model*)

Este modelo ha sido construido sobre la base de diversas aproximaciones al Trabajo Social familiar, de las cuales las más importantes son las debidas a Jay Haley, Virginia Satir, Salvador Minuchin e Ivan Boszormenyi-Nagi. Estos cuatro teóricos

se caracterizan por emplear la perspectiva sistémica, aunque cada uno la aplique de diferente modo.

Para Satir la familia es un sistema, y trabajó con ella como un todo, con el fin de aliviar el malestar del familiar-cliente o de la familia entera debido al previo comportamiento disfuncional de aquél.

En su trabajo con la familia como sistema hizo hincapié en clarificar los canales de comunicación dentro de ella y en ayudar a convertirlos en canales directos y congruentes. Llamó la atención sobre los mensajes incongruentes y de doble sentido entre los miembros de la familia, para enseñarles a enviar en su lugar mensajes claros y lógicos.

Estudió las reglas vigentes en la familia, ayudando a clarificarlas, con la conciencia de que las reglas podrán ser malas, pero no lo es la gente que las establece o se vincula a ellas.

Enseñó también a los miembros de la familia cómo cambiar las malas reglas, obligando a que cada miembro sea oído en su presencia, con la idea de que se respeten todas las personas y todos los puntos de vista.

El objetivo terapéutico de mejorar los canales de comunicación implica básicamente para Satir tres resultados:

- Que los miembros sean capaces de informar congruente, completa y obviamente sobre todo lo que vean y oigan, sientan y piensen acerca de ellos mismos y de los demás.
- Que cada persona sea referida a su unidad, de modo que sus decisiones sean hechas en términos de exploración y negociación, más que en términos de poder.
- Que las diferencias sean reconocidas abiertamente y empleadas para el crecimiento (Satir, 1967: 8-10).

Jay Haley se centró en definir claramente y en describir el problema planificado, asignando luego tareas o directrices específicas para resolverlo. Estimó que pueden emplearse "directrices paradójicas" con las familias que se resisten, siempre el profesional esté dispuesto a cambiar de táctica tan pronto como se alivia el problema suscitado (Jaley, 1963: 1973).

Salvador Minuchin, a su vez, pasó por ser partidario de la aproximación estructural a la terapia familiar. Se propuso, ante todo, la reestructuración de los subsistemas principales (esposa, padres, etc.) en el seno de la familia, con el fin de que cada uno pueda cumplir adecuadamente sus funciones. Consideró, en efecto, que los padres, la esposa y otros subsistemas principales tienen importantes cometidos que deben atender, si se quiere que la familia pueda sobrevivir como una unidad sana. Para la reestructuración de la familia, estimó que sus miembros han de comprender y mejorar sus canales de comunicación (Minuchin & Fischman, 1981). Ivan Boszormenyi-Nagi introdujo en la terapia familiar una dimensión ética, llamando a su propia aproximación *contextual therapy* ("terapia contextual").

Creó que toda familia debería llevar una especie de contabilidad de débitos y créditos que tiene que estar equilibrada razonablemente tanto dentro de ella, como a través de sus sucesivas generaciones. De lo contrario se produciría un sentimiento de injusticia que podría conducir a un comportamiento sintomático por parte de sus diversos miembros (Goldenberg I. & H. Goldenberg, 2000: 187-192).

Pero la tendencia más reciente en la terapia familiar la constituye la aproximación "constructivista", que sostiene que la realidad es un mero producto de nuevas expectativas y presunciones, y como tal puede ser retada y cambiada. Los constructivistas se esfuerzan en identificar las historias o narraciones familiares que plasman activamente sus experiencias, y luego ayudan a las familias a desarrollar historias más esperanzadoras que puedan modelar sus vidas en una dirección más satisfactoria.

En este modelo el trabajador social asume el papel de agente de cambio en forma de consejero familiar o terapeuta.

3.2.8. El modelo de la intervención en la crisis

La actuación o "intervención" en la crisis, en su formulación clásica como técnica, fue debida a Gerald Caplan (1965), que la aplicó al campo de la salud mental, haciendo hincapié en la prevención más que en el tratamiento de la enfermedad. Ya anteriormente, en un estudio publicado en 1954, se había ocupado de las consecuencias del *shock* padecido por los niños judíos inmigrados a Israel e internados en un centro.

Otros desarrollos teóricos provinieron del trabajo de Erik Lindemann en 1944 (referido al estrés producido por el incendio que arrasó Boston en 1942) (Parad, Boston en 1962 sobre la crisis que produce el nacimiento de un niño prematuro, y Trabajo Social, distinguiendo entre las crisis de maduración y las de transición, y aludiendo al modo de superarlas.

Como expone Matilde Du Ranguet "la crisis es un estado de conmoción, de parálisis, de una persona que sufre o ha sufrido un gran shock, sobreviene cuando el stress actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La persona o la familia se encuentra ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios" (Du Ranguet, 1996: 179).

Este modelo se basa en la psicología del ego de Otto Rank y en la teoría del estrés de Lindemann. Y su terapia tiene por objeto restaurar el funcionamiento social y estimular la capacidad de adaptación del cliente.

Se opone al enfoque del Trabajo Social psicodinámico, ejercido en agencias estadounidenses, en busca de resultados a largo plazo, al que trata de reemplazar por una terapia planificada a corto plazo.

Según indica Malcolm Payne (1995), consiste en intervenir en las anomalías producidas por el estrés en el funcionamiento normal de las personas, tratando de mejorar su capacidad para enfrentarse a ellas. Su propósito es ayudar a la gente a readaptarse, aprovechando su respuesta emocional a la crisis y los cambios en su capacidad para afrontar los problemas diarios. Las personas se las arreglan mejor, obviamente, si ya han vivido la experiencia de alguna crisis, aunque no tanto si ésta no fue resuelta satisfactoriamente.

En un principio algunos lo consideraron, más que como un modelo, como una técnica, utilizada en los servicios de salud mental por un equipo multidisciplinar integrado por doctores, enfermeras y trabajadores sociales, que, visitando a los enfermos, evitaban los internamientos, al ayudarles a resolver sus crisis en el propio domicilio. Su empleo más frecuente tiene lugar en el tratamiento de las emergencias producidas en la salud mental (crisis por la pérdida de un ser querido, por el divorcio, por el nacimiento de un hijo, etc.), así como en la superación de las consecuencias emocionales producidas por grandes desastres o catástrofes.

Se han distinguido distintas etapas en el proceso de resolución de la crisis. Naomi Golan destaca tres:

- a) *La corrección de la percepción cognitiva*, para que los clientes consigan una valoración más completa y exacta de los hechos que los alecian.
- b) *El manejo de los sentimientos*, para que el cliente se libere de sus emociones extremas y acepte al trabajador social.
- c) *El desarrollo de nuevas formas*, de enfrentamiento al problema.

Gerald Caplan advirtió que las crisis no son necesariamente negativas, sino que son parte de la experiencia vital de las personas, y pueden implicar en ocasiones consecuencias positivas para el crecimiento personal.

En la actualidad, este modelo da lugar a una terapia breve, pero intensa (de cuatro a ocho semanas), que se propone reducir la tensión y la ansiedad del cliente, dándole esperanza, apoyo y ayuda para superar la crisis. Implica, por parte de éste, un aprendizaje de nuevas formas de resolver los problemas y de utilizar los propios recursos personales. El objetivo es enfrentarse con esa situación de desequilibrio que entraña la crisis, y recuperar el equilibrio perdido.

Su aplicación opera sobre:

- La estructura de la personalidad.
- Sus defensas básicas.
- Sus patrones habituales de conducta.
- Sus mecanismos de adaptación.
- La naturaleza de los estímulos.
- El potencial de la persona para adaptarse.
- Los recursos internos de que dispone.

En este modelo el trabajador social desempeña un rol activo y directivo, apoyando al cliente en los mecanismos de ajuste por él elegidos y orientándolo sobre otros más idóneos que puedan proponerse al cliente.

En particular:

- Lo enfrenta con la percepción que él tiene de la situación.
- Le comunica un sentimiento de esperanza realista en que la crisis puede resolverse, y en que recibirá ayuda mientras dure.
- Le motiva para expresar sus sentimientos sobre la situación.
- Se muestra sensible a su ansiedad y a su posible depresión.
- Actúa a veces de enlace entre el cliente y/o la familia y la comunidad, orientándolo en los recursos que de ésta pueda precisar.

Este modelo tiene aspectos en común con el *modelo centrado en la tarea*, con el que coincide, preconizando breves actuaciones, planeadas de antemano y ajustadas a una pauta predeterminada, aunque éstas puedan ensartarse formando una serie. Ambos han tenido bastante aceptación entre los trabajadores sociales.

3.2.9. El modelo de la socialización de los adultos (*adult socialization*)

Tiene por objeto prevenir, aliviar o resolver aquellos problemas originados o agravados por una deficiente socialización de los adultos, o que se manifiestan en un ambiente aquejado de esta deficiente socialización.

Como modelo en el Trabajo Social, la socialización es más bien reciente y nace, fundamentalmente, de la experiencia de los trabajadores sociales. Expone, al respecto, R. K. Merton (1957: 287): "*Ratificado por más de dos generaciones de utilización en psicología y sociología, el término de socialización designa los procesos por los cuales la gente adquiere selectivamente los valores y actitudes, los intereses, destrezas y conocimiento—en una palabra la cultura—corrientes en los grupos de los que ellos son, o trata de llegar a ser, miembros*" ("*Ratified by more than two generations of use in psychology and sociology, the technical term socialization designates the processes by which people selectively acquire the values and attitudes, the interests, skills, and knowledge—in short, the culture—current in the groups of which they are, or seek to become, a member. It refers to the learning of social roles*").

El trabajador social debe tener en cuenta que toda socialización se propone desarrollar o cambiar actitudes, con el fin de que los comportamientos resulten más aceptables socialmente.

En consecuencia, todos los llamados "grupos de autoayuda", desde "alcohólicos anónimos" a "padres anónimos", y las "bandas de delinuentes juveniles", los "diferentes grupos raciales", los "adictos" a diferentes toxicománias, y un largo etcétera constituyen posibles escenarios de aplicación de este modelo, porque necesitan una previa socialización de sus miembros, para empezar a acometer la resolución de sus problemas.

Tampoco debe olvidarse el trabajo social que el liderazgo de semejantes grupos a que está llamado requiere una destreza y unos conocimientos específicos para lograr el crecimiento y el cambio individual.

Como colofón de todos los modelos expuestos, cabría decir que mientras que los enfoques *psicosocial, funcional y solucionador de problemas*, impuestos por los mentes, los enfoques propios de los últimos modelos mencionados: *la terapia familiar -family therapy-* (Schurz, 1972: 219-264), *la intervención en las crisis -crisis*

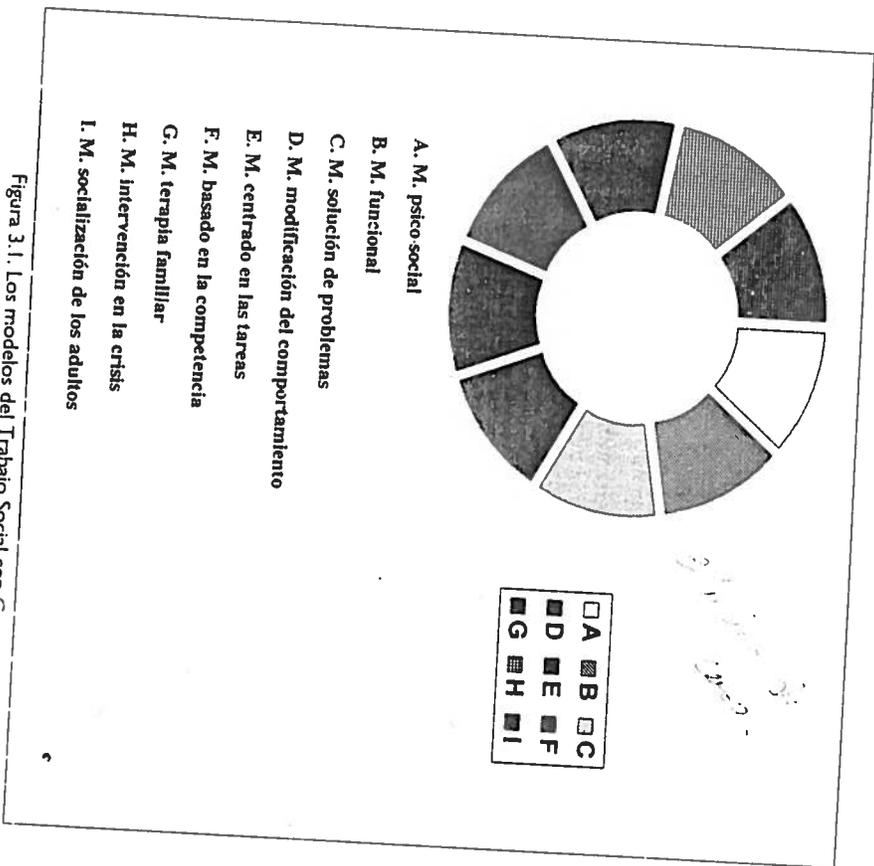


Figura 3.1. Los modelos del Trabajo Social con Casos.

intervention- (Rapoport, 1972: 265-311) y *la socialización de adultos, -adult socialization-* (McBroom, 1972: 13-351) se han considerado más bien, según dicen Roberts & Nee, como "nuevos desarrollos derivados de los varios aspectos del núcleo común de la teoría y de la práctica del trabajo social con casos. Esas aproximaciones parecen estar desarrollando aproximaciones de tratamiento en el trabajo social con casos más que nuevas teorías generales de tratamiento en el trabajo social. El desarrollo de ellas puede ser una escuela de pensamiento en embrión. Su desarrollo futuro depende de cómo sean empleadas en la práctica, de los métodos usados para el estudio de tal práctica y de alguna clarificación en el pensamiento del trabajo social con casos acerca de los usos diferenciales de varias aproximaciones en el trabajo social con casos" (Roberts & Nee, 1972: 362-363) (véase figura 3.1).

3.3. Los modelos tradicionales en el Trabajo Social con Grupos

Recuérdese que el *Trabajo Social con Grupos* es un método y un proceso (Moix, 2006: 373-379) puesto en práctica, para ayudar a la gente a mejorar su calidad de vida y a elevar al máximo sus potencialidades (Moix, 1991: 337-370). Por ello, cuando se emplea con pericia, inteligencia e imaginación por un profesional competente, puede ayudar al grupo y a sus miembros a:

- alcanzar mutuamente determinadas metas;
- lograr el deseable cambio para aquellos individuos que padecen problemas personales, familiares, laborales, de adaptación, etc.;
- desarrollar el crecimiento y el enriquecimiento individual; y
- emplear una combinación de tratamiento de los problemáticos, autocrecimiento y auto-realización personal.

Los modelos a seguir en la práctica del *Trabajo Social con Grupos* dependerán de los objetivos y metas del grupo, y, en definitiva, de sus propósitos. Como exponen Catherine P. Papell & Beulah Rothman (1966: 66-77), esos modelos se reducen a tres:

- a) El modelo de las metas sociales;
- b) El modelo de las metas inmediatas;
- c) El modelo de las metas recíprocas.

3.3.1. El modelo de las metas sociales (*social goals model*)

Los grupos para los que se elige este modelo se constituyen por razón de determinados intereses sociales, cuya satisfacción o logro le acarrea al grupo importantes ventajas de esa índole. Este modelo se identifica estrechamente con los intereses y el esfuerzo del grupo. Se aplica a veces a los problemas planteados en el seno de las comunidades.

ds., y se practica también en los *settlements* (Moix, 1991: 128-138; 2006: 135-143), en una serie de organizaciones, en el servicio comunitario y en los consejos o juntas de vecinos. Más recientemente, se ha utilizado asimismo en el tratamiento de los problemas sociales que acompañan al desarrollo y al crecimiento comunitario. La puesta en práctica de este modelo se basa en los siguientes principios:

- a) La clarificación de la política de la agencia.
- b) El aprovechamiento positivo de las limitaciones.
- c) La identificación con las metas de la agencia.
- d) La determinación de las cuestiones apropiadas para la actuación colectiva.
- e) El sopesamiento de las alternativas para la acción y de sus consecuencias (Papell & Rothman, 1966: 69-70).

A ellos hay que añadir los principios del proceso democrático del grupo, que son fundamentales para este modelo y se han convertido por ello en la marca distintiva de toda la práctica del *Trabajo Social con Grupos* (Moix, 1991: 337-371; 2006: 373-381). De ahí que los profesionales, con independencia de su lealtad teórica, deban trabajar en pro de la adopción e institucionalización, en los pequeños grupos, de los procedimientos democráticos.

3.3.2. El modelo remedial (*remedial model*)

Constituye un modelo de tratamiento que tiende a orientarse clínicamente. Y se caracteriza por emplear el grupo como agente de cambio. El trabajador social con grupos facilita aquí la interacción entre sus miembros, con el objeto de lograr para el individuo el cambio deseado. Aplica también su conocimiento y su destreza en ayudar a aquéllos a ganar autoconciencia y a mejorar su funcionamiento social.

El grupo apoya a sus miembros y alienta modos nuevos y más apropiados de funcionamiento. La actuación se concentra en la realidad, y ataca el problema de la disfunción en el grupo y dentro de todo el abanico de relaciones del individuo.

El grupo de tratamiento se usa ampliamente en los hospitales psiquiátricos, instituciones penitenciarias, organizaciones de servicio a la familia, servicios de asesoramiento o consejo, escuelas, centros sanitarios y en muchas otras agencias.

3.3.3. El modelo recíproco (*reciprocal model*)

Este modelo está al servicio tanto del individuo como de la sociedad. Considera al hombre en buena medida como una abstracción que sólo puede ser estudiada, comprendida y tratada en relación con los muchos sistemas y subsistemas de que forma parte. Esíma que el individuo está siendo creado, influido y modificado por sus relaciones, las instituciones sociales y la interdependencia entre la sociedad y la persona.

Teóricamente este modelo se nutre de la teoría de los sistemas, de la teoría del campo, de las teorías sociopsicológicas del comportamiento, y de los principios que informan toda la práctica y que constituyen una parte de la metodología general del Trabajo Social.

“El modelo recíproco -escriben Papell & Rothman- presupone una relación orgánica, sistémica, entre el individuo y la sociedad... Esta interdependencia es el ‘toco’ para el Trabajo Social, y el pequeño grupo es el campo en que el individuo y el funcionamiento de la sociedad pueden nutrirse y conectarse indirectamente...”

A diferencia del *modelo remedial*, el *modelo recíproco* no empieza con aporritas prescripciones de los resultados deseados. Sin embargo, imagina que hay un grupo ideal, que es un sistema de mutua ayuda. Tal sistema no depende del problema específico a resolver por el grupo, pero es una condición necesaria para la solución del problema. Para decirlo aún de otra manera, el modelo recíproco no tiene fines terapéuticos, ni programas de cambio político o social a que dirigirse. Sólo desde el encuentro de los individuos que componen un sistema grupal recíproco se determina la dirección o el problema. El énfasis se coloca en el compromiso en el proceso de relaciones interpersonales. Es desde ese estado de implicación como los miembros pueden recurrir los unos a los otros en su propia o común causa.

El *modelo recíproco* ve al individuo primariamente en términos de su motivación y de su capacidad para la reciprocidad.... Las consideraciones diagnósticas o descripciones estructurales del individuo no son miradas como predictores significativos del comportamiento del grupo. Por ello no sirven como base de selección de miembros para el grupo o de evaluación por parte del trabajador social.

La imagen del trabajador social proyectada por este modelo es la de un *mediador* o *capacitador* para el sistema de necesidades que convergen en el grupo. El trabajador social es visto como una parte del sistema trabajador cliente, ambos influyendo y siendo influidos por él. En la terminología del trabajo social, no actúa para el cliente ni por él, sino con él” (Papell & Rothman, 1966: 74-75) (véase figura 3.2).

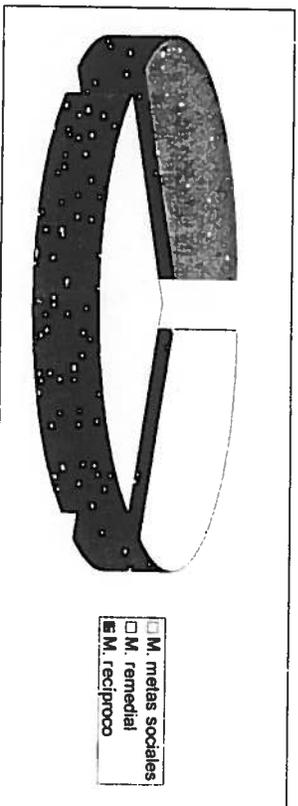


Figura 3.2. Los modelos tradicionales en el Trabajo Social con Grupos.

3.4. Los modelos tradicionales en el Trabajo Social Comunitario

Téngase presente que la *Organización de la Comunidad*, incluido el *Desarrollo Comunitario*, es uno de los tres métodos básicos del Trabajo Social (Moix, 2006: 245-252), caracterizado por tener como cliente una comunidad globalmente considerada, una comunidad en su totalidad. De ahí, por consiguiente, que sea en ella donde han de producirse los cambios sociales (Moix, 1991: 371-420)

Tres modelos del *Trabajo Social Comunitario* (*Community Work*) son destacados por algunos autores (Cox, Erlich, Rothman & Tropman, 1974: 4-5), con el nombre de *estrategias*:

- a) El desarrollo de una localidad (*locality development*).
- b) La planificación social (*social planning*).
- c) La acción social (*social action*).

3.4.1. El desarrollo de una localidad (*locality development*)

Este modelo presupone que perseguimos el cambio de la comunidad más eficazmente, implicando a un amplio espectro de residentes suyos en la determinación de las metas y en la consiguiente acción. Como escriben en el mismo lugar los autores citados, "encontramos su prototipo en la literatura de un segmento del campo comúnmente denominado 'desarrollo comunitario'".

Y añaden que las cuestiones clave en este particular modelo, en las que los profesionales han de hacer por ello especial hincapié, son:

- Los procedimientos democráticos.
- La cooperación voluntaria.
- La autoayuda.
- El desarrollo del liderazgo "indígena".
- La educación.

3.4.2. La planificación social (*social planning*)

Es un modelo que pone el énfasis en un proceso técnico de solución de problemas, tales como la delincuencia, la vivienda o la salud mental. En él ocupan un lugar central la deliberación racional y el cambio controlado.

Los autores mencionados precisan en el lugar citado que "esta aproximación presupone que el cambio planeado en un entorno industrial complejo requiere expertos que guíen los procesos de cambio mediante el ejercicio de destrezas técnicas, incluyendo la capacidad de manipular grandes organizaciones burocráticas".

3.4.3. La acción social (*social action*)

"Presupone -prosiguen estos autores- un segmento desventajado de la población que necesita ser organizado, tal vez en alianza con otros, para hacer a la comunidad mayor, adecuadas demandas de un aumento de recursos o de un trato más acorde con la justicia social o con la democracia."

Con este modelo sus profesionales apuntan a cambios básicos en las instituciones principales o en las prácticas de la comunidad. Buscan la redistribución del poder, de los recursos, o de la adopción de decisiones en la comunidad, o cambios en las políticas básicas de las organizaciones formales.

Ejemplos corrientes de grupos que emplean esta estrategia de la acción social son las minorías raciales y étnicas, ciertos sectores del movimiento de liberación de la mujer, los partidos políticos radicales, los grupos de acción vecinal, los sindicatos, las organizaciones de consumidores, etc. (Véase figura 3.3).

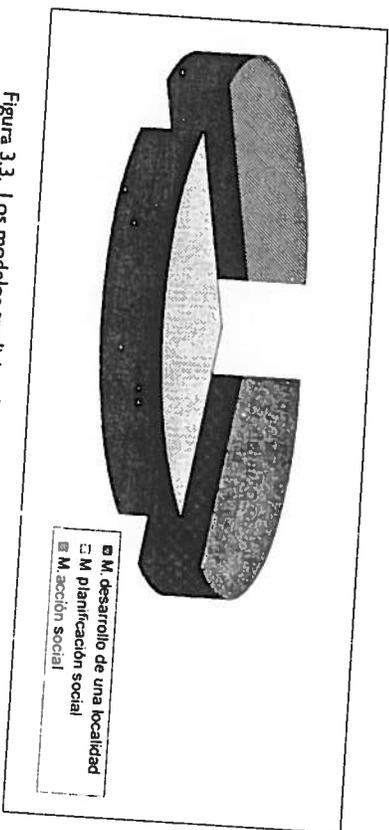


Figura 3.3. Los modelos tradicionales en el Trabajo Social Comunitario.

3.5. Los modelos alternativos

Al margen y con independencia de los modelos tradicionales, hasta aquí esbozados, se han desarrollado otros modelos que tratan de obviar sus inconvenientes y las críticas de que han sido a veces objeto. He aquí los principales:

- a) El modelo generalista.
- b) El modelo fundado en los problemas y en los grupos de población.

- c) El modelo basado en la distinción entre "servicios directos" y "servicios indirectos".
- d) El modelo sistémico.
- e) El modelo ecológico.
- f) El modelo basado en las redes y los sistemas de apoyo.
- g) El modelo autobiográfico: el relato de la vida.
- h) El modelo existencial.
- i) Otros modelos de menor aplicación.

3.5.1 El modelo generalista

Este modelo, llamado también *aproximación generalista* (*generalistic approach*), *aproximación unitaria* (*unitary approach*), o *aproximación integrada* (*integrated approach*), se funda en la convicción de que la mayoría de los problemas sociales implican una variedad de "sistemas sociales".

A diferencia de la llamada *práctica genérica*, que engloba los principios básicos subyacentes a la *práctica del Trabajo Social con Casos*, con independencia del área funcional implicada, el enfoque *generalista* comprende los principios básicos que subyacen a toda práctica, independientemente del tamaño y de la composición del sistema-cliente; esto es, con independencia de que el cliente sea un individuo, una familia, una organización, o una comunidad.

Todas las aproximaciones *generalistas* se basan en una u otra variante de la teoría de los sistemas sociales, según la cual todas las unidades sociales—individuos, grupos, organizaciones, comunidades—se conciben como sistemas sujetos a las mismas reglas de comportamiento.

Cada uno de ellos, cualquiera que sea su organización interna, se considera compuesto de subsistemas y conectado con los demás sistemas de su entorno, formando con ellos un sistema superior, del que éstos son, a su vez, subsistemas.

Así, por ejemplo, un individuo puede concebirse como un sistema integrado por varios subsistemas físicos y emocionales. El individuo está relacionado con otros sistemas individuales, y es así, a su vez, un subsistema de sistemas más amplios, como son la familia, los grupos sociales y los grupos ocupacionales.

Análogamente, un grupo social puede ser considerado como un sistema formado por individuos y subgrupos, que constituyen sus subsistemas, siendo él, a su vez, un subsistema de un sistema mayor, como es una organización o una comunidad.

Innecesario es decir que la teoría de los sistemas es mucho más amplia de lo que esta brevísima síntesis pudiera sugerir. Se trata, en realidad, de una teoría complica, desarrollada primero en las ciencias físicas y transferida después a las ciencias sociales (Churchman, 1968; Emery, 1969).

Su aplicación a la práctica del Trabajo Social ha sido profusamente estudiada y descrita (Goldstein, 1973; Pincus & Minahan, 1973; Bartlett, 1970).

Sucede con demasiada frecuencia que el sistema-cliente que presenta los problemas se convierte en el mayor objetivo de la actuación del trabajador social, y que el método empleado en ella se limita a lo que resulte más conveniente para dicho sistema-cliente.

Por ello hay que tratar de:

- a) obtener el debido conocimiento de los diversos sistemas sociales dentro de los que se plantea el problema (evaluación de los sistemas sociales);
- b) acudir a profesionales que sean expertos en el campo de los distintos métodos apropiados para la actuación en esos diferentes sistemas, aunque no sean trabajadores sociales; y
- c) identificar los recursos de que disponga la agencia.

La aplicación de la teoría de los sistemas al Trabajo Social, en que, en definitiva, consiste el empleo del *modelo generalista*, tiene, al parecer, la ventaja de ofrecer al trabajador social una buena perspectiva orientadora. Sin embargo, una vez adoptada esa perspectiva dinámica, resulta que dicha teoría no proporciona directrices lo suficientemente específicas y útiles para la práctica profesional.

Y es que, si bien con un elevado grado de generalización podemos considerar que todos los organismos (individuos, grupos, organizaciones, etc.) son "sistemas", en la práctica ocurre que los individuales son considerablemente diferentes de los grupales, lo mismo que cada uno de éstos lo es de los sistemas organizacionales y políticos. De ahí que, para la práctica cotidiana con cada uno de tales sistemas, sean necesarias mayores precisiones.

Tampoco proporciona el enfoque *generalista* suficiente instrucción sobre qué partes de la persona o del entorno deben ser atendidas en primer lugar por el trabajador social. Cuestión esta que es capital para quien de ordinario trabaja en agencias con medios limitados.

