

**Revista de  
Servicios Sociales  
y Política Social**

**Coordinadora de la Revista:**

M<sup>a</sup> Luisa Fuertes Cervantes

**Comité Editorial:**

Ana I. Lima Fernández  
Montserrat Bacardit i Busquet  
M<sup>a</sup> Jesús Brezmes Nieto  
Montserrat Castanyer Vila  
Natividad de la Red Vega  
Gustavo García Herrero  
Trinitat Gregori Monzó

El Comité Editorial no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.

**Edita:**

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados  
en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

**Junta de Gobierno:**

Presidenta: Julia A. García Álvarez  
Vicepresidenta: Patricia Bezunartea Barrio  
Secretaria: Ana I. Lima Fernández  
Tesorera: Amparo Varela Ramos  
Vocales: Concepción Barjau Capdevila, Esperanza Calderero Rodríguez,  
Antonio García Domínguez, Gabriela Mateos-Aparicio Díaz,  
Beatriz Morilla Valera, Jorge Sánchez Bellido.

**Administración, Redacción,  
Suscripción y Venta:**

c/ Campomanes 10,1<sup>º</sup>. 28013 Madrid.  
Tel: 91 541 57 76/77. Fax: 91 559 02 77.  
E-mail: consejo@cgtrabajosocial.es  
www.cgtrabajosocial.es  
Horario: de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00.

**Imprime:**

C&M Artes Gráficas.

**2º trimestre 1999**

ISBN: 1130-7633  
Dep. Legal M-16020-1984

# Sumario

## Editorial

### Dossier: Trabajo en equipo

El equipo interdisciplinario. *Teresa Rossell* .... 9

Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los Servicios Sociales.

*Gustavo García Herrero* ..... 21

Experiencia de grupo con jóvenes psicóticos.

*Rosa Bonfill Galimany* ..... 43

Mujeres en la menopausia: una experiencia de trabajo grupal.

*Montserrat Margarit Castells, Gemma Prat Vigué, Antonia Raich Soriguera* ..... 55

Una nueva perspectiva para la valoración de idoneidad en adopciones: los equipos psicosociales. *VV.AA.* ..... 65

Bibliografía selectiva sobre "trabajo en equipo". *Carme Sans y otros* ..... 69

## Sección Libre

Estructura sociofamiliar y alcoholismo: un análisis comparativo entre hombres y mujeres. *Esperanza Morales Gallús y Miguel A. Torres Hernández* ..... 75

## De interés profesional

75º Aniversario del Servicio Social Internacional (S.S.I.). *Elena Peláez* ..... 89

## Comentario de libros

"Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña: perfil y expectativas profesionales" ..... 97



## Editorial

Es evidente el papel determinante del trabajo en equipo de forma interdisciplinar que en el campo social se ha ido implementando en las dos últimas décadas consolidándose la inclusión de diferentes profesionales (trabajador social, educador, psicólogo social, sociólogo, abogado, médico, maestro, etc.) en los equipos dedicados a la intervención social. Desde esta óptica se facilita el espacio de encuentro de diferentes profesionales para el abordaje y/o resolución de un caso o situación social. Cada uno de los componentes del equipo aportan desde su disciplina las técnicas, conocimientos y ámbitos de actuación en definitiva su método para realizar este abordaje desde la globalidad, puesto que los problemas sociales tienen un origen multicausal o multifactorial.

Es importante superar los lastres que los profesionales del trabajo social pueden encontrar en los equipos de trabajo interdisciplinares y para ello hay que definir de forma determinante las funciones asignadas, así como la intervención en cada momento del proceso. También para evitar la tendencia existente en otras disciplinas, reforzadas por su mayor status, a valorar menos el trabajo de profesiones con menor reconocimiento social. Dándose un efecto perverso en el cumplimiento del objetivo marcado por estos equipos, cuya metodología de trabajo está sustentada en una ideología participativa de apoyo a la diversidad, en definitiva "democrática, que no sólo incide en el ámbito disciplinario sino también en el ámbito social".



**Dossier**

A solid orange square graphic positioned to the right of the word "Dossier".

**Trabajo en  
equipo**

A solid orange vertical line graphic extending from the top of the text "Trabajo en equipo" down towards the bottom of the page.



# El equipo interdisciplinario

Teresa Rossell. Barcelona 1999

## Introducción

En la concepción y desarrollo de los servicios sociales que se ha ido creando dentro de la etapa democrática española, el trabajo en equipo y el trabajo interdisciplinario tienen un papel explícito y determinante para alcanzar objetivos que reconozcan la multiplicidad de factores que comprende lo que venimos llamando “realidad social”. Las leyes de servicios sociales de las distintas comunidades autónomas definen claramente la composición de los equipos y los profesionales que deben desarrollar diferentes funciones en los mismos dentro de los programas de los servicios sociales.

El trabajo en equipo conlleva generalmente, explícita o implícitamente, la idea y la realidad del trabajo interdisciplinario, y, una por tanto la noción de equipo, o grupo de trabajo, con la de interdisciplinariedad. Aunque no siempre una noción implique necesariamente la otra, lo cierto es que la idea de equipo interdisciplinario toma como paradigma las grandes empresas científicas, en las que la cooperación de expertos de distintas disciplinas permite conseguir objetivos imposibles de alcanzar por profesionales de un único campo: descubrir la etiología de una enfermedad, conseguir un nuevo fármaco, explorar la Antártida o conocer el lenguaje de los animales. Si en el pasado los grandes artistas e inventores reunían en sí mismos conocimientos de diversas ramas y un talento excepcional, actualmente el avance

del conocimiento y de la tecnología especializados requiere la concurrencia de distintos expertos que a través de equipos interdisciplinares trabajen con instrumentos muy potentes en líneas de investigación focalizadas en objetivos muy concretos.

Lo mismo ocurre en el campo social, las funciones que hace pocos años eran ejercidas por un profesional determinado, pongamos por ejemplo el trabajador social, se han ido desarrollando y constituyen a veces, el campo específico de nuevos profesionales, que antes no existían en nuestro país, por ejemplo el educador social, o realizaban otras funciones, como por ejemplo el psicólogo social cuya actividad principal era, en un pasado no muy lejano, casi exclusivamente la investigación, y pasó luego a formar parte de los equipos interdisciplinares de los servicios sociales. Sin embargo, junto con esta evolución, nadie duda en el presente que tanto para realizar análisis globales de la dinámica social y de los problemas que de ella emanan, como para realizar planteamientos de intervención social, es necesaria la estrecha colaboración de distintos profesionales del campo social que “ofrezcan una perspectiva integral, que intente superar la dicotomía que la atención desde distintos servicios e instancias administrativas, muchas veces impone” (Rossell 1998)

## Definiciones

En la definición de “equipo interdisciplinario” vamos a separar inicialmente el concepto de “equipo” de la cualidad “interdisciplinaria”, ya que la noción de equipo por sí misma tiene un



contenido específico y la noción de interdiscipliniedad introduce en el equipo una dimensión epistemológica nueva.

Douglas (1983) define el *equipo* como “un grupo cooperativo que tiene por objeto conseguir una finalidad de tal naturaleza que no podría ser alcanzada por un solo individuo o desde una sola disciplina”. Según dicho autor el trabajo en equipo requiere de sus miembros: a) un conocimiento especializado, b) la capacidad de cooperación con otros, c) una estructura y organización de trabajo, y, d) un estilo de dirección en el que predomine la expertez en la conducción de grupos, por encima de ser el conductor el mejor conocedor del tema que trata el equipo.

Brill (1990) explica qué es un equipo de la siguiente forma: “Un equipo es un grupo de personas cada una de las cuales posee una especialización particular, y, cada una es responsable de sus decisiones y acciones. Los miembros del equipo comparten un objetivo común, y se reúnen para compartir conocimientos e ideas, a través de cuya interacción formularán planes, realizarán acciones y tratarán de influir en el medio”. Desarrolla sus idea de equipo tomando por referencia el “grupo de trabajo” o “grupo centrado en la tarea” que, como tal, está sujeto a las leyes y dinámicas que gobiernan todos los grupos y sistemas sociales. Tiene dos focos de atención principales o dos tareas que atender: la primera es autoorganizarse, mantenerse y crecer como equipo, y la segunda es realizar la tarea social por cuya razón ha sido creado.

Plenchette-Brissonet (1982) plantea como el concepto de equipo se contrapone al de

individuo, y, de igual forma el trabajo en equipo se entiende como contrario al trabajo individual. Por tanto un equipo no es un conjunto de individuos que simplemente trabajan juntos, sino que están de alguna manera organizados para cooperar y complementarse en sus funciones. El equipo no se caracteriza solamente por su presencia física sino por una forma de trabajo y funcionamiento.

De todas formas, argumenta la misma autora, la palabra equipo se utiliza a veces de forma superficial cuando la palabra equipo se utiliza para designar el conjunto de personas que trabajan en un mismo despacho o establecimiento, o puede llamarse equipo a los profesionales que trabajan en una misma zona geográfica como “el equipo del sector”, o el equipo del doctor X, cuando nunca han trabajado como equipo sino bajo un mandato vertical. Por este motivo más que referirnos al equipo deberíamos hablar del “trabajo en equipo” porque expresa la forma en que se plantea la tarea a realizar y la característica que lo define.

Nos podríamos plantear entonces la relación que existe entre cada individuo que compone el equipo y el mismo equipo. ¿Es que el grupo-equipo anula al sujeto? La relación entre los miembros del equipo y la de cada uno con el grupo se produce en forma de interacción constante. Todos contribuyen a la formación del equipo, pero éste una vez constituido tiene fuerza de ley para las personas que lo han constituido. Por tanto de la interacción inicial entre los miembros del equipo surge realmente el equipo, como realidad mental en cada uno de ellos, y como realidad práctica, observable por la relación entre los

miembros y por la tarea que llevan a cabo. Desde el momento que el equipo existe la relación individuo-equipo sigue dentro de unas coordenadas de equilibrio en las que a veces predomina la congruencia entre los intereses-opiniones del individuo con el grupo, y otras en las que éstos se contraponen en el sujeto y provocan tensión y conflicto.

Si el equipo está constituido por los individuos que lo componen, y no nos referimos a la estructura formal-organizativa solamente, sino a la percepción de pertenecer a un equipo, significa que ha habido un proceso de discusión, sobre la tarea a realizar, sobre la forma de abordarla y sobre la forma de organización del propio equipo. Todo ello necesariamente habrá construido una trama o urdimbre común a partir de la cual cada miembro tomará posición para desarrollar su función específica. Si el equipo ha podido discutir todos los aspectos que incluye su objetivo, desde aspectos científicos, técnicos, estratégicos y desde presupuestos ideológicos y de valor, el equipo tendrá consistencia para nutrir a cada uno de los participantes de ideas y motivación suficientes para desarrollar su función desde la perspectiva del equipo, y para que éste pueda desarrollar la tarea y los objetivos con capacidad y éxito.

En cuanto a la *interdisciplinariedad*, ésta se justifica por la tarea y los objetivos a realizar. Determinados objetivos pueden ser encomendados a profesionales de una misma disciplina o a profesionales que proceden de campos profesionales y científicos distintos. De todos modos el hecho de que profesionales de disciplinas diversas trabajen conjuntamente no implica

necesariamente que constituyan automáticamente equipos interdisciplinarios, sino que tan sólo podríamos hablar de multidisciplinariedad. Todo depende de los planteamientos y de los procesos de trabajo que los profesionales establezcan para que quede en una relación multidisciplinar o interdisciplinar. En muchas empresas hay una estructura jerárquica en la que se piden determinadas tareas y resultados a los departamentos y secciones que la integran, las cuales, a su vez, repiten la misma estructura de autoridad y piden a sus miembros tareas y resultados, sin solicitar su opinión o participación en la toma de decisiones.

La idea de **equipo interdisciplinar** comporta siempre un grado determinado de participación, implicación y responsabilidad sobre los objetivos a conseguir, por parte de los miembros que lo componen, y un determinado grado de delegación de autoridad por parte de la estructura organizativa a la cual pertenece el equipo. La interdisciplinariedad comporta un cierto grado de integración conceptual y metodológica que rompe la estructura de cada disciplina para construir una epistemología nueva, y en parte común a todas ellas, con la finalidad de construir una visión de conjunto en un determinado sector del saber, en este caso del sector social.

Ander Egg y Follari (1988) plantean lo siguiente: "la interdisciplinariedad –alcanzar una conjunción teórica nueva, más allá de las particularidades de las disciplinas que intervienen– sólo puede conseguirse a través de equipos compuestos por representantes de diferentes disciplinas reunido en una tarea a largo plazo que posibilite la

## El equipo interdisciplinario

conceptualización y la creación de un lenguaje común...” Para que ello sea posible cada disciplina ha de entrar en juego con su máxima especificidad para ir construyendo la interdisciplinariedad, resultado de la reflexión y de la acción común. “Juntarse, las distintas profesiones no es suficiente pero es condición necesaria para iniciar el trabajo interdisciplinario. No es tampoco la suma de conocimientos diversos, sino que la interdisciplinariedad supone una conformación conceptual nueva” afirman los autores antes mencionados.

En una misma línea Rueda (1992) define el equipo interdisciplinario como “el conjunto de profesionales diferentes, enfrentados a un objetivo común, igualados en el momento de efectuar sus aportaciones pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden ofrecer, y capacitados para reorganizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema que tienen que tratar”

Leal (1994) plantea la necesidad de trabajar en equipo enfatizando el aspecto científico y ético de esta modalidad de trabajo: “El equipo de trabajo, muy frecuentemente de composición multidisciplinaria, es el tipo de organización de los profesionales preferentemente escogida por voluntad de éstos y de las instituciones para hacer frente a las tareas que, en el campo de atención a las personas, han sido reiteradamente descritas como complejas... cuando los profesionales se mantienen en su rol rutinario, estereotipado y estereotipante, no sienten la necesidad de agruparse con otros profesionales. El trabajo grupal, en este caso es vivido como un simple requerimiento de la institución... para otros profesionales, el

equipo aparece como una exigencia ética y una necesidad científica, en tanto investigación hacia dentro, espacio de reflexión de los asombrosamente ricos fenómenos que se producen en la práctica institucional... El trabajo en equipo exige una apuesta personal, una implicación de los miembros que lo forman como casi toda tarea colectiva, ya que pasar del individuo al grupo implica modificaciones de aquel, y para ello hace falta tener disposición y vencer la resistencia a los cambios...”

## Características del equipo interdisciplinario

El equipo interdisciplinario es una modalidad del llamado “grupo de trabajo” que como indican las definiciones anteriores tiene por finalidad alcanzar objetivos que requieren la presencia de profesionales diversos. Algunas de sus características son las siguientes:

a) *Reunir a todos sus miembros alrededor de un objetivo común*, sobre el cual puede existir mayor o menor motivación, pero todos están obligados a realizar (sea por obligación contractual o bien moral). La claridad de los objetivos principales del equipo son fundamentales para crear adhesión y motivación entre sus componentes y evitar la confusión. Inevitablemente cada miembro del equipo tiene unas motivaciones y aspiraciones personales que desea conseguir a través de su trabajo, ello provoca a veces que se creen discrepancias entre las finalidades individuales y las del equipo. Lo mismo puede ocurrir en el campo ideológico o técnico-científico en el que muchas veces se dan por supuestos criterios y valores básicos

que no son compartidos por todos los miembros. Es necesario en este sentido discutir, definir, clarificar y mantener las finalidades, objetivos generales y objetivos específicos del equipo, para pasar a discutir, a continuación, estrategias y metodología de análisis y de intervención.

b) *Cada miembro tiene unas funciones y tareas designadas que realizará desde la filosofía y el objetivo común del equipo.* No es fácil integrarse en un equipo. Hay factores que facilitan la comprensión mutua y la comprensión para trabajar con los compañeros de equipo, y otros que dificultan dicha integración. Los miembros del equipo pueden tener distintas experiencias laborales, tener edades diferentes, proceder de servicios y de ámbitos organizativos diferentes, o no tener la misma formación teórica. La diferencia es un valor en el equipo cuando éste llega a cohesionarse, pero puede dificultar en un principio la integración del equipo, la comprensión mutua, la empatía necesaria, y en definitiva puede dificultar el desarrollo satisfactorio de las funciones de cada miembro.

c) *El equipo establece una estructura formal, organización y normas de trabajo, que son conocidas y aceptadas por todos los miembros.* Los equipos operan generalmente dentro de estructuras organizativas más amplias, pero tienen también, dentro de ellas, capacidad para definir su organización y funcionamiento. Cuando esta estructura (reuniones, información, coordinación, etc.) es clara y funcional representa un elemento "higiénico" para el equipo, ya que evita repeticiones, confusiones, distorsiones y la creación de un clima de insatisfacción.