Sucede también que la aproximación *generalista*, en su intento de seleccionar elementos comunes a toda práctica, adolece de abstracciones que oscurecen las diferencias verdaderas e importantes. Así, por ejemplo, hablando en términos generales, puede ser correcto afirmar que todos los trabajadores sociales necesitan saber y destrezas para la recogida de datos y para su evaluación. Ahora bien, en materia de recolección de datos, las destrezas o la especialización del trabajador social que dirige un estudio sobre las necesidades de una comunidad se parecen muy poco a las del trabajador social con casos que intenta precisar y valorar las dificultades personales de los clientes individuales.

De ahí que en la práctica sea frecuente el hecho de que, cuando se adopta el *modelo generalista*, la ayuda efectiva proceda, sin embargo, en definitiva, de los

especialistas, ya sean *trabajadores sociales con casos*, ya *trabajadores sociales con grupos*, ya *organizadores de la comunidad*.

La mayor utilidad de este modelo es, pues, como se ha apuntado antes, la de ofrecer a los profesionales una perspectiva orientadora, que les lleve a alcanzar una coordinación de esfuerzos muy superior a la que, en otro caso, hubieran logrado.

Y el reproche más grave que se le hace es que obliga al trabajador social a dominar igualmente bien los conocimientos y las destrezas que se requieren para ejercer tanto en los *servicios directos* como en los *indirectos*, lo cual parece demasiado pedir al profesional, a quien, además, la teoría de los sistemas está lejos de poder proporcionarle los saberes específicos, necesarios para realizar todas esas tareas.

3.5.2. El modelo fundado en los problemas y en los grupos de población

Se trata de un modelo un tanto parecido al anterior. En él la atención se concentra en un problema específico (como, por ejemplo, el de la salud mental en la comunidad) o en un grupo especial de población (v. gr. el de los ancianos).

La idea que late en este enfoque es que, más que limitarse a los concretos problemas o grupos de población, la *práctica del Trabajo Social* debe proponerse considerar toda la experiencia en su integridad, así como el entero entorno social en el que existen esos problemas y grupos de población.

Así, por ejemplo, en el Trabajo Social con ancianos el profesional tiene que ser capaz de afrontar los problemas de desarrollo de las personas de edad, ser experto en el uso de las técnicas de trabajo con personas y grupos y emplear los métodos de la *Organización Comunitaria*, para cambiar las prácticas institucionales.

Y es que los mayores padecen problemas personales, algunos de los cuales pueden tener solución, trabajando con ellos como individuos, pero muchos sólo podrán resolverse en grupos y en instituciones residenciales, y algunos, incluso, sólo brá afrontarlos con más eficacia desde la *Organización de la Comunidad*.

El modelo fundado en los *problemas* y en los *grupos de población* requiere una especialización a lo largo de las diversas líneas del área funcional, que es algo así como el enfoque de los *campos de práctica* que estuvo en vigor en los años veinte y treinta.

En opinión de algunos, la especialización con base en los distintos sectores del área funcional tiene más sentido que las especializaciones metodológicas, por razón de la gran cantidad de conocimientos con que contamos acerca de los problemas y de los grupos de población.

Según, pues, este modelo, en el caso de que se tratara de un problema de vivienda, el trabajador social ideal sería el que fuera un experto en esa materia, es decir, el que dominara cuestiones como las agencias que se dedican a la vivienda, la economía de la vivienda, los diversos grupos que afrontan problemas de vivien-

da, los aspectos sociopsicológicos de la relocalación, el redesarrollo y la renovación urbana, etc.

No parece que este tipo de especialización suscite grandes objeciones, pero tampoco da la impresión de convencer demasiado sobre su especial utilidad como gran principio organizador de la formación de los futuros trabajadores sociales. Una de las varias razones es que la mayoría de las cuestiones que ocupan y preocupan a tales profesionales no está tan claramente delimitada en función de los grupos de población o de los problemas.

Los ancianos, los grupos de menores y los niños tienen todo tipo de problemas semejantes (respecto del mantenimiento de los ingresos, de la vivienda, del empleo, etc.) y esos problemas no son todos tan diferentes para cada grupo. Es más, los problemas sociales de los individuos, como la vivienda, el empleo y las relaciones familiares, no surgen, por lo común, aislados, sino que se presentan unidos a un número de otros problemas.

Hay todavía otro motivo por el que este modelo no inspira grandes entusiasmos que digamos, y es que a los alumnos de Trabajo Social los encierra demasiado pronto en una especialización, en detrimento evidente de su carrera profesional. Lo normal y lo lógico es que la especialización se elija, después de alcanzar un amplio conocimiento de todo el campo del Trabajo Social y también del bienestar social, pero no antes.

Cabe pensar además que constituye una aproximación al desarrollo de la carrera realmente discutible, incluso vista la cuestión a largo plazo, porque los problemas sociales y los grupos de población no son algo estático, sino dinámico. No hay más que ver lo que han variado en el último medio siglo las respuestas dadas por el Trabajo Social y el Bienestar Social a los tremendos cambios producidos en la sociedad.

Se le reprocha, asimismo, a este modelo que exija de los trabajadores sociales el dominio, por igual, de los saberes y destrezas requeridos tanto para los *servicios directos*, como para los *indirectos*, lo cual resulta, sin duda, excesivo.

3.5.3. El modelo basado en la distinción entre "servicios directos" y "servicios indirectos"

No siempre es esta dicotomía de "servicios directos" - "servicios indirectos" (*direct and indirect services*) la que se toma como base para establecer una bifurcación en la *práctica del Trabajo Social*, que divida a esta última en dos grandes campos.

A veces se utilizan, a idénticos efectos, la de *modalidad clínica-modalidad de cambio social* (*clinical and social change tracks*), la de *servicios para individuos, familias y grupos* y *grupos-servicios para el cambio social* (*services to individuals, families and groups and social change services*), o la de *trabajo social-bienestar social* (*social work and social welfare*).

La expresión *servicios directos* se emplea aquí para designar las específicas y concretas actividades que los profesionales realizan, con el fin de ayudar a cuantos padecen problemas sociales.

Esas actividades se caracterizan por poner al trabajador social en contacto directo con el cliente, contándose entre ellas la terapia, el asesoramiento, la educación, la "abogacía", la recogida de información y la remisión del cliente a otra agencia o colega, y aquellos aspectos de la *Organización Comunitaria* que proponen a grupos y organizaciones las actividades del trabajador social.

Por *servicios indirectos* se entienden, en cambio, aquellas actividades que los trabajadores sociales concentran en las instituciones del bienestar social, y que, por ello, no los ponen en contacto directo con los clientes, ya que se realizan a sus espaldas, en lo que metafóricamente podría llamarse la trastienda del sistema. En ellas merece destacarse la planificación, el análisis de la política del bienestar, el desarrollo de los programas, su evaluación, su administración, etc.

Este modelo no sólo no se hace innecesario, sino que, en opinión de algunos de sus precondicionadores, requiere incluso una subespecialización, dentro de estos dos grandes sectores, en materia de métodos, problemas, grupos de población, etc. Según esto, todos los trabajadores sociales, ya presen *servicios directos*, ya *indirectos*, deberían, fuera de su jornada, profundizar en los conocimientos y en las destrezas requeridos por las particulares funciones de su trabajo, como, por ejemplo, el asesoramiento clínico, la salud mental en la comunidad, los servicios para la tercera edad, etc.

La razón que avala la preferencia de algunos por este modelo radica en su convicción de que los trabajadores sociales necesitan emplear distintos tipos de conocimientos y de destreza, según que su práctica profesional se realice en los *servicios directos* o en los *indirectos*.

En los primeros, los profesionales tienen que dominar los saberes y las destrezas referentes a la dinámica de la relación interpersonal. Evidentemente, quien quiera ayudar a individuos, familias y grupos ha de saber mucho acerca de cómo la gente se comporta y se relaciona con el Trabajo Social, ya que esas interacciones y relaciones constituyen la parte más importante del proceso de ayuda en los *servicios directos*.

Tiene que tener también un profundo conocimiento de cómo ayudar a la gente a desarrollar sus capacidades y a habérselas con su entorno, es decir, ha de dominar una amplia gama de saberes socio-psico-biológicos. Una vez que el alumno de Trabajo Social haya adquirido este dominio, habrá que alentarle para que se especialice dentro de los *servicios directos*, de modo que como profesional tenga muy afinada su capacidad para tratar con particulares tipos de personas y de problemas.

De un modo análogo, para trabajar en los *servicios indirectos* los profesionales tienen que dominar los saberes y las destrezas relativos a los sistemas organizacionales y políticos, así como las habilidades técnicas necesarias para dirigir, manejar y analizar grandes cantidades de información.

En cuanto a las destrezas en la interacción, no es que no se requieran en los *servicios indirectos*, sino que las utilizadas en éstos difieren, en importantes aspectos, de las empleadas en los *servicios directos*. Y así, en los primeros, dichas destrezas tienden a concentrarse en las variables sociopolíticas de la relación, en vez de en sus aspectos sociopsicológicos.

Así, un trabajador social dedicado a la planificación de un mejor programa para el cuidado de los niños dependientes, por ejemplo, es probable que nunca se relacione intensamente con niños o padres individuales, como lo hace el profesional que trabaja en los *servicios directos*, ya que lo suyo son los números, las cifras, los hechos y la preocupación por la organización, y no el trato personal y directo con aquéllos.

Con las que sí entrará en interacción será con otras muchas personas que también intervienen en ese trabajo, esto es, con otros profesionales, administrativos, cargos electivos, etc. Pero esa interacción es muy probable que sea leve, y lo que es más importante, será básicamente instrumental, para conseguir la realización de la tarea planificadora.

Los partidarios de este modelo señalan, por último, que no sólo evita algunos de los inconvenientes de que adolecen los otros, sino que, además, proporciona al conocimiento de la *práctica del Trabajo Social* una organización lógica.

3.5.4. El modelo sistémico

Desde los años setenta tuvo gran predicamento en el Trabajo Social y fue también objeto de no pocas controversias la llamada "teoría de los sistemas", que, procedente, en el fondo, del darwinismo social de Herbert Spencer (Moix, 2006: 61-64), pronto quedó escindida en tres subteorías:

- La de los "sistemas generales";
- La de los "sistemas ecológicos";
- La de los "sistemas sociales";

En el Trabajo Social se partió de la teoría de los sistemas generales de Von Bertalanffy, quien, partiendo de una concepción biológica, aplicada analógicamente a las realidades sociales, vio todos los organismos como sistemas, compuestos a su vez de subsistemas, los cuales se descomponen sucesivamente en subsistemas menores o, por el contrario, se integran en sistemas mayores o macrosistemas. De ahí que, si el hombre se considera como un sistema, esté, por un lado, compuesto por subsistemas (respiratorio, circulatorio, etc.) y, por otro, integrado en un grupo, familia, etc., que son respecto de él macrosistemas, los cuales a su vez, son subsistemas de un macrosistema superior que es la sociedad, como ya hemos expuesto ampliamente en otro lugar (véase apartado 3.5.1).

En su aplicación del modelo sistémico al Trabajo Social, Allen Pincus y Anne Minahan (1973) consideran que, para llevar una vida satisfactoria, las personas necesitan de los sistemas de su entorno social inmediato, que se clasifican en:

- a) *Sistemas informales o naturales*: la familia, los amigos, los compañeros, etc.
- b) *Sistemas formales*: las corporaciones sociales, sindicatos, etc.
- c) *Sistemas socializadores*: los hospitales o las escuelas, etc.

Cuando no pueden utilizar estos sistemas, bien porque no existan, no sepan aprovecharlos correctamente o no los conozcan, o bien porque los sistemas o sus normas les crean problemas o entren en conflicto entre sí, las personas solicitan ayuda. Y de lo que se trata es entonces de prestársela, para que puedan moverlos y beneficiarse de ellos, y, resolviendo así sus problemas, puedan lograr su plena realización, el mejoramiento de su funcionamiento social y su mayor bienestar.

El modelo sistémico utiliza un tipo específico de entrevista, que consta de cuatro fases, que tienden a conseguir no sólo la participación e implicación de los miembros de la familia, sino también, y principalmente, la efectividad de una terapia que los "enganche", para que la continúen en las siguientes entrevistas, necesarias para obtener el suficiente conocimiento de los problemas, y sea posible empezar el cambio.

3.5.5. El modelo ecológico

Se debe a Carrel Germain & Alex Gitterman (1980), quienes con este modelo hacen la más importante formulación de la teoría de los *sistemas ecológicos*. Consideran que la persona está en una constante situación de intercambio adaptador con muchos y diferentes elementos de su entorno, y en tal situación persona y entorno cambian y se influyen recíprocamente, dando lugar a un proceso incesante de adaptación mutua.

Por una parte, los problemas sociales (pobreza, discriminación, degradación, etc.) contaminan el entorno social, reduciendo las posibilidades de dicha adaptación. Por otra, los sistemas vitales (individuos y grupos) deben tratar de mantener un buen acoplamiento con su medio ambiente, pues todos necesitan los adecuados recursos, alimentos, información, etc. para subsistir y desarrollarse.

El problema aparece, en forma de estrés, al quebrarse el equilibrio adaptativo entre nuestras necesidades y las posibilidades del entorno, a causa de ciertas transiciones vitales (cambios evolutivos, de estatus y rol, reestructuración del espacio vital, etc.), presiones del entorno (desigualdad de oportunidades, organizaciones insostenibles e inhumanas, etc.), y sucesos interpersonales (explotación, racismo...), etc.

En su práctica se distinguen tres fases: inicial, intermedia y final.

- a) En la fase inicial, el trabajador social comienza su preparación, pensando e investigando sobre la naturaleza teórica del problema, y adquiriendo contacto emocional con los sentimientos y reacciones del cliente. Entre este y el profesional ha de llegarse a un acuerdo sobre los problemas, prioridades, compromisos, etc.
- b) La fase intermedia se concentra en los clientes y las organizaciones o en éstos y las redes sociales, así como en aquellos aspectos del entorno físico que son causa del estrés. El profesional debe ayudar al cliente utilizando tres roles: docente, motivador y facilitador de medios para definir tareas, movilizar soportes ambientales, etc.
- c) Debe concluir con la evaluación del proceso, como elemento imprescindible.

3.5.6. El modelo basado en las redes y en los sistemas de apoyo

Este modelo, debido a James Garbarino (1983) y Ronald G. Walton (1986), entre otros, constituye uno de los despliegues más conocidos de la teoría de los sistemas. Se centra en la capacitación de "cuidadores informales" o "naturales", para que ayuden a amigos, vecinos y familiares que lo necesitan. Estos "cuidadores" han sido antes clientes y, previa su capacitación y formación, se integran en una red, para ofrecer recursos a otros, además de una ayuda mutua.

A diferencia del Trabajo Social tradicional, en el que el cliente, una vez resuelto su problema, sale del sistema asistencial, en este enfoque permanece en él, para ayudar a los demás.

El papel del trabajador social es aquí el de actuar como intermediario entre la gente, y no limitarse a una relación con el cliente. El objetivo es conseguir la interdependencia del cliente con su red, no su propia independencia.

3.5.7. El modelo autobiográfico: el relato de la vida

El *relato de la vida* (*life story*, *récit de vie*, etc.) es un modelo procedente de la Sociología y de la Antropología, y se basa en la idea de la "recuperación del ser humano" como algo objetivo u objeto de estudio, en el que el sujeto individual es el protagonista, y sus vivencias son como trozos de su vida.

Su incorporación al Trabajo Social se debe a la proximidad que existe entre la *historia o relato de la vida*, que es la técnica específica de este modelo autobiográfico, y la *historia social* (de la que nos ocuparemos más adelante), que es una técnica propia del Trabajo Social (Santos y Pérez, 1998).

Ese *relato de la vida* no es más, como su nombre indica, que la narración de una determinada existencia humana, tal como la persona que la ha vivido la cuen-

ta, para deducir de su pormenorizado análisis el tratamiento posterior que tenga que darle el Trabajo Social.

Las entrevistas para la realización de *relatos de la vida* ofrecen dimensiones sociológicas, culturales e históricas, y requieren una elección precisa de los sujetos que se han de entrevistar y de las preguntas a formular, así como la interpretación de lo que se cuenta, todo lo cual exige una preparación previa, dotes de empatía y habilidad para relacionar todos los aspectos.

En tales entrevistas, Juan José Pujadas (1992) distingue cinco etapas:

- Inicial. De carácter general y simple contacto.
- De encuesta. Esta etapa, junto con la anterior, permite delimitar el núcleo del análisis y establecer los criterios de selección de los informantes. La entrevista en este momento debe tener un carácter abierto y dialogante, que estimule en todo momento al cliente. No obstante, debe ser preparada previamente con preguntas semiabiertas.
- De grabación, transcripción y elaboración de los *relatos*.
- De análisis e interpretación. En estas dos últimas fases hay que contar con un soporte informático y con un registro temático que agrupe la información por grandes capítulos: socialización, trabajo, sociabilidad, experiencias migratorias, movilidad socioprofesional, creencias y prácticas religiosas, valores, ideología política, procesos de desviación y/o marginación, etc.
- De conclusiones. Es de advertir que, por regla general, suele realizarse un número determinado de *relatos de la vida*, para estudiar una concreta problemática, en cuyo caso, una vez seguidos los pasos descritos, ha de hacerse un análisis global, exponiendo las conclusiones finales. Puede servir de ejemplo *Andares y caminos. Historias de seis familias españolas* de López Aller y López-Accotto (1993). Mayor información puede encontrarse en: Szczepanski, J. (1979), Sarahia, B. (1992) y el monográfico *El libro de la memoria* (*Historia de la vida*) (Fundación la Caixa, 1979).

3.5.8. El modelo existencial

Se trata de un modelo expuesto por su autor, Donald F. Krill (1978), en su obra más conocida, quien, tomando ideas de Carl R. Rogers, de la psicología gestáltica, del zen y de filosofías similares, siguió, ante todo, las huellas de la filosofía existencialista de la posguerra, fundada, como es sabido, en el pensamiento condensado en la célebre frase de Martín Heidegger: "*Die Existenz geht der Essenz voran*" ("La Existencia precede a la Esencia") (Moix, 1982: 304-353), bien que el gran filósofo se mantuviera finalmente al margen del existencialismo, dejando su hderazgo a Jean-Paul Sartre (1946; 1953).

Este modelo existencialista pretende ayudar a las personas aquejadas de angustia vital, de existencial zozobra, de radical inseguridad, etc., a superarla, esta-

bleciendo relaciones útiles con otras personas diferentes, que, "significando otro sistema" (*significant other system*) actúen como un SOS, que es el anagrama de esta frase.

En este modelo, para resolver los problemas de angustia, depresión, miedo, ansiedad, inseguridad, etc., hay que empezar por la aceptación del cliente, de su estilo de vida y de su filosofía, evitando toda opresión y paternalismo.

El tratamiento se basa en tres elementos fundamentales: énfasis en el cambio experiencial, centralización en el cliente y compromiso personal por parte del trabajador social, para influir en la solución de los problemas del cliente apoyándose en sus valores, sentimientos y actitudes.

En el curso de ese proceso se suelen distinguir tres fases, en las cuales:

- el profesional hace ver al cliente su disposición favorable a interesarse por él, a comprender sus problemas y a participar activamente en ellos;
- demuestra receptividad, reconociendo los logros y progresos que se están realizando; y
- hace ver al cliente que disfrutar de seguridad no siempre es lo más importante para la existencia.

Como el trabajador social no dispone de un modelo ideal de cómo deben ser los clientes y la propia sociedad, no cabe ni diagnóstico ni pronóstico, sino más bien el objetivo de estimular al cliente para que indague y opte por distintas opciones de vida.

3.5.9. Otros modelos de menor aplicación

Por su escasa vigencia y sólo a efectos de curiosidad científica, nos limitaremos a destacar, entre otros:

- El *modelo cognitivo de Goldstein*, que sigue el enfoque humanista y pretende basarse en la *teoría del aprendizaje social* y, concretamente, en su *teoría del modelado*.
- El *modelo de Corrigan y Leonard*, que, dentro de las aproximaciones radicales y marxistas, se funda en el materialismo histórico.
- El *modelo feminista y no sexista*, que ha suscitado interés desde principios de la década de los ochenta y cuyas raíces están en el movimiento de liberación de la mujer de los años sesenta y setenta.
- Los *modelos socio-psicológicos y de comunicación*, fundamentados en una serie de ideas y conceptos procedentes de las teorías sociológicas, como la *teoría de los roles* o el *etiquetado e interaccionismo simbólico* (Payne, 1975: 199-283).

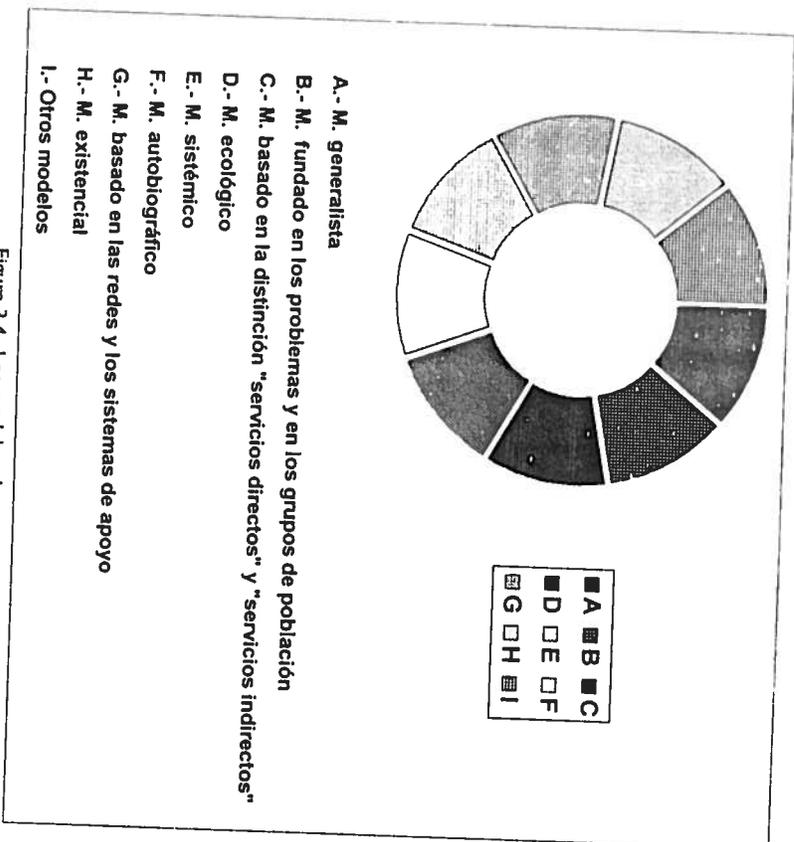


Figura 3.4. Los modelos alternativos.

Las técnicas de actuación

4.1. Las técnicas directas

Es sabido que las técnicas son los instrumentos o herramientas utilizados en el empleo del método. Para Madeline Grawitz (1981:349) son "procedimientos operativos rigurosos, bien definidos, transmisibles, susceptibles de ser aplicados operativamente en las mismas condiciones, adaptados a la clase de problema y de fenómeno de que se trate" ("*procédés opératoires rigoureux, bien définis, transmisibles, susceptibles d'être appliqués à nouveau dans les mêmes conditions, adaptés au genre de problème et de phénomène en cause*").

Puesto que el Trabajo Social comparte técnicas con otras disciplinas sociales y humanas, el trabajador social debe saber adaptar cada una de ellas al método elegido y al objetivo propuesto.

En nuestra disciplina se suele distinguir entre técnicas *directas* y técnicas *indirectas*. Las primeras son aquellas que ponen al trabajador social en contacto directo con su cliente. Las segundas son las que se emplean a sus espaldas e, incluso, por su parte, son las llamadas *técnicas técnicas documentales*.

Las *técnicas directas* pueden ser *individuales* y *grupales*. Las *técnicas indirectas*, Analicemos separadamente unas y otras.

4.1.1. Las técnicas individuales

Pueden ser *verbales* (v. gr. la entrevista) y *no verbales* (v. gr. la observación).

CONFESIÓN

99-123 -> 100000
 123-123 -> 2. por 200



A) LA ENTREVISTA

Es el medio usual, en la práctica, de entrar en contacto con el cliente y de establecer una relación con él. Las técnicas de una buena comunicación, sobre todo las habilidades para escuchar al cliente y mantener con él una entrevista, son esenciales en el Trabajo Social, porque permiten una fructífera relación personal con él. Entre nosotros la entrevista ha sido estudiada monográficamente por Teresa Rossell (1989).

Observa Kadushim (1990) que, "si bien el trabajo social lleva consigo muchas tareas además de la simple entrevista, el trabajador social invierte más tiempo en ésta que en cualquier otra actividad. Es la técnica más importante y que con mayor frecuencia emplea el trabajador social".

Como es sabido, la entrevista se caracteriza por:

- a) Realizarse verbalmente.
- b) Ser asimétrica (el entrevistador ocupa en ella una situación de cierto predominio sobre el entrevistado). *(CONTADICCIÓN)*
- c) Basarse en un clima de comprensión mutua. *(COMPROMISIÓN)*

Se ha señalado que los distintos objetivos que puede proponerse una entrevista se reducen a tres:

- a) Obtener datos acerca del entrevistado.
- b) Proporcionarle información.
- c) Facilitar su evaluación. *¿COMPROMISIÓN?*

Se distinguen también tres tipos de entrevista, por razón del método empleado en ella:

- a) La entrevista dirigida (método directivo).
- b) La entrevista guiada (método semidirectivo).
- c) La entrevista no dirigida (método no directivo).

Las características diferenciales de cada una de ellas se reflejan en el cuadro 4.1.

a) Dinámica de la entrevista

En toda entrevista se dan distintos momentos que hay que tener en cuenta:

- Antes de la entrevista.
- El día de la entrevista.

¿cómo se relaciona con el trabajo social?

Cuadro 4.1. Tipos de entrevista

Características	Tipos de entrevista		
	Dirigida (método directivo)	Guiada (método semidirectivo)	No dirigida (método no directivo)
Déxico			
Deja hablar al entrevistado	No	Si	No
Adopción de actitudes apropiadas (psicológicas y pedagógicas)	No		Si
Expresión			
El pensamiento del cliente	No	Bastante	Mucho
Sus intereses	No	Bastante	Mucho
Sus preocupaciones	No	Bastante	Mucho
Su capacidad de adaptación	No	Bastante	Mucho
Actitud			
Tendencia del cliente a calcular sus respuestas	Alta	Escasa	Nula
Tono de la entrevista	Tenso	Relajado	Relajado
Cooperación	Nula	Buena	Buena
Eficacia	Alta	Media	Media

- Durante la entrevista.
- Después de la entrevista.

Analicémoslos separadamente, indicando la actuación del trabajador social en cada uno de ellos. ¿Qué debe hacer concretamente el entrevistador?

1. Antes de la entrevista:

- a) Acordar la citación.
- b) Reservar el lugar de su celebración.
- c) Comunicar al cliente una o dos semanas antes de la cita:

- La fecha, la hora y el lugar (facilitando, en caso necesario, un plano de situación e información de los medios de transporte).
- El motivo.

- La información o prospectos útiles.
 - Los documentos que debe aportar el cliente.
- d) Consultar la historia social del cliente, y, en su caso, solicitar información a otro profesional o entidad.

2. El día de la entrevista:

- a) Informar al recepcionista, conserje, etc., de la hora de su celebración.
- b) Preparar el lugar de reunión, teniendo en cuenta:
- La comodidad del cliente, procurando un ambiente de orden y confort lo más acogedor posible.
 - La disposición de los asientos convenientes (véanse figuras 4.1 y 4.2).
 - La temperatura y la iluminación.
 - Las medidas de protección, en caso necesario.
 - La accesibilidad a un teléfono.
 - Lo conveniente si hubiera niños, minusválidos, etc.
 - El material preciso (bolígrafos, papel, ordenador, etc.).
- c) Cuando llega el cliente, valorar:
- Su puntualidad.
 - Su presentación y salud.
 - Su actitud ante las preguntas que se le formulen, etc.

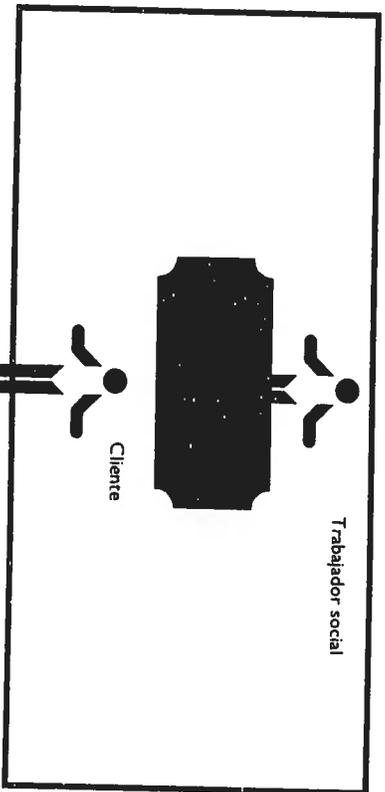


Figura 4.1. Disposición habitual en la entrevista personal.

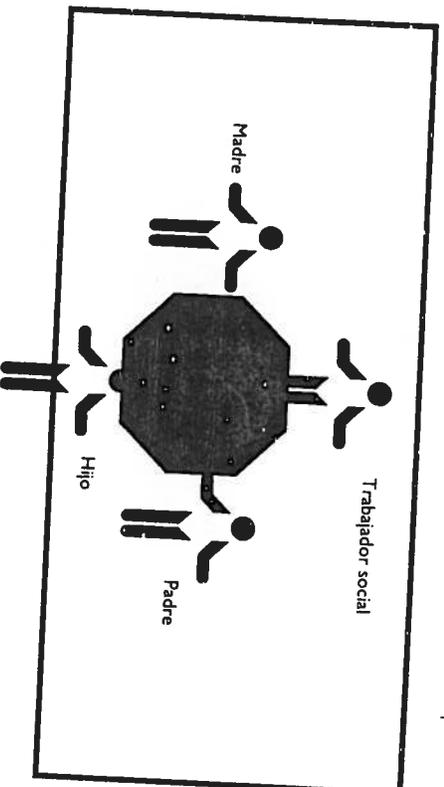


Figura 4.2. Entrevista familiar o pluripersonal.

- 3) Durante la entrevista:
- a) Observar la actitud inicial del cliente.
- b) Atenderlo.
- c) Fijarse en lo que realmente quiere decir el cliente, independientemente de lo que diga.
- d) Cuidar el propio lenguaje, pues el cliente conoce y juzga al trabajador social por sus palabras.
- e) Emplear preferentemente los artículos indeterminados y objetivar los problemas para aumentar la confianza del cliente.
- f) Iniciar las preguntas por las más relevantes o de mayor importancia o por las más convenientes en cada caso.
- g) Enfocar la entrevista hacia temas de interés mediante la utilización de transiciones, las cuales pueden revestir diversa intensidad:
- Suave: cuando el cambio de tema se produce sin que el cliente "se de cuenta" de que es "dirigido". Es eficaz para encauzar la entrevista.
 - Acentuada: cuando se desca que lo que ha estado exponiendo el cliente influya sobre el nuevo tema que se va a tratar. Ahorra tiempo y aclara la situación;
 - Brisca: cuando se introduce un nuevo tema en la entrevista de modo inesperado. Permite despertar interés en el cliente y conducirle mejor al objetivo propuesto.

- h) Programar las sucesivas tareas o gestiones que se deben realizar en su caso.
- i) Terminar con un resumen de lo tratado.
- j) Despedirse y acompañar al entrevistado a la puerta.

4. Después de la entrevista:

- a) Registrar inmediatamente los aspectos relevantes.
- b) Comenzar el trabajo de seguimiento que haya de hacerse, en su caso, y comunicarse y actuar de enlace con otras personas y organismos relacionados con el entrevistado, si fuere necesario.
- c) Recordar por cualquier medio al cliente gestiones, tareas, próximas citas, etc., cuando fuere útil.
- d) Si el caso lo requiere, hacer las oportunas derivaciones a otros departamentos e instituciones.
- e) Realizar gestiones para dichas derivaciones, hacer el informe social etc.

b) El lugar de la entrevista

En muchas ocasiones, y por exigencias profesionales, los trabajadores sociales ven obligados a realizar entrevistas fuera de su despacho habitual, aprovechando otros ambientes, denominados por Lishman (1994) "secundarios", que pueden ser muy diversos:

- Otro despacho de la agencia.
- Una residencia o centro asistencial.
- Una cárcel u otro centro penitenciario.
- Una escuela o centro educativo.
- Un hospital (ya sea psiquiátrico o general).
- Un centro de día.
- Un centro comunitario.
- Cualquier ambiente informal (cafetería, biblioteca, etc.).

De todas formas, lo más común es la *visita domiciliaria*, que, por su especificidad, se tratará aparte (véase punto C del apartado 4.1.1).

c) Las preguntas

Es evidente que la preparación y formulación de las diferentes preguntas que hayan de hacerse tiene una gran importancia para el éxito de una buena entrevista. No olvidemos que la mayoría de los autores coincide en destacar que, antes de hacer una pregunta, nos tiene que interesar su respuesta.

Como es sabido, Kadushin (1990) considera *útiles* cinco tipos de preguntas:

- Las *directivas* o *suggerentes*.
- Las de *respuesta sí/no*.
- Las *entrolladas* o *poco claras*.
- Las de *doble* o *múltiple* respuesta.
- Las que consisten en reiterar el *¿por qué?*

Más interesante consideramos la distinción que hace Pamela Trevithick (2002: 133-143) entre las *preguntas abiertas*, las *cerradas*, las *preguntas ¿qué?* y las *preguntas circulares*:

1. Las preguntas abiertas

Son las dirigidas a fomentar en los clientes la libertad de expresión y la exteriorización de sus pensamientos y sentimientos con sus propias palabras y cuando lo juzguen conveniente. Una serie de preguntas de este tipo es, con frecuencia, muy conveniente al empezar la entrevista, para obtener las informaciones de carácter general que el trabajador social necesita. Puesto que la entrevista inicial sirve fundamentalmente para reunir los elementos que permitan comprender el estudio del caso, la técnica consiste en hacer preguntas que provoquen respuestas de carga positiva, evitando las que puedan contestarse con un "sí" o un "no".

Ejemplos de preguntas abiertas

Para realisar una primera entrevista

- *Ejemplo 1.*
 - El trabajador social: "¿cómo puedo ayudarle?"
 - El trabajador social: "conozco todo lo ocurrido, pero me gustaría oír su propia versión de los hechos."
- *Ejemplo 2.*
 - El trabajador social: "¿qué puede decirme sobre lo que más le preocupar?"
 - El trabajador social: "me han informado de la expulsión del centro de su hijo, ¿puede contarme algo sobre esto?"

Para elaborar la historia social

- El trabajador social: "una manera de empezar a conocerle sería que me contara algo de su vida, ¿qué le parece?"
- "¿Quiere usted que empecemos por su infancia?, ¿dónde nació?", etc.
- "¿Qué es lo que más recuerda, ¿por dónde quiere empezar?" etc.

2. Las preguntas cerradas

Son aquellas que exigen la contestación con un "sí" o un "no" o con unas palabras esperadas, por ejemplo, las que indaguen el nombre de una persona, su domicilio, edad, etc. Se trata de preguntas útiles para obtener información objetiva o detallada, sobre todo si hay un límite de tiempo. Pueden emplearse también para centrar la entrevista, abrir áreas nuevas, cambiar su rumbo, apartarse de temas delicados o emotivos, o, por el contrario, aproximarse a ellos. Presuponen mayor preparación y responsabilidad en el entrevistador. Son valiosas cuando se trabaja con personas que no tienen mucha confianza en sí mismas, o que desconocen el idioma, o que han sufrido un accidente o se encuentran en estado de shock.

Ejemplos de preguntas cerradas

Para recoger de información básica, apertura del expediente, o para la historia o informe social

- Ejemplo 1.
 - Trabajador social: "bien, ¿me dice su nombre y apellidos?"
 - Cliente: responde
 - Trabajador social: "gracias, ¿su fecha y lugar de nacimiento?"
 - Cliente: responde
 - Ejemplo 2
 - Trabajador social: "es decir, tiene usted ahora... años?"
 - Cliente: responde
 - Trabajador social: "¿su profesión y estudios realizados?"
 - Cliente: responde
- Para retornar la entrevista y dirigir a gestiones anteriores:
- Trabajador social: "buenos días, recuerde que quedamos en que me traerá los certificados de empadronamiento y los documentos sanitarios, y en que, por mi parte, investigará las posibilidades de escolarización de sus hijos en los dos centros más próximos a su domicilio."
 - Cliente: "sí, tómelos".
 - Trabajador social: "Gracias. Sobre los colegios puede elegir entre el A y el B. La diferencia está en que el horario del primero empieza a las 9:00 y el del segundo, a las 9:30".
 - Cliente: "prefiero el segundo".

3. Las preguntas "¿qué?"

Se suelen utilizar en la terapia familiar y en otros tipos de terapia breve. Su principal ventaja es su total imprecisión, pues el ¿qué? explícito en la

pregunta deja al entrevistado la libertad de definir los temas o preocupaciones en los que desea expresarse. Otra ventaja es que pone el énfasis en el presente más que en el pasado, sin cerrar la posibilidad de hacer las preguntas relacionadas con éste último, si se considera necesario. Se trata de más amplios y el papel que otros individuos o factores puedan desempeñar en relación con ellos.

Ejemplos de preguntas ¿qué?

Para una primera entrevista

- Trabajador social: "¿qué puedo hacer para ayudarle?"
 - Trabajador social: "¿qué puedo preguntarle sobre su trabajo?"
 - Trabajador social: "¿qué puede decirme sobre su infancia?"
- Para una entrevista de seguimiento
- Trabajador social: "¿qué es de su vida?"
 - Trabajador social: "¿qué desea contarle?"

4. Las preguntas circulares

Se emplean sobre todo en la terapia familiar. Se trata de interrogaciones importantes, que, pese a su complejidad, rara vez se describen en los textos de Trabajo Social. Sirven para recoger información y destacar las diferencias entre los diversos miembros de una familia, y cómo estas personas se relacionan entre sí o se enfrentan con un problema determinado. Para ello, se pide a cada uno de los integrantes de la familia o del grupo que haga comentarios sobre el comportamiento, actitud u opinión de los otros miembros, tratando de poner de relieve la "causalidad circular", es decir, la influencia recíproca que ciertas conductas ejercen en cada uno de ellos. Cabe en ellas una gran variedad de temas y el más diverso contenido, como la ausencia o fallecimiento de alguno de los miembros, su cambio de trabajo o actividad, etc.

Ejemplo de preguntas circulares

Para una entrevista familiar, a propósito de una cliente toxicómana

- Trabajador social: "¿qué sienten cuando su hija no llega por la noche?"
- Madre: "yo no puedo estar acostada un solo minuto".
- Padre: "bueno, yo me duermo, porque siempre aparece al día siguiente".
- Hermana: "es mentira, papá, tú eres el que se queda despierto, siempre ha sido tu preferida".
- Trabajador social: "¿qué le dicen cuando vuelva? ¿cómo se comportan?"

- Madre: "siempre viene sucia y una algo roto, le digo que se duché y coma algo".
- Padre: "la grito, la regaña y la digo que le próxima vez no vuelva".
- Hermana: [visiblemente irritada] "siempre hacéis lo mismo, y nunca pasa nada distinto, tenéis que hacer algo de verdad".
- Trabajador social: [se dirige a ellos despacio y amablemente, pero con autoridad, dando mues- tras de controlar la entrevista] "está bien, no se trata de que se peleen [lo mejor es que digen de discutir y contesten a mis preguntas, ¿de acuerdo? [el trabajador social espera a que todos asienten], bien, sigamos, y ¿qué hace su hija cuando se levanta al día siguiente?, ¿les comunica sus proyectos? ..."

d) La empatía

En la entrevista hay que crear una comunicación y establecer una relación positiva basada en el entendimiento mutuo entre cliente y trabajador social. Para ello hay que conseguir un ambiente estimulante donde domine la sinceridad y la confianza, para que, así, el cliente, al dirigirse al profesional, perciba que va a obtener su ayuda y colaboración en la solución de sus problemas.

Se debe impedir asimismo que el cliente se mantenga en un terreno vago e impreciso, pues el profesional necesita determinar si éste y su petición caen dentro de la competencia de su organismo, o si tiene derecho a beneficiarse de la ventaja que solicita.

Si el trabajador social se diera cuenta de que el cliente está mal orientado y ha recurrido a un servicio que no puede hacer nada por él, procedería la suspensión del interrogatorio, para comunicarle que, desgraciadamente, el organismo al que ha acudido no es competente, y entonces le dirigiría al que lo fuera.

Si la persona no estuviera demasiado angustiada con su problema, bastaría con que el profesional le indicara la dirección del servicio que pueda ayudarle. Pero si, por el contrario, el cliente estuviera muy turbado, entonces debería apoyarle, con- certando telefónicamente una entrevista para él o escribiéndole una carta de pre- sentación.

Todo ello exige el establecimiento de una corriente de *empatía*, que, con re- fuerzo de la confianza del cliente, permita al trabajador social ponerse en su lugar, para poder llegar a sentir y comprender sus emociones, pensamientos, acciones y situaciones.

Ejemplos de diálogo empático

- Cliente: "mi hijo suspendió el curso pasado, lo he pasado muy mal, porque además empezó a ausentarse de casa".
- Trabajador social: "por lo que dice, me da la impresión de que usted ha estado bastante triste, y de que todavía se encuentra angustiada, ¿qué tal han ido las cosas en casa desde el año pasa- do?".

- Cliente: "desde que me echaron del trabajo, tuve que dejar mi piso, y vender todos mis cosas. Vivo desde hace una semana en el albergue, he estado en la calle, en el parque, donde he po- dido ..."
- Trabajador social: "esa es una de las peores experiencias y situaciones que podemos vivir los seres humanos, no tener ningún sitio fijo donde ir, ¿cómo ha logrado sobrevivir?".

e) Término de la entrevista

Cuando se ha empezado fijando un límite de tiempo claro, y se ha ido contro- lando éste con advertencias regulares, pero discretas, se puede suponer que la ma- yoría de los clientes asientan a su término, pero caben otras situaciones:

- Que el cliente lo impida con alguna revelación importante.
- Que no sepa cómo despedirse.
- Que haya más personas o alguna reunión de trabajo esperando, etc.

En todo caso, lo importante es controlar el tiempo, sin perjuicio de que esto pueda hacerse con mayor o menor flexibilidad.

Ejemplos de conclusión de una entrevista

Una terminación sin complicaciones

- Trabajador social: "bien, tenemos todavía diez minutos y me pregunto cómo le gustaría utilizar el tiempo que nos queda".
- Cliente: "¿puede decirme qué tendré que hacer mi hijo cuando termine este programa de de- sintoxicación?".

Una terminación con revelaciones a último hora

- Trabajador social: "bien, tenemos todavía diez minutos y me pregunto cómo le gustaría utilizar el tiempo que nos queda".
- Cliente: "de acuerdo, pero hay algo que quisiera decirle. Verá, yo le dije el primer día que no estaba casada, pero resulta que no es cierto. Tengo miedo de que me retiraran la prestación económica y las becas del comedor" [comienza a sollozar].
- Trabajador social: "bueno, tranquila, pero es que se trata de una información importante, no sólo porque figure usted en nuestros expedientes como soltera o casada, sino porque, a todos los efectos, su situación personal puede cambiar bastante".
- Cliente: "sí... pero a peor, porque estoy casada, pero mi marido está en la cárcel, mis hijos creen que su padre ha muerto, y mi familia lo mismo". Y si además ustedes me quitan las ayu- das... [vuelve a sollozar].
- Trabajador social: "vamos a ver, Berta, veo que esto tiene más importancia de la que parece, y sintiéndolo mucho, tenemos que concluir hoy la entrevista, porque tengo citadas a otras perso- nas".

- Cliente: no contesta.
- Trabajador social: "le parece que le dé cita para otro día y hablemos desde el inicio de este tema?".
- Cliente: "con mucho gusto, y perdone".

B) LA ENTREVISTA CON INTERPRETE

En el Trabajo Social con refugiados, inmigrantes, etc. es imprescindible recurrir a los intérpretes dando lugar a entrevistas que presentan mayor dificultad, porque la comunicación directa entre el trabajador social y el cliente tiene que establecerse a través de una tercera persona que haga de intérprete.

La presencia de esta tercera persona en la entrevista se hace también necesaria en el caso de ciertos minusválidos, como por ejemplo, los sordomudos, cuyo lenguaje de signos debe conocer, en tal caso, el intérprete.

Con él tratan de resolverse los problemas que puedan surgir, cuando los participantes no comparten el mismo idioma, ni la misma cultura, ni las mismas posibilidades de comunicación. En tal caso, la interacción se hace más compleja, y los gestos o la mímica pueden prestarse a malentendidos y confusiones.

En estos supuestos la índole del problema requeriría, lógicamente, por parte del trabajador social un estudio intensivo de idiomas y una participación en culturas ajenas durante un largo período de tiempo, cosa, de hecho, imposible. Por ello, un intérprete hábil y bien entrenado puede proporcionar el puente necesario entre el trabajador social y el cliente, tanto en la comunicación verbal como en la no verbal (véase figura 4.3).

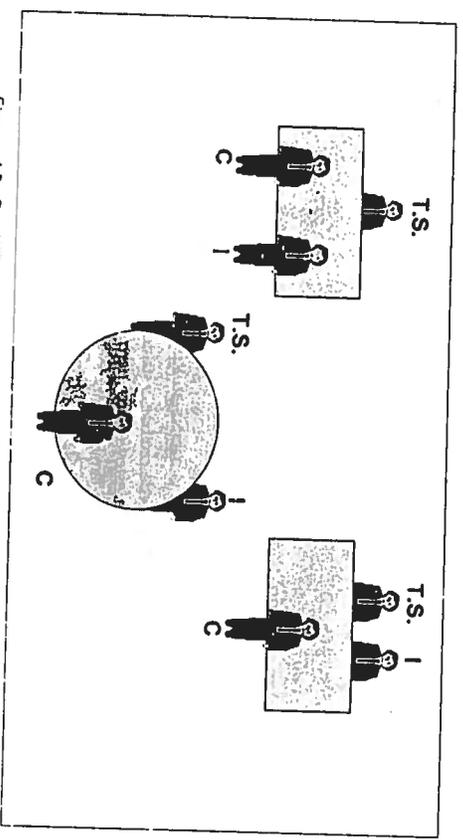


Figura 4.3. Posibilidades de colocación en las entrevistas con intérprete.

suministrando parte de lo que el T.S. debe saber para la entrevista

No sólo es, obviamente, difícil encontrar buenos intérpretes, sino que, además, las dificultades aumentan, cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:

- Excesiva identificación entre el cliente y el intérprete.
- Excesiva identificación entre el intérprete y el trabajador social.
- Predominio del intérprete.
- Su rechazo por parte del cliente.
- Comprensión distorsionada y falscada de las acciones, sentimientos y pensamientos de todos los presentes.
- Entendimiento verbal restringido o bloqueado, pese a la buena relación emotivo-cultural.
- Relación emotivo-cultural restringida y bloqueada, a pesar del buen entendimiento verbal entre cliente e intérprete.

[Se ilustran a continuación, inspirándose en Araceli Luque (1996), en las figuras 4.4 a 4.15 inclusive]

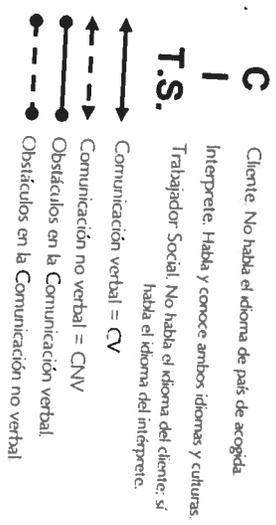


Figura 4.4. Leyendas explicativas de los siguientes gráficos.

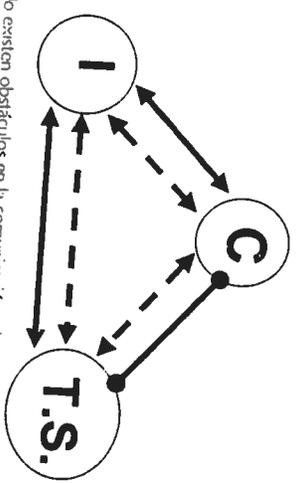
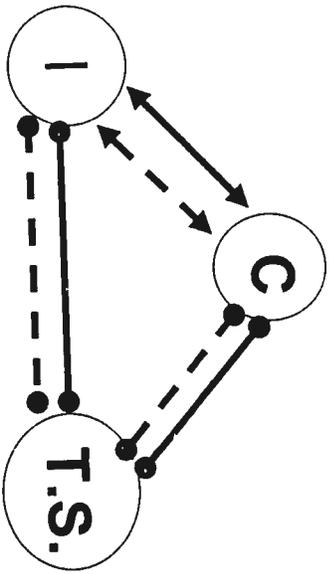


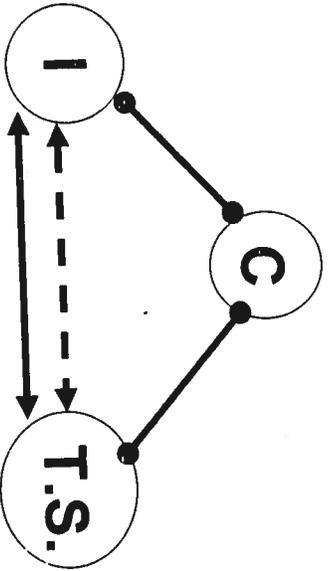
Figura 4.5. Supuesto ideal: comunicación rápida y fácil, con normal intercambio emocional. No existen obstáculos en la comunicación e intercambio emocional.

mucho subjetivo



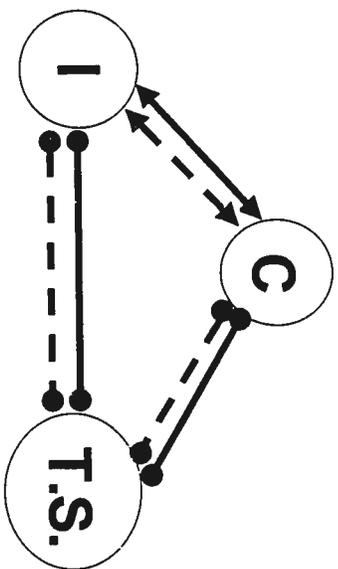
- Comunicación verbal intensa entre el cliente y el intérprete.
- No existe comunicación entre el Trabajador Social y el cliente.
- El Trabajador Social se aleja verbal y emocionalmente del cliente e intérprete.

Figura 4.6. Variación I: entre el intérprete y el cliente se da una excesiva identificación.



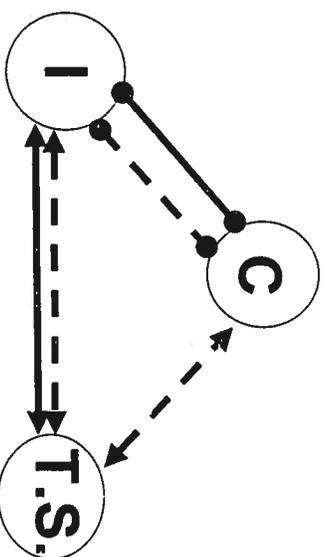
- El intérprete está insertado en el país de acogida y comparte los valores.
- El cliente no está adaptado al país ni comparte sus valores.

Figura 4.7. Variación II: Excesiva identificación del intérprete con el trabajador social.



- Pérdida del poder y control por parte del trabajador social.
- El intérprete suplanta al cliente.

Figura 4.8. Variación III: el predominio del intérprete ocasiona su postura autoritaria, restringiendo y distorsionando toda la información.



- Son indiferentes los motivos del rechazo.
- El intérprete no puede actuar.

Figura 4.9. Variación IV: el cliente rechaza al intérprete.

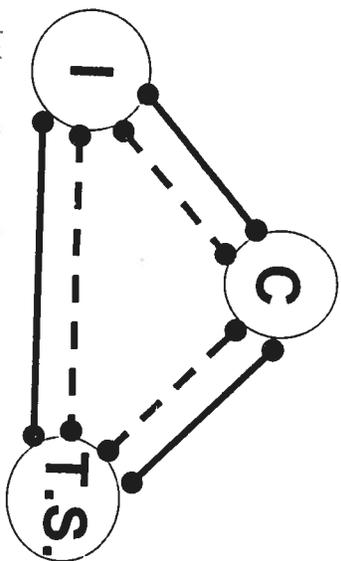


Figura 4.10. Variación V: comprensión distorsionada entre cliente y trabajador social por una interpretación errónea de sus acciones, sentimientos y pensamientos.

- Intérprete, cliente y trabajador social se malinterpretan
- Intérprete, cliente y trabajador social se mantienen confinados en sus propias posiciones

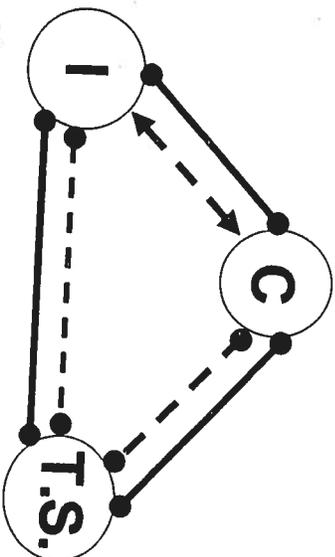


Figura 4.11. Variación VI: entendimiento verbal restringido o bloqueado. El intérprete conoce perfectamente el idioma del cliente pero no comprende sus explicaciones

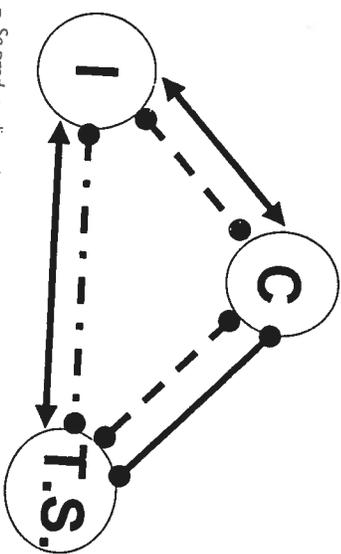


Figura 4.12. Variación VII: entendimiento verbal, con dificultad de entendimiento no verbal por relaciones emotivo-culturales restringidas o bloqueadas.

- Se produce distorsión y bloqueo debido a las diferencias culturales y al choque emocional que implica para el cliente pedir ayuda.

G) LA VISTA DOMICILIARIA

Como su propio nombre indica, es la que se efectúa en el domicilio particular del cliente. Desde los inicios decimonónicos del Trabajo Social, la visita domiciliaria realizada por los "visitadores amistosos" (*Friendly visitors*) (Moix, 1991: 67-107; *ayuda económica con los que se asista a las familias pobres, buscando la rehabilitación de la persona, después de una metódica investigación de su situación y de sus condiciones y de una serie de conversaciones a tal efecto con el solicitante y con sus vecinos.*)

Con ella se trató de corroborar los estados de necesidad, por lo que la visita a domicilio tuvo entonces una eficacia probatoria determinante o condicionante de la ayuda. Con ella también comenzó prácticamente el primer método de Trabajo Social o Trabajo Social con Casos (*Casework*) (Moix, 2006: 373-379; 1991: 303-336).

Con el ulterior desarrollo del Trabajo Social, la visita en el domicilio del cliente ha perdido importancia, pero nunca ha sido eliminada por completo. En la actualidad, y sin el carácter inicial, todavía los trabajadores sociales realizan visitas domiciliarias a sus clientes, para conocer de manera directa la situación y entorno en el que viven, cuya descripción y valoración forma parte importante del documento llamado "historia social" (véase 4.2.1A).

En todo caso, la entrevista en el domicilio permite ampliar la información que el profesional haya obtenido de su cliente en el despacho, aunque ésta, natural-

mente, no sea la única fuente de datos, pues pueden proporcionarla los vecinos, otros familiares, amigos, etc.

Innecesario es decir que este tipo de visita sólo debe realizarse con consentimiento del cliente, y habiéndola notificado con la suficiente antelación, para evitar imprevistos y "sorpresas" desagradables.

D) LA OBSERVACIÓN

La postura y el movimiento del cuerpo, los gestos, la expresión del rostro y de la mirada, las sensaciones táctiles y olfativas, etc., son vehículos de la comunicación no verbal, y, por ello, aspectos que ha de tener muy en cuenta el trabajador social durante las entrevistas, la visita domiciliaria, etc. No se olvide que otra de las destrezas que se debe desarrollar es la intuición, tan importante para interpretar con exactitud formas no verbales de comunicación.

El análisis de lo que se comunica de manera no verbal es una tarea compleja y propensa a interpretaciones de sentido común que pueden no ser exactas; existe, incluso, como señala Pamela Trevihick (2002: 85), una tendencia en el Trabajo Social a atribuir las características de la personalidad más al comportamiento de los clientes que a las razones esgrimidas.

En toda comunicación, pero sobre todo cuando se trate de formas no verbales, puede haber una mala interpretación tanto del mensaje transmitido como del mensaje recibido, siendo más probable que esto suceda cuando nos fundamos en un conjunto de suposiciones. Vemos y oímos a través de nuestras experiencias, y esto puede tener tanto ventajas como inconvenientes. Por ello nuestra mejor garantía es verificar nuestras percepciones directamente con la persona en cuestión, aunque ello pueda fallar, si ésta, por las razones que sean, rehúsa revelar sus verdaderos pensamientos y sentimientos.

La observación es más fundamental todavía en todas las formas de comunicación no verbal, pues éstas no pueden existir, si no son observadas. Como es sabido, Lishman divide la comunicación no verbal en dos extensas áreas: la *proxémica* (relativa a la distancia y cercanía físicas) y la *kinética* (referida a los movimientos, gestos y expresiones). En todas ellas la observación es también esencial.

Destaca asimismo este autor la importancia de la "comunicación simbólica", que se expresa incluso, por ejemplo, en el modo de vestir, poniendo además de relieve que "la puntualidad, la fiabilidad y la minuciosidad pueden simbolizar la atención, la preocupación y la competencia del trabajador social". Otro tanto cabría decir, por ejemplo, del hábito de devolver las llamadas a los clientes, o a otros profesionales, etc.