No podemos olvidar, sin embargo, que como citan muchos autores "más allá y por encima" de la estructura formal de los equipos existe siempre una estructura informal, no reconocida, a través de la cual se manifiestan sentimientos de rivalidad, envidia, insatisfacción, discrepancias de criterios, desvalorización de algunos compañeros de trabajo o afán de poder. Esta estructura informal siempre está latente y con tendencia a imponerse sobre la estructura formal.

d) *La presencia de un coordinador, es una función indispensable* para que el equipo pueda funcionar como tal. El coordinador de un equipo puede tener diversas posiciones dentro de la organización, lo cual puede facilitar o dificultar su función. La responsabilidad, la función de coordinador viene generalmente definida por la organización, en este sentido comporta un estatus diferente al de los otros miembros del equipo, y por tanto una responsabilidad distinta. Ello no impide que el coordinador pueda desarrollar su función satisfactoriamente. Será más bien la forma o el estilo de coordinar el grupo lo que condicionará el éxito o el fracaso de su gestión.

e) *El trabajo del equipo interdisciplinario se desarrolla dentro de un marco institucional y en un contexto social determinado,* los cuales tienen una influencia positiva o negativa sobre la tarea que realiza el equipo y sobre los miembros que lo componen. Leal (1990) plantea como, a veces, la situación en el que operan los equipos es difícil, al tener que relacionarse con coherencia y eficacia, al mismo tiempo, entre el servicio y los usuarios, los cuales mantienen lógicas

## El equipo interdisciplinario

diferentes respecto a lo que esperan del equipo, o incluso antagónicas. Es el equipo interdisciplinario quien recoge directamente las demandas y las necesidades de los usuarios, y quien ha de responder con los recursos profesionales y materiales que el servicio y el propio equipo dispone. Las necesidades de la población varían de contenido y en la forma como son expresadas, y los servicios no son ágiles en la diversificación de sus respuestas, por este motivo los equipos han de poder y saber mantener un cierto nivel de tensión para no caer en actuaciones estereotipadas y defensivas ante las dificultades.

### Condiciones para su desarrollo

Para el trabajo que el equipo interdisciplinario debe realizar son necesarias unas condiciones que faciliten su labor, o por lo menos que no lo hagan imposible, destacamos algunas de ellas:

- El equipo interdisciplinario ha de tener un marco institucional que determine o que permita el trabajo de equipo ya que éste no puede desarrollarse en un medio adverso.
- Los equipos interdisciplinarios que operan en el contexto de los servicios personales han de poseer una base ideológica explícita que oriente sus objetivos hacia finalidades compartidas.
- Los miembros del equipo han de estar motivados para participar en esta modalidad de trabajo. El equipo requiere un esfuerzo y una atención adicional al trabajo individual, al mismo tiempo que da apoyo a sus miembros y alivia el peso de las decisiones.
- El equipo debe estar orientado hacia sus objetivos, pero al mismo tiempo requiere una supervisión y evaluación continuada sobre el proceso de trabajo para mantener una actitud creativa y evitar la pasividad y la dependencia.
- Para el equipo interdisciplinario es imprescindible la figura del coordinador cuya función principal es conducir la dinámica del grupo, coordinar las funciones de los miembros, anticiparse y prevenir posibles conflictos, etc.
- Cada profesional tiene que aportar al equipo los conocimientos de su disciplina, de su función o de su especialidad, y el coordinador ha de facilitar el proceso de integración y cohesión del equipo.
- Los participantes deben estar motivados por el trabajo común, por conocer las funciones de los demás y para establecer cooperación y límites en las respectivas funciones, al mismo tiempo que conocedores de los aspectos generales que les unen. De esta forma el equipo es percibido desde la organización y desde los usuarios de un servicio, como una unidad articulada, conocedora de los temas que trata y responsable de la tarea que realiza.
- El trabajo en equipo exige flexibilidad, paciencia y la tolerancia necesaria para aceptar el resultado del trabajo como un producto del equipo, renunciando en parte, a la satisfacción legítima, pero a veces demasiado narcisista, de ser el protagonista único del trabajo.

- Trabajar en equipo requiere un proceso de aprendizaje, de complementación de tareas con los otros que debe ser analizado y revisado a través de la supervisión. El equipo “requiere atención para poder dar atención”, una atención vinculante con la idea que lo motiva y con los conocimientos necesarios para desarrollarla.

## La tarea, el proceso, los miembros y el coordinador del equipo interdisciplinario

**La tarea.** El equipo interdisciplinario está siempre constituido para alcanzar determinados objetivos que pueden estar centrados en la investigación, la intervención social, la planificación, etc., los cuales van a constituir la tarea del grupo. Dicha tarea deberá abordarse con la concurrencia de todos los medios materiales, técnicos y actitudinales necesarios, y, en la medida de lo posible, la tarea del grupo debería evitar contaminarse de implicaciones personales y emocionales de los miembros y del conductor del equipo.

Para ello el grupo tendrá que poder situarse y funcionar a un nivel de intercambio cooperativo en el que la complejidad de los temas tratados puedan ser tratados por todos sus miembros y para que, desde la diferencia de sus respectivos conocimientos y puntos de vista, puedan hallar enfoques y respuestas integradas.

El equipo debe poseer una estructura de trabajo que posibilite la realización de la

tarea. Dentro de la misma deberán planificarse reuniones de trabajo para tratar directamente sobre los temas de interés y responsabilidad. Brill (1990) presenta un esquema que describe el proceso de trabajo que en general siguen los equipos cuando han de abordar un nuevo tema:

- 1.- Definición del problema a tratar y delimitación del mismo.
- 2.- Finalidad e implicaciones del servicio y del equipo en relación al problema.
- 3.- Definición del objetivo que el equipo acuerda establecer.
- 4.- Tareas y actividades que el equipo define para alcanzar el objetivo.
- 5.- Papeles, funciones y responsabilidades que los distintos miembros del equipo han de asumir
- 6.- Intervención o puesta en marcha de los métodos, procesos y actividades establecidos.
- 7.- Revisión y evaluación continuada durante el proceso y al final del mismo

Al mismo tiempo el equipo interdisciplinario deberá programar algunos espacios para poder tratar sobre el funcionamiento del equipo, las dificultades que se producen, las disfunciones que se observan, las presiones a las que el equipo se halla sometido, etc. El equipo necesita saber que tiene espacios donde tratar de estos temas y será muy beneficioso no mezclar los temas de tarea con los de funcionamiento del equipo.

Por otro lado la tarea, los objetivos del equipo, deben presentarse y ser abordados de forma realista para que puedan ser alcanzados y no frustrar las expectativas del equipo. La tarea tiene que ser presentada por el coordinador para que pueda ser

## El equipo interdisciplinario

discutida hasta que todos los miembros participen de los acuerdos y estén dispuestos a colaborar desde sus respectivas funciones.

**El proceso.** Los equipos interdisciplinarios no se forman con el hecho de reunir a sus miembros sino que cada equipo deberá constituirse a través de un proceso siempre laborioso y no exento de dificultades. El equipo no deja de ser un grupo humano que si bien se supone que está motivado por su trabajo, éste puede realizarse de distintas formas, y, entre otras, a través de la participación en un equipo interdisciplinario. Lo cual requiere participar, relacionarse, comprender a los demás, sus posiciones, sus razonamientos, sus ritmos de pensamiento, en definitiva cada miembro tiene necesariamente que integrarse a una realidad que él mismo conforma, el equipo, pero que a su vez, cuando está constituido va a condicionar su participación.

Los equipos requieren un tiempo para integrarse y dar un rendimiento satisfactorio, para el servicio y para el propio equipo. Es cuando "se produce el encuentro entre el encargo institucional, el nivel grupal y el nivel individual...el grupo ha de socializar el encargo, y, distribuyendo roles poner en marcha acciones para lograr los objetivos propuestos" (Leal 1994). El equipo tiene que articularse de modo que de satisfacción a los requerimientos de la institución y haga estos compatibles con las necesidades y demandas de la población que atiende, al mismo tiempo que ha de compatibilizar y optimizar las demandas del equipo a la idiosincrasia de sus miembros.

Una vez integrado el equipo deberá cuidarse, controlarse y alimentarse ya que fácilmente tiende a encontrar formas que eviten la tensión necesaria que requiere la implicación personal y la tolerancia y cooperación. Tendencias hacia la dependencia, del coordinador o de un núcleo más activo, tienden a instaurarse con facilidad, Tendencias a críticas estereotipadas hacia la institución, funcionamiento social o actitud de los usuarios son también observables en los equipos. De igual modo se tiende a un relajamiento en las exigencias que el trabajo de equipo supone: asistir a las reuniones, mantener comunicación fluida, mantener una autoexigencia y exigir del equipo el máximo rendimiento, etc.

Tampoco podemos olvidar que en los equipos interdisciplinarios los miembros participan a nivel intelectual: con sus ideas, razonamientos, informaciones, opiniones, pero también a través de sus características personales: actitudes, emociones, experiencias y establecen con los otros miembros del equipo relaciones de cooperación, reconocimiento y simpatía con unos, y rivalidad, antagonismo, o hasta desprecio con otros. Cuestiones de estatus económico o social, de sexo, de edad, de grupo profesional entre otros factores podrán incidir en el funcionamiento y proceso del equipo interdisciplinario. Asimismo los cambios dentro de la misma organización, especialmente la rotación entre los miembros del mismo equipo dificultarán, en principio la cohesión y el funcionamiento del mismo.

**Los miembros y el coordinador.** En el equipo interdisciplinario cada persona tiene

un rol asignado, cumple una función y obtiene un estatus, de acuerdo con unas características de la misma: profesión, especialidad, experiencia, antigüedad en el servicio, características personales, etc. Los miembros de un equipo pueden tener unos roles fijos o cambiar a lo largo del tiempo, por necesidades del equipo o por intereses profesionales del sujeto. Algunas personas son fácilmente adaptables a exigencias normales de trabajar en equipo mientras que otras ofrecen resistencia sistemática a los requerimientos del mismo. Bales establece un diagrama de actitudes y relaciones de los miembros del grupo, a través del cual puede observarse cual es el tipo de participación que con mayor frecuencia presentan los miembros del equipo. Ninguna de estas características (dar opinión-pedir opinión, estar de acuerdo-no estar de acuerdo, etc.) es por sí misma positiva y negativa ya que depende de la situación y del punto de discusión en que se encuentra el grupo, pero la mayor frecuencia en algunas de dichas conductas puede dar un perfil de la actitud y conducta de un miembro en el equipo.

El grado de adhesión al equipo y a sus objetivos depende de muchos factores y no suele ser constante. El grupo refleja y reproduce con frecuencia las tensiones y dificultades de la institución y esta tensión a veces la expresan con mayor facilidad unos miembros que otros. Las características personales y los problemas no resueltos de cada miembro del grupo encuentran un campo abonado en la dinámica relacional del equipo. Aquella persona que quiere ser siempre valorada por encima de los demás, el que compite continuamente, el que tiene un ritmo lento en definir sus ideas y tomar decisiones, etc.,

necesitan de más tiempo y de mayor atención para integrarse y participar en el equipo que las personas que pueden relacionarse con mayor facilidad. Las características del coordinador y su forma de relacionarse con los miembros y con el grupo van a condicionar en gran manera la cohesión del grupo, aunque es evidente que no debe atribuirse al coordinador solamente la responsabilidad del éxito o fracaso del grupo.

Definimos al coordinador como un papel y una función indispensable en el grupo. A veces el coordinador se denomina líder formal del grupo y ello lleva con frecuencia a confusiones. El coordinador no ha de ser necesariamente un líder en el grupo, aunque una cierta capacidad de liderazgo sin duda ayuda a cohesionar el equipo con mayor facilidad. A veces el rol de líder en el equipo es asumido por uno de los miembros, y puede ser muy compatible con la función del coordinador, siempre que el líder no interfiera la labor y la función del coordinador, y siempre que el coordinador no caiga en dependencia del líder informal y abandone su función en el equipo, o siempre que el coordinador no entre en una relación de competencia con el líder que interfiera su función.

El coordinador tiene como función principal ayudar al equipo interdisciplinario a cohesionarse como tal y a alcanzar sus objetivos. Por tanto su intervención tiene múltiples sentidos y vertientes:

- Ha de ser un dinamizador del equipo y procurar la participación activa y eficaz de los miembros.
- Ha de procurar que el equipo tenga todas las condiciones para poder



## El equipo interdisciplinario

trabajar: infraestructura, información, medios de comunicación, etc.

- Ha de moderar las discusiones, facilitar la discusión, resumir tendencias y aportaciones.
- Ha de ayudar al equipo a avanzar en el planteamiento de estrategias, operativizar las propuestas, etc.
- Ha de procurar que el grupo tome decisiones en las mejores condiciones y que sea coherente con los acuerdos establecidos.
- Ha de ayudar a los miembros y al grupo a superar los conflictos emocionales que inevitablemente se van a producir a lo largo de la vida del equipo interdisciplinario, e intentar que éstos interfieran lo menos posible en la tarea que el grupo tiene encomendada.

El coordinador será también el representante del equipo ante la institución y la comunidad y necesita sentir que puede comunicar con libertad los mensajes entre institución-equipo sin verse coartado o sometido a una ni a otro. El rol de coordinador es siempre difícil, hay personas que tienen una aptitud natural para ejercerlo y otras que tienen dificultades importantes para enfrentarse con esta tarea. Los obstáculos para el buen funcionamiento del equipo interdisciplinario pueden derivar de dinámicas institucionales que crean confusión y tensiones, o pueden ser debidas a actitudes personales de algunos de los miembros, o también a veces obedecen a momentos difíciles del equipo, que como cualquier grupo humano es siempre complejo, inestable y a veces incluso incomprensible.

El coordinador tiene que introducir en el equipo elementos de salud. El orden en la forma de trabajar, la claridad de los mensajes, las reglas de juego que el equipo establece para su funcionamiento, el trato equitativo con todos los miembros, el promover un clima de simpatía y distensión en el grupo, el mostrar satisfacción y valorar la participación y el trabajo de cada miembro, entre otros muchos, son elementos que propician la buena relación, la cooperación y la cohesión del equipo, y la capacidad de superar dificultades que necesariamente en algún momento van a surgir.

## Algunas dificultades del trabajo interdisciplinario

El trabajo en equipo no puede darse en servicios o instituciones en los que no se dan las condiciones reales para que los equipos interdisciplinarios puedan desarrollarse como tales. La estructura de las instituciones muchas veces no sólo no facilita sino que impide claramente el trabajo en equipo. Aspectos administrativos como horarios, indefinición administrativa de funciones, obstáculos explícitos o “enmascarados” representan una dificultad para trabajar con esta modalidad.

La estructura piramidal de los servicios e instituciones es más frecuente en centros especializados que en servicios de atención primaria. Sin embargo también es cierto que ciertos equipos y servicios especializados presentan estructuras de trabajo basadas en criterios y orientaciones compartidas, desde la planificación, ejecución y evaluación. La estructura vertical muy jerarquizada obliga de alguna

manera a reproducirse en todos los ámbitos de su demarcación, sin dejar fisura. Se alegarán motivos de mayor eficiencia: no hay “pérdida de tiempo” discutiendo, cada uno “conoce su responsabilidad”, etc. La cultura institucional tiende a reproducirse y como señala Freixas (1983) “la institución es instituyente y excluye a los que no se atienden a sus normas”.

El reconocimiento hacia los otros profesionales y el respeto hacia su disciplina y sus aportaciones son esenciales para el trabajo en equipo. Podría parecer entonces que cuanto más próximas son las profesiones que intervienen en los equipos interdisciplinarios más fácil tendría que ser la relación, sin embargo observamos que con frecuencia ocurre lo contrario. Al considerarse lego un profesional respecto a la competencia del otro, tiende a ser más respetuoso, mientras que si el conocimiento es más próximo con mayor probabilidad se producen injerencias de una profesión a la otra, generalmente de la que es más potente hacia las otras. Esta tendencia viene también reforzada por el estatus de las disciplinas que conforman el equipo ya que el estatus social tiende a reproducirse en los equipos. El profesional de mayor estatus social tiende a no interesarse demasiado en conocer el trabajo que realizan los miembros del equipo de profesiones menos reconocidas socialmente y aunque verbalmente valore el trabajo y las funciones de estos profesionales, el equipo no puede desarrollarse sin un interés mutuo al mismo nivel.

## Algunos beneficios del trabajo interdisciplinario

Como hemos descrito a lo largo de este artículo el trabajo en equipo interdisciplinaria puede aportar múltiples beneficios, algunos de ellos se describen a continuación:

Puede abordarse la tarea, el objetivo de trabajo, desde una perspectiva más amplia e integral. Ello implica aspectos técnico-científicos y también de enfoque ideológico: no es lo mismo tratar el tema de la salud mental desde un abordaje simplemente biológico que considerar los aspectos psíquicos y sociales de influencia e interacción con los aspectos biológicos.

Las funciones de los miembros del equipo pueden comprenderse de forma complementaria al conocerse por un lado el objetivo global, las respectivas tareas y responsabilidades y por otro los límites de cada profesional.

Cada profesional desde su función específica comprende el conjunto de las actividades que se están realizando en la atención de una situación familiar, o de un programa determinado, y puede transmitir a los usuarios, o a sus colaboradores la finalidad que desde la perspectiva del servicio y del equipo se pretende conseguir.

El trabajo en equipo y la supervisión de las actividades y del proceso de trabajo, es una fuente de ayuda intelectual y emocional para cada uno de los integrantes y para el equipo como grupo de trabajo, que revierte en una mayor capacitación del mismo para atender a las personas que acuden al servicio.

## El equipo interdisciplinario

En el plano asistencial muchos autores recomiendan el encuentro del equipo de tratamiento con el grupo-usuario: reuniones entre los distintos miembros de un grupo familiar que recibe tratamiento, por ejemplo, dentro de un programa, para la atención de familias maltratantes, y el equipo que está asumiendo distintos aspectos del tratamiento. La finalidad es ofrecer a los usuarios una percepción integrada de la ayuda que se les está dando, clarificar la comunicación y eliminar los temores y las fantasías sobre aspectos parciales del tratamiento, que tal vez un integrante de la familia desconoce, y dar, al mismo tiempo, seguridad de que todo el equipo tiene la misma finalidad de ayuda.

En general trabajar en equipo produce satisfacciones, cuando se alcanzan los objetivos propuestos a través de una labor compartida que ha enriquecido a sus participantes.