Como necesitamos interpretar las formas no verbales de comunicación a través de nuestras observaciones, sin éstas no podríamos comprender ni formular hipótesis acerca de lo que en realidad está sucediendo y por qué, ni coajear la fiabilidad de nuestras percepciones con las de otras personas y con la información disponible.

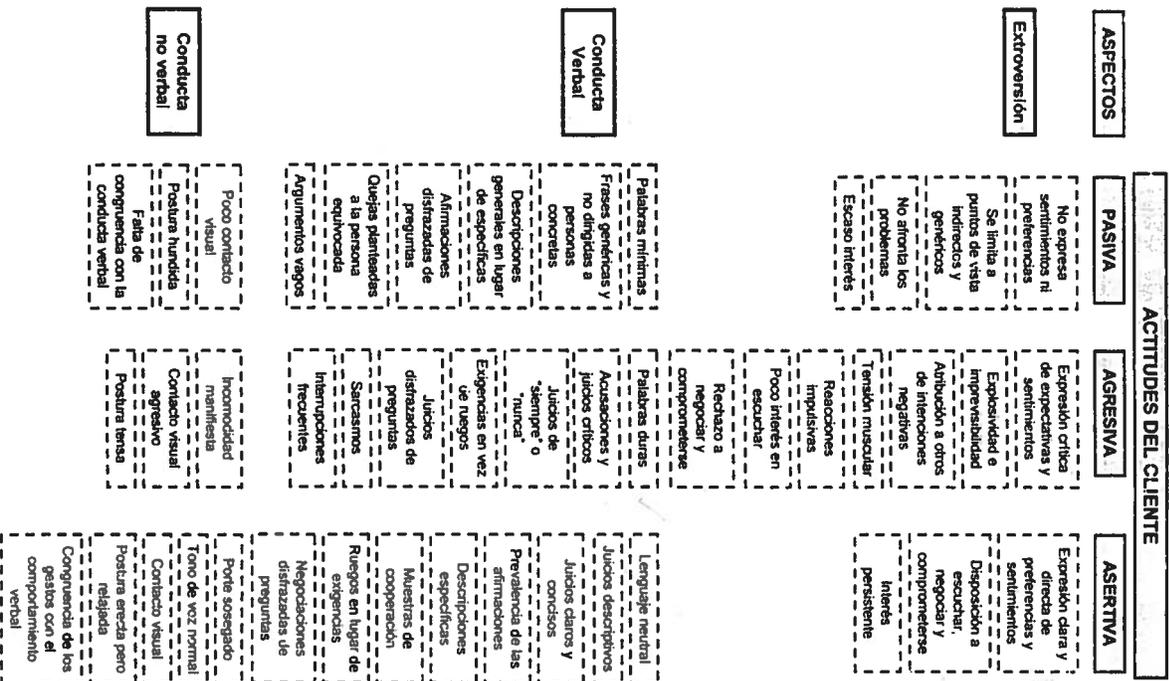


Figura 4.13. Aspectos de la observación.

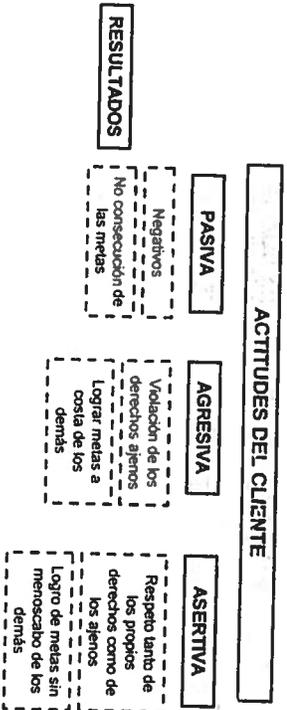


Figura 4.14. Resultados de la observación.

La observación no tiene por qué realizarse en un plano estrictamente individual, sino que cabe perfectamente invitar a otro u otros trabajadores sociales, siempre con el consentimiento del cliente, a estar presentes en la entrevista, con el fin de poder contrastar impresiones y enriquecer puntos de vista.

Téngase en cuenta que existe todo un repertorio de aspectos que se deben observar, por ejemplo: la voz (timbre, resonancia, volumen, emotividad, etc.), las reacciones emocionales (risa, grito, llanto, jadeo, bostezo, tos y carraspeo, hipo, eructo, estornudo, etc.), el vocabulario, la expresión, la grafía, etc. Todos ellos, junto con el mensaje oral, nos ayudarán a comprender y describir el estado o situación de una persona.

4.1.2. Las técnicas grupales

Se trata de aquellas que se emplean en el Trabajo Social con Grupos y sus modos de aplicación. En su mayoría provienen de la dinámica de grupos. Pueden clasificarse en dos grandes categorías:

- *Con la intervención de "expertos".*
- *Con la participación del grupo.*

A) TÉCNICAS GRUPALES CON LA INTERVENCIÓN DE EXPERTOS

Son las que se proponen conseguir el cambio en un grupo, con la participación de "personas expertas", que exponen un tema, participan en un debate o llevan a cabo una entrevista colectiva. Para su desarrollo, se requieren obviamente, los medios adecuados: espacio y lugar, mobiliario, elementos audiovisuales, etc.

Asimismo, exigen que el trabajador social realice una pormenorizada labor de preparación, anticipándose a posibles eventualidades que impidan su realización. Las técnicas más usuales son:

- El *simposio*.
- La *mesa redonda*.
- El *panel*.
- El *diálogo* o *debate público*.
- La *entrevista* o *consulta pública*.
- La *entrevista colectiva*.

A continuación se examina brevemente cada una de ellas.

g) El simposio

¿Qué es?:

Consiste en una reunión con expertos para desarrollar ante un grupo los diferentes aspectos de un tema.

Objetivo:

Obtener o impartir información veraz y variada sobre un determinado tema, a cuyo fin los integrantes exponen uno a uno, durante unos quince o veinte minutos, sus particulares aspectos.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el coordinador empieza presentando al auditorio a los distintos expertos y exponiendo su visión del tema.
2. A continuación, el coordinador cede la palabra a los diversos expertos.
3. Acabadas las intervenciones, el coordinador:

- procede a sintetizar las principales ideas expuestas;
- contesta las preguntas que se formulen y realiza las aclaraciones oportunas.

4. Por último, el auditorio hace las preguntas que considere convenientes y debate el tema.
5. Se levanta la sesión (véase figura 4.15).

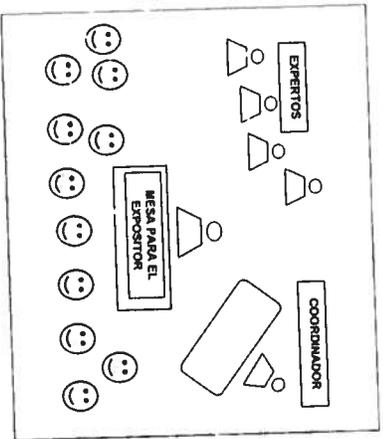


Figura 4.15. El simposio.

b) La mesa redonda

¿Qué es?:

Consiste en la reunión con un equipo de expertos, que sostienen puntos de vista divergentes o contradictorios sobre un mismo tema, exponen sus ideas ante un grupo durante un período de tiempo máximo de cincuenta minutos, para, a continuación, entablar un diálogo.

Objetivo:

Dar a conocer a un auditorio los diversos puntos de vista de varios especialistas en un determinado tema, lo que le permite obtener una información valiosa y ecuánime, en evitación de entonques parciales.

Proceso:

1. Abierta la sesión por parte del coordinador, y anunciando que las preguntas se realizarán al final, expone el tema que va a tratarse, presenta a los participantes y ofrece la palabra al primero de ellos.
2. Cada experto hará uso de ella durante diez minutos.
3. Terminadas las intervenciones, el coordinador hará un breve resumen de las principales ideas de cada uno, destacando sus diferencias más notorias.
4. El coordinador invitará a cada uno de ellos a hablar durante uno o dos minutos, para que pueda aclarar, ampliar, especificar o concretar sus argumentos y rebatir las objeciones.
5. El coordinador expondrá en síntesis las conclusiones e invitará al auditorio a formular las preguntas que desee.

6. Se levanta la sesión (véase figura 4.16).

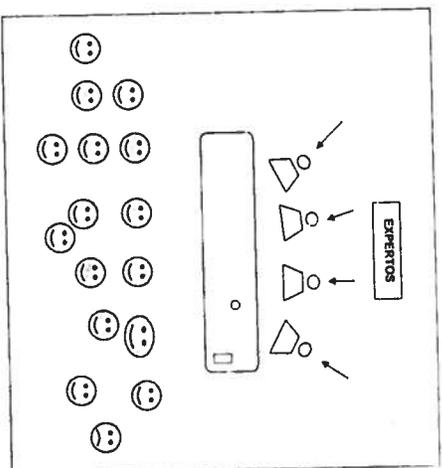


Figura 4.16. La mesa redonda.

c) El panel

¿Qué es?:

Consiste en la reunión con un equipo de expertos (cuatro o seis, habitualmente), con el fin de que discutan, durante una hora, sobre un tema, entablando un diálogo o conversación ante el grupo.

Objetivo:

Desarrollar a través del debate todos los aspectos de un tema, para que el auditorio pueda obtener así una visión lo más completa posible del mismo.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el coordinador presenta a los distintos expertos y, a continuación, comienza a formular preguntas.
2. Los expertos las contestan, desarrollándose así el diálogo.
3. El coordinador interviene para formular nuevas preguntas, y, en el caso de que el diálogo decaiga, procede a estimularlo, pero sin dar sus opiniones.

4. Cinco minutos antes de terminar el diálogo, el coordinador invita a los expertos a que hagan un breve resumen de sus ideas.
5. Con la ayuda de sus notas, el coordinador destaca las principales conclusiones.
6. Por último, el coordinador invita al auditorio a intercambiar ideas de manera informal.
7. Finalmente, se levanta la sesión (véase figura 4.17).

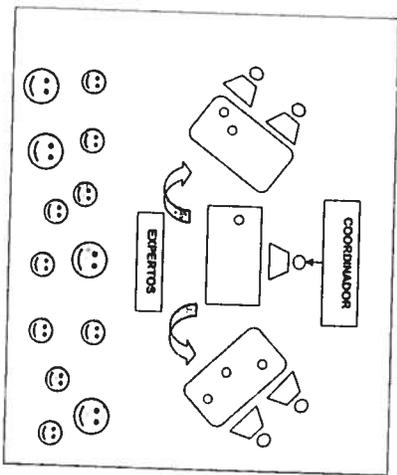


Figura 4.17. El panel.

d) El diálogo o debate público

¿Qué es?:

Consiste en que dos personas invitadas, por su especial competencia, conversen ante un auditorio, durante media hora, sobre el tema fijado, dando así lugar a un diálogo directo de los invitados en presencia del auditorio.

Objetivo:

Obtener a la vez datos diversos de dos fuentes, hacer reflexionar a los asistentes y, por el propio desarrollo y flexibilidad del diálogo, mantener la atención del auditorio.

Proceso:

1. Abierta la sesión, un miembro del auditorio, designado al efecto, menciona el tema a tratar y presenta a los expertos. A continuación, explica el procedimiento que se seguirá y cede la palabra a los dialogantes.

2. El diálogo empieza y se desarrolla de acuerdo con el esquema previamente establecido, atendiendo siempre a las expectativas del auditorio.
3. El diálogo tiene un carácter informativo, y es fruto de la responsabilidad compartida, debiendo evitar toda retórica.
4. El organizador puede terminar invitando al auditorio a que formule las preguntas que desee.
5. Se levanta la sesión (véase figura 4.18).

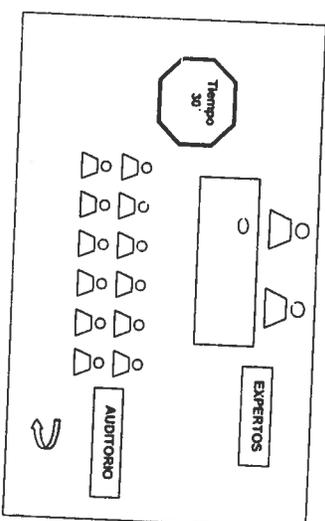


Figura 4.18. El diálogo o debate público.

e) La entrevista o consulta pública

¿Qué es?:

Consiste en que un experto sea interrogado por uno de los miembros del grupo ante el auditorio durante un tiempo de cuarenta a sesenta minutos sobre un tema predefinido. Por consiguiente, se trata, en realidad, de una entrevista realizada, en forma de interrogatorio, a un experto por uno de los miembros del grupo.

Objetivo:

Obtener información, conocimientos especializados, opiniones, actualización de los temas, etc.

Proceso:

1. El grupo elige al interrogador y le hace partícipe los aspectos esenciales que desea que sean tratados y desarrollados por el experto.
2. El interrogador y el experto se reúnen brevemente, para preparar la entrevista, formulando un esquema flexible, ordenando los diversos puntos, distribuyendo el tiempo y seleccionando las preguntas básicas.

3. El grupo designará a la persona que deba realizar la presentación del experto y del interrogador.
4. Abierta la sesión, la persona designada pondrá de relieve ante el auditorio la importancia del tema y, acto seguido, presentará al experto y al interrogador.
5. Este último formulará al experto las preguntas, que éste contestará debidamente.
6. Obviamente, el experto es el personaje principal de la entrevista, y puede terminar haciendo una breve síntesis de lo expuesto y aclarando, reafirmando o ampliando algunos puntos.
7. Se levanta la sesión (véase figura 4.19).

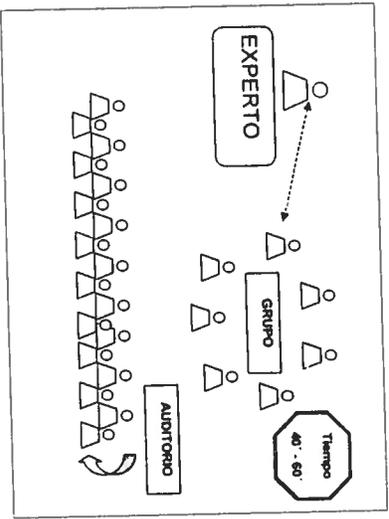


Figura 4.19. La entrevista o consulta pública.

f) La entrevista colectiva

¿Qué es?:

Consiste en que una serie de participantes elegidos por un determinado grupo interroga a un experto sobre un tema de interés, previamente establecido.

Objetivo:

Adquirir información, conocimientos, opiniones, relatos de experiencias, etc. El hecho de ser varios los interrogadores despierta un mayor interés en el auditorio, dada la variedad de intervenciones, entones, modalidades o puntos de vista, y puede responder mejor a los intereses, tal vez heterogéneos, de los asistentes.

Proceso:

1. Una vez elegido el tema e invitado el experto que ha de desarrollarlo, el grupo elige a los integrantes de la comisión interrogadora.
2. Abierta la sesión, el participante designado para ello hace la presentación del experto y de los componentes de la comisión interrogadora, encuadra el tema a desarrollar y explica el procedimiento a seguir.
3. El experto hace una breve exposición general del tema.
4. Empieza el interrogatorio, según el esquema previo. Los interrogadores deben actuar con el adecuado respeto, la normal cordialidad, la natural cortesía y evitar el tono agresivo.
5. La entrevista permite intercalar alguna pregunta insólita o inesperada que, por su audacia, pueda despertar el interés del auditorio.
6. Se concluye con un resumen a cargo de uno de los interrogadores, o de cualquiera de los participantes designado al efecto, que suele ser el organizador de la entrevista colectiva.
7. Se levanta la sesión (véase figura 4.20).

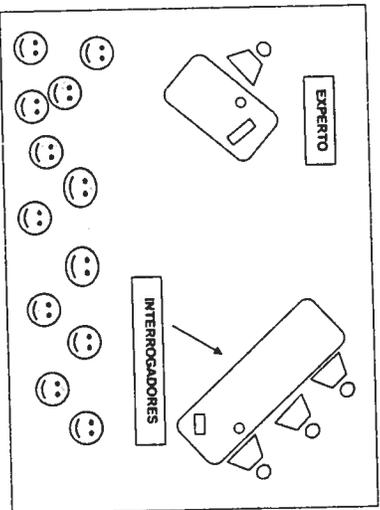


Figura 4.20. La entrevista colectiva.

B) TÉCNICAS CON LA PARTICIPACIÓN DEL GRUPO

Con estas técnicas los miembros del grupo consigan un cambio en su situación inicial. El trabajador social actúa entonces como imprescindible líder dinámico, pues sin su dirección no podrían desarrollarse aquéllas. Para su práctica, se requiere un espacio adecuado y en algunas de ellas ciertos materiales (cartulinas, bolígrafos, etc.). Tienen la característica común de ser un tanto amenas y entretenidas, pues a través del juego se busca sacar a la luz aspectos personales o grupales.

que, en otro caso, quedarían ocultos. Por ello son frecuentemente utilizadas en los grupos de jóvenes. Las más empleadas son:

- El debate dirigido o discusión guiada.
- El pequeño grupo de discusión.
- El Phillips 6-6.
- El cuchicheo.
- El foro.
- La clínica del rumor.
- La comisión.
- El seminario.
- La discusión de gabinete.
- El servicio de Estado Mayor.
- La técnica del riesgo.
- El torbellino de ideas.
- Los proyectos de visión futura.
- El juego de los cuadradas.
- La dificultad del consenso o el refugio subterráneo.

Pasemos a su breve examen por separado.

a) El debate dirigido o discusión guiada

¿Qué es?:

Es una técnica de aprendizaje por medio de la participación activa en el intercambio y elaboración de ideas.

A tal efecto, un grupo reducido de 12 o 13 personas entabla una discusión informal sobre un tema, de cuarenta y cinco y sesenta minutos, con la ayuda activa y estimulante de un director.

Se trata de un intercambio informal de ideas y de información sobre un determinado tema.

Objetivo:

Hacer participar a los asistentes, mediante preguntas y sugerencias estimulantes, en una cuestión conocida con suficiente antelación, pues el debate no debe ser improvisado.

Proceso:

1. Una vez elegido el tema del debate, el director prepara la información y la comunica.

2. A continuación prepara las preguntas encaminadas a estimular y conducir el debate.
3. Abierta la sesión, el director hace una breve introducción para encuadrar el tema.
4. Formula la primera pregunta e invita a participar.
5. Durante el desarrollo del debate, el director lo guía prudentemente.
6. Cuando aquel se desvíe del objetivo central, el director hace un resumen de lo tratado, con el fin de encauzar la discusión hacia el tema central mediante alguna pregunta.
7. Si el tema lo permite, se pueden utilizar medios audiovisuales para motivar las preguntas.
8. El director no debe entrar en el debate, pues su función es la de conducirlo y estimularlo.
9. Lo deseable es llegar a alguna conclusión o acuerdo sobre lo debatido, antes de terminar.
10. El director realiza una síntesis final en colaboración con el grupo. Y se levanta la sesión (véase figura 4.21).

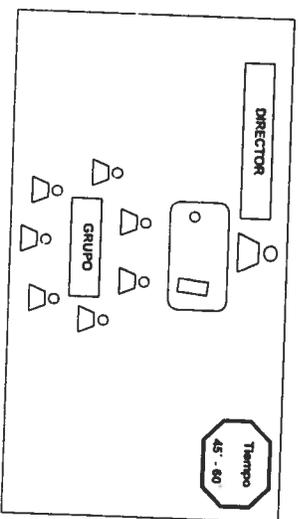


Figura 4.21. El debate dirigido o discusión guiada

b) Pequeño grupo de discusión

¿Qué es?:

Un grupo reducido de 5 a 20 personas se reúne para discutir, libre y formalmente, sobre un tema, conducido por un director elegido de entre ellas.

Objetivo:

Intercambio directo entre personas que poseen un interés común en discutir sobre un determinado tema. Aprenden así a escucharse unos a otros y a resolver

problemas, tomar decisiones o adquirir información mediante el enriquecimiento recíproco).

Proceso:

1. Abierta la sesión y previa la elección del tema, el grupo designa a un director que conduzca la discusión y a un secretario que registre las conclusiones. También puede haber un observador del proceso y un asesor.
2. Se entabla el debate en torno del tema previsto, produciéndose un intercambio de ideas con un cierto orden lógico y en un clima democrático.
3. Sus participantes exponen libremente sus ideas.
4. El director procede a recapitular las intervenciones.
5. Su tarea es estimular la participación del grupo.
6. Las conclusiones se adoptan por acuerdo o, en último caso, por votación.
7. Para finalizar, el director hace un resumen de lo tratado y formula las conclusiones, que registra el secretario.
8. Se levanta la sesión (véase figura 4.22).

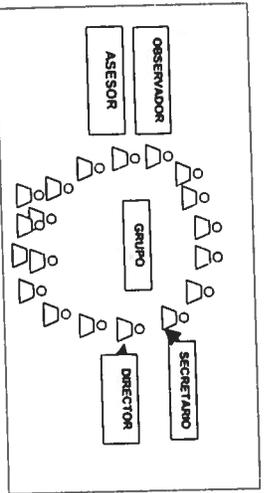


Figura 4.22. Pequeño grupo de discusión.

c) El Phillips 6-6

¿Qué es?:

Un grupo grande de más de 24 personas se divide en subgrupos de 6, para discutir un tema durante 6 minutos y llegar a una primera conclusión, a fin de extraer luego de los informes parciales de todos los subgrupos una conclusión general.

Objetivos:

- Permitir y promover la participación activa de todos los integrantes del grupo.
- Obtener sus opiniones en un tiempo breve.

- Llegar a la toma de decisiones u obtener información y puntos de vista de gran número de personas acerca del tema.
- Desarrollar la capacidad de síntesis y de concentración.
- Ayudar a superar las inhibiciones que impiden o dificultan hablar ante otros.
- Estimular el sentido de la responsabilidad.
- Dinamizar la participación democrática en un grupo grande.
- Facilitar la discusión mediante la formulación de preguntas que inciten a una síntesis del pensamiento.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el director formula las preguntas precisas objeto de la discusión, y explica cómo han de formarse los subgrupos.
2. Seguidamente informa sobre la manera en que debe trabajar cada subgrupo.
3. Una vez que los subgrupos han designado su coordinador y su secretario, el director toma nota de la hora. Un minuto antes de transcurrir los seis minutos, advierte del tiempo y de que hay que finalizar, haciendo un resumen.
4. El coordinador de cada subgrupo controla el tiempo.
5. Cada miembro del subgrupo interviene durante un minuto, y se procede seguidamente a discutir brevemente las ideas expuestas, en busca de un acuerdo.
6. El secretario anota las conclusiones y las lee.
7. Transcurridos los seis minutos, el director solicita a los secretarios de los subgrupos la lectura de sus breves informes.
8. El director o cualquiera de los asistentes anota en una pizarra una síntesis de los informes leídos por los secretarios.
9. Se procede a un resumen final y se levanta la sesión (véase figura 4.23).

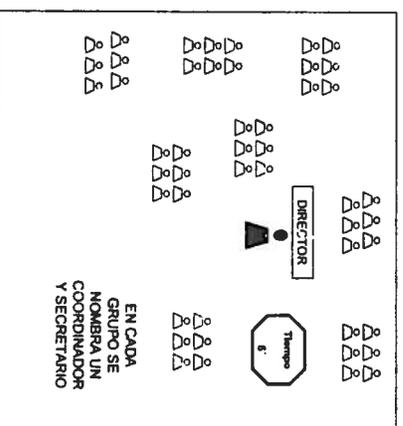


Figura 4.23. El Phillips 6.6.

d) El cuchicheo

¿Qué es?:

Consiste en una serie de diálogos que por parejas mantienen simultáneamente los integrantes de un grupo, para discutir un tema o problema del momento. A tal efecto, se divide un grupo en una serie de parejas que, en un tiempo de dos o tres minutos, tratan en voz baja, para no molestar ni interferirse en las demás, el tema elegido.

Objetivo:

Hacer trabajar en parejas al grupo sobre un mismo asunto, con el fin de obtener en pocos minutos una opinión compartida sobre una pregunta formulada al efecto.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el director invita al grupo a discutir por parejas y simultáneamente sobre el tema previsto, reducido, a ser posible, a una pregunta muy concisa.
2. Cada miembro del grupo dialoga con su compañero más próximo.
3. Este diálogo simultáneo de dos o tres minutos de duración y en voz baja sirve para intercambiar ideas y llegar a una respuesta o proposición, de la que informará al director uno de los componentes de cada pareja.
4. De las opiniones vertidas por todos los subgrupos se extrae luego la conclusión general o se toman las decisiones que procedan.
5. Se levanta la sesión (véase figura 4.24).

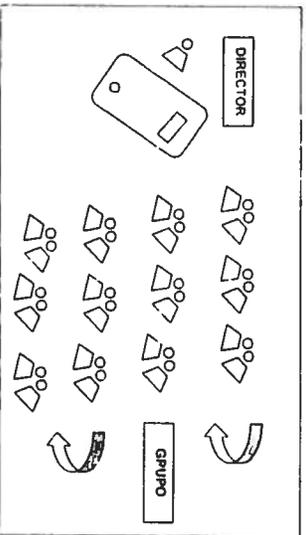


Figura 4.24. El cuchicheo.

e) El foro

¿Qué es?:

Es una discusión informal que entabla el grupo en su totalidad sobre un determinado tema bajo la dirección del coordinador.

Objetivos:

- Dar la oportunidad de participar a todos los asistentes.
- Permitirles la libre expresión de ideas y opiniones, en un clima informal de mínimas limitaciones.
- Desarrollar en ellos el espíritu participativo.
- Evidenciar los diversos enfoques de que puede ser objeto un mismo tema.
- Mejorar la información de los participantes a través de sus múltiples aportaciones.

Proceso:

1. El coordinador abre la sesión, explicando con precisión el tema a tratar.
2. Detalla las formalidades a que hayan de ajustarse los participantes.
3. Formula una pregunta concreta e invita al auditorio a exponer sus opiniones.
4. El coordinador concede el uso de la palabra por el orden solicitado.
5. Vela por que se respete el tiempo acordado para las intervenciones.
6. En el caso de que el tema parezca agotarse, puede formular nuevas preguntas que reanimen el debate, pero no exponer sus propias opiniones.
7. Agotado el tema, el coordinador hace una síntesis o resumen de las opiniones vertidas, extrayendo las posibles conclusiones y señalando las coincidencias y discrepancias.
8. Se finaliza agradeciendo a los asistentes su participación y levantando la sesión (véase figura 4.25).

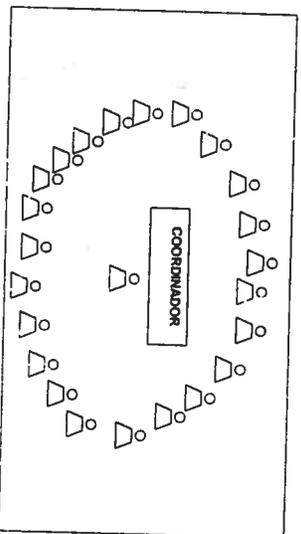


Figura 4.25. El foro.

f) La clínica del rumor

¿Qué es?:

Consiste en una experiencia de grupo encaminada a demostrar cómo se crean los rumores y se distorsiona la realidad a través de testimonios sucesivos. Los participantes deben transmitirse de uno a otro lo que han visto u oído, de lo cual resulta finalmente un testimonio desfigurado.

Objetivos:

- Enseñar a la gente a prevenirse de informaciones distorsionadas o erróneas, no siempre inconscientes, pues a veces son intencionadas, fruto de prejuicios y preconcepciones que perjudican las buenas relaciones humanas.
- Demostrar prácticamente cómo se crean los rumores y cómo las sucesivas versiones de un hecho llegan a modificar finalmente la realidad.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el director invita a seis o siete personas a que se presten a actuar como protagonistas de una experiencia interesante.
2. Les ruega que se retiren del local, diciéndoles que, cuando se les llame, deberán escuchar atentamente lo que se les diga y repetirlo lo más exactamente posible, con ayuda de una grabadora.
3. Coloca ante el grupo una lámina grande.
4. El director pide a un espectador designado al efecto que describa en voz alta la lámina, mientras que el sujeto que se ha ofrecido para la experiencia escucha su lectura, sin ver dicha lámina.
5. Este primer sujeto describe en secreto lo que ha oído al segundo, el cual lo comunica al tercero y así sucesivamente, hasta que el último lo repite en público.
6. Tras la última descripción, podrá advertirse hasta qué punto los sucesivos testimonios se han ido apartando de la realidad, para lo cual se recurre de nuevo a la cinta grabada.
7. Seguidamente el grupo discute la experiencia, extrayendo finalmente la conclusión de la misma, que demuestra prácticamente cómo funciona el mecanismo del rumor.
8. La prueba puede adoptar diversas formas, como, por ejemplo, utilizar el relato de un texto en vez de una lámina, etc. (véase figura 4.26).

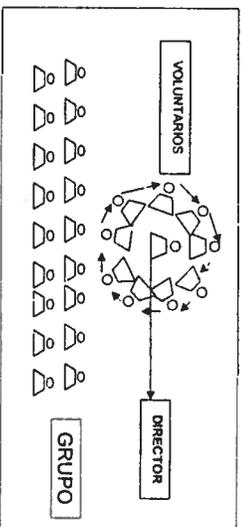


Figura 4.26. La clínica del rumor.

g) La comisión

¿Qué es?:

Consiste en la reunión de un grupo reducido de tres o cinco personas (siempre en número impar), para discutir sobre un tema y presentar a continuación las conclusiones obtenidas a un grupo mayor al cual representa.

Objetivos:

- Debatir un tema, con el objeto de elevar las oportunas conclusiones o sugerencias al grupo más amplio que ha designado a la comisión.
- Proponer decisiones acerca de determinadas cuestiones.
- Distribuir las tareas, cuando en un grupo numeroso se considera que un determinado tema o problema requiere un estudio más detenido a cargo de personas especialmente capacitadas, que son la que constituyen la comisión.

Proceso:

1. Abierta la sesión, se designa un presidente o coordinador, para dirigir las reuniones de la comisión, y un secretario, para anotar lo tratado y preparar el informe que haya de elevarse al grupo mayor.
2. El número de reuniones depende del plazo acordado por este último para debatir sobre el tema asignado.
3. La duración de cada reunión es la decidida por sus miembros.
4. En un ambiente informal de amplio debate, la comisión debe llegar a un acuerdo o resumen, plasmado en la redacción de un informe que recoja las conclusiones, sugerencias o proyectos.
5. La comisión debe actuar con su mismo espíritu y sobre sus mismos principios.

6. Finalizar sus tareas, se levanta la sesión (véase figura 4.27).

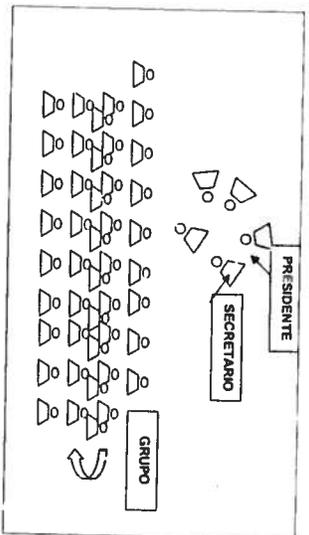


Figura 4.27. La comisión.

h) El seminario

¿Qué es?:

Consiste en un grupo reducido de 5 a 12 personas, que se reúnen para investigar intensamente sobre un tema en sesiones planificadas de dos o tres horas, recurriendo a fuentes originales de información. Se trata de un verdadero grupo de aprendizaje activo, pues los participantes no reciben la información ya elaborada, sino que la buscan por sus propios medios, indagando en un clima de colaboración recíproca.

Objetivo:

La investigación y el estudio intensivo de un determinado tema, en reuniones de trabajo debidamente planificadas por todos los integrantes del grupo, los cuales han de tener intereses comunes en dicho tema y un nivel de información semejante.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el organizador sugiere una agenda previa, para que sea discutida por todo el grupo.
2. En los casos en que un grupo grande se subdivide en pequeños grupos de seminario (de 5 a 12 miembros), cada uno de éstos designa un director para coordinar las tareas y un secretario para anotar las conclusiones parciales y finales.

3. Se desarrollan las tareas específicas, que pueden ser numerosas: indagar, buscar información, consultar fuentes bibliográficas y documentales, recurrir a expertos y asesores, discutir en profundidad, analizar a fondo datos e informaciones, relacionar aportaciones, confrontar puntos de vista, etc., hasta llegar a formular las conclusiones de los subgrupos.
4. Éstos las elevan al grupo grande, para que evalúe la tarea realizada.
5. Se levanta la sesión (véase figura 4.28).

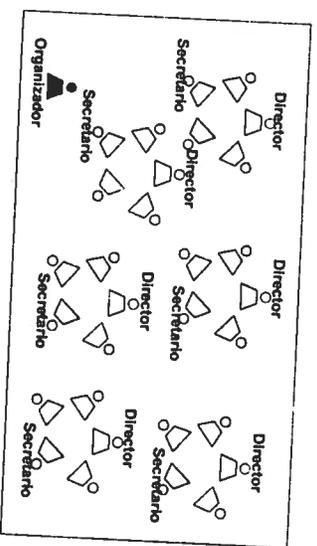


Figura 4.28. El seminario.

i) La discusión de gabinete

¿Qué es?:

Consiste en la discusión entablada por un grupo reducido de personas preparadas (menos de 20), para llegar a la mejor solución o acuerdo respecto de un determinado problema. Tal discusión puede durar varias sesiones.

Objetivo:

- Tratar un tema de especial importancia por un grupo de personas con determinadas responsabilidades, y con el fin de tomar una decisión inmediata.
- Desarrollar en los participantes aptitudes para enfrentarse a tareas o problemas especiales y para adoptar decisiones prácticas por acuerdo de un grupo.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el grupo designa a un director y a un secretario.
2. El director expone con precisión el tema y ofrece su punto de vista.

3. Acabada la intervención del director, los asistentes exponen su opinión al efecto, entabándose seguidamente una discusión general tendiente al logro de la mejor decisión.
4. Agotado el debate, el grupo termina redactando la decisión más conveniente, que será registrada por el secretario y acatada por todos los participantes.
5. Se levanta la sesión (véase figura 4.29).

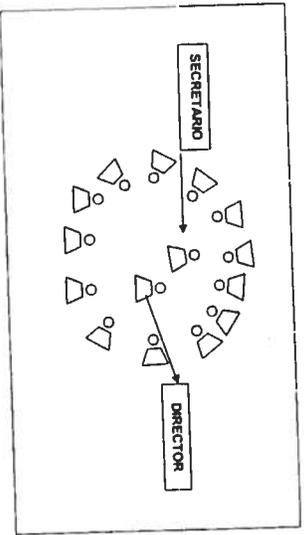


Figura 4.29. La discusión de gabinete.

j) El servicio de Estado Mayor

¿Qué es?:

Consiste en que un pequeño grupo de cinco o más personas ascore a alguno de sus miembros, para que, como responsable, pueda tomar la mejor decisión final.

Objetivos:

- Entrenar para la adopción de decisiones.
- Resolver una situación problemática, cuando todos los participantes están de acuerdo en aceptar que la decisión debe ser tomada por uno solo.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el grupo designa a un miembro para que actúe como co-mandante.
2. Este comenta la situación, la evalúa, expone su situación personal, y abre la deliberación.
3. El grupo debate por su cuenta, sin la participación del comandante, y efectúa su propia valoración de la situación, araliza las posibles acciones y trata de satisfacer los requerimientos del comandante.

4. Terminada su actuación, el grupo de Estado Mayor redacta las oportunas propuestas.
5. Se reúnen con su comandante e intervienen de nuevo los que lo deseen.
6. El comandante adopta su resolución y los integrantes de su Estado Mayor colaboran en su redacción final.
7. En el caso de que un grupo grande se haya subdividido en subgrupos de Estado Mayor, sus comandantes respectivos darán a conocer sus resoluciones, tratando de llegar a un acuerdo sobre la mejor decisión a adoptar.
8. Se levanta la sesión (véase figura 4.30).

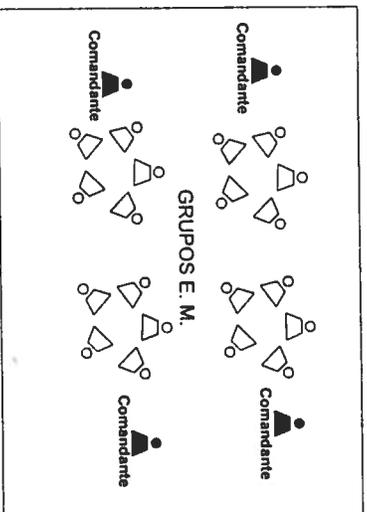


Figura 4.30. El servicio de Estado Mayor.

k) Técnica del riesgo

¿Qué es?:

Consiste en que un grupo estudie los eventuales riesgos que podría ocasionar una determinada situación y entable una discusión sobre su realidad, gravedad, importancia, etc.

Objetivos:

- Reducir o eliminar los riesgos o temores inherentes a situaciones nuevas, por medio de su libre discusión.
- Anular temores ficticios.
- Eliminar los sentimientos inhibidores o negativos carnes de fundamento real que puede suscitar una determinada situación.

Proceso:

1. Abierta la sesión, se designa al director del grupo, quien formula los temores reales o ficticios o las sensaciones de riesgo que despertaría una concreta situación.
2. Incita al grupo a expresar sus emociones y opiniones, con el fin de descubrir sus sentimientos y temores.
3. El director sintetiza en una pizarra los temores expresados por el grupo e invita a discutirlos uno por uno.
4. Durante el debate se toma nota de la aceptación o rechazo de un determinado temor o riesgo por parte del grupo.
5. Se motiva a los miembros para que acepten que los riesgos y temores anotados son irreales y carentes de fundamento.
6. Cuando esto se logra frente a un determinado riesgo o temor, éste se borra de la lista establecida.
7. Se levanta la sesión (véase figura 4.31).

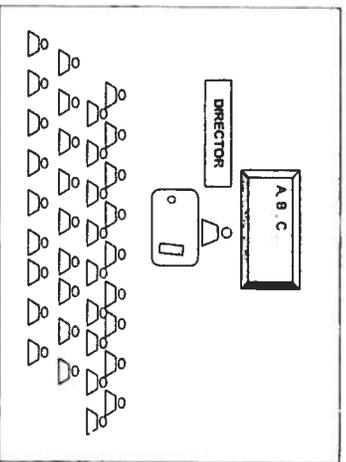


Figura 4.31. Técnica de riesgo.

1) El torbellino de ideas

¿Qué es?:

Consiste en que los miembros de un grupo reducido debatan con la mayor libertad sobre un tema o problema, con el objeto de producir ideas. Se ha denominado de diversas formas: "tormenta cerebral", "promoción de ideas", "discusión creadora", "torbellino de ideas", etc.

Se trata de una técnica de grupo que parte de la creencia de que, si se deja a las personas actuar en un clima informal, existe la posibilidad de que aparezca una idea brillante que solucione el problema o situación planteados.

Objetivos:

- Desarrollar y ejercitar la imaginación creadora. Pretende ser una fuente de innovaciones, descubrimientos o nuevas soluciones.
- Crear un clima informal, permisivo al máximo, despreocupado y sin críticas.
- Ayudar a superar el conformismo, la rutina, la indiferencia, etc.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el director precisa el problema a tratar, explicando el procedimiento y las normas mínimas a seguir.
2. El secretario registra las ideas que se expongan.
3. Tales ideas expuestas no deben ser censuradas ni criticadas, y debe evitarse todo tipo de manifestación que coarte o inhiba la espontaneidad. Los miembros deben centrar su atención en el problema y no en las personas.
4. Los participantes exponen sus puntos de vista sin restricciones. El director sólo anima a los asistentes más remisos, crea una atmósfera propicia para la participación libre, etc.
5. Terminada la discusión, se pasa a considerar la viabilidad o practicidad de las propuestas más valiosas, atendiendo principalmente a su grado de realización práctica y de eficacia.
6. Para terminar, el director del grupo hace un resumen y extrae las conclusiones, levantándose a continuación la sesión (véase figura 4.32).

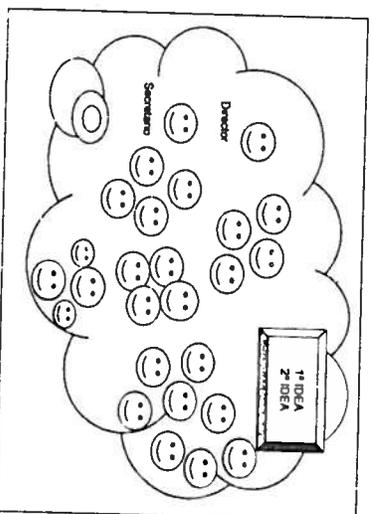


Figura 4.32. El torbellino de ideas.

m) **La dificultad del consenso**

¿Qué es?:

Consiste en que un grupo de personas, que, a su vez, se subdivide en subgrupos de un mínimo de cuatro miembros, se plantea la dificultad de llegar a un acuerdo ante una complicada situación, supuesta o simulada.

Objetivos:

- Reflexionar sobre la dificultad del trabajo en equipo.
- Destacar los obstáculos que hay que salvar, para llegar a un consenso: diferentes puntos de vista, concepciones e ideas, valores profesionales y personales en conflicto, etc.
- Subrayar las actitudes requeridas por el trabajo en equipo.

Proceso:

1. Abierta la sesión el director prepara el grupo, exigiendo en primer lugar silencio y trabajo individual, para posteriormente establecer los subgrupos y realizar la tarea común.
2. Leer, con el mayor realismo posible la siguiente nota o cualquier otra parecida:

"Imaginal que nuestra ciudad está amenazada de bombardeo. Se aproxima un hombre y os pide una decisión inmediata, teniendo en cuenta que hay un refugio subterráneo que sólo puede proteger a seis personas y son doce las que quieren entrar en él".

3. Rogar que, una vez examinadas las características de esas 12 personas, se haga la elección de estas seis:
 - Un violinista de 40 años, drogadicto.
 - Un abogado de 25 años.
 - La mujer de ese abogado, de 24 años, que acaba de salir del hospital de enfermos mentales. Ambos quieren estar juntos en el refugio o fuera de él.
 - Un sacerdote de 75 años.
 - Una prostituta de 35 años.
 - Un alco de 20 años, autor de varios asesinatos.
 - Una universitaria cuya vida está dedicada al servicio de los demás.
 - Un físico de 28 años que desea entrar, pero con su pistola.
 - Un orador fanático de 21 años.

- Una niña de 12 años, retrasada mental.
- Un homosexual de 47 años.
- Una mujer de 32 años con dificultades psíquicas y que sufre ataques epilépticos.

4. Durante cinco minutos cada uno de los participantes hace su elección y la justifica.
5. Finalmente, durante treinta minutos se reúnen todos los subgrupos, para hacer la elección definitiva (véase figura 4.33).

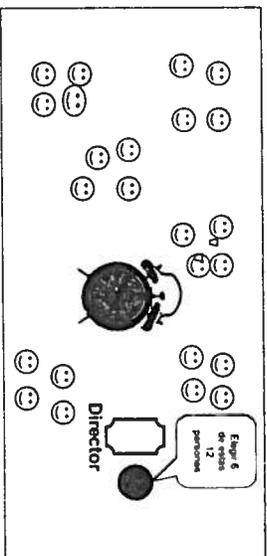


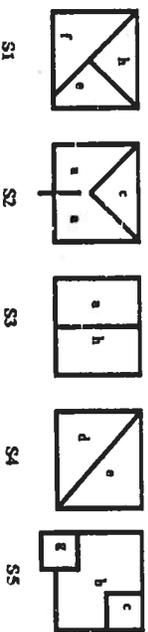
Figura 4.33. La dificultad del consenso.

n) **El juego de los cuadrados**

¿Qué es?:

Consiste en una especie de juego, en el que un grupo de 25 a 30 personas se escinde en cinco subgrupos y prepara el siguiente material:

- a) Un sobre grande y cinco sobres pequeños.
- b) Las piezas para formar cinco cuadrados, recortadas, en cartulina.
- c) La introducción en los sobres pequeños de una serie de piezas, distribuidas al azar.



Objetivo:

Demstrar cómo la consideración de los distintos puntos de vista puede ayudar a encontrar soluciones más adecuadas a los problemas.

Proceso:

1. Abierta la sesión, el director solicita un voluntario a cada uno de los subgrupos.
2. Estos voluntarios se colocan en el centro del círculo formado por todos los asistentes.
3. El director ruega silencio, coloca sobre la mesa el sobre grande, y a continuación lee lo siguiente:

"En este sobre grande hay cinco sobres pequeños. Cada uno de ellos contiene fragmentos de forma diferente para componer cuadrados. La tarea de cada voluntario es formar, una vez dada la señal de comienzo, un cuadrado de tamaño exactamente igual al dibujado en la pizarra. El trabajo no estará terminado, hasta que cada voluntario tenga en la mesa ante sí un cuadrado completo exactamente igual al de todos los demás."

4. A continuación, el director lee las siguientes reglas:

- Ningún voluntario puede hablar.
 - Tampoco puede pedir a otro una pieza o señalar de algún modo que necesita alguna de ellas.
 - Puede, si quiere, poner piezas en el centro de la mesa o pasárselas a otro, pero no puede intervenir directamente en la figura de otro.
 - Cada voluntario puede tomar piezas del centro, pero nadie puede mostrarlas en el centro de la mesa.
5. Una vez terminado el ejercicio, para el cual podría señalarse un tiempo máximo, el director estimula, entre todos los presentes, un debate sobre las siguientes cuestiones:
 - Distintas reacciones de los participantes durante el juego.
 - Aspectos positivos y negativos a destacar.
 - Diferencias entre conducta competitiva y conducta cooperativa.
 - Comportamientos y actitudes requeridos por la cooperación.
 - Aplicación de lo aprendido a otras situaciones.
 6. Este mismo juego pueden también practicarlo todos los subgrupos, en cuyo caso a cada uno de ellos le corresponderá un sobre grande, que contendrá

cinco sobres pequeños, para que cada miembro pueda hacer su cuadrado. El tiempo en este caso será mayor, y el material que se preparará deberá adecuarse a tal número (cinco sobres grandes, 25 sobre pequeños, etc.) (véase figura 4.34).

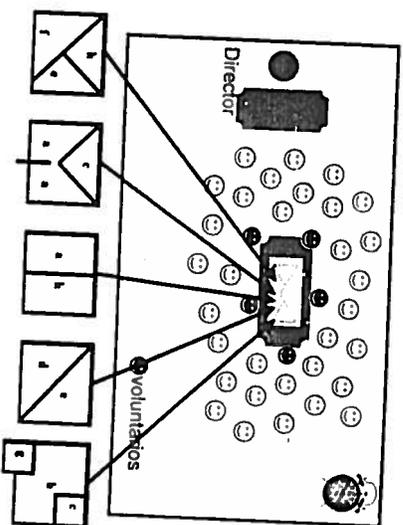


Figura 4.34. El juego de los cuadrados.

4.2. Las técnicas indirectas

4.2.1. Las técnicas documentales específicas

Las técnicas documentales en Trabajo Social consisten en la elaboración y uso de ciertos documentos o protocolos necesarios o convenientes para la actuación del trabajador social. Se trata de técnicas indirectas, porque se realizan a espaldas del cliente. Con ellas el profesional utiliza toda la información obtenida sobre aquél, recogida de las distintas fuentes de información, del propio cliente, de su familia, de su grupo de pertenencia o de las instituciones en las que participa.

Las técnicas documentales cumplen dos funciones: *interna* y *externa*. La primera facilita el quehacer profesional, al permitir consignar y registrar los hechos, datos o sucesos, así como preparar o desarrollar la actuación consiguiente. A tal efecto, el documento por excelencia es la *historia social*.

La segunda permite comunicar, transmitir o testimoniar los datos, una vez elaborados éstos, establecido el diagnóstico y especificado su objetivo y destino. Aquí el documento esencial es el *Informe Social* (Santos, 1990).

Historia Social e *Informe Social* son las técnicas documentales específicas que se consideraran básicas o fundamentales en el Trabajo Social.

Para la elaboración de dichos documentos, el trabajador social ha de realizar una serie de tareas, como son: detectar la problemática, recoger la información, tratarla y estructurarla, almacenar la que sea útil, recuperar y completar la que sea necesaria, reelaborar su significado, divulgar lo que se considere oportuno y evaluar tanto el tratamiento como la acción.

En España no hay unanimidad sobre tales documentos, pues existen diversos modelos en relación con los distintos campos de actuación, instituciones o comunidades autónomas y, sobre todo, en relación con las demandas planteadas en ellos. Por esta razón, diversas administraciones han intentado durante años homogeneizar o normalizar toda la documentación básica, pero esto no ha sido hasta la fecha ni viable ni factible, por diversas causas que sería prolijo enumerar. Se debe al Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en los años 1985 y 1986 el intento infructuoso de llegar a esta normalización u homogeneización.

A) LA HISTORIA SOCIAL

Puede definirse como "la narración y exposición detallada y por escrito de los acontecimientos pasados y presentes que afectan al cliente y a su entorno familiar, social, económico, etc."

Como dice Dolors Colom (2005: 81), "la historia social es el documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-económica de un usuario, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación".

La realiza el trabajador social, basándose en la entrevista o entrevistas efectuadas, con estricta sujeción a su deber de confidencialidad y respeto y con expreso consentimiento del cliente, quien, una vez iniciada la relación con el trabajador social debe saber que toda la información recogida por éste será guardada como secreto profesional. Terminada ésta, se incluirá en el soporte documental, que ha de ser registrado y depositado en el archivo correspondiente.

La historia social es un instrumento vivo y, por lo tanto, abierto. Debe actualizarse periódicamente, eliminando los extremos obsoletos o que hayan prescrito, por tratarse de documentos que ya no son significativos y, por consiguiente, carecen de relevancia para la actuación profesional. Es más, determinada información indudablemente conservada puede suponer un lastre o desorientar a otros trabajadores sociales en sus futuras actuaciones. Los departamentos o servicios jurídicos suelen ser quienes determinan el tiempo mínimo de custodia de tal información.

Como la historia social forma parte fundamental del expediente social del cliente, lleva una numeración personal.

a) Objetivos

La historia social cumple dos tipos de objetivos: a corto plazo y a largo plazo.

A corto plazo, permite conocer todos aquellos aspectos pasados y presentes que influyan en la vida del individuo y en la explicación de su situación actual. A largo plazo, sirve para elaborar el diagnóstico social, plantear o promover posibles actuaciones, facilitar el seguimiento profesional del cliente, permitir a otros profesionales conocer la valoración de su concreta problemática, y extraer los elementos necesarios, para realizar los informes sociales que aconsejen el tratamiento a seguir.

b) Contenido

Se ha convenido en que los elementos que debe contener son los relativos a: 1) La identificación del cliente y de su familia; 2) la composición de ésta; 3) la situación familiar; 4) la cobertura y antecedentes sanitarios familiares; 5) la educación; 6) la situación económica laboral; 7) las características actuales de la vivienda; 8) la relación con el barrio, entorno o zona donde habita y 9) la vida social y comunitaria.

1. Los datos de identificación del cliente y de su familia incluyen: apellidos, nombre, fecha y lugar de nacimiento, DNI, estado civil, profesión, domicilio, teléfono, etc.
2. La composición de la familia debe especificar: parentesco, apellidos, nombres, fechas de nacimiento, profesión, estado civil, observaciones.
3. La situación familiar debe detallar: antecedentes (lugar de nacimiento, procedencia, domicilios anteriores, años de residencia en el lugar, integración en su hábitat, nivel cultural de los padres y su ocupación, con la valoración o estimación de si el cliente los ha superado), choques generacionales (relaciones paterno-filiales, relaciones entre los hermanos), clase social a la que pertenecían los padres (ascenso o descenso en la misma), relaciones con el resto de la familia, relaciones de la pareja, integración existente entre los miembros de la unidad familiar, desempeño en ella de papeles y funciones y cómo lo tienen asumido, autonomía personal, etc.
4. La cobertura sanitaria debe consignar: antecedentes sanitarios familiares, enfermedades importantes en ambas líneas paterna y materna, hospitalizaciones, reingresos, problemas psicológicos y psiquiátricos, asistencia sanitaria (pública, privada, o ambas) informes médicos sobre minusvalías, drogadicciones, etc.
5. La educación debe precisar: el analfabetismo, la escolarización o no, la asistencia a escuelas infantiles, los estudios primarios y los secundarios, la formación profesional, los estudios universitarios, la educación especial, etc.

6. La *situación económico-laboral* debe mencionar: profesión, cualificación, antigüedad en los puestos de trabajo, trayectoria laboral (positiva, estable, inestable) etc., actitud ante el trabajo, relación empresa-trabajador. Relación trabajador-compañeros, grado de integración en el puesto de trabajo, horario, salario, cotización a la seguridad social, situaciones anómalas (*despidos*, explicando razones y actitud de la persona ante ellos, *trabajos temporales*, consignando sus causas, etc.), gastos de la unidad familiar (todo debe ir precisado con fechas exactas o lo más aproximadas posible).
7. Respetto de *la vivienda*, hay que consignar si es propia, alquilada, cedida, etc., su ubicación, salubridad, metros cuadrados y distribución, número de habitaciones y de camas o sofás-camas, salubridad, número de personas que la habitan, hacinamiento, servicios: luz, agua corriente, asco, gas, teléfono, calefacción, televisión, radio, equipos de música, vídeo, ordenador, etc., y, en el caso de minusválidos, presencia o ausencia de barreras, tanto en el acceso a la vivienda como dentro de ella, etc.
8. En cuanto al *barrio*, debe precisarse: ubicación, servicios mínimos cubiertos (colegios, mercados, ambulatorios, etc.), comunicación (autobuses, metro, tren), pavimentación y asfaltado de las calles, iluminación, zonas verdes y de recreo, polideportivos, lugares de ocio y cultura, seguridad ciudadana, etc.
9. La *vida social y comunitaria* hace referencia a las relaciones con el entorno próximo: vecinos, familiares y/o amigos, consumidores (en el caso de toxicómanos), grupos de jóvenes o adolescentes; pertenencia a algún tipo de asociación (APA, AMPA, vecinos, sindicatos, cofradías, clubes deportivos, etc.) ocupación del tiempo libre (fines de semana, vacaciones), aspectos legales y problemas con la justicia (juicios, faltas, denuncias, etc.) (véase figura 4.35).

B) EL INFORME SOCIAL

A diferencia de la historia social, el *informe social* es el *documento* que cumple la función externa de las técnicas documentales. Tiene la finalidad de informar y se le atribuye carácter probatorio. Podemos definirlo como "el *documento elaborado por el trabajador social en el que consta, en síntesis, no sólo el resultado del estudio o valoración de la situación del cliente, sino también el consiguiente dictamen y la oportuna propuesta de actuación profesional*".

Al *informe social* dedicó en 1985 el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales una publicación titulada: *Dos documentos básicos en Trabajo Social: estudio de la aplicación del Informe y Ficha Social* (Colección Trabajo Social, Serie documentos).

Por su parte, Dolores Colom (2005: 86) inicia su propósito definiendo, reproduciendo, a su vez, la definición del Consejo General de Diplomados en Trabajo So-

FORMULARIO DE HISTORIA SOCIAL

	HISTORIA SOCIAL				
	Nº Expediente:				
	Nombre I.S.:				
	Calificado nº:				
	Fecha apertura:				
Datos de identificación del cliente					
Nombre:	Apellidos:				
Fecha de nacimiento:	Lugar:				
DNI:	Estado Civil:				
D. P.:	Profesión:				
	Provincia:				
	Domificio:				
	Teléfono:				
Composición familiar					
Parentesco	Nombre y apellidos	Fecha nacimiento	Profesión	Estado civil	Observaciones
La situación familiar:					
La cobertura sanitaria:					
La educación:					
La situación económico laboral:					

La vivienda: _____

El barrio y entorno: _____

La vida social y comunitaria: _____

Diagnóstico: _____

Enviado por: _____
 Motivó primera entrevista: _____
 Derivado de: _____

Gestiones:

Fecha	Entrevista	Ayuda económica	Ayuda sanitaria	Información	Varias

(Se continuará siguiendo un orden cronológico, con las distintas entidades e instituciones y los cambios producidos)

Figura 4.35

cial y Asistentes Sociales, para el que el *informe social* "es el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el Diplomado en Trabajo Social/Asistente Social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional".

Y concluye, haciendo la siguiente "propuesta de definición final de informe social": "el Informe Social es una exposición escrita, que reúne total o parcialmente el conjunto de datos sociales sobre el proceso seguido por una persona, familia o núcleo relacional que presenta una situación específica que legitima la existencia de necesidad social o sociosanitaria" (Colom, 2005: 122).

Puesto que el *informe social* se basa en otra documentación previa, resulta imprescindible la existencia de la *historia social*, hasta el punto de que, cuando por razones de urgencia o emergencia no la haya, deberá hacerse:

Nótese que, mientras existe una sola historia social, puede haber, en cambio, tantos informes sociales como se precisen para el tratamiento del caso.

a) Objetivos

Fundamentalmente, los objetivos del *informe social* son, como su propia denominación indica, de carácter informativo, entre otros:

- Dar a conocer la existencia y características de una situación social determinada, con el propósito de paliarla o mejorarla.
- Aportar información para el subsiguiente tratamiento.
- Informar sobre los recursos sociales ya existentes o los de nueva creación.
- Facilitar información a otro trabajador social o profesional que licitamente la solicite, y, en general, aportar todos los datos disponibles.

b) Requisitos

Los requisitos que debe cumplir el *informe social* son de dos clases: de *forma* y de *fondo*.

a) Entre los primeros (forma) destacan:

- Hechura factura no manuscrita, para facilitar su lectura y comprensión.
- Estructura que permita ordenar, entresacar, almacenar, etc. la información consignada.
- Lenguaje y terminología adecuados y homólogos.
- Precisión y claridad expositiva, con un hilo conductor claramente visible, evitando el uso de siglas sin especificar su significado.