Para concluir debemos recordar que el trabajo en equipo interdisciplinario se sustenta en una ideología democrática, en la que la diversidad y la participación son consideradas como un valor, valor que debe ser constantemente recordado y promovido dentro del equipo para, a su vez ser propuesto en los grupos de ciudadanos que participan en los programas de servicios

sociales. Desde este supuesto el equipo interdisciplinario, además de ser una forma de trabajar útil, es la expresión del reconocimiento de la diferencia como algo que puede siempre enriquecer el diálogo y la comprensión necesarios para desarrollarnos como profesionales y como seres humanos.

### Bibliografía

- ANDER-EGG, E. i FOLLARI, R. 1988 *"Trabajo social e interdisciplinariedad"*, Humanitas, Buenos Aires.
- BRILL, N.I. 1990 *"Working with people: the helping process"*, Longman, New York.
- DOUGLAS, T. 1983 *"Groupwork practice"*, Tavistock Publications, London.
- FREIXAS, J. 1983 *"Algunos elementos psicosociales a menudo olvidados en la práctica del trabajo social en instituciones"* en Tizón, J. y Rossell, T. compiladores *"Salud mental y trabajo social"* Laia, Barcelona.
- LEAL, J. 1994 *"La construcción de lo grupal en los equipos de trabajo"* Revista de Trabajo Social nº 133, Barcelona.
- PLENCHETTE-BRISSONETT, C. 1987 *"Mètode de treball en equip"* Pòrtic, Barcelona
- ROSSELL, T. 1998 *"El trabajo en equipo"*. Congreso Gallego sobre Trabajo Social y Servicios Sociales Escuela Universitaria de Trabajo Social. Santiago de Compostela.
- RUEDA, J.M<sup>a</sup>. 1992 *"El psicólogo social de la comunidad"* Text i context, Barcelona.

# Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales

**Gustavo García Herrero.** Asistente Social.

Todo el mundo entiende de temas sociales; cualquiera sería capaz de hacer el trabajo que realizamos los técnicos en servicios sociales; no hace falta ser un especialista para decir cómo se tiene que intervenir en un barrio, qué hay que hacer con un grupo de personas con dificultades de convivencia o para resolver los problemas de una familia desestructurada.

Son ideas y afirmaciones relativamente frecuentes, para desesperación de quienes trabajamos en los servicios sociales, que ya no sabemos cómo explicar que no todo es tan fácil como parece, que casi nunca hay soluciones simples, que las ayudas materiales por sí solas no suelen solucionar nada... Pero claro, lo que la mayoría de la gente piensa es que nos dedicamos a gestionar ayudas, a visitar domicilios para ver qué tal están, a dar buenos consejos, a organizar fiestas, viajes, talleres y cosas parecidas. Y eso, claro está, puede hacerlo cualquiera que tenga una cierta cultura y una pizca de gracia. No hace falta ser un especialista.

Eso es lo que mucha gente piensa; porque es lo que ven que hacemos; o lo que piensan que hacemos; o ¿lo que en muchos sitios hacemos...?

## La más compleja complejidad: la complejidad dinámica

Y sin embargo todos quienes trabajamos en servicios sociales sabemos de sobra que en nuestro trabajo hay mucho más. Que el nuestro no es –o no debe ser– un trabajo

simple, que empieza y acaba tramitando una pensión o el ingreso en una residencia, ni con una fiesta, una semana cultural, una jornada de convivencia o un taller ocupacional.

El nuestro es un trabajo complejo; muy complejo. Necesariamente complejo, porque así lo exigen las situaciones en las que intervenimos.

No hay nada tan complejo como los seres humanos; y cuando nos relacionamos unos con otros, la complejidad alcanza sus cotas más elevadas: la convivencia es uno de los escenarios más complejos e inciertos, en los que un profesional puede intervenir. Aunque eso no lo sabe todo el mundo. O no lo quieren saber.

Será complejo hacer un puente, fabricar una máquina o diseñar un programa informático. Y por eso la sociedad exige “especialistas”, profesionales con su correspondiente título universitario –por supuesto superior– que acredite esa especialidad; no se puede dejar en manos de cualquiera el diseño del puente, de la máquina o del programa informático; serían demasiados riesgos para el usuario o el consumidor.

Sin embargo cualquiera puede intervenir en cuestiones que afectan a la convivencia; aquí no siempre se exigen títulos de especialidad para ello; para intervenir en la convivencia no hace falta un título universitario superior...

A poco que meditemos en ello, sabemos que es mucho más compleja la convivencia que un puente, una máquina o un programa informático; porque para hacer el

## Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales

puente, la máquina o el programa informático, dos y dos siempre serán cuatro, y a base de acertados cálculos todo puede funcionar según lo previsto.

En la convivencia –cosas de la vida–, dos y dos no siempre son cuatro;  $A + B$  no siempre es  $C$ ; entre otras cosas, porque nunca tendremos dos unidades idénticas; nunca encontraremos que  $1=1$  ó  $A=A$ . No hay dos seres humanos iguales, dos familias iguales, dos situaciones iguales. Aunque sean “parecidas” o tengan elementos similares. Nunca serán iguales.

Si las unidades nunca son iguales (personas, familias, grupos, hábitats, situaciones...), cuando estas unidades interactúan, conviven, la complejidad resultante es también mayor; porque fruto de esta interacción cambian constantemente, generan nuevos escenarios, nuevas potencialidades, nuevas condiciones..., en un proceso constante, ininterrumpido, de permanente cambio.

Así pues, ¿quién puede dudar que la convivencia es más compleja que un puente, una máquina o un programa informático?

La complejidad dinámica caracteriza el objeto de la intervención social, la convivencia. La propia intervención es parte de esta complejidad, porque al intervenir modificamos las condiciones de convivencia. Las consecuencias, positivas y negativas, que nuestra intervención puede tener en la convivencia, son de especial

importancia para los seres humanos afectados. En algunos casos pueden ser determinantes para su vida, favoreciendo el desarrollo de sus potencialidades, afectos, intereses..., o por el contrario, dificultando una vida plena y placentera a la que todo ser humano aspira y tiene derecho.

Ese es el objeto –la convivencia– y el objetivo –el desarrollo de potencialidades y afectos de los seres humanos–, de nuestra intervención. ¿No representan el nivel más elevado de complejidad?, ¿se pueden resolver sólo gestionando recursos o actividades?, ¿se puede dejar esa intervención compleja y sus incidencias en manos de cualquiera?, ¿hacen falta o no hacen falta profesionales especializados? Si para construir un puente, fabricar una máquina o diseñar un programa informático se exige la garantía de un título superior, ¿por qué no para quienes intervenimos en la convivencia?...

La intervención social es compleja; está dicho; está demostrado; es la evidencia de la vida misma. Y esta complejidad dinámica propia de la intervención social ofrece oportunidades y riesgos, amenazas y retos que tendremos que resolver para enfrentarnos eficazmente –dentro de lo que cabe–, a lo que la intervención social exige de sus estructuras, de sus recursos, de sus organizaciones y de sus profesionales.

Ahí va un esbozo de algunas de estas claves que, desde el reconocimiento de la complejidad como referencia, condicionan a las organizaciones de servicios sociales:

## COMPLEJIDAD DINÁMICA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

coexisten

### RIESGOS

- \* inseguridad
- \* fracaso (temor)

### AMENAZAS

#### REFUGIOS TRADICIONALES

–efecto “**BACTERIO**”–

- \*Burocratización
- \*Activismo
- \*Tecnocracia
- \*Reunionitis
- \*Incomprensión
- \*Organizacionitis

### OPORTUNIDADES

- \* creatividad
- \* trabajo en equipo

### CONDICIONES

- \* Compaginar orden y caos
- \* Mentalidad estratégica
- \* Equipos reales
- \* Descentralizar decisiones y recursos
- \* Actitudes flexibles, sensibles y solidarias

Si tienes la paciencia de continuar leyendo, me gustaría aportar algunas reflexiones sobre las claves recogidas en este esquema.

### Un territorio inseguro

Ya lo hemos dicho: en materia de convivencia las seguridades no existen. 1+1 no siempre es igual a dos; porque no hay dos unidades iguales. Nunca será posible enfrentarnos a una nueva situación repitiendo fórmulas que en otras “iguales” han dado resultados positivos. Ni las personas son las mismas –o aun siendo las mismas ya no serán “iguales” que antes–, ni la situación será igual a la anterior; ni tampoco intervendremos igual que hicimos anteriormente, aunque seamos los mismos y hagamos las cosas de la misma manera o utilicemos los mismos recursos.

De poco sirven las recetas; para enfrentarse a cada nueva situación sólo servirán las habilidades que hayamos sido capaces de adquirir en las anteriores; y desde esta perspectiva, incluso los errores, convenientemente asumidos, pueden ser una valiosa herramienta para enfrentarnos a la inseguridad inherente a entornos tan complejos.

La inseguridad inevitablemente genera temor; temor al fracaso, porque el riesgo de fracasar es inherente a la falta de seguridad. Sólo se puede hablar de seguridades cuando nos limitamos a gestionar un recurso; en esos casos, podemos especular con la seguridad de que si se dan las condiciones X previstas para la concesión de tal recurso (ayuda, pensión, servicio...) y se aplica adecuadamente el procedimiento

## Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales

establecido, obtendremos el recurso previsto.

Pero la gestión de recursos no agota, ni mucho menos, la intervención social. El recurso es un medio para mejorar las condiciones de vida y convivencia de una persona, de una familia, de un grupo, de un entorno; pero casi nunca un recurso material por si solo produce esas mejoras; es, en todo caso, un medio más o menos necesario para esos cambios; la interacción profesional con los afectados, a lo largo de un proceso de creación o refuerzo de actitudes, habilidades, relaciones, comportamientos..., es la clave para afianzar cambios positivos en la autonomía personal, en la convivencia, en la mejora de las condiciones de vida.

Es en ese proceso relacional donde la intervención social se enfrenta a todas las inseguridades; es ahí donde el fracaso está, por decirlo coloquialmente, a la orden del día, mucho más frecuente, casi siempre, que los éxitos.

Este día a día enfrentados a la inseguridad, a la amenaza del fracaso, y al fracaso mismo, es lo que genera inevitablemente una enorme presión psicológica a quienes trabajamos en la intervención social. Una presión a la que, de alguna manera, debemos enfrentarnos a través de mecanismos que nos permitan una descarga psicológica, un refuerzo, una forma de sobrevivir y de desenvolvernos en el fracaso, sin merma de nuestra capacidad para seguir interviniendo, y sin que afecte a nuestra propia salud mental –cosa, por cierto, no infrecuente–.

Es precisamente en este contexto inseguro, donde el equipo, como entorno para

compartir riesgos amenazas y frustraciones, alcanza toda su utilidad para en las organizaciones de servicios sociales.

Pero antes de referirnos a la forma y a las condiciones para que los equipos de trabajo alcancen esta utilidad, nos parece oportuno analizar y desmontar salidas en falso, con las que, con mucha frecuencia, los profesionales de la intervención social tratamos de protegernos de las amenazas y riesgos de inseguridad y fracaso. Son estrategias que, consciente o inconscientemente utilizamos como refugios de “seguridad”; a veces porque no nos queda otro remedio, ante la falta de condiciones para desarrollar nuestro trabajo de otra manera; y siempre porque el ser humano se desenvuelve muy mal en la inseguridad, e instintivamente buscamos refugios donde encontramos seguros.

### Bacterio

Hay algunos refugios particularmente generalizados entre los profesionales y en las organizaciones de servicios sociales. Jugando con el acróstico, me he permitido resumirlos con el nombre del “efecto BACTERIO”, que representaría el conjunto de refugios más habituales a los que recurrimos los profesionales de la intervención social para escapar de la tensión psicológica inherente a nuestros ámbitos de actuación inseguros y a las consiguientes amenazas y riesgos de fracaso, en los entornos complejos en los que tenemos que intervenir.

Están enunciados en el anterior esquema y son, siguiendo la mecánica del acróstico: Burocratización, ACTivismo, TECnocracia,

### Reunionitis, Incomprensión y Organizacionitis.

Responden a diversas estrategias, con el común denominador de intentar seguridades –o al menos de permitir un refugio psicológico frente a la inseguridad y al fracaso–. Tres son las principales estrategias que se utilizan en este empeño:

- \* centrar las intervenciones en los procedimientos y no en los resultados.
- \* “echar balones fuera”
- \* buscar el útero protector de un entorno organizacional ultraseguro.

Vamos a comentar brevemente cómo se utilizan estas estrategias en relación con cada uno de los elementos que configuran lo que hemos dado en llamar “efecto BACTERIO”.

**Burocratización:** Es el más habitual de los refugios de seguridad que se encuentra en las organizaciones de servicios sociales. Responde a la estrategia de centrar las intervenciones en los procedimientos y no en los resultados: ya que los resultados son inseguros, vamos a asegurar los procedimientos. Exijamos que se señalen pasos claros para cada «tipo» de intervención: qué registros, qué entrevistas, qué visitas, qué documentos, qué gestiones... Realicemos adecuadamente cada uno de esos pasos en el orden y forma prevista e «¡voilá!», ya está. Hemos cumplido.

Si a pesar de ello no se resuelve la situación planteada, no se consiguen los cambios o los objetivos previstos (en el caso de que se planteen siquiera éstos), pues fácil será argumentar que el problema es de otros:

puede ser que quienes han diseñado los procedimientos (siempre «los de arriba»), lo hayan hecho mal; puede ser que otros profesionales u otras instituciones no hayan cumplido su parte; puede ser que falten recursos; o quizás es que los usuarios no ponen todo el interés necesario.

Sea como fuera, nuestra intervención es intachable; podemos «asegurar» que hemos hecho adecuadamente lo que se exige que hagamos. En definitiva, como decía aquel satisfecho cirujano: «*¡la operación un éxito!; el entierro, muy concurrido*».

Centrados en los procedimientos, la burocratización es inevitable: todo tiene que quedar perfectamente registrado; de todo tiene que quedar constancia documental. Los formularios se multiplican, y también los datos que cada uno de ellos exige, tengan o no utilidad efectiva para resolver las cuestiones planteadas («es necesario tener toda la información...»); los informes de todo y para todos son innumerables, y cada paso, cada gestión, requiere su informe; los expedientes recorren caminos tortuosos, y siempre encuentran un recodo donde atascarse, casi siempre en lugares cuya única misión es volver a registrar, volver a informar, para volver a tramitar...

Una vez dentro de esta farragosa tela de araña que consume todas las energías de quienes deben dedicarse a intervenir, todos aparecen atrapados en ella, y en su intento de salir no hacen sino envolverse más y más: cada dificultad se resuelve con un nuevo informe; cada problema con una nueva gestión; cada nuevo responsable, para marcar «su territorio» e influencia en el proceso, exige nuevos datos, nuevos papeles...



## Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales

Todo el mundo sabe que un racional análisis de la mayoría de los procedimientos que se utilizan, no responden a ninguna lógica de eficacia, ni en los resultados de la intervención, ni en la satisfacción de las necesidades de los destinatarios, ni siquiera en la presunta objetividad y trato igualitario que todo procedimiento debe garantizar en el ámbito de la gestión de lo público, dentro de un Estado de Derecho.

Resulta tarea fácil para cualquier consultor de organizaciones en servicios sociales simplificar su entramado burocrático, reducir registros, reducir trámites, simplificar informes..., dejándolos en lo indispensable para los objetivos de la intervención y para la garantía de trato igualitario en derecho, cuando se trata de acceder a un recurso público. Además, la aplicación de las tecnologías de la informática y de la comunicación, permiten agilizar y simplificar sobremanera los procedimientos. Se puede incorporar, así mismo, «técnicos auxiliares» que, con costes salariales menores que los de titulados superiores y medios, pueden realizar la mayoría de los registros, gestiones o informes burocráticos que saturan a los profesionales de la intervención social.

Entonces, si resulta tan fácil simplificar la burocracia en las organizaciones de servicios sociales, ¿por qué se mantiene en los insoportables niveles que muestran muchas de estas organizaciones? La respuesta inmediata suele dirigirse a la incapacidad de algunos de los responsables políticos o técnicos de estas organizaciones (resulta tan fácil echar las culpas de todo a otros...). Pero, a nuestro juicio, las mayores dificultades para simplificar la burocracia en los servicios sociales hay que buscarlas

precisamente en la «seguridad» que proporciona a los profesionales de la intervención social.

Proporciona «seguridad» ofreciendo una práctica en la que los profesionales pueden evidenciar que cumplen perfectamente sus cometidos. Y además, los fracasos en los resultados finales de la intervención siempre pueden ser imputados al propio procedimiento o a quienes lo diseñaron o lo matienen. En este sentido la burocratización no sólo es una estrategia de «centrar el objetivo de la intervención en los procedimientos y no en los resultados», sino que comparte la estrategia de «echar balones fuera».

La burocratización es, en este sentido, uno de los refugios no sólo más extendidos, sino también el más consciente. Todos quienes trabajan en entornos excesivamente burocratizados son conscientes de esa situación; y además coinciden en achacar a la misma la culpa de que no se pueda realizar otro tipo de trabajo más efectivo. Todo el mundo afectado por la burocratización clama contra ella, exige que «alguien» haga algo para racionalizar y simplificar los procedimientos, y descargar a los profesionales de tanto papeleo, tanto registro, tanto informe, tantos trámites y gestiones, que le ocupan prácticamente todo su tiempo en detrimento de otras ocupaciones, y que además complican innecesariamente y ralentiza la solución de los problemas de los usuarios o su mejor atención.