- Inequívoco, para evitar su errónea interpretación.
- No utilización de verbos en primera persona.
- Exposición didáctica. con omisión de anécdotas o situaciones personales.
- Firma del autor y número de colegiado (cuando la colegiación no sea obligatoria, indicación de la agencia u organización desde la que se emite el documento y que se hace responsable de éste).

b) Entre los segundos (fondo) son fundamentales:

- La veracidad, que se manifiesta en la no omisión y no falseamiento deliberado de datos, de los cuales ninguno debe ser meramente supuesto, en cuyo caso debería constar como tal, así como también deberá revelarse si el informe se basara en la narración de un tercero.
- La fiabilidad.
- La confidencialidad.
- La exylación de juicios de valor.
- La omisión de interpretaciones del profesional que no puedan ser demostradas o validadas.
- La correlación de los recursos con las necesidades y la jerarquización de éstas en: *preferentes* (aquellas a las que por su mayor importancia, se posponen las demás), *urgentes* (las que por su imposible aplazamiento, deben satisfacerse antes que las otras) y *ordinarias* (las que no son ni una cosa ni otra).
- La oportunidad, de conformidad con los tiempos y plazos propuestos.
- La observancia de los principios éticos del Trabajo Social, en especial de *La autodeterminación, la individualización, el no enjuiciamiento, la aceptación y el respeto* (Moix, 2006: 335-350) (Biesteck, 1966) (De Bray & Tuchtinckx, 1966).

VALIDACIÓN

c) Contenido

El informe social debe incluir con carácter general:

1. El encabezamiento:
 - Institución, departamento o servicio.
 - Emitido por (nombre y número de colegiado del trabajador social).
 - Fecha.
 - Solicitado por.
 - Dirigido a.
 - Motivo del informe.

2. La identificación del cliente:

- Nombre y apellidos.
- Domicilio, calle, localidad, código postal, barrio, teléfono.
- Fecha y lugar de nacimiento.
- Sexo.
- Estado civil.
- Nacionalidad.
- DNI/n.º pasaporte.
- Profesión.
- Ocupación.

3. Las características de la familia:

- Antecedentes (resumen de la actuación anterior, en su caso).
- Composición e identificación de sus miembros.
- Historia familiar.
- Relaciones familiares.

4. La situación socioeconómica de la familia:

- Ingresos familiares.
- Renta per cápita (sin deducciones).
- Fuentes de ingresos.
- Profesión y trayectoria laboral.
- Gastos fijos mensuales.
- Gastos extraordinarios.

5. La formación académica.

6. La salud de la familia:

- Mención de los informes médicos oportunos o, en su caso, precisando que no se ha visto ninguno.
- Cobertura sanitaria.
- Enfermedades.

7. La vivienda:

- Percepción que de ella tiene el cliente.
- Propia, alquilada, cedida, etc.
- Tipo de vivienda.
- Condiciones de habitabilidad.
- Barreras arquitectónicas, si existen, etc.

La práctica del Trabajo Social

8. El barrio o zona:

- sus características.
- equipamientos y servicios.
- integración en él.

9. Las relaciones vecinales y sociales:

- Historia de su evolución.
- Estado actual.
- Personas que puedan ayudar al cliente.

10. El diagnóstico social.

11. El dictamen técnico y la propuesta de actuación del trabajador social.
12. Lugar, fecha y firma del trabajador social que emite el informe (véase figura 4.36).

Como este contenido tiene un carácter muy general, puede y debe adaptarse a los casos concretos, según el criterio de su autor, respetando siempre, como es lógico, unos mínimos imprescindibles, para no dejar incompleto el documento.

C) EL DICTAMEN PERICIAL SOCIAL

Sabido es que el trabajador social ha de actuar a veces como *perito*, principalmente en los Juzgados de Familia, o en asuntos penales, o referentes a menores, incapaces, etc., originándose así el llamado *peritaje social*.

Su característica fundamental deriva de que el estudio del problema planteado no debe hacerse sólo desde una perspectiva puramente jurídica, sino sopesando sus implicaciones sociales, afectivas, educativas, culturales, profesionales, laborales, socioeconómicas, etc.

Este peritaje social cristaliza en un documento llamado "dictamen pericial social". En su elaboración suelen distinguirse los siguientes momentos o fases:

- Iniciación del caso.
- Preparación del expediente.
- Recogida de datos mediante la investigación pericial.
- Evaluación de necesidades.
- Selección de estrategias.
- Evacuación del dictamen.

A este respecto, hay que tener en cuenta que el valor de todo dictamen pericial no es otro que el de la opinión, presuntamente objetiva e imparcial, del que lo emita, por muy técnico o especialista que éste sea.

FORMULARIO DE INFORME SOCIAL

Logotipo		INFORME SOCIAL	
Emitido	Realizado por	Solicitado por	Nº Colegiador
Fecha	Fecha		
Motivo de realización (preferentemente usar el infinitivo)			
1. La identificación del cliente:			
2. Las características de la familia:			
3. La situación socio-económica de la familia:			
4. La formación académica:			
5. La salud de la familia:			
6. La vivienda:			
7. El barrio o zona:			
8. Las relaciones vecinales y sociales:			
9. El diagnóstico social:			
10. El dictamen técnico y la propuesta de actuación del trabajador social:			
11. Lugar, fecha y firma del trabajador social que emite el informe:			
Rubrica			

Figura 4.36

Este tema ha sido estudiado, entre otros, por Julia Cuadrado (1989: 76-82), Pilar Ruiz Rodríguez (2004) y María Dell'Aglio (2004).

D) EL GENOGRAMA

Puede definirse el *genograma* como "una representación gráfica de la familia del cliente, al objeto de indagar su origen", para lo que es preciso remontarse en la búsqueda, al menos hasta tres generaciones.

El *genograma* es, pues, esencialmente un árbol familiar, que el cliente y el trabajador social suelen dibujar conjuntamente (por lo que esta técnica no puede considerarse siempre propiamente como indirecta), siguiendo las pautas desarrolladas, principalmente, por M. E. Kerr & Murray Bowen (1988).

La mayor utilidad del *genograma* consiste en que ayuda, tanto al trabajador social como al cliente, a analizar las problemáticas pautas emocionales y de comportamiento de la familia en un contexto intergeneracional. Y como éstas tienden a repetirse, lo normal es que lo que acontece en una generación ocurra también con frecuencia en la siguiente. De ahí el valor predictivo e interpretativo de esta técnica.

Los símbolos comúnmente usados en el *genograma* ofrecen, en conjunto, una imagen visual de un árbol familiar, que incluye al menos tres generaciones, estando no sólo quienes son sus miembros (sus nombres, edades, géneros, estatus marital, posición social, etc.), sino también cuantos extremos resulten relevantes para una mejor información, como, por ejemplo, las dificultades emocionales, el estatus de comportamiento, los orígenes étnicos, la filiación religiosa, el estatus socioeconómico y demás datos significativos.

Por lo demás, la utilidad de los *genogramas*, tanto para los trabajadores sociales como para los clientes, es clara. Para los primeros, un *genograma* bien hecho revela gráficamente la dinámica familiar intergeneracional, lo cual les permite comprender mejor las pautas intergeneracionales que influyen en la familia del cliente, y mediante su valoración entender las actuales pautas problemáticas de la familia en cuestión.

A continuación, una vez que se han identificado los problemas, los trabajadores sociales pueden ya concentrarse en ayudar a los miembros de la familia a aplicar estrategias para habérselas con las pautas problemáticas detectadas. Decimos pautas problemáticas porque no todas las identificadas tienen que ser necesariamente negativas, pues algunas se ofrecen como recursos que pueden ayudar a la familia a enfrentarse con sus retos, como, por ejemplo, la longevidad, la alta educación alcanzada, la práctica de hábitos saludables, los bajos índices de divorcio, etc.

De un modo análogo, a la familia del cliente un *genograma* completo le ayuda a comprender e identificar las pautas y los recursos característicos de un problema intergeneracional. La identificación de tales pautas es indudable que permitirá a los miembros de la familia formular (conjuntamente con su trabajador social) las estrategias para actuar sobre ellas (véase figura 4.37).

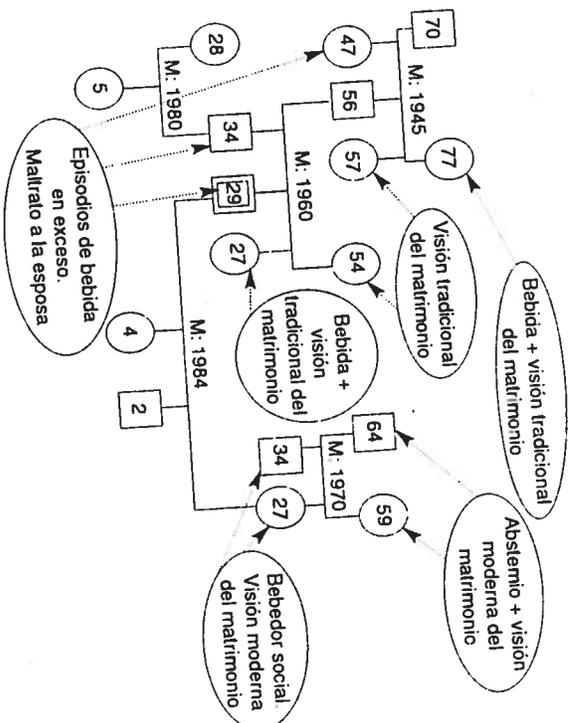


Figura 4.37. Ejemplo de genograma (familia con problemas de alcohol y malos tratos).

E) EL ECOMAPA

El *ecomapa* es una técnica muy parecida a la anterior, y se debe, fundamentalmente, a Ann Hartman (1978: 465-476).

Consiste también en una representación gráfica de la familia del cliente, pero situada en su entorno social. Por lo general lo confeccionan el trabajador social y el cliente conjuntamente (de ahí que no suela considerarse propiamente como técnica indirecta). La razón es que ayuda a ambos a alcanzar una visión global de la familia del cliente y de sus relaciones con otros grupos, asociaciones, organizaciones, así como con otras familias e individuos.

El ejemplo del *ecomapa* se ha generalizado en una variedad de escenarios, incluso por los consultores matrimoniales y familiares y en materia de adopción y cuidado de los niños fuera de su hogar. Se ha empleado también para completar las historias y las fichas sociales.

En definitiva, el *ecomapa* es una técnica muy socorrida para guardar y archivar la información social básica. Su utilidad estriba en ayudar a los clientes y a los trabajadores sociales a obtener una mejor visión de los problemas, poniendo de relieve de un modo inmediato y gráfico las más importantes interacciones en un momento determinado.

Un típico *ecomapa* consiste en un círculo que representa a la familia del cliente, especificando su composición, rodeado, a su vez, de un conjunto de círculos que representan otros sistemas, es decir, los otros grupos, familias, individuos y organizaciones con los cuales dicha familia interactúa ordinariamente, describiéndose con unas líneas las relaciones que mantienen los miembros de la familia con estos otros sistemas, y mostrándose con flechas el flujo de energía (dando o recibiendo recursos y comunicación) entre ellos.

Los utilizadores del *ecomapa* pueden crear sus propias abreviaturas y símbolos, aunque los más comúnmente empleados se muestran a continuación.

El mayor valor de un *ecomapa* radica en ayudar, a la vez, al trabajador social y al cliente para ver a su familia desde una perspectiva ambiental y de sistemas, que permita a su profundización en la dinámica social de una situación problemática y el ulterior diseño de las oportunas estrategias.

Apartir de las semejanzas entre el *ecomapa* y el *genograma*, es de destacar una diferencia sustancial entre ambas técnicas, y es que, mientras esta última centra su atención en las pautas intergeneracionales, principalmente aquellas que son problemáticas o disfuncionales para la familia, el *ecomapa* se concentra en las interacciones de la familia con otros grupos, recursos, organizaciones, asociaciones u otras familias o individuos.

Para mayor información puede verse Cándida Acero Sáez (2000: 44-60).

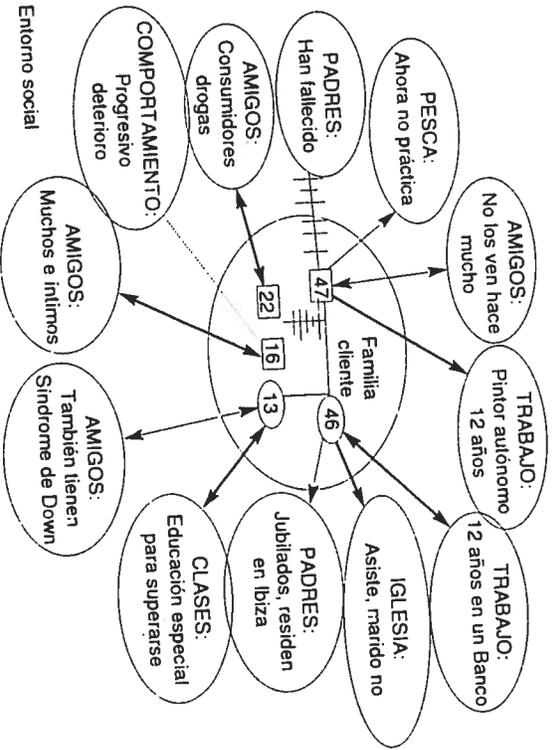
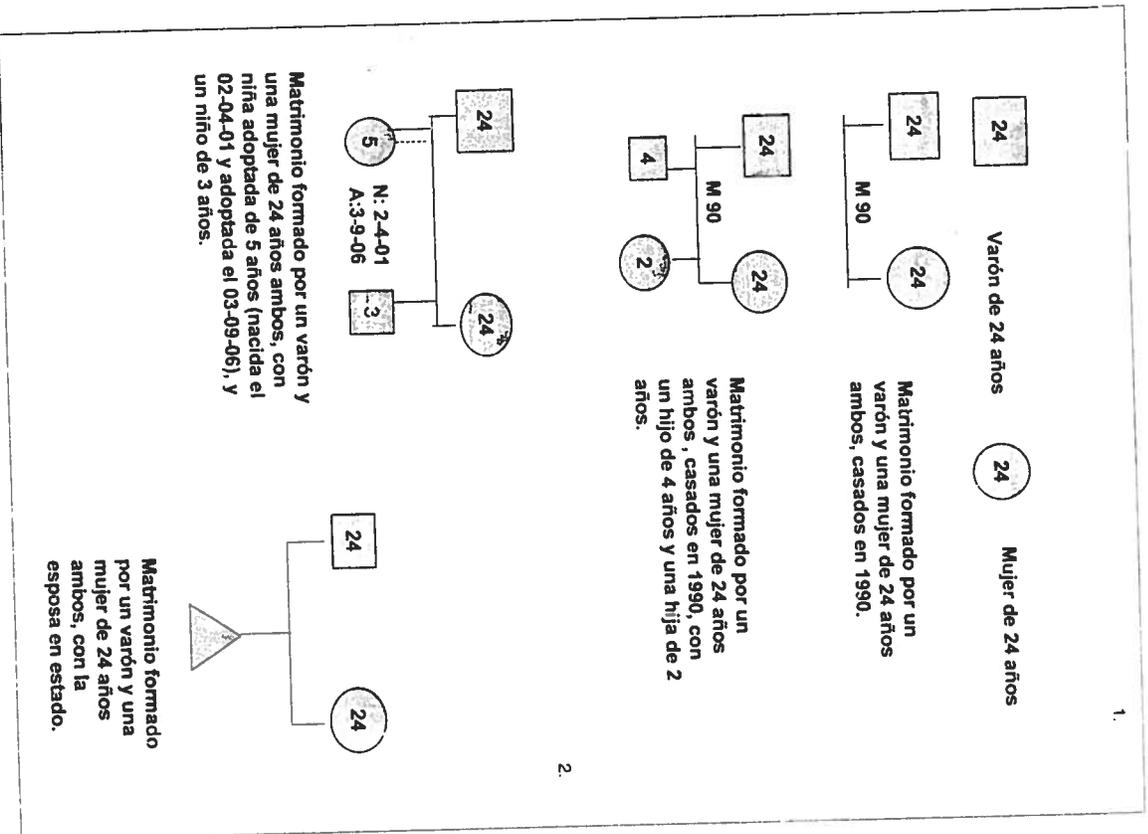
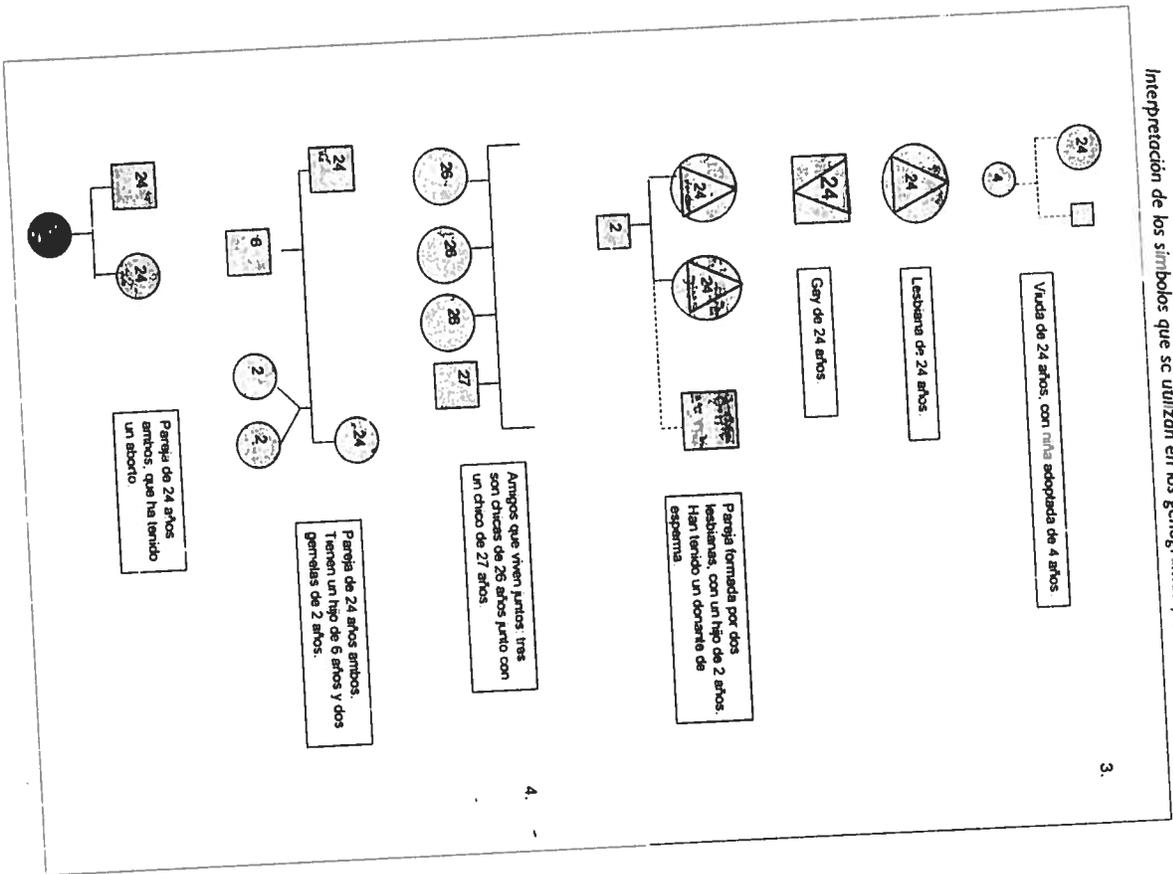


Figura 4.38. Ejemplo de *ecomapa* (familia recibida en un servicio de orientación).

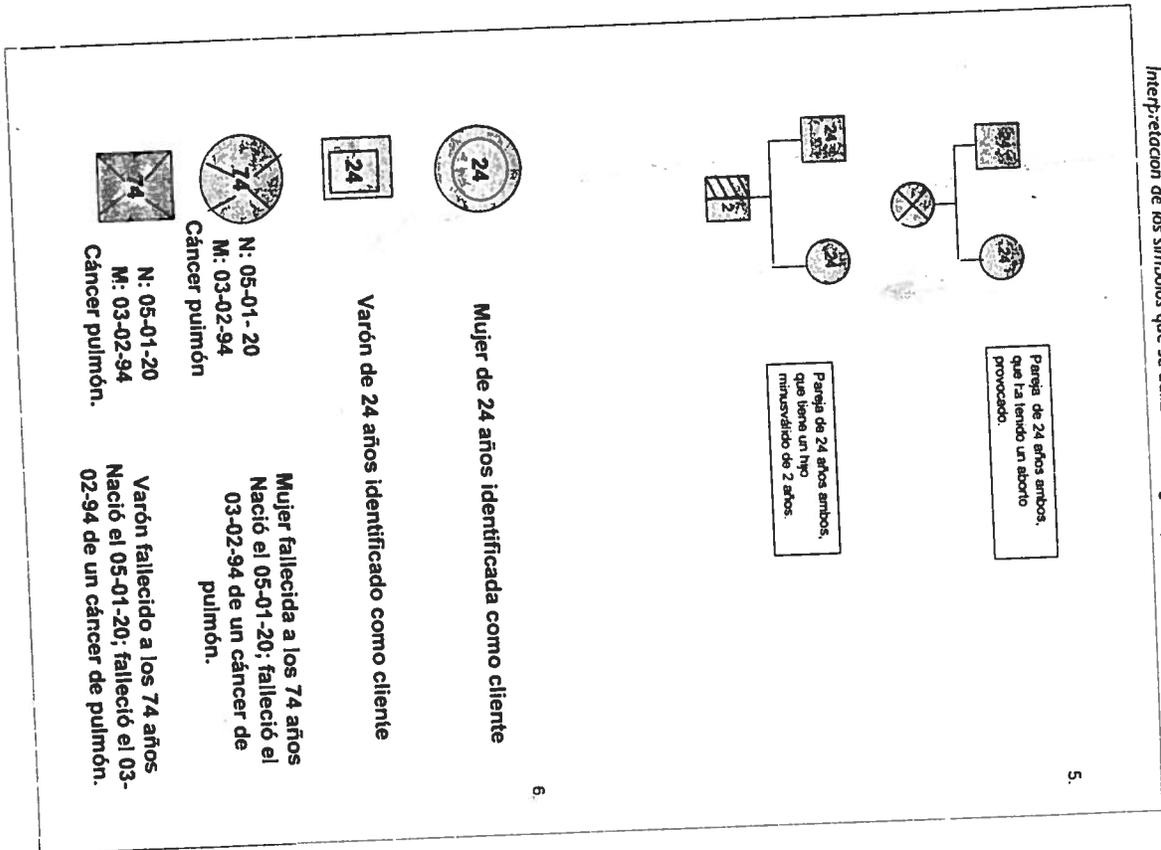
Interpretación de los símbolos que se utilizan en los genogramas y en los *ecomapas*



Interpretación de los símbolos que se utilizan en los genogramas y en los ecomapas

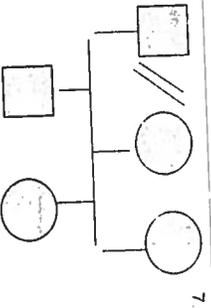


Interpretación de los símbolos que se utilizan en los genogramas y en los ecomapas

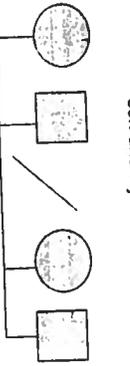
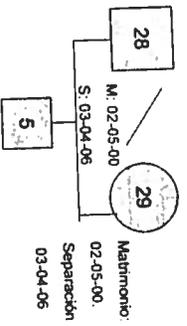


6.

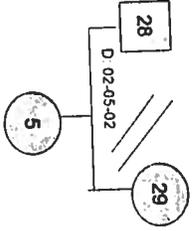
Interpretación de los símbolos que se utilizan en los genogramas y en los ecomapas



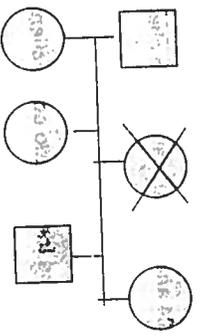
7
Divorcio cuya custodia del hijo la tiene la madre y nuevo matrimonio con una hija.



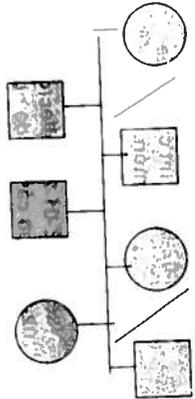
8
Separación y nuevos matrimonios por ambos esposos.



Divorcio: 02-05-02
La custodia de los hijos la tiene el padre.

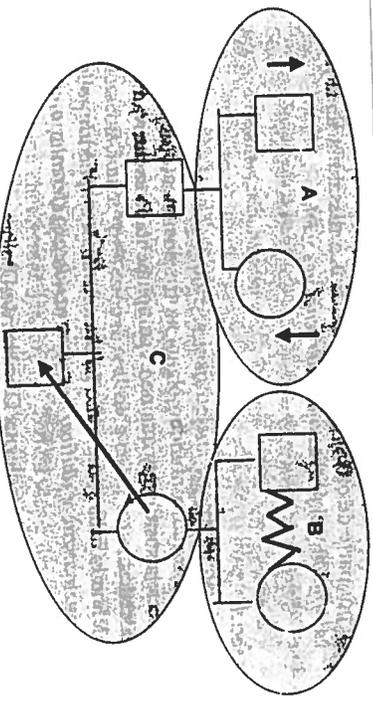


9
Matrimonio cuya esposa ha fallecido teniendo dos hijas. El marido, casado en segundas nupcias, ha tenido un hijo.

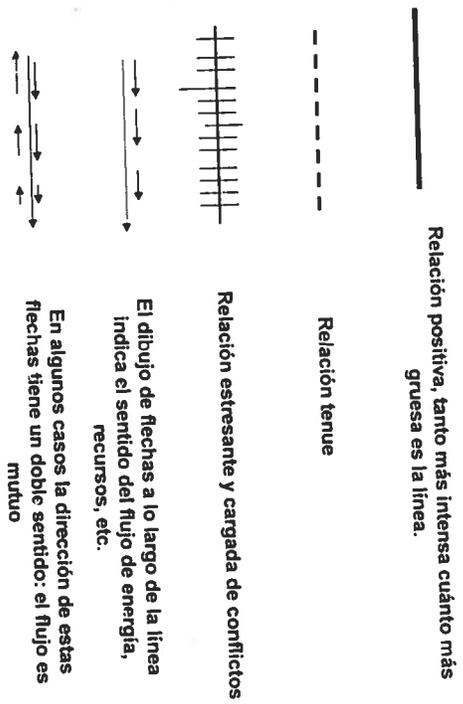


10
Matrimonio entre dos personas que han estado previamente casadas. La custodia del hijo del marido la tiene la primera esposa y la custodia de la hija de la segunda esposa la tiene ella. Han tenido un hijo en común.

Interpretación de los símbolos que se utilizan en los genogramas y en los ecomapas



9
A. Familia de origen del marido. Las flechas indican el funcionamiento emocional de la familia: desciende en la madre y asciende en el padre. B. Familia de origen de la esposa. La línea dentada indica el conflicto entre los padres. C. Familia nuclear. la flecha indica el proceso de proyección de la madre hacia el hijo.



4.2.2. Las técnicas documentales no específicas

Las llamamos así por no ser propias ni exclusivas del Trabajo Social, sino que son de uso común por parte de otros profesionales. Entre ellas destacan la *fecha social*, la *escala de valoración* y el *proyecto de intervención social*.

A) La fecha social

Con la *historia social* confunden algunos otro documento denominado *fecha social*, que a veces la sustituye y que no es cumplimentada exclusivamente por los trabajadores sociales. Podemos definir la *fecha social* como "el documento de amplio uso en los servicios sociales, para sistematizar y unificar los diversos datos referentes a cualquiera de sus clientes".

El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (1985: 30) da de ella una "definición conceptual" y una "definición operativa". Según la primera la *fecha social* es el "soporte documental e instrumental de trabajo en el que se registra la información en forma susceptible de ser ordenada, entresacada y almacenada".

A renglón seguido, añade dicho Consejo la "definición operativa", diciendo que es "la parte común sistematizable y cuantificable de la *Historia Social*". Ana Díaz, Alberto Piñero y Patricia Restrepo (1986: 7) precisan, a su vez, que la *fecha social* es "un soporte documental de aplicación general en el sentido de que contiene todos aquellos datos comunes a cualquier usuario de los servicios sociales".

B) La escala de valoración

Como la *fecha social*, la *escala de valoración* es un documento no exclusivo de que puede hacer uso el trabajador social, siempre que lo estime oportuno. Por su carácter científico, sirve para cuantificar situaciones sociales en un determinado momento y lugar, por lo que puede ser de gran utilidad para completar un diagnóstico social. Suele caracterizarse por:

- Constituir una ayuda optativa para el trabajador social.
- Figurar archivada en la historia social.
- Servir, más que para identificar, para valorar el *quantum* de aquellos problemas reconocidos como tales.
- Referirse a lo que origina sufrimiento y malestar social.
- Repetirse periódicamente, para apreciar la evolución de las magnitudes observadas.

- Ser indiferente el empleo de distintas escalas, siempre que el trabajador social consigne su denominación y valor final.
- Ser necesario, para su uso, el permiso del diseñador de la escala, por respeto a su propiedad intelectual (Colom, 2005: 89-90).

C) El proyecto de intervención social

Con esta denominación (sobre la inapropiada expresión de "intervención social" para designar en general la actuación de los trabajadores sociales, véase apartado, 1.1), se conoce en el Trabajo Social lo que podemos definir como "el proyecto de actuación del profesional, realizado como fruto de su diagnóstico-pro-nóstico de la problemática del cliente, con expresión detallada del tratamiento a realizar, la determinación de objetivos a corto, medio y largo plazo, la mención de las personas con quienes actuar, las tareas y actividades a desarrollar, los recursos internos y externos a utilizar, los criterios de evaluación, así como el presupuesto real y, en general, todos aquellos extremos que contribuyan a la más completa actuación del trabajador social". Este proyecto no es, de ningún modo, autónomo, sino que debe subordinarse a los programas y planes establecidos en su caso (Colom, 2005: 91).

4.2.3. Las técnicas documentales complementarias

Así se consideran numerosos documentos, los más usuales de los cuales pasamos a detallar:

A) El acta

Es una relación escrita de lo sucedido, tratado o acordado en una junta o reunión, con el fin de dejar de ello debida constancia.

Su formato puede variar, siempre que comprenda los requisitos esenciales siguientes:

- Localidad, fecha (con expresión del día, mes y año) y hora de comienzo de la sesión.
- Número de asistentes (se indicará el número aproximado, si la asistencia es numerosa, y, en caso contrario, se relacionarán los nombres y cargos de los presentes).
- Orden del día de la reunión, con la relación de los asuntos a tratar.
- Respecto de cada uno de los puntos del orden del día, un resumen escueto de las intervenciones, con expresión de sus autores y de los acuerdos adoptados.

- Hora en la que se da por finalizada la sesión.
- Firma de las personas autorizadas, normalmente la del secretario, que es quien redacta el acta, y la del presidente, que da su visto bueno (Vº. Bº).

La aprobación del acta no tiene lugar normalmente en la propia sesión, sino en la siguiente. Por ello, toda reunión suele comenzar con la lectura del acta de la anterior y, si procede, con su aprobación (véase figura 4.39).

Madrid, a ___ de _____, en el Centro de _____, comienza esta reunión, a las _____ horas, con la asistencia de los reseñados al margen. Y con sujeción al siguiente orden del día:

Asistentes:

- 1º _____
- 2º _____
- 3º _____
- 4º _____

Sobre el primer punto, y tras un breve debate, se acuerda, a petición de.... que... etc.

Finalmente, se levanta la sesión a las... horas.
Firma y rubrica _____ El Secretario
Vº el Presidente _____ Fdo
Fdo: _____

Figura 4.39. Ejemplo de acta.

B) La instancia

Es el documento por el que se pide, se solicita o se insta la adopción de una determinada resolución. Muy corriente en la Administración, suele también emplearse en el campo del bienestar social. Como se trata, en definitiva, de una petición por escrito, deberá reunir los siguientes requisitos:

1. La autoridad, entidad o persona a quien vaya dirigida.
2. El nombre y apellidos del peticionario, así como la filiación, domicilio y otras circunstancias que se estimen relevantes.
3. Exposición clara, concreta y sucinta de lo que se solicita.
4. Fundamentos legales o consideraciones que abonen la petición.

5. Lugar y fecha de la solicitud.
6. Firma del solicitante (véase figura 4.40).

EXCMO. SR. / ILMO. SR. / SR.

(Nombre) _____ (Profesión) _____ (Calle) _____ (Distrito postal) _____ (Teléfono) _____

(Profes.) _____

Que: _____ EXPONE

Que: _____ SOLICITA

Gracia que no duda alcanzar de VEM/MD, cuya vida dure muchos años
Madrid, a _____ de _____

Firma y rubrica _____
Fdo: _____

Ilmo. Sr. (persona a quien se dirige la instancia)

Figura 4.40. Ejemplo de instancia.

C) El certificado

Es el documento por virtud del cual alguien (autoridad, trabajador social u otro profesional, o cualquier persona) certifica algo a favor de alguien. Este documento debe cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

1. Debe expresar quién lo extiende y a quién se refiere, salvo que tenga un destinatario general.
2. Debe manifestar claramente lo que se certifica.
3. Debe hacer constar el lugar y fecha (preferiblemente en letra), del documento.
4. Debe llevar la firma del certificador.

- Como es lógico, su valor e importancia depende de las competencias, atribuciones, cualificaciones, etc. de quien lo expida (véase figura 4.41).

Logotipo, escudo, etc.

(nombre y cargo de quien certifica)

CERTIFICA

Que D./Dra. _____

Y para que así conste, expide el presente certificado a petición del interesado/a, para

Madrid a _____ de _____

Firma y rubrica
Fdo: _____

Figura 4.41. Ejemplo de certificado.

D) La carta-circular

Es una forma de correspondencia preferentemente de tipo interno, que suele usarse cuando alguien desea informar de determinados hechos a muchas personas, y de ahí que tenga un carácter muy común.

En cuanto a sus requisitos, destaquemos que:

- Ha de ser breve y sencilla, en aras de su finalidad meramente informativa, formada de párrafos cortos.
- Por lo general, no requiere contestación.
- Si ha de servir para mantener una comunicación con cierta periodicidad, puede citarse como referencia en posteriores documentos.
- La firma suele ir reproducida, pero si se rubrica excepcionalmente cada uno de sus ejemplares, adquiere el carácter de carta individual, lo que, como es lógico, aumenta su efectividad.

- Puede remiñirse en sobre abierto, si bien el que se haga o no así dependerá de la reserva o importancia de la información.
- La fecha puede ir impresa en todo o en parte; o en blanco. Para escribirla después a mano, máquina, ordenador, etc.
- Debe tenerse en cuenta a quién se dirige; problema que suele resolverse imprimiendo las palabras de forma mixta: Sr./Sra., Sres./Stras. En todo caso, debe utilizarse una forma muy general, dada la diversidad de sus destinatarios, con alguno de los cuales puede tenerse una relación más o menos estrecha: Sres., Estimados Sres....
- Cuando la firma va impresa, es frecuente reproducirla con tinta de color diferente de la del escrito, con el fin de darle más apariencia de manuscrito.

Suele figurar el membrete de quien la expide; si lo tiene (véase figura 4.42).

Logotipo o escudo

Madrid _____

De _____
A _____

Muy Sr/sas míos/sas

Por lo presente deseo informarles de que _____

Asimismo, desde el día _____

Y, finalmente, _____

Firma y rubrica
Fdo: _____

Figura 4.42. Ejemplo de carta-circular.

E) El saludó

Motivado las más de las veces por razones de cortesía y protocolo, es un breve escrito, total o parcialmente impreso, caracterizado por su sencillez, que se propone ofrecer alguna información, invitación o participación a alguien.

Su contenido comprende los siguientes extremos:

- Cargo o título del remitente (impreso).
- La palabra "saluda", o las iniciales B. L. M. (busa la mano) en grandes caracteres de imprenta.
- El nombre del destinatario y el motivo de la comunicación, escritos a máquina o a mano en un espacio en blanco dejado al efecto, cuando no esté impreso.
- Nombre y apellidos del remitente (impreso).
- Lugar y fecha (impreso).
- Una fórmula cortés de despedida, como, por ejemplo: "tiene el gusto de reiterarle la seguridad de su consideración más distinguida" o "aprovecha la ocasión para reiterarle el testimonio de su más distinguida consideración", etc. (véase figura 4.43).

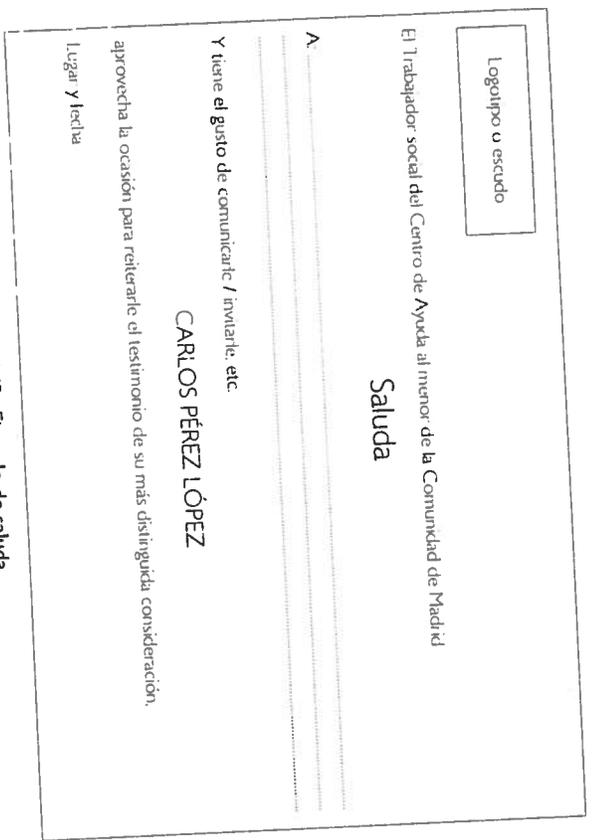


Figura 4.43. Ejemplo de saluda.

Epílogo

El Trabajo Social en España

"Se hace camino al andar", sentenció poéticamente nuestro gran Antonio Machado. Y, en efecto, mediante sus primeros pasos en España, el Trabajo Social ha ido haciendo modestamente un camino que, con sus naturales titubeos, desorientaciones, tanteos, dudas, tropezones y rectificaciones, le ha permitido ir consolidándose como el núcleo más característico de nuestro Estado de Bienestar, abocado con seguridad a un futuro brillante, siempre que los trabajadores sociales tengan la capacidad de no defraudar las inmensas esperanzas que en ellos ha puesto la sociedad.

Como ya hemos expuesto en otro lugar (Moix Martínez, 2006: 265-268), nuestro Trabajo Social empezó configurándose sobre los modelos belga y francés, que empleaban la denominación de *Servicio Social*, razón por la cual comenzó llamándose *Servicio Social*, dando así lugar a no pocos errores de los que no fue el menor su confusión con alguno de los particulares Servicios Sociales existentes, como el Trabajo Social y los Servicios Sociales fueran una sola y misma cosa, cuando para comprobar que se trata de dos realidades totalmente diferentes, basta repasar sus correspondientes definiciones, que a continuación se recuerdan:

El Trabajo Social es la actividad de ayuda, técnica y organizada, ejercida sobre las personas, los grupos y las comunidades, tratando de ayudarles a que se ayuden a sí mismos, con el fin de procurar su más plena realización y mejor funcionamiento social, y su mayor bienestar, mediante la activación de los recursos internos y externos, principalmente las ofrecidas por los Servicios Sociales y por las instituciones y los sistemas del Bienestar Social (Moix Martínez, 2004: 131-137; 2006: 259-263).

Por el contrario,

los Servicios Sociales son servicios técnicos, prestados al público o a determinados sectores del mismo (según se trate de servicios universales o de servicios selectivos), de

una manera regular y continua, por las más diversas organizaciones: públicas o privadas, con el fin de lograr o aumentar el Bienestar Social" (Afoix Martínez, 2004: 137-141; 2005:11-22; 2006: 266).

Queda, pues, claro que, mientras los Servicios Sociales constituyen *estructuras funcionales*, el Trabajo Social es, fundamentalmente, una *actividad de ayuda técnica y organizada*, que puede realizarse dentro o fuera de ellas.

El hecho es que con dicha denominación de *Servicio Social*, amparó el Trabajo Social a muy diversas actividades, cuyo común denominador fue la ayuda a los necesitados, personas dependientes, excluidos sociales y demás miembros de los sectores más desfavorecidos de la sociedad, a la vez que empezaba a preocuparse por la formación de los trabajadores sociales, llamados en un principio *Asistentes Sociales* (Moix, 1991: 6-7; 2006: 265-271), con la creación de algunas Escuelas al efecto.

Tanto los autores que las han estudiado de manera somera Sarría y cols. (1976), Suárez Fernández (1992), Primo de Rivera (1983), como la única investigación específica sobre el tema debida a Molina Sánchez (1994), coinciden en subrayar un paralelismo entre la Asistencia Social y el desarrollo de estas escuelas, de las cuales desde 1932 hasta 1952 aparecieron tres, dos en Barcelona y una Madrid, y en 1964 habían sido creadas ya 35, con dependencia diversa: cinco eran de la Sección Femenina, una de las Hermandades del Trabajo, otra de la Universidad de Navarra y el resto de la Federación Española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social (FEEISS), creada en 1959 con el objetivo de dar una cierta unidad a los estudios que se impartían en dichas escuelas.

Hasta los años sesenta

En 1967 se crearon las Escuelas Oficiales de Asistencia Social de Zaragoza y de Madrid. La primera fue promovida por el Ministerio de Trabajo a través de la Dirección General de Universidades Laborales; la segunda fue erigida por Real Decreto 986/1967 del Ministerio de Educación y Ciencia en la Ciudad Universitaria. A su vez, esta escuela será la primera que se incorpore en 1983, por Real Decreto 2632/83, de 10 de septiembre (*BOE* de 8 de octubre de 1983), a la Universidad Complutense, denominándose desde entonces Escuela Universitaria de Trabajo Social. Previamente, el Real Decreto 1850/81, de 20 de agosto, había previsto la integración de las Escuelas de Asistentes Sociales en la Universidad.

Recordemos, por último, que en 1961 se había creado en España el Comité Nacional de Servicio Social, que, por disposición del artículo 1.º de sus Estatutos, de 8 de junio de dicho año, se conchó como el órgano dedicado a la promoción y coordinación interna de la acción social en España y a su representación externa ante las organizaciones internacionales.

Por virtud del artículo 3.º de tales estatutos, sus miembros habían de proceder de los sectores implicados entonces en la acción social, por lo que el referido comi-

té nacional estuvo compuesto por organismos de la Iglesia, del Estado, del Movimiento, paraestatales, privados y una representación de las Escuelas de Asistentes Sociales y de las Asociaciones de Asistentes Sociales.

Respecto de estas últimas, se llegó a su unificación nacional, a través de un proceso iniciado en 1962, cuando, en su mes de octubre, cuatro prestigiosas Asistentes Sociales, Dña. Carmen Lagarza, Dña. Matilde Arias, Dña M.ª Pilar Polo y Dña. Dolores Barnuevo pertenecientes a diferentes Asociaciones de Madrid, Asociación de Escuela Santa M.ª de Maniliac y ACÁVE, respectivamente, tomaron la iniciativa de exponer públicamente la necesidad de refundir todas las asociaciones en una sola asociación nacional, posibilitando, así, la creación en 1963 de la Federación Española de Asistentes Sociales (FEDAAS) (Gil Parco, 2004: 10).

Todo esto no había surgido de la nada. Se habían dado precedentes a que no estaría de más aludir, como las llamadas "Divulgadoras Rurales Socio-Sanitarias", que fueron creadas en 1940 por la Sección Femenina y que no pocos las han considerado precursoras de las "asistentes sociales", hoy denominadas "trabajadoras sociales" (véase apartado 2.6).

Otro precedente importante había sido el Servicio de Extensión Agraria, creado por el Ministerio de Agricultura en 1958. Con sus "Agentes de Extensión Agraria", que eran una mezcla de técnicos-agrarios, maestros y sociólogos, y con sus Agencias Comarcales de Extensión Agraria trató de llevar al campo un sistema de educación permanente que llegara a toda la población agrícola, impulsando un cambio general de actitud y una mejora en las condiciones de vida y trabajo de la gente, para lo que sus esfuerzos se centraron en tres vertientes complementarias: *la animación, el adiestramiento y la divulgación*.

Se llevó a cabo así, durante años, una notable acción que contemplada con nuestra perspectiva actual, habría de calificarse de *Desarrollo Comunitario* (véase apartado 2.6) en el agro, hecho a imitación de la que se estaba realizando brillantemente por la misma época en las comarcas más deprimidas del norte de Italia, de donde lo importó exitosamente nuestro Ministerio de Agricultura.

Completaron esta labor las "Cátedras ambulantes" y las "Granjas-Escuela" de la Sección Femenina, que se propusieron la capacitación agraria y doméstico-social de la población rural femenina (véase apartado 2.6).

Los años setenta

En la década de los setenta, calificada por Manuel Gil Parco (2004: 25) de "años de crisis y reconceptualización", la FEDAAS se concentró en cuatro principales actividades, que, como expone este autor son: "la integración de los estudios de Asistente Social en la Universidad, la eliminación de la beneficencia pública del texto constitucional, la defensa de la profesión, y la reestructuración de la organización colegial".

En este período merece destacarse el II Congreso Nacional de Asistentes Sociales, celebrado en Madrid, en 1972, sobre el tema: "El Asistente Social y la evolución del Trabajo Social".

En su primera ponencia, titulada "Situación Actual del Trabajo Social", María Elena de Urrezarazu (1972: 35-49) abordó, en tres sucesivos capítulos, el ayer, el hoy y el futuro de la profesión.

Respecto del "hoy", propugnó que los asistentes sociales españoles adoptaran una actitud de cambio que favoreciera nuevos ejes de desarrollo para el Trabajo Social. En definitiva, se alentó a caminar a favor de los "nuevos aires" que impulsaban un "Trabajo Social actualizado", sobre la base de:

—Encaminar los esfuerzos profesionales a intervenir sobre las causas de los problemas, y no sólo sobre los efectos, interviniendo en las estructuras sociales que generen malestar social.

—En esta misma línea se debe abordar la dimensión de "macro-actuación", no sólo de "micro-actuación", es decir, el Trabajo Social debe llegar al nivel de planificación y formulación de planes de acción social. Por tanto es importante que los agentes incorporen el Trabajo Social a la política de bienestar del país.

—Dada la complejidad de la sociedad, y su especialización, no sólo debe haber Asistentes Sociales polivalentes sino también especializados.

—Por último, la importancia del trabajo en equipo
Urrezarazu Ucin, 1972: 40-44.

Recordemos que con los "nuevos aires" la ponente se estaba refiriendo al "Movimiento de la Reconceptualización".

Con esta autodenominación, se conoce una distinta orientación encaminada a lograr un Trabajo Social alternativo, que se produce en la segunda mitad del pasado siglo, concretamente en los años sesenta y setenta, en Hispanoamérica.

"Reconceptualización" significa nueva conceptualización, y esta última palabra hace referencia a la formulación de conceptos. Con tan hábil presentación, dicho movimiento generó las mayores esperanzas en que supondría la más radical y total renovación del Trabajo Social. Pero su coincidencia en el tiempo con fenómenos como la multiplicación de las guerrillas sudamericanas, la Teología de la Liberación, la antiglobalización, etc., así como la contemplación de una realidad larvada, la antaglobalización, etc., así como la manifestación de irritantes tiempo lastrada por una epidemia injusticia social, manifestada en una desigualdad social, lo escoraron, empujándolo decididamente hacia una indistinta política, que lo convirtió en un mero instrumento político al servicio de ideologías de corte marxistas.

Frente a las iniciales esperanzas suscitadas, el paso del tiempo ha evidenciado que la "reconceptualización" no ha aportado el enriquecimiento doctrinal global, razón por la cual no ha dejado ningún eco en el resto de los países del mundo, en los que ni siquiera se la menciona, salvo en algunos sectores minoritarios de Hispanoamérica, en donde sólo ha producido el desfavorable efecto de alejar al

Trabajo Social de su estricte y necesario profesionalismo y apoliticismo, que caracterizan a las demás profesiones que sirven a la sociedad.

Los fallidos intentos de importar la "reconceptualización" a nuestro país tuvieron lugar en la segunda mitad de los años setenta, cuando ya había amainado considerablemente su influjo en los lugares de origen. En este sentido, merecen destacarse las jornadas de Pamplona del año 1977, en las que diversos profesionales de los más varios sectores del Trabajo Social pretendieron reformular el quehacer profesional de los trabajadores sociales sobre la base de sumar las nuevas tendencias a las tradicionales, siguiendo de lejos la estela reconceptualizadora.

Fuero de estas jornadas fue un libro que ejerció una notable influencia en los nuevos derroteros de la profesión, convirtiéndose para muchos, más que en un simple manual, en una pauta de acción. Nos referimos al conocido coloquialmente como "libro de las castas", por el diseño de su cubierta, publicado por Patronio de las Heras y Elvira Cortázarra, con el título de *Introducción al Bienestar Social* (1979).

Los años ochenta

Representaron una inflexión decisiva en el desarrollo de nuestro Trabajo Social, porque, continuando su crecimiento en el sector privado del que al final nos ocuparemos, constituyeron la década de su implantación profesional en el sector público, asociada a la creación de un sistema público de Servicios Sociales.

La práctica del Trabajo Social por la Administración, iniciada en los años anteriores se fue consolidando, y los trabajadores sociales se fueron concentrando en los Servicios Sociales, en las áreas que éstos comprendían y en el intento de configurarles una identidad propia distinta de la Seguridad Social.

Entre 1980 y 1985 las administraciones públicas, autonómicas y locales se dedicaron a ejercer su influencia, no sólo en el campo de los servicios sociales, sino también en el del Trabajo Social, a cuyo fin adaptaron sus estructuras y sus programas, para hacer posible su resuelta actuación en tales campos.

Como consecuencia de todo ello, los ayuntamientos fueron sustituyendo sus centros de beneficencia por nuevos departamentos de Servicios Sociales, lo cual no representó sólo un cambio formal, sino también una nueva concepción político-social, que supuso el abandono del paternalismo por una política de igualdad que permitiera pasar de la sola ayuda a los marginados a la atención general de todos los ciudadanos.

Sin debate alguno, a diferencia, por ejemplo, del Reino Unido, donde se produjo una magna controversia social, económica y política (Moix Martínez, 2006: 11-22), empezaron paulatinamente a preferirse así "Servicios Sociales universales" a los "Servicios Sociales selectivos" (*universal social services-selective social services*, en la terminología anglosajona), con el consiguiente cambio de la imagen de los servicios sociales y hasta de su mismo concepto. Recordemos que, como en

otro lugar hemos definido (Moix Martínez, 2004: 138; 2005: 11-22) "Servicios Sociales universales" son "los que son accesibles *gratuitamente* a todos los ciudadanos con independencia de sus ingresos"; a diferencia de los "Servicios Sociales selectivos", que son "aquellos que se dirigen *solamente* a los llamados *económicamente débiles*", esto es, a quienes acrediten la falta de medios económicos para subvenir a sus necesidades".

La creciente importancia de los Servicios Sociales determinó que, tanto en la Administración Local como en la Administración General, aquéllos se configuraran como un área administrativa dotada de personalidad propia.

Y para esta área el Trabajo Social ofreció los profesionales con mejor preparación, sin impedir por ello, como es natural, la participación de otros muy diversos, tales como abogados, economistas, psicólogos, pedagogos, etc. Empezaron, así, los trabajadores sociales a dedicarse a las tareas de coordinación, normalización, planificación, etc.

Todo ello sin perjuicio de su restante actuación (al margen y con independencia de los servicios sociales) que siguió desarrollándose y perfeccionándose con el vigor de una nueva profesión, sobre todo el *Trabajo Social con Casos*.

Se trató, en definitiva, de una década en la que, además, encontraron aplicación programas formulados anteriormente, como, por ejemplo, el proyecto de Servicios Sociales aprobado por el PSOE en su XXVIII Congreso (mayo de 1979) y el XXIX Congreso (octubre de 1984).

También en esta década se celebraron más congresos nacionales: como el IV Congreso Estatal celebrado en Valladolid, en 1980, con el lema: "Por unos Servicios Sociales Para todos"; el V Congreso Estatal que tuvo lugar en Vizcaya, en 1984, bajo el título: "Bienestar Social, una utopía"; y el sexto Congreso Estatal que se produjo en Oviedo, en 1988, sobre el "Trabajo Social, reto de hoy".

La vieja aspiración de que se aprobaran los Colegios Oficiales de diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales culminó el 13 de abril de 1982, con la publicación de la Ley 10/1982, que aprobó la "creación de Colegios Oficiales de Asistentes Sociales" (BOE, n.º 99, de 26 de abril de 1982).

Esta disposición fue particularmente importante porque determinó:

- La institución de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- La creación de un Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- El establecimiento de la colegiación profesional obligatoria.

Poco después la Orden Ministerial de 24 de julio de 1982 (BOE, n.º 191, de 11 de agosto) aprobó los Estatutos Generales Provisionales de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y de su Consejo General.

Una vez conseguidos estos importantes objetivos, la FEDAAS procedió a su propia disolución, adoptada por acuerdo de su Asamblea de septiembre de 1982.

También entonces, como señala Rosa Doménech (1989: 31), nacieron entidades sin ánimo de lucro que prepararon y proporcionaron profesionales para la Administración, entidades que, por primera vez, realizaron diversas investigaciones y gestionaron algunos servicios o prestaciones (entre las más conocidas figuraron: APREMAR, INTRESS, GRUPO 5, CDES, etc.).

La legislación de la época trató de homologarse con las europeas, con el objetivo de promover la más efectiva igualdad de los ciudadanos, para la mejor resolución de sus problemas.

Un paso importante fue la incorporación a la Universidad de las anteriores Escuelas de Asistentes Sociales, que pasaron a denominarse *Escuelas de Trabajo Social*. Este hecho puede considerarse como la consolidación del Trabajo Social en España.

Y así, la Escuela Oficial de Asistentes Sociales de Madrid, que había sido creada en 1967, fue, como se ha dicho, la primera en lograr tal incorporación. Lo hizo a la Universidad Complutense por el Real Decreto 2632/1983, de 10 de septiembre, adoptando la denominación de *Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense* (EUTS, UCM).

Con este paso se afrontaron ulteriores retos, entre ellos la colaboración de nuevos planes de estudio y la selección del adecuado profesorado, y se abrió la posibilidad de actualizar y validar la anterior titulación de los asistentes sociales.

El segundo paso fue la creación del área de conocimiento de *Trabajo Social y Servicios Sociales*, como área específica de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social, que tuvo lugar por acuerdo de 25 de septiembre de 1990 (BOE de 11 de octubre de 1990), adoptado por el Consejo de Universidades, previo acuerdo de su Comisión Académica de 19 de junio del mismo año (BOE de 22 de agosto de 1990), por el que se establecieron nuevas áreas de conocimiento. En ella quedaron integrados profesores de Trabajo Social, Servicios Sociales y Política Social.

El siguiente avance se produjo el 22 de abril de 1991, al erigirse en la Universidad Complutense el primer Departamento Universitario de Trabajo Social y Servicios Sociales bajo la dirección del catedrático Manuel Moix Martínez, hoy su rector honorario.

Los años noventa

En este período se han ido consolidando los avances de la década anterior con una creciente aproximación al Trabajo Social Europeo. Lo atestiguan los diversos congresos nacionales, como el VII Congreso Estatal celebrado en Barcelona, en el año 1992, bajo el lema "La intervención profesional en la Europa sin fronteras"; el VIII Congreso Estatal organizado en Sevilla, en 1996, con el título "Trabajo Social en el cambio de milenio"; el I Congreso de Escuelas de Trabajo Social, promovido en Madrid, en 1998, por su Escuela Universitaria de Trabajo Social, bajo el lema "Globalización y Trabajo Social"; o el IX Congreso Estatal que tuvo lugar en el

año 2000, en Santiago de Compostela, sobre "Trabajo Social: compromiso y equilibrio"; y el III Congreso Estatal de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, celebrado en Barcelona en el año 2000, entre otros.

Asimismo, en ellos la generalización de los Servicios Sociales, la creciente responsabilidad pública, la progresiva legislación social y la descentralización autonómica han producido una mayor demanda de trabajadores sociales, a la vez que una progresiva exigencia en la formación de los alumnos de nuestras escuelas de Trabajo Social.

También en estos años es de destacar, como ya hemos expuesto, la creación de nuevas áreas de conocimiento (10 de junio de 1990) y el consiguiente establecimiento del área de Trabajo Social y Servicios Sociales como área específica de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social (25 de septiembre de 1990) y, por último, la erección del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales en la Universidad Complutense (22 de abril de 1991).

La titulación de Diplomatura que corona actualmente los estudios universitarios de Trabajo Social es de esperar que en un futuro próximo se vea promovida a los grados académicos superiores de licenciatura y doctorado, a que la profesión unánimemente aspira. Esto permitiría que el Trabajo Social español ocupara de una vez el puesto que le corresponde en el panorama de los estudios universitarios, con la consiguiente mejora del estatus social y económico del trabajador social, de su preparación integral y de su consideración por parte de los demás profesionales y de la sociedad en general.

El trabajo social en el sector privado

Innecesario es decir que el Trabajo Social ha experimentado un paulatino y paralelo desarrollo en el sector privado, el cual, como es sabido, no constituye un todo homogéneo, sino que está integrado por elementos bien diferentes:

Las empresas

Son entidades con ánimo de lucro, que compiten en el mercado para la obtención de un beneficio, mediante la producción, distribución y venta de un producto, que a veces consiste en la dedicación a diversos problemas o necesidades de distintos usuarios: mayores, niños, toxicómanos, etc. Pueden adoptar cualquier forma jurídica (sociedades anónimas, de responsabilidad limitada, sociedades laborales, cooperativas, etc.), quedando asimilados a las empresas los despachos en que se ejerce libremente el Trabajo Social como profesión liberal.