Pero la burocratización, ¡ay!, es un dulce veneno. Y, si no, probad a reducir substancialmente la carga burocrática que deben soportar los profesionales de la

intervención social, y os sorprenderán sus conflictivas consecuencias y las reacciones airadas de quienes, hasta entonces, clamaban por esas soluciones. Porque, de repente, se quedan sin esas «denostadas tareas» que cada día ofrecían la «seguridad» de realizar un trabajo según lo establecido; unas tareas que eran su refugio frente al caos que cada día exige retos nuevos, amenazas, inseguridades, y que pone a prueba no sólo nuestro bagaje profesional, sino nuestra capacidad de reciclaje, más allá de lo académico, de esa regeneración personal que nos hace capaces de afrontar cada nueva jornada, cada nueva situación, con el mismo entusiasmo de nuestros primeros años en la profesión.

Y además, si ya no pesa sobre nosotros la losa burocrática que nos mantiene todo el día activos en tareas rutinarias y «seguras», ¿a quién echar la culpa de nuestros fracasos...?

Desprovistos de sobrecargas burocráticas, nuestra jornada laboral aparece vacía, con horas que no tenemos que ocupar en registros, informes, papeleos, trámites y gestiones varias. Son las horas para la reflexión y la creatividad; para mirar cara a cara a los usuarios, y hablar de algo más que de «datos objetivos» y de recursos; son horas para escuchar y pensar; para pensar y planificar; para planificar y actuar; para actuar y ...

Horas que no tenemos la posibilidad de llenar cumplimentando el formulario o trámite exigido, sin que nadie pueda decir que no lo hacemos correctamente. Horas vacías para la intervención. Horas caóticas. No es de extrañar que se produzca una sensación de vértigo, de añoranza del

paraíso perdido, y que por eso se produzcan todo tipo de reacciones infantiles, de pataletas, de miedos que se tornan en búsqueda de amenazantes intenciones ocultas, reacciones de altivez agraviada... Y muchas veces, desde los propios profesionales, se vuelven a reproducir las rutinas burocráticas como seguridad frente al caos que amenaza esas largas horas desprovistas de sentido.

Cuando desaparece la seguridad de la gestión burocrática para resolver los problemas, aparece en toda su crudeza el caos de la vida misma, para el que no hay recetas ni seguridades. Y no es fácil enfrentarse al caos. Da vértigo.

**Activismo:** el activismo suele aparecer como la antítesis del trabajo burocratizado, y el paradigma de una práctica dinamizadora. Aparenta ser el mundo de la creatividad y del contacto humano frente a la rutina y deshumanización de los procedimientos burocráticos. A diferencia de las prácticas burocratizadas, el activismo es fácilmente justificable amparado en conceptos fetiche como «dinamización comunitaria», «participación», «desarrollo comunitario», «prevención»...

Pero antes de seguir con este discurso, con el que pretendemos equiparar el activismo con la burocratización, y arremeter contra esas prácticas como lo hemos hecho con aquellas, quisiera curarme en salud con una advertencia: no cuestiono la utilidad de las actividades en la práctica de la intervención social; de la misma manera que no cuestiono la burocracia, como procedimientos que garanticen la igualdad en el acceso a los recursos. Lo que cuestiono es el abuso de ambas prácticas, más allá de sus finalidades: la sobrecarga

## Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales

innecesaria de burocracia como refugio de frente a lo incierto de intervenciones más profundas, personalizadas, y de sus resultados. Por los mismos motivos, cuestiono el activismo como exageración de la práctica de generar actividades per se, sin que respondan a objetivos enmarcados en procesos intencionales para lograr objetivos propios de la intervención social.

Desde esta perspectiva califico el activismo como un refugio de seguridad para evitar los retos creativos que exigen procesos largos e inseguros, como son los que son propios de la intervención social. Procesos en los que se trata de lograr cambios positivos en las relaciones de convivencia, en la participación, en la solidaridad; procesos que tratan de prevenir situaciones de riesgo o de recuperar situaciones marcadas por la marginalidad.

Son frecuentes las prácticas marcadas por el activismo. Se trata también de una rutina, quizás menos evidente pero no por ello menos cierta. Hay que realizar actividades exitosas, que atraigan el interés de sus destinatarios y dejen una buena imagen de quien las promueve. Para ello se recurre a actividades cuyo éxito ha sido ya constatado en la propia experiencia o en la de otros lugares: cursos, talleres, viajes, actividades culturales y deportivas, encuentros, campañas, semanas de esto y de aquello... Y de vez en cuando alguien «muy creativo» da con una nueva actividad, que reporta grandes dosis de prestigio a sus promotores.

El éxito de la actividad se mide en la actividad misma. La actividad –un medio para avanzar en los procesos previstos–, se convierte en un fin en si misma. Basta

constatar que los objetivos de asistencia, de satisfacción de los usuarios y repercusión pública se han cumplido, para calificarla de exitosa. El éxito de una actividad lleva a reproducirla o a acometer otras nuevas. Y así en un interminable carrusel, desprovisto de cualquier otro significado, aunque, eso sí, su fundamentación siempre será fácil arroparla con un lenguaje florido en el que abunden generalidades relacionadas con los conceptos fetiche antes aludidos.

Si alguien piensa que exagero, le animo a que repase algunas memorias de departamentos de servicios sociales, para encontrar suficientes pruebas de lo dicho.

En el desarrollo de actividades resulta fácil encontrar seguridad. Por supuesto que algunas de ellas, inadecuadamente planteadas, pueden terminar en parciales o clamorosos fracasos; pero a actividad muerta, actividad puesta; siempre resultará fácil encontrar los motivos del fallo, e intentar otra nueva actividad de éxito más seguro.

La actividad per se es la inmediatez y la seguridad del éxito o del fracaso; es la posibilidad de corregir los errores a corto plazo con aciertos que los hagan olvidar. De ahí la tentación de convertir la actividad en una finalidad en si misma, como refugio de seguridad.

Frente a ello, la intervención social exige actividades como hitos de procesos intencionalmente definidos y asumidos por un equipo, capaz de asumir la complejidad y la inseguridad de los cambios que les son propios; capaz de soportar pacientemente estancamientos y retrocesos, y de agarrarse a cada pequeño éxito para intentar el siguiente.

Las actividades dentro de una práctica estratégica, que vea más allá de los resultados inmediatos, y que valore cada actividad en función de lo que pueda o no contribuir a los cambios e itinerarios previstos, y no en función de sus resultados inmediatos, de su incidencia en la opinión pública o de su contribución al prestigio de sus promotores.

Aunque, dicho sea de paso, tampoco viene mal, de vez en cuando, una cierta dosis de activismo para asegurar éxitos inmediatos que nos ayuden a sobrellevar las largas temporadas en las que la falta de avances substanciales nos hace pasar una penosa aridez, capaz de desgastar al profesional y al equipo más entusiasta. Un vaso de buen vino viene bien de vez en cuando y nos alegra la vida; pero si no hacemos otra cosa que tomar un vaso de vino, y otro, y otro...sólo seremos unos tristes alcohólicos incapaces siquiera de ser conscientes de su situación. Ese es el riesgo del activismo.

**Tecnicismo:** el tecnicismo –exceso o desproporción de técnicas en relación con sus finalidades–, constituye otro de los refugios de seguridad que se apoya en la estrategia de centrar las intervenciones en los procedimientos y no en los resultados. En un texto publicado en 1996<sup>1</sup>, ya decíamos que «el tecnicismo es un refugio de la incapacidad para lograr intervenciones eficaces».

De la misma manera que el activismo, en ocasiones las técnicas abandonan su carácter instrumental para convertirse en finalidades en sí mismas; un estudio, un plan, una evaluación o una publicación estéticamente bien presentados, se convierten en finalidades en sí mismas; su

propia estética los justifica, aunque no tengan incidencia alguna en la vida real, no contribuyan a lograr cambios efectivos relacionados con los objetivos propios de la intervención social.

Como emblema del tecnicismo, nos vamos a referir al abuso de los instrumentos de planificación, en todos sus niveles (plan, programa, proyecto, evaluaciones...), y lo vamos a hacer, vagancia obliga, con los mismos argumentos y textos de la citada publicación; decíamos en ella:

*«En no pocos casos la planificación se utiliza como instrumento de poder, a través del cual determinados directivos, institucionales o técnicos, tratan de controlar hasta el más mínimo detalle de la actividad de sus subordinados, recelosos de una práctica tan variada como la que la Intervención Social genera; los burócratas aborrecen la variedad, lo creativo, el cambio, tanto como los vampiros la luz del día; y por ello, incapaces de atender lo cotidiano, utilizan el papeleo y la norma para uniformar lo que sólo artificialmente puede ser uniformado. Convierten la planificación en una actividad burocrática, (...)»*

*«¿Y qué decir de quienes ahogan las intervenciones con montañas de controles y papeleo, en nombre de «la planificación»? No entienden la lógica del proceso y provocan una situación tan poco racional como es el que el esfuerzo de «planificar» complica la vida a quienes han de garantizar las atenciones a los ciudadanos, limitando así el beneficio que éstos pueden obtener de la oferta institucional. ¿Qué sentido tiene complicarse la vida a uno mismo y a los demás sin obtener beneficios de ellos?»*

■ notas

1. Gustavo García y J.M. Ramírez. "Diseño y evaluación de proyectos sociales". Edit. Certeza. Zaragoza, 1996.

*¿Que si existe quien así obra? Por desgracia sí; baste referirnos a tantos datos cuántos se solicitan en nombre de «la evaluación», los cuales duermen el sueño eterno amontonados en archivos, sin que produzcan ninguna utilidad, porque ni siquiera son tratados en forma de estadística, comentarios o valoraciones, no ya al servicio de quienes los proporcionan, sino de tan siquiera de quienes los solicitan. ¿Para qué entonces el esfuerzo de anotar y trasladar tanto dato y tanto papeleo?»*

Y más adelante decíamos:

*«Cuántas veces no hemos oído a alguna institución responder a las críticas de inoperancia, que no se trata de una incapacidad para ofrecer respuestas, sino que «están planificando, y que la racionalidad exige que no se haga nada hasta que se termine de planificar...». Con cuanta expectación se espera que concluya ese «Mapa de...» o ese «Plan de...» que desde hace años se está rumiando en determinados gabinetes, rodeado de un halo de actividad iniciática, al que solo algunos privilegiados tienen acceso. Cuando por fin se presenta el esperado Mapa o Plan, nadie entiende el porqué tanta demora, tanto secreto y tanta importancia de algo que suele ser poco más que un manifiesto teórico.*

*«Y por supuesto, las cosas para el ciudadano siguen igual, con Estudio de Necesidades o sin Estudio de Necesidades, con Plan o sin Plan, con Mapa o sin Mapa; pero, eso sí, la Institución y sus técnicos «más cualificados» habrán conseguido aparecer en los medios de comunicación y acudir a congresos con brillantes comunicaciones sobre su Plan o su Mapa; ellos lo están haciendo bien, qué duda cabe, como pone de manifiesto la tan alabada publicación que han presentado y que exhiben orgullosos; si las cosas no funcionan es porque «la gente de la base» no es capaz de ser tan*

*brillante como los planificadores, o porque no se ha sabido captar la trascendencia de lo planificado; ¿quién puede dudarlo...?»*

Ciertamente teníamos la pluma acerada cuando escribimos aquellas reflexiones; y motivos no nos faltan para ello. Pero traídas al contexto de este artículo, hemos de reconocer que cargamos las tintas hacia las jerarquías en cuanto a su abuso del tecnicismo como refugio ante la incapacidad de dar respuestas eficaces y nos olvidamos de dar un toque en el mismo sentido, a lo que acaece en la base.

Porque también los profesionales que actúan en la base utilizan con frecuencia el tecnicismo para evitar enfrentarse a la inseguridad de la intervención que deben llevar a cabo. Cuántas veces no se recaban más datos de los necesarios, o se piden más informes de los necesarios a otros colegas, para dilatar sin sentido decisiones que deben tomar a partir de su conocimiento y su interacción con los usuarios; cuánto papeleo para hacer un proyecto que se puede expresar en dos o tres páginas; cuánta «fundamentación» y cuánta «naturaleza»; cuánta estadística innecesaria, que no dice absolutamente nada ni sirve para fundamentar ninguna decisión; cuánta memoria sobrecargada innecesariamente de números y gráficos; cuánto «estudio de la institución», cuánta «guía de recursos» costosamente elaborada, cuando hay tantas y tantas ya disponibles...

Son prácticas que podemos encontrar con demasiada frecuencia, como para afirmar que el tecnicismo se ha convertido en uno de los refugios tradicionales en la intervención social, para huir de la inseguridad que la vida nos plantea, cuando

tratamos de incidir en ella. Quizás su presencia nos resulte más llevadera, porque estéticamente es más justificable; pero no el tecnicismo no es, ni más ni menos, que otra forma de ser burócratas.

**Reunionitis:** las tres prácticas anteriores –burocratización, activismo y tecnocracia–, compartían la estrategia de centrar la intervención en los procedimientos –seguros–, frente a los resultados –siempre inseguros, amenazantes–. Con la reunionitis –inflación de reuniones–, entramos en una nueva estrategia, la de «echar balones fuera», pero siempre con la finalidad de buscar refugios de seguridad, frente a la amenaza del caos a que nos enfrenta cada nueva intervención.

Igual que hemos dicho anteriormente, no descalificamos la utilidad de las reuniones como espacios para compartir informaciones, valoraciones, ideas, proyectos... Cuando esa práctica se convierte en un refugio para huir de los retos de la intervención, es cuando se abusa de ella, cuando las reuniones se convierten, al igual que los procedimientos, las actividades o las técnicas, en una finalidad en sí mismas, con las que se trata de ocupar el tiempo de forma segura, controlable, no amenazante.

Un apreciado colega, buen conocedor de las organizaciones de servicios sociales, afirma que en algunas prácticas profesionales, las reuniones se utilizan de la misma manera que las aspirinas: cuando una situación difícil de abordar produce desazón –«dolor de cabeza»–, convocamos una reunión –«nos tomamos una aspirina»–; la simple convocatoria tiene como efecto que durante unos días –hasta que la reunión se celebre–,

acaba con la desazón, podemos aparcarse el problema; luego, cuando la reunión finaliza, nos encontramos con que de nuevo debemos enfrentar las decisiones que exige la situación compleja a abordar; de nuevo vuelve la desazón y el vértigo, el temor, la amenaza... ¿Qué hacer cuando se pasa el efecto de la reunión –«de la aspirina»?; pues está claro: tomarnos otra aspirina, es decir, convocar otra nueva reunión...

Las responsabilidades –los riesgos, los errores...– que deben ser afrontados individualmente o en un espacio de responsabilidad compartida –equipo–, se trasladan a un ámbito donde esas responsabilidades no se pueden compartir: las reuniones. Dicho de otra manera: las reuniones son para el equipo, pero no el equipo para las reuniones.

De nuevo la inversión de fines y medios; la reunión, una herramienta de enorme utilidad para una labor de equipo, se convierte en una finalidad en sí misma: a base de reuniones se pretende crear equipo, e incluso se tiene la ilusión de que se logra por el simple hecho de reunirse con mucha frecuencia y periodicidad, aunque no haya nada que decir, o no exista la voluntad y el compromiso de que cada reunión tenga objetivos, de los que resulten decisiones que comprometan subsidiaria y solidariamente a todos los reunidos.

Cuando no es así –cosa que ocurre con demasiada frecuencia–, las reuniones, a falta de otra cosa, se convierten en aburridas exposiciones individuales que en nada comprometen al resto de asistentes, en lugares para transmitir información de unos a otros, o incluso en asambleas sindicales,

cuando no en auténticos campos de batalla y enfrentamientos personales o grupales; no es de extrañar que para muchos profesionales, la asistencia a la reunión «de equipo» de los lunes o los viernes, se convierta en un auténtico calvario.

Pero sea o no agradable asistir, por el hecho de encontrar un ambiente humano atractivo o desagradable, lo cierto es que tales reuniones permiten durante unas horas o un día entero, evadirse de la práctica de la intervención, para sentarse a hablar de cosas o, si no hay mucho de que hablar, para tomar un café y hacer relaciones con los colegas, para hacer contactos con las jerarquías o para realizar gestiones –«ya que me han hecho venir hasta aquí...»–.

A pesar de que la reunionitis –el abuso de las reuniones–, tenga una función de refugio tan manifiesta, no deja de sorprenderme el hecho de que sean tantas y tantas las organizaciones de servicios sociales, que destinan uno de los 5 días de trabajo semanal –¡al menos un 20 % del tiempo total de trabajo!–, a «reunirse», muchas veces incluso sin orden del día, o a lo más con un orden del día que sólo incluye informaciones sobre determinados temas nuevos y propuestas de debates genéricos.

Eso sin contar que en muchas de esas «reuniones de equipo» se llama «equipo» a un grupo de más de 20 personas, cuyo único nexo en común, además de trabajar en el mismo ámbito institucional, es precisamente esa «reunión».

Repasa tu agenda, colega, y mira si tu organización está afectada de reuninitis; si no es así, no sabes la suerte que tienes.

Porque, además, ya se ha convertido en un tópico eso de que los trabajadores de los servicios sociales «nos pasamos todo el día reunidos»; no es de extrañar que algunos se pregunten de dónde vamos a sacar tiempo para otras cosas; porque eso sí, a casi todos nos falta tiempo, pero nos sobran refugios.

**Incomprensión:** Somos unos incomprensidos, ¡qué duda cabe!; está claro que si las cosas no funcionan, es porque la institución y sus «políticos» no entienden nada de nuestro trabajo o no tienen ningún interés en él; los políticos, ya se sabe... Y los jefes, ¡menudos son!: incapaces de hacer bien las cosas, siempre nos lo dan todo hecho, o no nos marcan ninguna directriz clara.

¿Y la gente? ¿Hay que ver cómo es la gente! Por más que les lanzamos propuestas para mejorar su bienestar social y su calidad de vida en general, la mayoría pasa totalmente. Convocamos reuniones, y acuden cuatro gatos; organizamos talleres o escuelas de padres, y... ¡los de siempre! Si la gente no tiene interés, ¿qué podemos hacer nosotros?

¡Ah!, se me olvidaban los colegas; ¡fíjate!, no colaboran nada; no te proporcionan información, te derivan todo lo que ellos no quieren, se niegan a llevar a cabo actuaciones conjuntas...¡cómo son! ¿Y los profesionales de otras disciplinas...?: unos impresentables, que no reconocen nuestro rol, que solo quieren protagonismo, que se quedan con lo más cómodo, que no se quieren coordinar y que están deseando

quitarnos algunas de nuestras funciones. ¡Pero se van a enterar...!

¿Te suenan estas razones? Seguro que las has oído una y otra vez, en distinto tono y ocasión. Pero son moneda corriente en las organizaciones de servicios sociales. Una forma que adopta la estrategia de «echar balones fuera», para sedarnos ante la inseguridad, el caos, las amenazas de fracaso, la frustración.

La hipercrítica hacia todo y hacia todos –instituciones y políticos, otros profesionales y colegas–, se ha convertido en un refugio demasiado habitual, que además enrarece y carga de negatividad los entornos organizacionales de los servicios sociales. Cualquier observador externo lo aprecia al instante (guardo una carta que me envió hace años un prestigioso autor extranjero tras una de sus visitas a nuestro país, en la que me comentaba sorprendido este ambiente hipercrítico del sector).

Pero, vamos a ver, ¿en qué cabeza cabe que todo lo que nos rodea sea malo? ¿Es que pesa sobre nosotros alguna maldición para tener las instituciones más desastrosas, los políticos más malos, los jefes más incompetentes, los más malvados colegas...? Por supuesto que no es así; a no ser que, a fuerza de decírnoslo a nosotros mismos, lo lleguemos a creer y a través de nuestra imagen compartida lo convirtamos en una realidad subjetiva –y por ello de efectos objetivos–.

Claro que tenemos instituciones desastrosas y sin sensibilidad social; pero hay muchas otras que dan lo mejor de sí mismas, entusiasmados con unos cambios sociales en los que nosotros mismos estamos

comprometidos. No hay irracionalidad mayor que el que un profesional de una institución diga aquello de «mi Ayuntamiento no tiene ni idea...», «mi organización no se preocupa de...». ¡Pero si tú eres institución! ¿No te paras a pensar que tú, trabajador municipal, que criticas a tu Ayuntamiento, eres Ayuntamiento...? ¿O sólo lo eres a la hora de cobrar...?

Lo mismo podemos decir de los políticos y de los jefes, de los colegas y de otros profesionales: como en todo, los hay más o menos sensibles, con más o menos interés, con mayor o menor capacidad. Pero, recuerda, uno de los axiomas para intervenir eficazmente en lo social, es trabajar con potencialidades, y no sólo con dificultades, carencias o problemas. Ese enfoque positivo es el único camino para activar potencialidades que contribuyan a lograr cambios positivos. Ese es el camino en la intervención social y, ¿por qué no?, también en nuestras relaciones institucionales y profesionales.

Si nos empeñamos en «echar balones fuera», en buscar responsables de todas nuestras frustraciones, el fracaso y la insatisfacción no harán sino agravarse y, lo que es peor, cronificarse. Frente a ello, no hay otra forma de «hacer equipo» que descubrir lo mejor de cada compañero y compañera, de cada jerarquía y de cada institución; y trabajar desde y con sus potencialidades. Y además, no lo dudes, disfrutarás en tu trabajo, que no es poco.

**Organizacionitis:** Por «organizacionitis» entiendo la utópica confianza en que todos nuestros problemas de intervención se resolverían si todo estuviera perfectamente organizado, clasificado, ordenado y



## Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales

definido; sin dejar nada al azar; el orden absoluto, para tratar de aprehender en esa tupida red organizativa toda la variedad de la vida misma.

Es, quizás, el refugio de seguridad más instintivo, ya que el profesional angustiado ante la inseguridad, añora el útero protector de un entorno organizacional ultraseguro, en el que sentirse protegido, amparado, siempre a salvo de cualquier amenaza o inseguridad. Prueba de ello es que este "refugio" está tipificado como uno de los más frecuentes en cualquier tipo de organización compleja:

*"Cuando les preguntan cómo se ganan la vida, las personas describen las tareas que realizan todos los días, no el propósito de la empresa de la cual forman parte. La mayoría se ven dentro de un "sistema" sobre el cual no ejercen ninguna influencia. "Hacen su trabajo", cumplen con su horario y tratan de apañárselas ante esas fuerzas que están fuera de su control. En consecuencia, ven sus responsabilidades como limitadas por el puesto que ocupan"*<sup>2</sup>

Resultaría fácil para cualquier aficionado al psicoanálisis relacionarlo con ese impulso primario que busca retornar al paraíso perdido, a las entrañas maternas, a la Gran Madre que todo lo ordena y dispone y de la que siempre añoramos haber salido.

En la práctica de la intervención social, nada más fácil ante sus dificultades, temores y frustraciones, que exigir un orden absoluto; hay que tener un organigrama muy claro; cada uno tiene que saber «en qué casilla está», cual es su sitio: de quien depende, sobre quien manda, quiénes son sus iguales... Esa es mi parcela, y no tengo porqué moverme de ella; como un flujo en

el seno materno, a mi casilla llegarán informaciones, encargos, apoyos, recursos..., y a través mío el flujo de la vida seguirá hacia otros lugares, tramitando, informando, demandando, derivando, apoyando... El flujo de la vida que pasa a través nuestro, que sólo somos una pieza del enorme entramado de la vida, responsable de éxitos y fracasos. Es, la Gran Madre.

La clave –el refugio–, es saber qué lugar me corresponde en ese gran organismo, y olvidarme de lo demás. Claro que para eso es necesario que cada pieza del engranaje sepa muy bien qué es lo que se espera de ella. Y aquí, colega, llega una de las principales demandas del sector, cuando los profesionales se enfrentan a problemas organizativos marcados por el fracaso, la frustración y el temor: «Lo que hace falta es que se definan claramente cuáles son mis funciones». ¡Eh aquí la frase emblemática! Bien merece, en honor a cuánto la hemos escuchado y sufrido, que la dediquemos no sólo un comentario especialmente sentido, sino incluso el privilegio de darle un nombre propio:

**«La estrategia del león»:** Si eres, como yo, de los adictos a los documentales de «la 2», entenderás fácilmente el porqué de ese nombre; ya sabes que los leones tienen por buena e inveterada costumbre, señalar su territorio dejando en sus límites el olor característico de la orina: árbol aquí, arbusto allá..., un día y otro día, el rey de la selva micciona (¡toma cultura!) para que en ellos permanezca su característica señal olfativa, de manera que cualquier otro león que por aquellos pagos transite, sepa enseguida que ese lugar es del león que lo tiene señalado. En ese «su» territorio, el

león es el rey, manda y ordena, caza y se aparea, es decir, es el territorio que definen y en el que ejerce, ¡ta-han, ta-chan...! SUS FUNCIONES.

Subamos algunos peldaños en la escala del reino animal, y veamos cómo se comportan los reyes de la creación, o sea, nosotros mismos, cuando tenemos que marcar nuestro territorio profesional:

La sabana es muy grande; los leones no pueden estar todos revueltos. Igual que en nuestras organizaciones: hay muchas y variadas cosas que hacer, no podemos estar todos revueltos.

Cada león tiene que marcar su terreno; cada profesional también.

El león micciona; el profesional, mucho más moldeado culturalmente, no ha de recurrir a tan impulsivo acto. Al profesional le basta con definir claramente cuáles son sus funciones.

¿Y cómo define «sus» funciones? Es fácil: se hace un catálogo de «cosas» que hay que hacer (informar, asesorar, educar, tratar, orientar, organizar actividades, dirigir...). Paso segundo: se discute «de quién es» cada una de esas cosas; y así, tras un acalorado debate, la cosa «a» se adjudica –por consenso o por imperativo– al león, perdón, al profesional «X»; por el mismo sistema se le adjudica la cosa «c», la cosa «h», la cosa «m» y la cosa «v». Ya tiene «su territorio», ya tiene «sus funciones» claramente definidas.

De la misma manera el profesional «Y», cuyas funciones son las cosas «b», «e», «f», «n» y «o».

Y el profesional «Z», define su territorio, sus funciones, con las cosas «d», «g», «j», «l» y «s».

Tres leones en una misma sabana; tres profesionales en una misma estructura. Claro que hay zonas en las que los leones miccionan demasiado cerca unos de otros; ¡es tan fácil confundir los olores después de algunos días sin renovarlos!. También entre los profesionales ocurre que algunas funciones están demasiado próximas; ¡se pierden tan rápido los olores!. El conflicto es inevitable.

Puede ocurrir, además, que alguno de los leones se sienta demasiado atraído por el territorio vecino, y tenga la tentación de invadirlo; o que se sienta demasiado fuerte o vea al vecino demasiado débil, como para probar fortuna y ampliar su territorio. Entonces la lucha es inevitable. Es la ley de la selva, la ley del más fuerte.

Lo mismo ocurre con las funciones de los profesionales; siempre hay alguna función de uno que otro envidia; siempre hay el riesgo de que alguno se sienta lo suficientemente fuerte o aprecie debilidad en el otro, para animarse a invadir su territorio: ¡es la guerra!. Un profesional, como un buen león, tiene que aprestarse a defender su territorio frente al intruso, al grito de «¡no me toques las funciones!».

Y si después de las escaramuzas es preciso, volveremos a marcar nuestro territorio: «que se aclaren cuáles son mis funciones».

■ notas

2. Peter M. Senge. "La Quinta Disciplina". Gramica. Barcelona, 1992. Pág. 29.

## Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales

Lo de las funciones se ha convertido en una extendida manía entre los profesionales de la intervención social; para muchos, no hacemos otra cosa que estar a vueltas con «nuestras funciones», en lugar de estar más preocupados por aportar todo nuestro saber y nuestras capacidades en colaboración con otros, para juntos, avanzar en los dificultosos e inseguros terrenos de la intervención social.

La definición excluyente del quehacer profesional a través de sus funciones, y la mitificación de las mismas es una de las mayores dificultades para articular un buen equipo. Desde la «exclusividad» de funciones no hay integración posible con otros. Lo más que se podrá decir –como de hecho nos dicen a los consultores cuando ven nuestra cara de sorpresa ante tanta función–, es que «se coordinan» con los otros profesionales.

Desconozco si los leones tienen algún tipo de coordinación para perseguir a los rebaños de gacelas que transitan por territorios colindantes. Pero lo que es seguro es que si un león no puede entrar en el territorio del otro, y si no lo hacen habitualmente, no puede existir trabajo en equipo.

Coordinarse ya implica, de por sí, esta ausencia de equipo: como tenemos «asuntos» colindantes, nos coordinamos, para que donde tú acabas yo empiece, o viceversa, y en todo caso para no perjudicarnos o contradecirnos. Pero el equipo es mucho más.

Entiéndase de nuevo que con estos jocosos comentarios no desdeño el valor de las estructuras organizativas bien definidas, ni

tampoco la utilidad de definir funciones profesionales (lo contrario sería predicar un desorden imposible de manejar para un trabajo eficaz). Lo que trato de desmontar son dos mitos muy arraigados:

1º.- la idea de las que funciones de cada profesional se deben definir de manera excluyentes de la de los otros («lo que es mi función no es función tuya»); junto a funciones específicas de uno u otro profesional, deben coexistir espacios compartidos, funciones comunes, que son las que en definitiva permitirán integrar la labor de los diferentes profesionales, enriqueciendo con sus diferentes enfoques el espacio de responsabilidad colectiva que el equipo debe representar. (En otra ocasión plantearé incluso la idea más avanzada, que manifiesta la madurez de un equipo, de la conveniencia de que los diversos profesionales puedan ser «intercambiables» en sus funciones en determinadas ocasiones)

2º.- pensar que definiendo la estructura y las funciones se pueden resolver la complejidad a la que nos enfrenta la intervención social. La estructura y las funciones –el orden–, sirven para gestionar los niveles más superficiales –aunque no por ello menos importantes– de nuestra intervención (gestionar recursos, aplicar determinadas tecnologías, tramitar...); son funciones que, si nos limitáramos a ellas, daríamos la razón a quienes afirman que nuestro trabajo lo puede hacer gente sin titulación, y a mejor precio. Pero la intervención social exige mucho más; es la individualización con la que debemos afrontar cada proceso que pretenda lograr cambios positivos en la convivencia, lo que exige de los profesionales algo más que

funciones; requiere capacidad para incorporar solidariamente saberes, experiencia, creatividad y disponibilidad: requiere, en definitiva, una actitud «profesional» para integrarnos en equipos reales de trabajo, que compartiendo visión y misión, como ahora está tan de moda expresar.

### La aventura de ser creativos

Quizás he dedicado demasiado espacio a desmontar algunos de los mitos más significativos que dificultan la posibilidad de articular equipos de trabajo en los entornos de los servicios sociales. Soy consciente de que contravengo mis propios consejos, cuando dedico más esfuerzo a reflexionar sobre los falsos refugios que a argumentar en positivo estrategias y formas para lograr auténticos equipos de trabajo.

Sin embargo no he podido sustraerme a la tentación, quizás como revancha a lo que esos «falsos refugios» han condicionado en tantos y tantos lugares los intentos por cambiar las organizaciones de servicios sociales («la gente no se resiste al cambio, se resiste a ser cambiada»). Es necesario desbrozar el camino de falsos atajos y de espejismos, para ver la realidad en toda su crudeza y con todo el entusiasmo que sólo la realidad (compleja, cambiante, insegura, amenazadora y sugerente), puede despertar.

Pero aunque sea brevemente, –si es que has sido capaz de llegar hasta aquí–, permíteme que culmine estas reflexiones aportando estos matices positivos: la intervención social nos permite intervenir en la vida real, en las aspiraciones y los deseos más humanos, más cargados de sentimiento; nos

ofrece el privilegio de aspirar a movilizar las potencialidades de los seres humanos para convivir, para ser solidarios.

Un empeño sugerente, capaz de entusiasmar más allá de lo profesional –porqué no decirlo–. Pero un empeño difícil, muy difícil; porque no hay recetas ni caminos prefijados; es el mundo de la realidad, variado, complejo, cambiante, caótico. Hace falta madurez para convivir con la inseguridad, el vértigo y la frustración. Hace falta creatividad. Pero hace falta, en el ámbito profesionalizado de nuestra intervención, algo más que madurez y creatividad: es necesario compartir esos impulsos y tener compañeros y compañeras profesionales. Hace falta estructura donde los profesionales puedan integrarse en equipos reales de trabajo.

Entiendo así que un equipo real –sin eufemismos–, no es otra cosa que un espacio de responsabilidad colectiva, marcado por la solidaridad entre quienes lo forman, sabiendo que los resultados de su intervención, sus éxitos o fracasos, sólo pueden ser del equipo. Un espacio más allá de las funciones profesionales, donde el proceso, colectivamente definido y compartido, exige lo mejor de cada cual, incluso para superar las limitaciones de cualquier otro de sus miembros: el éxito o fracaso implica a todos.

Un equipo capaz de identificarse ante sí mismo y ante los demás, «más biológico que lógico». Un equipo así no se «da» hecho; no es suficiente con que se dibuje en un organigrama; son actitudes y práctica. Exige unas condiciones que, aunque sea brevemente, vale la pena considerar:

## Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales

**Compaginar orden y caos:** Caos y orden, como los dos elementos que conviven en la existencia; el caos que nos nutre de energía vital; el orden que la consume para mantener y reproducir la vida.

Hemos de acostumbrarnos, en las organizaciones de servicios sociales, a convivir con ambos elementos. Hemos de alcanzar la madurez que nos permita trabajar el orden con instrumentos apropiados (organigramas, normas, protocolos, estadísticas...), pero sabiendo que bajo ese orden existe el mundo caótico de la convivencia, de las necesidades, aspiraciones y sentimientos humanos, de la convivencia.

Y ese caos no se puede acometer exclusivamente con instrumentos de orden; no se puede ordenar. El caos es el ámbito de la intuición, de la sensibilidad y de la creatividad. Es el ámbito que exige madurez para asumir el riesgo y el fracaso y para superarlo.

No podremos resolver esta dialéctica sin abandonar los mitos que magnifican el orden y lo convierten en un absoluto. Pero tampoco el caos es abordable sin un orden sobre el que soportarlo. Más aún, cuanto más arriesgado sea nuestro esfuerzo creativo, mayor rigor hemos de mostrar en ordenar todo aquello que, de otra manera, se conformaría como un desorden artificial, que nos imposibilitaría asomarnos al caos de la vida. Flexibilidad no es discrecionalidad. Desorden no es intervención creativa. Conviene no olvidarlo.

**Mentalidad estratégica:** Los objetivos de la intervención social no se logran «de golpe»;

la aplicación de un recurso, la realización de una actividad o la aplicación de un tratamiento, no consiguen por sí mismos cambios profundos. Pero, por supuesto, bien utilizados contribuyen a que esos cambios se vayan fraguando.

La intervención social es un proceso; un proceso que desde la práctica profesional ha de ser intencional y racionalmente diseñado. Un proceso en el que habrá avances y retrocesos, estancamientos y variaciones. Un proceso permanentemente cambiante y afectado por la interacción con su entorno y con la propia intervención.

Para trabajar eficazmente en servicios sociales es menester «viajar con las luces largas». Y sobre todo PACIENCIA, mucha paciencia asumir que los resultados, lo mismo que el crecimiento de un ser humano o de una planta, no se perciben de un día para otro; y sin embargo, crecen.