Las empresas dedicadas al Trabajo Social pueden actuar directamente o mediante contratos con la Administración, y suelen especializarse en distintos cometidos:

- a) En la realización de actividades muy específicas y no habituales, como, por ejemplo, estudios o investigaciones sobre determinados temas.
- b) En la atención de diferentes necesidades o problemas que exigen una agilidad y unas condiciones que la Administración no puede ofrecer, como, por ejemplo, la ayuda a domicilio de personas mayores, talleres de ocupación y aprendizaje para minusválidos, actividades de tiempo libre para jóvenes, etc.
- c) En responder a necesidades o problemas que exigen una readaptación constante.

Las organizaciones sin ánimo de lucro

a) Instituciones sin ánimo de lucro

Organizadas por motivaciones solidarias de índole cívica, religiosa o política, pueden ejercer una actividad privada de prestación de algún servicio, y acceder a los contratos de las administraciones públicas, en las mismas condiciones que las empresas. Además, por su espíritu solidario y no lucrativo, pueden recibir subvenciones y ayudas para la dotación y el mantenimiento de sus estructuras, para el desarrollo de sus actividades y la prestación de sus servicios, siempre que reúnan los requisitos legales.

Se trata de entidades que gozan de prestigio y son objeto de fomento e impulso por las administraciones públicas, por ser expresiones del altruismo y la solidaridad. Dentro de estas instituciones se van abriendo camino otras formas de mecenazgo social, tales como las fundaciones.

b) Asociaciones y grupos de autoayuda

Se diferencian de las instituciones anteriores en que, mientras que en ellas la actividad solidaria se dirige al exterior de la entidad, en el caso de las asociaciones su razón de ser es la prestación de servicios o apoyos diversos a sus propios miembros o asociados, o al círculo definido por las personas que comparten unas características o circunstancias similares, constituyendo una expresión de solidaridad y cooperación entre dichas personas.

Pueden desarrollar una actividad privada de prestación de servicios y recibir subvenciones. Al responsabilizar a los propios afectados por un mismo problema o situación, favorecen el desarrollo de capacidades, evitando el paternalismo. Su prestigio se deriva de los efectos que se les reconocen en los aspectos educativos (en la solidaridad y responsabilidad), psicológicos (no destruyen capacidades individuales y colectivas de autoayuda, aprovechan la fuerza psicológica del grupo y la identificación que con el mismo se produce, utilizan los aspectos y actitudes positivas de sus miembros, etc.), etc.

c) El voluntariado

En la sociedad actual, los voluntarios son personas que comprometen parte de su tiempo libre en tareas de apoyo y colaboración con otras personas o grupos que los necesitan, sin recibir por ello remuneración de tipo económico o material (lo cual no implica la ausencia de otro tipo de compensaciones: psicológicas, de prestigio, autoestima, etc.). Representan un rasgo de humanidad, al participar en asociaciones y grupos de autoayuda, evitando la burocratización y el paternalismo, y colaborando en el logro de los objetivos marcados por el trabajador social.

En nuestros días el voluntariado representa el florecimiento de la acción voluntaria que tanto predicamento tuvo en los siglos XIX y XX, no sólo como medio óptimo para colmar las lagunas o deficiencias de la acción estatal, sino también por considerarse que rinde un positivo servicio a la causa democrática. Como señala el obispo de Sheffield (1949) en su memorable discurso en la Cámara de los Lores, la acción voluntaria es un medio "de frenar la inclinación natural del Estado de Bienestar hacia el totalitarismo". "El espíritu voluntario -añadió Lord Pakenham- es la verdadera sangre que vivifica a la democracia [...] la democracia sin ejercicio voluntario y voluntario idealismo pierde su alma" ("the voluntary spirit is the very life - blood of democracy [...] democracy without voluntary exertion and voluntary idealism loses its soul") (Moix Martínez, 2006: 67)

Como expresión nítida de la solidaridad, los voluntarios merecen todo el apoyo de la Administración Pública, que siempre los ha fomentado, favoreciendo su formación adecuada y facilitando su coordinación con los trabajadores sociales.

Estos últimos valoran su preparación, y canalizan o dirigen su aportación de manera organizada. Para ello, es imprescindible que, como profesionales, sepan ofrecer a los voluntarios tareas adecuadas a sus características, que, a veces, se confunden con las realizadas por los profesionales retribuidos, al llevar a cabo las de carácter relacional no remuneradas: compañía, relaciones personales, etc.

d) Los usuarios

Por último, los usuarios o clientes pueden también participar en la organización de actividades a realizar por las instituciones o centros de Trabajo Social. Las formas más comunes de hacerlo son las llamadas "autoprovisión" (Casado &

En la actualidad, se va generalizando la llamada "autoprovisión" (Casado & Guillén, 2003). Es evidente que ésta ha variado con la evolución de los tiempos y de las características de nuestra sociedad. Y así, por lo que se refiere a la familia, por ejemplo, a diferencia de la tradicional que asumía una amplia gama de funciones, la actual no puede desempeñar las suyas, aunque sean mucho más limitadas, sin la ayuda de la sociedad.

Por ello, la colectividad tiene que fomentar la permanencia en el propio hogar o en su comunidad de personas dependientes por edad o discapacidad, prestando

todo tipo de ayudas económicas, de orientación, rehabilitación, protección, seguimiento, etc.

La "autoprovisión" de cuidados alcanza su máxima expresión en aquellas personas adultas e intelectualmente capaces, aquejadas de limitaciones o alteraciones importantes, que viven en hogares privados, solos o en familia, y que obtienen por sí mismas las atenciones especiales que requieren.

Bibliografía

- Acero Sáez, C. (2000). "La utilización de Genogramas y Ecomapa en la práctica del Trabajo Social". *Trabajo Social Hoy*, 28.
- Akabas, S. H., Kurzman, P. S. & Kolben, N. S. (1979). *Labor and Industrial Settings*. Columbia University School of Social Work Education, National Association of Social Workers, New York.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *Violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Fundación la Caixa. Barcelona
- Arkava, M. L. (1976) & Brennen, E. D. (1976). *Competency Based Education for Social Work*. Council on Social Work Education, New York.
- Baer, B. L. y Federico, R. (1978). *Educating the Baccalaureate Social Worker*. Ballinger, Cambridge, Mass.
- Biesteck, F. P. (1961). *The Casework Relationship*. George Allen and Unwin, London.
- (1966). *Las redacciones del Casework*. Aguilar, Madrid.
- Birkbeck, J. (1972). "Unpublished DSW dissertation, Graduate School of Social Work". University of Utah.
- Bracht, N. F. (1978). *Social Work in Health Care*. Haworth Press, New York.
- Bray, de y Tuerlinckx (1966). *La Asistencia Social Individualizada*. Aguilar, Madrid.
- Captlan, G. (1965). *Principles of Preventive Psychiatry*. Tavistock, London. (ed. esp. (1985): *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Paidós, Barcelona).
- Carrión, C. (2000). "El Trabajo Social en la promoción para la salud". Maristán, Granada.
- Casado, D. y Guillén Sádaba, E. (2003). *Manual de Servicios Sociales*. Comunidad Catequética Salesiana de San Juan Bosco, Madrid.
- Churchman, C. W. (1968). *The Systems Approach*. Dell Publishing Co. New York.
- Clark, F. W.; Arkava, M. L. & Associates (1979). *The pursuit of Competence in Social Work*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Colom, D. (2005). *Libro verde del Trabajo Social: Instrumentos de documentación técnica*. Consejo general de Diplomados en Trabajo Social y A.A.S.S. Madrid.
- Cosin, L. B. (1972). *Child Welfare Policies and Practice*. McGraw-Hill, New York.
- (1980). "Social Work in the Schools", en Bricland D. y otros. *Contemporary Social Work*. MacGraw-Hill, New York.

- Cox, F. M.; Erlich, J. L.; Rothman, J. y Tropman, J. E. (eds.) (1974): *Strategies of Community Organization*. FE. Peacock Publishers Inc. Itasca. Ill.
- Cañadado, J. (1989): "Peritaje social". *Servicios Sociales y Política Social*, 16.
- Dante Alighieri (1975): *La Divina Comedia de Dante Alighieri*, t. I. El Infierno. Circuito del bi-bliófilo. Barcelona.
- Dos documentos básicos en Trabajo Social: estudio de la aplicación del informe y Ficha Social*. (1985). Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y A.A.S.S. Madrid.
- De Urrezarazu, M. E. (1972): "Situación actual del Trabajo Social", en *Memoria del II Congreso Nacional de Asistentes Sociales*. Fedas. Madrid.
- Domench Ferré, R. (1989): *Panorámica de los Servicios Sociales y del Trabajo Social* (1939-1988). Institut de Treball Social i Serveis Socials. Barcelona.
- Dell Aigio, M. (2004): *La práctica del perito trabajador social*. Espacio. Buenos Aires.
- Díaz Perdigüero, A.; Piñero, A. y Restrepo, P. (1986): *Un modelo de ficha Social y utilización*. Consejo general de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. A.A.S.S. Madrid.
- Du Ranguet, M. (1996): *Los modelos en Trabajo Social: Intervención con personas y familias*. Siglo XXI. Madrid.
- Emery, F. E. (ed.) (1969): *Systems Theory Thinking: Selected Readings*. Penguin Books. Baltimore, Md.
- Epstein, L. (1980): *Helping People: The Task-Centered Approach*. Mosby. St. Louis, MO.
- Ferguson, E. A. (1975): *Social Work: An Introduction*. Lippincott. Philadelphia.
- Ganbrill, E. D. (1983): *Casework: A Competency-Based Approach*. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, NJ.
- (1977): *Behaviour Modification: Handbook of Assessment, Intervention and Evaluation*. Josey-Bass. San Francisco.
- Garbano, J. (1983): "Social support networks: Rx for the helping professions", en Whittaker, J.K. & Garbano, J., *Social Support Networks: Informal Helping in the Human Services*. Aldine. New York.
- García Gutiérrez, J. (2000): "Extensión agraria", en A.A.V.V. *El Legado de Franco*, t. II. Azor. Madrid.
- García Pindado, G. (1992): "Determinantes familiares en el consumo de drogas: factores ambientales y genéticos". *Psiquis*, 13.
- German, C. y Gilerman, A. (1980): *The life model of Social Work practice*. Columbia University Press. New York.
- Gil, M. (2004): *El protagonismo de la organización colegial en el desarrollo del Trabajo Social en España*. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales / Siglo XXI. Madrid.
- Glynn, T. J. (1981): "From family to per: a review of transitions of influence among drug-using youth". *Journal of youth*, 10: 363-383.
- (1984): "Adolescent drug use and the family environment: review". *Journal of drug issues*, 14.
- Golan, N. (1978): *Treatment in Crisis Situations*. Free Press. New York.
- Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (2000): *Family Therapy and overview*, Brooks/Cole. Belmont, CA.
- Gravitz, M. (1981): *Métodos des sciences sociales*. Dalica. Paris.
- Hamilton, G. (1941): "The Underlying Philosophy of Social Casework". *The Family*, 23: 139-148.
- Hartman, A. (1978): "Diagnostic Assessment of Family Relationships". *Social Case Work*, 59.
- Hokstund, Kindunka y Midelevy (1996): "Social Work today and tomorrow. An international perspective", en *Profiles International Social Work*. NASW Press. Washington.

- Hollis, F. (1972): *Casework: A Psychosocial Therapy*. Random House. New York.
- Hollis, F. (1972): "The Psychosocial Approach to the Practice of Casework", en Roberts R. W. y Nee R. H. (eds.): *Theories of Social Casework*. The University of Chicago Press. Chicago and London.
- Jaley, J. (1963): *Strategies of Psychotherapy*. Grune and Stratton. New York.
- (1973): *Uncommon Therapy*. Norton. New York.
- Kadushin, A. (1990): *The Social Work Interview*. New York Columbia University Press, en Trevithick, P. (2002). *Habilidades de comunicación en intervención social*. *Manual práctico*. Narcea. Madrid.
- Kalima, E. y Aizpiru, Y. (1992): "Padres ante las drogas: una cuestión de información". Etxe. Bilbao.
- Kerr, M. E. y Bowen, M. (1988): *Family Evaluation: An Approach Based on Bowen's Theory*. Norton. New York.
- Krill, D. F. (1978): *Existential Social Work*. Free Press. New York.
- Landy, D. (1960): "Problems of the Person Seeking Help in Our Culture", en National Conference on Social Welfare. *Social Welfare Forum 1960*. Columbia University Press. New York.
- Las Heras, E. y Cortajarena, P. (1979): *Introducción al Bienestar Social*. FEDAAS. Madrid.
- Linares, J. L. (2002): *Del abuso y otros desmanes*. Barcelona. Paidós Ibérica.
- Lindemann, E. (1965): "Symptomatology and management of acute grief", en Parád, H. J., *Crisis Intervention: Selected Readings*. Family Service Association of America. Nueva York.
- Lishman, J. (1994): *Communication in Social Work*. Macmillan / BASW, Basingstoke.
- López, N. y López-Accotto, A. I. (1993): *Andares y caminos. Historias de seis familias españolas*. I Simposio sobre igualdad y distribución de la renta y la riqueza. Fundación Argentina. Madrid.
- Loring, T. (1997): "Promoción Política Social de la Mujer" en AA.VV., *El Legado de Franco*, t. I. Azor. Madrid.
- Lugue, A. (1996): "El Trabajo con intérpretes en la práctica del Trabajo Social". *Trabajo Social Hoy*. Monográfico primer semestre.
- McBroom, E. (1972): "Socialization and Social Casework" en Roberts R. W. y Nee, R. H. (eds.), *Theories of Social Casework*. University of Chicago Press. Chicago.
- Mendelsohn, A. R. (1980): *The Work of Social Work*. New Viewpoints. New York.
- Merton, R. K.; Reader, G. G. y Kendall, P. L. (1957): *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Harvard University Press. Cambridge.
- Millán, C.; Soler, A. R.; Romero, M. I. y Plaxats, M. A. (2005): "Intervención del trabajador social durante la emergencia". *Servicios Sociales y Política Social*, 69: 115-139.
- Minuchin, S. y Fischman, H. (1981): *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press. Cambridge.
- Moffett, A. D.; Bruce, J. D. y Horvitz, D. (1974): "New Ways of Treating Addicts". *Social Work*, 19: 390.
- Moix Martínez, M. (1982): *Política Social y Libertad: una respuesta al reto del siglo XXI*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago.
- (1986): *Bienestar Social*. Trivium. Madrid.
- (2004): "El Trabajo Social y los Servicios Sociales: Su concepto". *Cuadernos de Trabajo Social*, 17: 131-141.
- (2005): "Servicios Sociales universales y Servicios Sociales selectivos". *Servicios Sociales y Política Social*, 72: 11-21.
- (2006): *Teoría del Trabajo Social*. Síntesis. Madrid.
- Molina Sánchez, M. V. (1994): *Las Enseñanzas de Trabajo Social en España (1932-1983)*. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

- Moya, A. I. y Fernández, A. M. (2005): "El proceso de mediación y sus técnicas". *Trabajo Social Hoy*.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. Oxford University Press, New York.
- Olivenstein, C. (1975): *La Toxicomanía*. Fundamentos, Madrid.
- Ortiz, L. Molina, J. C.; Toboso, P.; Sánchez del Corral, U. (2005): *Situaciones clínicas en malos ratos en niños y ancianos*. Barcelona. Grupo Ars de Comunicación S.L.
- Ovidio, P. (1928). *P. Ovidius Naso, vol. II: Metamorfosis*. lib. VII, v. 20-21. In Aedibus B. G. Teubneri, Lipsiae.
- Papell, C. P. y Rothman, B. (1966): "Social Group Work Models: Possession and Heritage". *Journal of Education for Social Work*, 2.
- Payne, M. (1995): *Teorías Contemporáneas del Trabajo Social*. Paidós, Barcelona.
- Peláez, E. (1990): "El Trabajo Social ocupacional hoy. Contexto internacional". *Servicios Sociales y Política Social*, 17.
- Pérez, D. (2004): "La intervención social en el marco del sistema de servicios sociales, ante las situaciones de catástrofes y grandes emergencias". *Jornada de Trabajo Social y voluntariado*. 33-47.
- Pertman, H. H. (1957): *The Problem-Solving Model in Social Casework*. The University of Chicago Press, Chicago.
- (1972): "The Problem-Solving Model in Social Casework", en Roberts R. W. and Nee, R. H., eds., *Theories of Social Casework*. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Primo de Rivera, P. (1983): *Recuerdos de una vida*. Dyrsa, Madrid.
- Pincus, A. y Minahan, A. (1973): *Social Work Practice: Model and Method*. Peacock, Iasca, Ill.
- Pins, A. M. (1971): "Changes in Social Work Education and Their Implications for Practice". *Social Work*, 16, 2-5-15.
- Pujadas, J. J. (1992): *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. C.I.S. Madrid.
- Ramos, C. (1990): "Dinámica familiar y consumo de drogas". Ponencias y comunicaciones. I Congreso Canario de drogas Lanzarote, 13-14-15 de Diciembre. Dirección General de atención a las drogodependencias.
- Rapoport, L. (1972): "Crisis Intervention as a Mode of Brief Treatment" en Roberts, R. W. & Nee, R. H. eds., *Theories of Social Casework*. University of Chicago Press, Chicago.
- Reid, W. J. (1975): "A test of task-centered approach". *Social Work*, 20, 3.
- Roberts, R. W. y Nee, R. H. (eds.) (1972): *Theories of Social Casework*. University of Chicago Press, Chicago.
- Rojas, L. (2004): "Terapia psicossocial en las grandes emergencias de nuestro tiempo". *Jornada de Trabajo Social y voluntariado en grandes emergencias*: 20-32.
- Rose, S. D. (1977): *Group Therapy: A Behavioral Approach*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J.
- Rossell, T. (1989): *La entrevista en el Trabajo Social*. Hogar del libro, Barcelona.
- Ruiz, P. (2004): *El trabajador social como perito judicial*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga. Certeza, Zaragoza.
- Sánchez, T. (coord.) (2005): *maltrato de género, infantil y de ancianos*. Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca.
- Santos Aguado, M. C. (1993): "El Trabajo Social con Refugiados y/o aislados: algunas consideraciones". *Cuadernos de Trabajo Social*, 4-5.
- (1996): "El Trabajo Social en el campo de actuación de inmigración y refugio". *Alternativas*, 4: 121-134.
- (1997): "Toxicomanías y Trabajo Social". *Cuadernos de Trabajo Social*, 8: 103-107.

- (1997): "Trabajo Social con refugiados e inmigrantes", en A.A.V.V. *El derecho y los servicios sociales*. Comares, Granada.
- (2001): "Trabajo Social en Educación: Intervención del Trabajador Social en la Educación Escolar". *Trabajo Social Hoy*. Monográfico primer semestre.
- Santos Aguado, M. C. y Pérez, L. (1998): "Nuevas formas de investigación en Trabajo Social a partir de las historias sociales". *Globalización y Trabajo Social. II Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social*. UCM.
- Sarabia, B. (1992): "Documentos personales: historias de vida", en García Ferrando, M., Itáñez, J. y Alvíra, F. (comps.), *El análisis de la realidad social*. Alianza, Madrid.
- Sarrá, J. y cols. (1976): *Medicina y Trabajo Social*. Verbo Divino, Madrid.
- Sartre, J. P. (1946): *L'existentialisme est un humanisme*. Collection: Nagel, Paris.
- (1953): *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Gallimard, Paris.
- Satir V. (1967): "Conjoint family therapy". Science & Behavior Books, Palo Alto, CA.
- (1972): "Peoplenaking". Science & Behavior Books, Palo Alto, CA.
- Scheetz, F. H. (1972): "Theory and Practice of Family Therapy", en Roberts, R. W. & Nee, R. H. (eds.), *Theories of Social Casework*. University of Chicago Press, Chicago.
- Schwartz, A. y Goldiamond, I. (1975): *Social Casework: A Behavioral Approach*. Columbia University Press, New York.
- Smalley, R. E. (1972): "The Functional Approach to Casework Practice", en Roberts, R. W. & Nee, R. H. (eds.), *Theories of Social Casework*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Suárez, L. (1992): *Crónica de la Sección Femenina*. Asociación Nueva Andadura, Madrid.
- Szczepanski, J. (1979): "El método biográfico". *Papers*, 10: 229-259. Universidad Autónoma Barcelona.
- Thomas, E. J. (1967): "Selecting Knowledge from Behavioral Science", en Thomas, E. J. ed., *Behavioral Science for Social Workers*. Free Press, New York.
- (1972): "Behavioral Modification and Casework", en Roberts, R. W. y Nee, R. H., (eds.), *Theories of Social Casework*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Thomas, E. J. y Goodman, E. (eds.) (1965): *Socio-Behavioral Theories and Interpersonal Helping in Social Work*. Campus Pub. Ann Arbor, MI.
- Trevithick, P. (2002): *Habilidades de comunicación en intervención social. Manual práctico*. Narcea, Madrid.
- Varcla, A. (1998): "Integración social de las personas con deficiencia mental: Política social, recursos y proyectos". *Servicios Sociales y Política Social*, 42: 67-69.
- Vogel, E. F. y Bell, N. W. (1960): *A Modern Introduction to the Family*. Free Press, New York.
- Walton, R. G. (1986): "Integrating formal and informal care: the utilization of social support networks". *British Journal of Social Work*, 16.
- Walkins, Jr. J. C. (1980): "Juvenile and Criminal Justice", en Brieland D. y otros, *Contemporary Social Work*. MacGraw-Hill, New York.
- Whitaker, J. K. (1974): *Social Treatment*. Aldine, Chicago.

Índice onomástico

- Acero Sáez, C., 159
Aizpiri, Y., 58
Akabas, S. H., 42
Alberdi, I., 36
Arkava, M. L., 75
Austin, L., 72
- Bacr, B. L., 49, 75
Bandura, A., 73
Bartlett, H. M., 12, 87
Bell, N. W., 30
Berkeley, 74
Bertalanffy, V., 91
Biesteck, F. P., 20, 148
Birkebeck, J., L. A., 41
Boszormenyi-Nagi, I., 75-76
Bowen, M., 152
Bray, de, 148
Brennan, E. D., 75
Bruce, J. D., 56-57
- Caplan, G., 77-78
Carrión, M. C., 50
Casado, D., 176
Churchman, C. W., 86
Clark, F. W., 75
- Colom, M. D., 142, 144, 147, 161
Corrigan, 95
Cortajarena, E., 171
Coslin, L. B., 32-33, 40
Cox, F. M., 84
Cuadrado, J., 140-141, 152
- Dell'Aglio, M., 152
Díaz Perdiguero, A., 160
Domínech Ferré, R., 173
Du Ranquet, M., 77
- Emery, F. E., 86
Epstein, L., 180
Ertlich, J. L., 84
Eysenck, 73
- Federico, R., 49, 75
Ferguson, E. A., 30, 39
Fernández Vargas, A. M., 35
Fischman, H., 76
- Gambrill, E. D., 74-75
Gantl, 73
Garbarino, J., 93
García Pindado, G., 58

- García Gutiérrez, J., 45
 Germain, C., 92
 Gil Parejo, M., 169
 Gitterman, A., 92
 Glynn, T. J., 58
 Golan, N., 77-78
 Goldenberg, I., 77
 Goldenberg, J., 77
 Goldiamond, I., 74
 Goldstein, H., 87, 95
 Goodman, E., 74
 Guillén Sádaba, E., 176
- Haley, J., 75-76
 Hamilton, G., 71-72
 Hartman, A., 158
 Heidegger, M., 94
 Heras de las, P., 171
 Hokestand., 66
 Hollis, F., 72
 Horvitz, D., 56-57
- Jaley, J., 76
- Kadushin, A., 98, 103
 Kalima, E., 58
 Kerr, M. E., 152
 Khindunka, 66
 Kolben, N. S., 42
 Krill, D. F., 94
 Kurzman, P. S., 42
- Landy, D., 21
 Leonard, P., 96
 Lindemann, E., 77
 Lishman, J., 102, 114
 López-Accotto, A. I., 94
 López, N., 94
 Loring, T., 45
 Luque, A., 109
 Machado, A., 167
 Mchroom, E., 81
 Mendelsohn, A. R., 16, 20
- Merton, R. K., 79
 Midgley, 66
 Millán Valle, C., 62
 Minahan, A., 87, 92
 Minuchin, S., 75-76
 Moffett, A. D., 56-57
 Moix Martínez, M., 15, 23, 25-26, 28, 30, 69, 71-72, 81-82, 84, 91, 94, 113, 148, 167-168, 171-173, 176
 Molina Sánchez, M.^a V., 168
 Moya Álvarez, A. I., 35
 Murray, H. A., 72, 152
- Nee, R. H., 72-73, 81
- Olivenstein, C., 58
 Ovidio, P. N., 58
- Papell, C. P., 81-83
 Pavlov, 73
 Payne, M., 78, 95
 Pélaez, E., 41
 Pérez Madera, D., 61-62
 Pérez Rivero, L., 93
 Perlman, H. H., 72
 Pincus, A., 87, 92
 Pims, A. M., 69
 Piñero Guilamari, A., 160
 Primo de Rivera, P., 168
 Pujadas Muñoz, J. J., 94
- Ramos Pérez, C., 58
 Rank, O., 72, 77
 Rapoport, L., 81
 Reid, W. J., 74
 Restrepo Ramírez, P., 160
 Roberts, R. W., 72-73, 81
 Robinson, V., 13, 72
 Rogers, K., 94
 Rojas Marcos, L., 61
 Ronald, F., 93
 Rossell, T., 98
- Rothman, J., 81-84
 Ruiz, P., 152
- Santos Aguado, M.^a C., 40, 59-60, 93, 141
 Sarabia, B., 94
 Sarría, R., 168
 Sartre, J.-P., 94
 Satir, V., 75-76
 Scherz, F. H., 80
 Schwartz, A., 74
 Skinner, 73
 Smalley, R. E., 72
 Suárez, L., 168
- Taft, J., 72
 Thomas, E. J., 73-74
- Thompson, E. A., 58
 Trevithick, P., 14, 103, 114
 Tropman, J. E., 84
 Tucrlinckx, 148
- Urreizarazu de, M. E., 170
- Varcla Ramos, A., 51
 Vogel, E. F., 30
- Walton, R. G., 93
 Watkins, J. C. Jr., 65
 Whitaker, J. K., 18, 30
 Wolpe, 73



Teoría del Trabajo Social

Manuel Moix Martínez

ISBN: 84-9756-382-4

En los estudios universitarios de Trabajo Social se echa de menos un libro de texto que, ajustándose a los programas vigentes en las Escuelas, facilite la labor de alumnos y profesores. Se echa también a falta una obra de consulta que permita a los titulados resolver las dudas y los problemas que les plantea la práctica profesional, mas que les plantee la práctica profesional, una vez concluidos los estudios.

Si, además de este doble objetivo (servir de libro de texto y de obra de consulta), esta publicación pudiera contribuir a un mejor y más general conocimiento del Trabajo Social, a fin de que el gran público supere el desdén y los recelos que éste parece despertar, sobre todo entre los que lo desconocen totalmente, podríamos dar por alcanzados nuestros fundamentales propósitos.



Manual de Servicios Sociales Comunitarios

M.ª del Castillo Gallardo

ISBN: 84-9756-383-2

El presente libro es un instrumento práctico para la comprensión de los Servicios Sociales Comunitarios. Una base de partida para el conocimiento más complejo y particular de los mismos en cada zona, barrio, pueblo o ciudad donde se han desarrollado, como fórmulas de prevención de situaciones extremas de pobreza y exclusión.

En ese sentido, a lo largo de sus páginas se valoran los distintos factores que intervienen en su desarrollo, los medios de los que disponen, los planes existentes, los colectivos a los que se dirigen y los restantes sistemas de protección social con los que conviven, poniendo de manifiesto la rentabilidad, a medio y largo plazo, que supone la inversión en Servicios Sociales Comunitarios.



Políticas de Servicios Sociales

Elena Roldán García
Teresa García Giráldez

ISBN: 84-9756-384-0

Políticas de Servicios Sociales

Elena Roldán García
Teresa García Giráldez

En el contexto histórico actual las elites político-administrativas han protagonizado la consolidación de la intervención social con el desarrollo de un incipiente sistema de Servicios Sociales. Sin embargo, las políticas públicas en este terreno no han conseguido crear un verdadero sistema universal para los mismos, que sea además equitativo y con la suficiente autonomía financiera para proporcionar una cobertura real a determinados sectores de la población.

Con el debate sobre la influencia de las corrientes neoliberales y privatizadoras corrientes especialmente destacado, este libro aporta claves interpretativas sobre los modelos de entender, conceptualizar y organizar los servicios sociales, por lo que será de interés no sólo para los estudiantes de Trabajo Social, sino para aquellas personas interesadas en reflexionar sobre la Política Social y los Servicios Sociales.