Mejorar la convivencia, favorecer la integración social, prevenir la marginación, alcanzar mayores cuotas de igualdad, incrementar la participación y la solidaridad, no son metas a las que se pueda poner límites; son aspiraciones y necesidades humanas para las que cada avance genera nuevos retos y aspiraciones, nuevas necesidades, en un proceso continuo que no es otro que el camino del PROGRESO HUMANO. Afortunadamente.

**Equipos reales:** Es precisamente en estos procesos de intervención en el caos, donde los equipos alcanzan su trascendencia en la práctica de los servicios sociales; a diferencia de otros entornos, donde tales equipos proporcionan una eficacia de racionalidad y una mayor eficacia

productiva, en la intervención social, además de estas utilidades, adquieren el valor de necesidad absoluta para acometer los procesos que les son propios.

Siendo la realidad compleja y cambiante, resulta imposible que una sola persona, un solo profesional, pueda percibir siquiera tal complejidad con perspectiva suficiente; mucho menos puede esperarse que un solo profesional, o varios profesionales en una relación superficial –«coordinándose»–, puedan acometer la intervención compleja y cambiante que se requiere.

Sólo un equipo integrado puede aproximarse con ciertas garantías a esta intervención compleja, y garantizar además la continuidad de procesos a medio y largo plazo, como los que son propios de la intervención social.

Pero en estos contextos inseguros, amenazantes, frustrantes, los equipos de trabajo proporcionan otra utilidad no desdeñable: constituyen, como alguien ha dicho, auténticos espacios de recarga emocional, donde compartir temores, amenazas y frustraciones. Si has tenido la suerte de trabajar en un equipo real de trabajo (más allá de jerarquías y funciones), sabrás perfectamente a qué me refiero.

Equipos de trabajo bien dimensionados, en los cuales diversos profesionales comparte un espacio de responsabilidad, de manera solidaria, entre iguales; capaces de entender que su misión va más allá de las responsabilidades individuales, para centrarse en los resultados; y en el que cada miembro del equipo debe ser capaz de aportar solidariamente lo mejor de sí mismo, más allá de sus «contornos»

profesionales; un equipo en el que cada uno de sus miembros sea muy consciente del importante papel de refuerzo y apoyo que debe suponer para el resto, y que tenga la valentía de exigir de los demás el mismo refuerzo y apoyo.

**Descentralizar decisiones y recursos:** Claro que un equipo así requiere de unas ciertas condiciones organizacionales. Una de las más necesarias es su capacidad para decidir sobre sus intervenciones y sobre los recursos necesarios para ello.

Por eso, las organizaciones que apuesten por articular equipos de trabajo reales, han de contribuir a su existencia proporcionándoles un amplio nivel de autonomía, una gran capacidad de decisión sobre las intervenciones que les son propias, sólo limitadas por las orientaciones estratégicas que la institución tenga establecidas. Sin esta capacidad de decisión un equipo de trabajo nunca llegará a consolidarse; el tutelaje y el control cotidiano de cada decisión, termina por desgastar a un equipo y hacerlo inviable.

De la misma manera, un equipo necesita amplia autonomía para gestionar los recursos necesarios para su intervención; si en esta gestión está a merced de decisiones externas, el equipo no puede alcanzar la seguridad y la agilidad que su intervención requiere.

Por eso la apuesta descentralizadora de decisiones y recursos, sólo limitada por la normativa institucional, es requisito imprescindible para lograr entornos eficaces en la intervención social, contruidos sobre la base de equipos reales de trabajo.

## Mitos y condicionantes del trabajo en equipo en los servicios sociales

Si algo enriquece y estimula la cohesión de un equipo, es sentirse responsable de sus decisiones, y asumir como parte de esa responsabilidad, la inevitable dosis de errores que le corresponda. Quizás cuando esto sea así, cuando todos compartan responsabilidades y errores en sus ámbitos, se modificará también el ambiente hipercrítico al que anteriormente nos hemos referido; mientras todas las decisiones y responsabilidades gestoras apunten «hacia arriba», hacia el vértice de la organización, la posibilidad de sedar las frustraciones y fracasos «echando las culpas a otros», está servida.

**\*Actitudes flexibles, sensibles y solidarias:** Como síntesis de lo anterior, podemos afirmar que la creación de un equipo de trabajo exige determinadas condiciones organizacionales; pero éstas, aunque necesarias, no son suficientes: la configuración de un equipo real de trabajo (algo más que una artificial superposición de funciones), sólo es posible a partir de actitudes personales flexibles, sensibles y solidarias.

**Flexibilidad:** un equipo requiere que sus miembros abandonen arquetipos y estereotipados moldes de su rol profesional; que sepan trascender «sus funciones» para reinventar su labor profesional en el entorno del equipo, en función de las características de sus demás miembros, y sobre todo en función de sus objetivos de intervención y de las tareas a las que, en los consiguientes procesos, deban enfrentarse.

**Sensibilidad:** imprescindible para “captar” los matices que caracterizan a la realidad, y las sensibilidades ajenas (incluidas las de los demás miembros del equipo), y que van a

ser elementos determinantes en las interacciones que van a vehicular cualquier intervención. Sensibilidad para no olvidar nunca que trabajamos con seres humanos y para seres humanos, cuyas situaciones producen felicidad o infelicidad. Alguien dijo que para trabajar adecuadamente en entornos complejos, es preciso desplegar dos rasgos de personalidad imprescindibles: sensibilidad y humor. Te deseo, colega, que nunca pierdas una ni otro.

**Solidaridad:** Un directivo de una gran empresa multinacional afirma que los equipos están formados por “*personas que se necesitan mutuamente para actuar*”.<sup>3</sup> Esta es la esencia de cualquier equipo real de trabajo. La solidaria, por ello, no es una virtud que “adorna” y mejora el funcionamiento de un equipo: es un requisito imprescindible para su existencia.

Bueno será que los profesionales de la intervención social aportemos a nuestro quehacer las dosis de solidaridad que predicamos para la sociedad y que decimos fundamento de nuestro propio sistema de servicios sociales. No se puede mantener la esquizofrenia de llenar nuestros discursos de lemas solidarios y exigir que la gente sea solidaria, si no demostramos esa misma solidaridad con quienes comparten nuestro trabajo.

\* \* \*

Al terminar estas reflexiones, pienso que han podido dejar una sensación extraña en algunos lectores; ¡es tan difícil vivir la inseguridad y la frustración sin los refugios tan habituales!. Asomarse a la complejidad de la vida dá vértigo; la creatividad no es

tarea fácil. Es un enorme riesgo desmontar los refugios tradicionales sin disponer de otros espacios –equipos–, desde los que se puedan asumir estos retos que la intervención social requiere de nosotros.

Quizás pienses que he ido demasiado lejos proponiendo asumir el caos vitalista no sólo desde el orden, sino incorporando –solidariamente con otros–, buenas dosis de impulso creativo, caótico –que, por supuesto, no es desorden o improvisación–

Pero, tras ya algunas décadas como consultor de organizaciones de servicios sociales, y sobre todo, desde mi reflexión personal en la práctica de la intervención directa, a la que sigo vinculado, cada vez estoy más convencido, como Nietzsche, que **“HAY QUE TENER DENTRO DE UNO MISMO EL CAOS, PARA PODER PONER EN EL MUNDO UNA NUEVA ESTRELLA”**.





# Experiencia de grupo con jóvenes psicóticos

**Rosa Bonfill Galimany.** Alumna de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona.

En la Unidad de Salud Mental (USM), dispositivo de Atención Primaria en Salud Mental, de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) se llevó a cabo una experiencia grupal (en 1997) con jóvenes psicóticos en edad laboral a partir de la detección de una problemática concreta que afectaba a este colectivo específico. La problemática radicaba en las dificultades que se planteaban en el ámbito laboral más allá del fracaso generalizado en la búsqueda de trabajo, y todo lo que pueda tener una relación con ello, como pueden ser: dificultades de relación, de formación, de adaptación a las exigencias del lugar de empleo, capacidad de aguantar un ritmo, autoexigencia y determinación, etc.

A raíz de estas características se centraron los objetivos en la creación de un grupo de personas con trastornos psicóticos que tenían dificultades en parte, debido a las características de su enfermedad, pero también a factores ambientales como la familia, el entorno comunitario, el desarrollo personal... Estos eran los aspectos a trabajar en el grupo por ser susceptibles de cambio y por ser los que posibilitarían adecuar las circunstancias para una adaptación laboral.

La finalidad socioterapéutica estuvo encaminada principalmente al beneficio de los participantes, concretamente en la búsqueda, encuentro y mantenimiento de un trabajo y, a su vez, de forma secundaria, podía tener una proyección en el entorno.

El perfil de las personas que formaron parte del grupo eran pacientes que, en ese momento, seguían un tratamiento con diferentes profesionales del equipo de la USM y que padecían trastornos mentales psicóticos, de edad comprendida entre los 24 y los 35 años, con una motivación expresa de llevar a cabo alguna actividad, laboral o formativa.

Los objetivos se centraron en:

- posibilitar el encuentro y el vínculo de personas con una misma problemática y diferentes experiencias, para elaborar las ansiedades que la situación de grupo provoca y que pueden ser similares a las de relación en el ámbito laboral.
- modificar la forma de vinculación con el exterior a la que no acceden por sus dificultades internas.
- potenciación de aspectos "motor" de cambio personal tales como la motivación, el deseo de ser autosuficiente o el de ser capaz de volver a realizar actividades que anteriormente se efectuaba.

## El contexto de la enfermedad

Todo marco teórico debe adecuarse al contexto en el que se va a desarrollar porque de ello va a depender la definición del tipo de trabajo y la consecución de los objetivos. Así, un conocimiento previo sobre las enfermedades mentales y, concretamente, de las psicosis, sus características y las repercusiones generales a nivel biopsicosocial y específicas del individuo, van a servir para encuadrar la

## Experiencia de grupo con jóvenes psicóticos

tarea grupal. No pretendo entrar en dicho tema más allá de unas características definitorias muy amplias.

Se denominan *psicosis*<sup>1</sup> aquellas enfermedades mentales en que «las funciones psíquicas se hallan tan afectadas, que el sujeto que las padece no puede cuidar adecuadamente de sí mismo, controlar sus impulsos, establecer un correcto juicio crítico de la realidad, tener conciencia de sus propias alteraciones, ni, en gran parte de los casos, convivir razonablemente con los demás. Todo ello da lugar a que este tipo de personas puedan ser peligrosas para sí mismos (mediante autolesión, suicidio, descuido extremo, etc.) o para otros (agresiones) y a que no se les considere responsables de sus actos.»

Quizás lo más característico de los enfermos psicóticos puede que sea la incapacidad para distinguir el mundo externo del interno, de forma que pueda considerar parte de sus propios impulsos, fantasías y ansiedades como algo que tiene una realidad exterior. Ello da lugar, por ejemplo, a percepciones sin que exista el estímulo previo correspondiente (ideas delirantes, delirios sistematizados). El error consiste en atribuir a los demás esos sentimientos o impulsos, que están sólo en su mente o que juzga como un hecho real aquello que está en su fantasía y deseo inconsciente.

El perfil de los pacientes jóvenes está marcado por una fuerte crisis que irrumpe en un momento de su vida y que rompe con una normalidad cotidiana. Si se estudiaba aparece el fracaso escolar, si se trabajaba hay dificultades para continuar el ritmo laboral y, muchas veces, incluso la profesión. El momento del servicio militar o

la muerte de algún miembro de la familia suelen ser situaciones que propician la aparición de la crisis en la etapa adolescente o pre-adulta.

Definir unos objetivos *realistas* para el trabajo grupal es primordial. Los procesos de razonamiento serán diferentes que los que se producirán en otro tipo de grupo (o individuo). Tener presente este tipo de contexto va a permitir no caer en la frustración y sí, sin embargo, dar valor a todos los pequeños detalles que se produzcan. Saber todo lo que se puede esperar, lo máximo y lo mínimo que puede suceder, si acaso se produce, nos acercará de forma más realista a la intervención socioterapéutica que podemos ofrecer.

## Metodología de trabajo

Nuestra propuesta de trabajo iba encaminada a la inserción sociocomunitaria mediante posibilitar que continuasen con los estudios y el trabajo que realizaban antes de la crisis, o que pudieran iniciar nuevos cursos que les ayudasen a integrarse en actividades y que también les pudiera vincular con otras personas. Por ello, planteamos el grupo de la forma siguiente:

- Integrantes: máximo 12 personas (en un principio eran 9), en grupo cerrado, con un quorum de mínimo tres personas, sin contar con los profesionales, para realizar las sesiones.
- Equipo profesional: formado por dos terapeutas y una observadora.<sup>2</sup>
- Tiempo y espacio: la idea inicial era que el grupo tuviera una duración de seis

meses. Pero, por circunstancias organizativas, se tuvo que modificar dicho planteamiento hasta acotarse a los tres meses. Aunque se observó que era un tiempo muy limitado para un grupo, se llevó a cabo, entendiéndose que con ello se ayudaría a los integrantes a iniciar un trabajo de compromiso semanal, y a pensar y expresarse sobre su situación.

- Las sesiones, con una frecuencia semanal, tuvieron una duración de 60 minutos. Con un grupo de 9 personas es aconsejable que, para un rendimiento óptimo, el tiempo dedicado sea superior (sobre los 75 minutos), pero dadas las características de los integrantes, se acordó que una hora sería un tiempo apropiado.
- Evaluación y registro: posteriormente a la sesión, se dedicó una hora y media al registro literal, a cargo de la observadora, y al análisis y seguimiento del grupo.
- Supervisión realizada a 2 sesiones.<sup>3</sup>

## ¿Por qué en grupo?

La situación de grupo permite a sus miembros compartir vivencias y sentir que hay otras personas que tienen las mismas, o similares, dificultades. Ayuda a los individuos a mejorar su «funcionamiento social» a través de experiencias constructivas y a enfrentarse a problemas personales, de grupo o comunidad, de forma más efectiva (Konopka, 1968). Este hecho provoca que disminuyan tanto el sentimiento de culpa como la ansiedad que

ésta genera, al igual que ayuda a potenciar el desarrollo de las capacidades personales para enfrentarse consigo mismo y con el entorno.

El individuo puede pensar más libremente en la construcción de su futuro, contribuyendo directamente al nacimiento individual. Los miembros aprenden a comprender el por qué de sus emociones y de sus acciones en un plano analítico introyectando y conectando con el origen de lo que está pasando, así lo “aplican” no sólo a sí mismos sino también a sus coparticipantes. Este “comprender” se podría señalar como un aspecto del “efecto pedagógico” que, junto con el “efecto terapéutico”, son consecuencia del proceso grupal<sup>4</sup>.

## Modelo teórico: grupo operativo

El grupo operativo es un conjunto de personas con un objetivo común “centrado en la *tarea* y que tiene por finalidad *aprender a pensar* en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal y no en el de cada uno de los integrantes”<sup>5</sup>, al que intentan abordar

### notas

<sup>1</sup> Coderch, J. *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder, 1982.

<sup>2</sup> Terapeutas: Yvonne Zouain, trabajadora social de la Unidad de Salud Mental y Ernesto Díaz, psicólogo social colaborador. Observadora: Rosa Bonfill, alumna en prácticas de Trabajo Social.

<sup>3</sup> Supervisión a cargo del seminario de grupos en Atención Primaria por J.O.Esteve.

<sup>4</sup> Bauleo, A., “Efectos del proceso grupal. Notas de Psicología y Psiquiatría Social”, Buenos Aires, Ed. Atuel, 1988.

<sup>5</sup> Pichon-Rivière, E. *El proceso grupal*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión, 1982.

operando como equipo. La estructura del equipo sólo se logra mientras se opera porque la finalidad es la realización de la *tarea*.

Todo proceso de aprendizaje, en un sentido amplio, genera dos miedos básicos<sup>6</sup> en los sujetos: uno referido a la pérdida del equilibrio ya logrado en la situación anterior, y otro referido al ataque en la nueva situación en la que el individuo no se siente adecuadamente preparado. Ambos miedos coexisten y cooperan configurando lo que llamamos *resistencias al cambio*, las cuales se expresan en la presencia del estereotipo en el pensamiento y la acción grupal, dificultades en la comunicación y en el aprendizaje. La *tarea* se centrará en el abordaje y resolución de dichos miedos básicos a partir del análisis e inmersión en la situación grupal.

En los grupos operativos no se trata de transmitir información en un sentido limitado de recoger material, sino también de lograr que sus integrantes incorporen y manejen los instrumentos de indagación, que puedan convertir "en enseñanza y aprendizaje toda conducta y experiencia, relación o quehacer"<sup>7</sup>. El *aprendizaje* puede ser entendido, en este sentido, como la modificación, más o menos estable, de pautas de conducta, entendiendo por ello los cambios del ser humano en cualquier ámbito en que se produzcan. La técnica operativa implica una verdadera concepción de la totalidad del proceso.

En los grupos operativos se tiende a reproducir experiencias y relaciones de la vida cotidiana, a partir de las cuales, y del análisis de sus contradicciones, van a permitir conducir al grupo a confrontar

modelos internos de una nueva situación, posibilitando cambio y modificación a partir de la resolución de situaciones de ansiedad.

Un principio técnico básico de los grupos operativos, que E.J.Pichon-Rivière<sup>8</sup> llama la "regla de oro", consiste en respetar el emergente del grupo, es decir, trabajar y operar sobre la información que el grupo actualiza en cada momento y que corresponde a lo que momentáneamente puede admitir y elaborar. Asimismo, es el grupo el que debe aprender a manejar y rectificar las actitudes o intervenciones evasivas, etc., y, por tanto, no es positivo criticar, aconsejar o coercitar. La intervención socioterapéutica siempre ha de ir encauzada hacia la reflexión de lo que se está diciendo, ampliar el campo de visión, pedir la opinión sobre lo que se piensa, a recoger, impulsar y recordar las propias aportaciones del grupo, a ser un nexo conector-motivador y un elemento referente.

La idea de trabajar con este modelo era para tratar lo que el grupo aportaba en cada momento, proyectándolo hacia el objetivo grupal, y que, a través de hablar de sus experiencias personales, pudieran conectarlo con las dificultades laborales.

Las resistencias del grupo, además de las características de la enfermedad como los delirios o los silencios prolongados, fueron múltiples, por ello se planteó realizar intervenciones directas. En otro tipo de grupo no se hubiera actuado así porque, por ejemplo, el no romper los silencios significa apelar a los mecanismos de defensa del propio grupo.

## Sobre la observación

La observación es una herramienta de trabajo que permite obtener una visión de la realidad en el sentido que el observador registra lo que ocurre, los fenómenos que son independientes y externos de él; un registro de este tipo es el que permite la verificación de aquello observado por terceros y que pueden rehacer las condiciones de la observación<sup>9</sup>.

Hay consideraciones sobre la "observación en condiciones naturales", es decir, en las que realmente se da el fenómeno y sobre la plasmación que puede hacer el observador de ello. Pretendo remarcar esta idea como premisa para introducir el tema sobre el rol del observador.

La función del observador consiste en observar al grupo y a lo que sucede en él, incluyendo a los conductores, para luego entregar a éstos un feed-back de la reunión. No emitir juicios de valor en ningún momento es una tarea imposible pero, por ello, no deberían menospreciarse. Esos criterios personales y subjetivos van a proporcionar, junto con las ideas del resto del equipo, un mayor enriquecimiento que van a caracterizar la personalidad del grupo (participantes, coordinadores, observador). El mismo grupo con otro equipo seguramente no tendría demasiadas similitudes.

En el tipo de grupo que presento se utilizó el *observador participante* en su vertiente *pasiva*<sup>10</sup>, es decir, referido al que está insertado en el grupo el cual acaba acostumbrándose a él y lo acepta, pero no participa verbalmente.

Hay diferentes formas para llevar a cabo la observación de grupos: mediante soporte de grabación, filmación, utilización de espejos, registro literal en el acto y registro posterior. Algunos de estos recursos presentan unas dificultades prácticas que, fácilmente, los hace descartables en un tipo de grupo como el del que hablamos y por los motivos siguientes: la filmación siempre presenta una perspectiva estática y unilateral, sin poder captar el movimiento o si alguien se pone de espaldas imposibilita su inclusión; la grabación tiene que interrumpirse cada vez que hay que cambiar la cinta y sólo se perciben los sonidos, no se reflejan ni los gestos, la posición y demás aspectos; los espejos requieren una ubicación cuidadosa teniendo presente el entorno y siempre son motivo de recelo, etc. Normalmente, utilizamos el último de base memorística y perceptual que lleva a cabo el observador. Ello conlleva unas ventajas e inconvenientes que se sumarán a la subjetividad y gramática del redactor. Algunas de ellas nos las describe M<sup>a</sup> Teresa Anguera<sup>11</sup>:

### notas

<sup>6</sup> Pichon-Rivière, E. Op,cit.

<sup>7</sup> Bleger, J. Temas de Psicología (*Entrevista y grupos*). Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1980.

<sup>8</sup> Pichon-Rivière, E. Op,cit.

<sup>9</sup> Bleger, J. Op.cit.

<sup>10</sup> El grado de participación del observador se definirá como: 1º, exterior o no participante (directo o indirecto); 2º, interno o participante (pasivo o activo); 3º autoobservación.

<sup>11</sup> Anguera, M., *Metodología de observación en las ciencias humanas*. Colección Teorema.Madrid: Cátedra, 1992.

### Aspectos positivos de la observación participante:

- facilita la percepción hacia la comprensión de la situación y del entorno social.
- tiene gran valor psicológico, acostumbrando a los miembros del grupo a verlo hasta acabar aceptándolo.
- se incrementa el número de oportunidades de observación.
- accesibilidad al conocimiento de datos guardados en el grupo, que no se proporcionan a personas ajenas y, si se hace, es de forma evasiva.
- se accede al pequeño mundo de lo que se dice y se hace, ofreciendo juicios acerca de la conducta que no pueden ser obtenidos de ninguna otra manera.

### Aspectos cuestionables de la observación participante:

- la subjetividad; los propios prejuicios pueden acabar atribuyéndose al grupo.
- posible falta de espontaneidad.
- absorción por parte del grupo perdiendo la capacidad crítica, en algunos casos.
- posible influencia en la vida del grupo.
- habitual carencia de estandarización.
- falta o inexistencia de réplicas.
- falta la continuación de tales estudios de forma sistémica.
- importancia de los "peligros de sesgo"<sup>12</sup>.

Para desempeñar bien su papel debe tener en cuenta elementos como los siguientes:<sup>13</sup>

- " \* describir lo observado (...).
- \* dar un feed-back pormenorizado al/los dinamizador/es
- \* reforzar los aspectos positivos observados.

Para ello puede centrar la atención en:

- la cohesión
- la participación de cada miembro.
- la forma en que el/los coordinador/es desempeñan su función.
- el cumplimiento de los objetivos.
- las decisiones del grupo.
- las conductas verbales y no verbales.
- la productividad del grupo.
- el nivel afectivo existente.
- no ha de criticar, juzgar o atacar a los participantes."

El observador debe ser habilidoso en aprender en qué consiste la *tarea*, por ello, es importante la práctica en grupos y la supervisión, tanto a efectos del grupo en general como en el trabajo particular de cada profesional. Sobretudo al inicio en la observación de grupos resulta clarificador comentar aquellos aspectos que incluso puedan parecer insignificantes dado que pueden servir para la selección de variables. La continua interacción con los profesionales va ayudar a dar elementos sólidos para la realización del trabajo.

Los registros escritos son la base del posterior análisis sobre la situación de grupo. A partir de ello se plasma el trabajo de los profesionales y la tarea grupal. Una queda maravillada de lo que puede recordar después de sesenta minutos de una sesión. La dificultad radica principalmente en la interpretación de la descripción de aquello que se ha apreciado. Sabemos que lo que se recuerda no representa ni la mitad del fenómeno que se ha producido, por tanto, un aspecto importante será la capacidad de retención, y redactado de aquello que se ha visto, oído, percibido, detalles de la comunicación no verbal... es decir, todo

aquello que también da sentido a las palabras y que las llena de contenido.

El observador es un elemento del grupo y se le ha de presentar como a un miembro más explicando que va a observar sin participar, es decir, sin hablar. No lo hará durante las sesiones ni posteriormente con ningún miembro del grupo, ya que si lo hiciera supondría salir de su papel de observador participante *pasivo* perdiéndose el valor de estar al margen. Es positivo dar algún detalle más sobre la persona porque ayuda a rebajar ansiedades y a no alimentar fantasías sobre ella. Quizás indicando su profesión, o mencionando su carácter colaborador, aclarando que también se rige por los principios de la confidencialidad, e incluso mencionando, en el caso que haya sido así, alguna actividad que haya realizado en relación al grupo (por ejemplo, si les ha citado por teléfono, etc.).

También deberá tener presente su actitud, si ésta parece agresiva, pasiva o indiferente porque podría derivar en una percepción distante por parte del grupo. Asimismo, la espontaneidad puede contribuir a la comodidad y proximidad. Sobre estas cuestiones también puede preguntar a sus observadores, por si acaso estuviera "entorpeciendo" y si es posible controlarlo. Todo ello son aspectos que se van puliendo a medida que se adquiere experiencia.

Recordemos que cada grupo tiene sus propias características y, por tanto, no se debe dar por sentado pautas de intervención o siquiera de observación. Lo que ha servido en un contexto en otro puede ser totalmente inadecuado.

El observador no puede encuadrarse en una tarea de mero redactor dado que, con su

participación, puede contribuir enormemente a las consideraciones del análisis grupal y profesional. No cabe decir, nuevamente, que la experiencia y preparación agudiza la capacidad de percepción de los elementos grupales.

Hay que hacer mención de una variable importante que puede condicionar el trabajo: el cansancio. Un grupo es absorbente. A medida que pasa el tiempo es fácil ser vencido por el agotamiento. Por ello, puede ser positivo ser metódico en las cuestiones formales como no dejar los registros literales para más tarde, cumplir el horario preestablecido de trabajo, profundizar en las sesiones pasadas antes de iniciar una nueva, el seguimiento del proceso grupal y la evaluación es importante tenerlos continuamente presentes para saber exactamente dónde se está en cada momento. También ayuda a los profesionales la supervisión porque contribuye al análisis, al sentimiento de seguridad y a disminuir las ansiedades. Compartir los cambios producidos con otros, los logros o mejoras, por pequeñas que sean, sirve para apreciar el trabajo autoperonal, juntamente con la valoración de los demás, claro está.

Descansar un tiempo apropiado antes de iniciar una nueva situación de trabajo grupal permitirá renovar energías y sentir ganas de llevar a cabo el nuevo proyecto con ilusión.

notas

<sup>12</sup> Anguera, M. Op.cit., desarrollo explicativo del concepto en pág. 156.

<sup>13</sup> Tschorne, P. *La dinámica de grupo aplicada al Trabajo Social*. Barcelona. Obelisco, 1990. Pág.33.



### Proceso de grupo

En un principio el grupo estaba formado por 9 personas (en el transcurso del grupo se acabaron concretando 7), de las cuales sólo había una mujer. Ella, juntamente con otro candidato al grupo, nunca llegaron a venir. En la sesión número cuatro hubo una sustitución: se confirmó una baja y vino una persona nueva, además de ser la primera asistencia de otro de los participantes. La media por sesión fue de 5 personas.

En el primer día de grupo se manifestaron ciertas dificultades de interpretación al creer que se venía para empezar a trabajar. Ello demostró que, a veces, no se entienden los mensajes que, en ese caso, había dado el médico. Incluso en la sesión número cinco se hizo necesario hablar nuevamente del objetivo del grupo.

La diferente temática tratada a lo largo del grupo era característica de aquello que regía la cotidianidad. De esta forma, se habló de la lacra que suponía la *etiqueta de enfermo mental*, quedando ya expuesta en la tarjeta de asistencia médica como «crónico». Cuando este hecho se sabe en el ámbito laboral todo el mundo «te mira raro». Hubo mucha angustia sobre si debía explicarse o no porque, aunque no se haga inicialmente, hay que pedir días para ir a buscar las recetas, o para asistir al médico y en los comprobantes aparece el centro al cual se ha acudido. La responsabilidad sobre la enfermedad es muy grande.

Había numerosas contradicciones que se sucedían. Por un lado, continuas referencias

a la distinción entre la «gente normal y nosotros». Se deseaba trabajar porque «el trabajo cura». Se quería ser como los demás, pero al estar enfermos necesitaban que ello se tuviera en cuenta y no supusiera una traba. Querían un trato especial pero también lo criticaban cuando se les daba (centro especial de trabajo, oposiciones para disminuidos...). Hay centros especiales de trabajo donde suelen mezclar personas disminuidas psíquicas con enfermos mentales y ello contribuye, a veces, a aumentar la ansiedad y confusión para éstos últimos.

La enfermedad también se relacionó con “el despojo de los derechos como persona” y, como si ya no lo fuera, se dudó de cosas como el poder votar. “Si estuvieran los nazis ya estaríamos muertos”, pero “ahora es la sociedad la que nos mata” porque los desplaza. Se presentó una situación en la que un miembro del grupo planteó la posibilidad de vivir en la cárcel como mejor opción porque “te dan de comer, tienes sábanas limpias, tienes obligaciones como, por ejemplo, la de no salir...”

La medicación era necesaria y ayudaba a seguir adelante. Sin embargo, «te recuerda que estás enfermo», y mientras se esté enganchado a ella no se estará libre de la enfermedad. La búsqueda del fármaco milagroso llegó hasta los límites de lo esotérico.

Los emergentes positivos y negativos, que contribuyeron a dar un contenido a la tarea grupal y que fueron fruto de las evaluaciones y de las supervisiones son las siguientes:

## Sobre el grupo:

- La muestra de falta de preparación y de concentración, o la incapacidad para realizar una tarea que se efectuaba con anterioridad, representaban trabas para la motivación. Las continuas bajas médicas, que habían desembocado en la no renovación de los contratos, ya habían servido para el aumento del desánimo. De todo el grupo sólo había una persona sin experiencia laboral.
- Se constató que tres meses era un tiempo insuficiente para valorar, no los resultados, sino para tener una idea de proceso. Al igual que la falta de tiempo, en algunas ocasiones, en el análisis de la sesión anterior de forma más profunda. O al hecho de animarse la sesión justamente al llegar la hora del final.
- La idea de “invalidez” personal, por parte de los miembros del grupo, supuso un impedimento para cualquier planteamiento, de aquí que, a menudo, hubiera un boicoteo en las sesiones que impedían pensar en los objetivos de trabajo.
- Se percibió la dificultad para aprender la existencia de límites y, ello, se relacionó muchas veces con el hecho de que los propios padres también participan de la patología de sus hijos en este aspecto, incapaces, pues, de enseñárselo.
- Las ausencias hacia el final de las sesiones apoyaron las fantasías sobre la idea de la muerte porque se depositaron cosas en un lugar que luego dejó de existir.

- Como característica común entre algunos de ellos fue su primera crisis, ubicada en el período del servicio militar y/o con la muerte del/los padre/s. Quizás eso fue una de las mayores imposibilidades para hablar de la familia, como si ésta no existiera o, como si estuviera tan interiorizada que se fuera incapaz de expresarla hacia fuera.
- Se han observado en los miembros del grupo estereotipias, mirada ida, necesidad de más tiempo que el resto para poder empezar a hablar, silencios largos y profundos, delirios.
- Las principales *dificultades* se han manifestado al no venir al grupo, no avisar, la falta de capacidad de compromiso, incluso hay un miembro que no se despidió en la última sesión, boicot al grupo cuestionando la utilidad del mismo.
- El grupo ha *posibilitado* un cierto movimiento y salir de una inercia. Las posibilidades se han concretado en: no pedir la baja para poder encontrar trabajo, marcharse del grupo para trabajar, depositar muchas opciones o romper el tabú de la enfermedad y aceptarla cuando, anteriormente, ni siquiera existía.

## Sobre el equipo:

- La primera experiencia de trabajo conjunto para los coordinadores supuso plantear el aprendizaje a partir del conflicto y la equivocación como, por ejemplo, la reflexión sobre la posición de cada uno para no romper la línea de trabajo del otro.

- Los terapeutas apoyaron una línea de trabajo encaminada a potenciar la realización de otras actividades (como el deporte) para tratar los aspectos de la regularidad, el compromiso, etc., igual que en el ámbito laboral. Se intentó encauzar la idea que trabajar es colaborar, siempre a partir de su participación.
- Las dificultades personales también pueden ser un handicap a la hora de “estar” en el pleno sentido de la palabra. Hay una diferencia entre el compromiso activo en el grupo, que requiere la máxima potencialidad, y la observación, por ejemplo.
- No había un plan de actuación sobre la observación porque había que trabajar con el material disponible y, porque desde el principio, se acordó una línea de trabajo operativa.
- En un momento del proceso grupal los coordinadores vieron necesario presionar más al grupo y se produjo un cambio notable que derivó en el aumento de la actividad y la participación.
- El equipo de trabajo ha pasado por: el aprendizaje y experiencia de una nueva técnica de trabajo; además, que todo grupo aporta mucho contenido humano y, en especial éste, acerca de la problemática social al entorno de las enfermedades mentales.

Esta experiencia ha servido a los componentes del grupo para ayudarles a

enfrentarse a su realidad, dado que ninguno es igual a otro a pesar de llevar una misma “etiqueta diagnóstica”. Se movilizaron aspectos internos y, el resultado de ello, no se ha visto durante el mes siguiente, sino con el tiempo y en las posteriores evaluaciones que hemos realizado sobre el grupo. Algunos han dejado totalmente el tratamiento. Otros han continuado y han podido solicitar cursos de inserción laboral negándose, incluso, a percibir una pensión. Ponerse a pensar un momento en tal esfuerzo, con más aspectos en contra que a favor aparentemente, demuestra que los tratamientos no caen en saco roto.

Para el equipo profesional ha supuesto un bagaje realista sobre las posibilidades que existen al plantear un tipo de tratamiento grupal con enfermos psicóticos. Asimismo ha ayudado a comprender mejor la problemática y el sufrimiento de estas personas.

La experiencia de grupo no es fácil para nadie. Para unos, el sentir la impotencia de la propia acción o como las situaciones se escapan de las manos facilita llegar al desánimo. Para otros, ver a veces, reflejado en los demás las diferentes facetas de la enfermedad propia, puede llevar a mayor confusión, pasando por la negación («yo no soy como él», «a mí nunca me ha ocurrido»). Todo ello, sin embargo, puede contribuir a la aceptación de la realidad y a sentir que no se está solo, que también hay gente dispuesta a estar allí y ayudar a vivir de forma más digna motivando, luchando, esperanzados por un mundo mejor, intentando que la «normalidad» amplíe todavía más sus fronteras sociales.

### Bibliografía

- \* ANGUERA, M. *Metodología de observación en las ciencias humanas*. Colección Teorema. Madrid. Cátedra, 1992.
- \* BAULEO, A. Et al. *Teoría y práctica de grupos operativos y Sociología de grupos*. Madrid. Fundamentos, 1979.
- \* BAULEO, A. *Psicoanálisis y grupalidad. Reflexiones acerca de los nuevos objetos del Psicoanálisis*. Barcelona. Paidós, 1997.
- \* BERGERET, J. *Manual de Psicopatología*. Barcelona. Toray-Masson, 1981.
- \* BION, W.R. *Experiencias en grupos*. Buenos Aires. Paidós, 1963.
- \* BLEGER, J. *Temas de Psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión, 1980.
- \* CODERCH, J. *Psiquiatría dinámica*. Barcelona. Herder, 1982.
- \* PICHON-RIVIÈRE, E. *El Proceso Grupal*. Buenos Aires. Nueva Visión, 1982.
- \* ROSSELL, T. «El grupo socioterapéutico». Ponencia presentada en las II Jornadas del País Vasco y IV Nacionales de Trabajo Social. Zaragoza. Trabajo Social y Salud, nº 20, 1995.
- \* TIZÓN, J., ROSSELL, T. y cols. *Salud Mental y Trabajo Social*. Barcelona. Laia, 1983.
- \* TSCHORNE, P. *La dinámica de grupo aplicada al Trabajo Social*. Barcelona, Obelisco, 1990.
- \* SEVA DIAZ, A. *Salud mental evolutiva*. Zaragoza. Libros Pórtico, 1983.
- \* PÁEZ, D. y cols. *Salud Mental y factores psicosociales*. Madrid. Fundamentos, 1986.



# Mujeres en la menopausia: una experiencia de trabajo grupal

**Montserrat Margarit Castells.** Trabajadora Social.

**Gemma Prat Vigué.** Dra. en Psicología.

**Antonia Raich Soriguera.** Trabajadora Social y psicóloga.

La experiencia que se presenta a continuación hace referencia a una intervención grupal de apoyo psico-social realizada en mujeres que se encontraban en la etapa climatérica. Esta experiencia fue desarrollada por el equipo de Atención a la Menopausia del Programa d'Atenció a la Dona (PAD; Programa de Atención a la Mujer) del Centro de Atención Primaria (CAP) de la comarca del Bages (Manresa, Barcelona). Este Programa cuenta con un equipo interdisciplinar formado por 18 comadronas, 10 toco-ginecólogos, 8 enfermeras, 1 asistente social, 1 psicóloga y 3 administrativas; y un ámbito de actuación que abarca aproximadamente unas 57.689 mujeres entre 15 y 69 años (censo de 1996), de una población general de 140.000 habitantes.

Esta intervención se llevó a cabo debido a la detección de una necesidad de atención psico-bio-social en la población femenina durante la etapa climatérica, y se basa en las experiencias anteriores realizadas en los antiguos Servicios de Planificación Familiar Municipales (SPFM).

## Marco institucional: una breve perspectiva histórica

En el decreto 84/1985 del *Departament de Sanitat i Seguretat Social* de la *Generalitat de*

*Catalunya*, se contempla la reforma del sistema de Atención Primaria (AP) de Salud y se prevé la necesidad de atender a la población de una forma integral e integrada, tanto en el aspecto sanitario como en el social. Este tipo de atención pretende proporcionar unas prestaciones que garanticen una mejor calidad de vida a los ciudadanos/os, evitando los comportamientos de riesgo (bio-psico-sociales) y previniendo de aquellos que podrían repercutir, tanto social como sanitariamente, en el sistema de Políticas Sociales (PS).

En el marco de estos objetivos, la *Generalitat de Catalunya*, a través del *Servei Català de la Salut* (SCS), ha desarrollado una serie de actuaciones con la finalidad de mejorar las prestaciones que se ofrecen, así como distintos proyectos de educación sobre Salud Comunitaria, cuyo objetivo final es la adquisición de conocimientos y actitudes que modifiquen los comportamientos, individuales y colectivos, en todo aquello que hace referencia a la salud. Considerando que los centros de atención primaria permiten un primer contacto con los individuos que forman el tejido social, la realización de programas específicos permiten un conocimiento directo, en un primer nivel, de las conductas y hábitos sociales y el que estos puedan ser reconvertidos en positivo, si procediera, mediante actuaciones y campañas de educación. Los individuos pueden acceder al aprendizaje para minimizar todo tipo de situaciones de riesgo, sobretudo en aquellos aspectos que afectan a su equilibrio bio-psico-social.

En este sentido, en Cataluña, se creó mediante un Decreto (283/1990) el

## Mujeres en la menopausia: una experiencia de trabajo grupal

*Programa d'Atenció a la Dona (PAD; Programa de Atención a la Mujer).* En este programa, mediante una intervención profesional interdisciplinar, se ofrece atención integral en todos aquellos aspectos referentes a la salud sexual y reproductora de la mujer y de su pareja. De esta forma, desde los PADs se ofrece: – Orientación y atención específica sobre sexualidad a jóvenes; –Control y seguimiento del embarazo; –Educación maternal; –Atención en el puerperio; –Planificación familiar; –Tratamiento y atención de las enfermedades de transmisión sexual; –Tratamiento y atención de la patología ginecológica; – Prevención del cáncer ginecológico y de mama, y –Atención durante la menopausia

La creación del PAD, en Cataluña, sirvió para unificar, en este programa, los SPFM que se habían puesto en funcionamiento con la llegada de la democracia a partir del año 1979. En estos SPFM ya se desarrollaba un servicio de intervención, integral e interdisciplinar para la mujer y su pareja, con una atención específica en aspectos como la contracepción, la detección y prevención de enfermedades ginecológicas, y prestando una atención prioritaria a aquellos problemas psico-sociales que pudieran presentarse en un marco generalizado de la salud de la mujer en su entorno familiar. Asimismo, el estudio de nuevas posibilidades de actuación conllevaron ofrecer un servicio más arraigado a la problemática actual en el día a día de la mujer. En esta línea se incluyeron programas de atención a la mujer que, como en el de menopausia, permitieron atender a las mujeres en la etapa del climaterio, con toda su

problemática de cambios físicos y sociales, ofreciéndoles una atención médica adecuada, así como una educación e información específica sobre todos los aspectos que inciden en este período. Dentro de estos programas se diseñaron unos Grupos de Orientación y Soporte, para las mujeres usuarias que se encontraban en la etapa climatérica, con el fin de intervenir y ayudar a abordar los diferentes problemas que inciden en este período. En este contexto, la intervención profesional del Trabajador Social permitió actuar de una manera decisiva sobre la mujer y, consecuentemente, en el conjunto de la comunidad.

Esta filosofía fue la que se recogió en los PADs, así como otro tipo de intervenciones en la población femenina. Cabe señalar que la mujer pertenece, como género, a un grupo de población idóneo para dirigirle una atención preventiva concreta, dentro de los Programas de Salud, en el campo de la Atención Primaria, tal y como se recoge en el Decreto 84/1985 del *Departament de Sanitat i Seguretat Social* de la *Generalitat de Catalunya*, para el fomento de hábitos y estilos de vida más saludables. En este sentido, cabe mencionar el papel que la mujer desarrolla en la sociedad, tanto por su función reproductora como por sus actividades características dentro del seno familiar, como la educación y atención de los hijos y de otros miembros del núcleo familiar.

## Introducción

La etapa climatérica se presenta en un 90% de las mujeres entre los 45 y 55 años. Durante esta etapa, se producen una serie de procesos hormonales que conducen a determinados cambios en el ámbito

fisiológico, cuyo resultado más evidente es la desaparición definitiva de la menstruación, y que incluyen toda una serie de síntomas, desde las iniciales reacciones vasomotoras (sofocaciones, palpitaciones, entre otras), el envejecimiento de la piel, las alteraciones en el epitelio vaginal, hasta las manifestaciones más tardías, como los incrementos en el riesgo de enfermedades coronarias o la osteoporosis (Goberna, 1997). Cabe mencionar además que, en nuestra cultura, la etapa climatérica coincide, cronológicamente con marcados cambios sociales en el ámbito familiar y laboral, como pueden ser la emancipación de los hijos o la jubilación laboral propia o de la pareja. Todos estos aspectos sociales influyen en el estado psíquico de la mujer que se ve en la necesidad de hacer un esfuerzo de adaptación importante.

Cuando el estrés que estos cambios bio-psico-sociales generan no es asumible, la mujer desarrolla síntomas que se añaden a los propios de la menopausia. De esta forma, se observa que entre un 25-50% de las mujeres menopáusicas presentan síntomas psíquicos de tipo: irritabilidad, ansiedad, tristeza, astenia, labilidad emocional, inseguridad personal, trastornos del sueño, trastornos de la sexualidad.

Estos síntomas son atribuibles básicamente a 3 factores: a) la alteración del perfil hormonal que afecta directamente al funcionamiento del Sistema Nervioso Central, b) factores psicológicos relativos a expectativas y actividades ante el envejecimiento que mediados por la personalidad afectan al nivel de autoestima, de seguridad personal, etc., y c) factores sociales. Todo ello en sí mismo no

constituye un proceso patológico, sino una reacción a los cambios ya mencionados, en un contexto social y cultural en el que la juventud, la belleza y la apariencia externa en función de los cánones dictados por la moda están mitificados.

Desde los sistemas de salud la respuesta que recibe la mujer en la etapa climatérica, es generalmente farmacológica, lo cual no siempre resuelve el problema y a menudo fomenta la pasividad, cuando debería promocionar una actitud activa de adaptación. Los grupos terapéuticos de atención psicosocial a la mujer climatérica se enmarcan en un programa amplio de atención a la mujer menopáusica en el que, además de ofrecer una atención integral por parte de un equipo interdisciplinario formado por ginecólogos, comadronas, psicólogo y asistente social, mediante una atención individualizada, se ofrecen grupos educativos sobre menopausia.

Los grupos de atención psico-social están indicados para aquellas mujeres con preponderancia de la sintomatología psíquica, asociada a la menopausia y con situaciones sociales concomitantes que agravan esta sintomatología (cuidar ancianos altamente dependientes a su cargo, nietos, maridos pre-jubilados con dificultades de adaptación, entre otros).

Los objetivos del grupo van encaminados hacia la adopción de una serie de hábitos y comportamientos, pasando por las actitudes fundamentales para conseguir estos objetivos. Las actitudes se componen básicamente de conocimientos, afectos y acciones. Estos tres componentes son interdependientes y están íntimamente relacionados entre sí, motivo por el cual el



cambio en uno conlleva automáticamente el cambio en los otros.

El componente afectivo se basa en valoraciones cognitivas. Una cognición valorada es una afirmación sobre lo bueno o malo de un acontecimiento u objeto. Las cogniciones valoradas están implicadas directamente en las emociones. Los esfuerzos educativos a menudo tienen poco impacto sobre estas valoraciones cognitivas ya que estas se basan en procesos actitudinales en lugar de basarse en la información lógica, por tanto es tarea del terapeuta cambiar las actitudes. En este sentido, la terapia grupal conducida por terapeutas expertos y formados ofrece unas posibilidades inmejorables de incidir en los procesos actitudinales, ya que permite, además de proporcionar informaciones, crear en el contexto grupal una serie de procesos de tipo emocional que influyen en las valoraciones cognitivas, al mismo tiempo que ofrece un entorno ideal para poner en práctica aprendizajes conductuales e incidir, así, en los comportamientos. La aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en los grupos, aporta diversas ventajas: -Permite observar las interacciones de los miembros del grupo y administrar retroalimentaciones de sus interacciones; -Da la oportunidad de examinar los sistemas de creencias y conductas, sobre todo de las interpersonales, y -El grupo aporta el medio ideal para poner en práctica nuevos aprendizajes sociales sobre cómo relacionarse e interactuar, es un contexto seguro en el que se pueden poner en práctica las nuevas conductas, facilitando después la generalización y el mantenimiento de los cambios.

## Objetivos

La intervención grupal que se presenta a continuación tiene como objetivo general facilitar la adaptación psicosocial de la mujer a los cambios que experimenta en la etapa climatérica para mejorar su calidad de vida.

Asimismo, se consideraron los siguientes objetivos específicos: a) Proporcionar información e incrementar la comprensión y la adaptación de las características y cambios tanto fisiológicos como psicológicos y sociales que conlleva a la mujer la etapa climatérica. b) Promover actitudes que faciliten la adopción de un estilo de vida saludable para que la mujer pase a tener una actitud activa frente su propia salud. c) Facilitar y promocionar la adopción de hábitos saludables adecuados en la menopausia. d) Facilitar el aprendizaje de habilidades y estrategias personales para afrontar los cambios psico-sociales que conlleva esta etapa de la vida y disminuir los síntomas ansiosos y depresivos.

## Metodología

### Criterios de inclusión

Para acceder a la intervención grupal se consideraron los siguientes criterios:

1. Mujeres con sintomatología menopáusica desde hace más de un año con edades comprendidas entre 45 y 55 años.
2. Menos de 5 años de menopausia

3. Sintomatología climatérica con un peso importante de síntomas depresivo-ansiosos o con estresores de origen social (síndrome del nido vacío, ancianos a su cargo, jubilación propia o del conyuge, duelos, entre otros) que han motivado consulta al psicólogo o al asistente social.

### Enfoque de la intervención: técnicas utilizadas

Las técnicas utilizadas son las propias del trabajo social de grupo y de la psicología grupal desde una perspectiva cognitivo-conductual y de dinámica de grupo:

- Reconocimiento de una situación común.
- Dinamización para conseguir realizar e interiorizar experiencias, emociones y expectativas.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación, asertividad y control del estrés.
- Reestructuración cognitiva

### Tipo de grupo

Se constituyó un grupo homogéneo, cerrado de 10 a 12 personas, realizándose un total de 10 sesiones de 2 horas de duración cada una con una frecuencia semanal durante los meses de marzo a mayo de 1998.

### Descripción de las sesiones:

Cada sesión constaba de 3 partes principales. En una primera se realizaba una introducción del tema a tratar y se explicaban de los objetivos de la sesión. En una segunda parte, se proporcionaba información sobre el tema objeto de la sesión, y en una tercera parte, se discutía en grupo sobre el tema trabajado mediante la aportación de experiencias y vivencias. En algunas sesiones, se realizaron ejercicios prácticos (relajación, autovaloración, entre otros).

Los principales temas que se trataron en las distintas sesiones incluían: la descripción de la etapa climatérica; la sexualidad femenina y masculina; el trabajo y el ocio; la personalidad y la autoestima; los principales síntomas psicológicos, y los cambios sociales y familiares.

A continuación, en la tabla I se describe la distribución de las sesiones de acuerdo con los temas tratados:

**Tabla I. Descripción de los distintos temas tratados de acuerdo con las sesiones realizadas**

SESION	TEMA
Sesión 1	Presentación del grupo y de sus objetivos. Descripción de la etapa climatérica.
Sesión 2	Síntomas psíquicos. Técnicas de control del estrés.
Sesión 3	Cambios en la personalidad.
Sesión 4	Sexualidad y contracepción.
Sesión 5	La familia extensa.
Sesión 6	Alimentación y nutrición.
Sesión 7	Hábitos higiénicos y ejercicio físico.
Sesión 8	Tratamientos farmacológicos.
Sesión 9	El trabajo y el ocio.
Sesión 10	Evaluación.

## Evaluación

La evaluación de la intervención grupal se realizó a distintos niveles. En un primer nivel, se evaluó en cada sesión mediante un cuestionario tipo Licker, el grado de conocimientos adquiridos durante la sesión y la satisfacción de la participación en la actividad grupal. También se realizó una evaluación final mediante un cuestionario autoadministrado, en el cual se valoraba la satisfacción de la usuaria, el cumplimiento de objetivos del grupo, y la adopción de hábitos y conductas que repercuten en mejorar la calidad de vida. Asimismo, a los 3 meses de la intervención se realizó un

seguimiento telefónico con el fin de evaluar el mantenimiento de hábitos y estilos de vida más saludables adquiridos y/o facilitados durante la intervención grupal.

Todos los cuestionarios han sido contruidos por el equipo interdisciplinar de atención a la menopausia del PAD y se han validado mediante la aplicación a una muestra amplia de población.

Por otra parte, se han extraído de las historias clínicas, distintos datos socio-demográficos con el fin de configurar el perfil de la población.

## Análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron analizados mediante pruebas de estadística descriptiva a través del programa SPSS/PC.

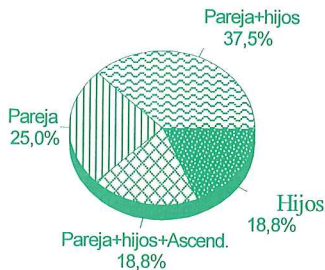
## Resultados

La edad media de las participantes fue de 51.25 +/- 3.49 años (Rango 46-57 años), con un tiempo de inicio de la menopausia de 3.75 +/- 1.48 años (Rango 2-5 años). Las características socio-demográficas de la población que realizó la intervención se presentan en las figuras 1, 2 y 3. Entre ellas

destaca que la mayoría presentaban estudios primarios (62,5%), se encontraban activas laboralmente (43,7%), casadas (62,4%) y convivían con la pareja e hijos (37,5%). El principal motivo de consulta fue por síntomas depresivos (37,5%), seguido de disfunción sexual (25%) y, en último lugar se encontraba sintomatología mixta de ansiedad-depresión (18,8%) y los problemas sociales (18,8%). Cabe señalar que un 50% se encontraba bajo tratamiento psicofarmacológico, con antidepresivos, ansiolíticos o ambos. Asimismo, un 25% realizaba tratamiento hormonal substitutivo.

Figura 1. Situación sociofamiliar de las participantes en la intervención grupal. Núcleo Familiar y Estado Civil

Núcleo Familiar



Estado Civil

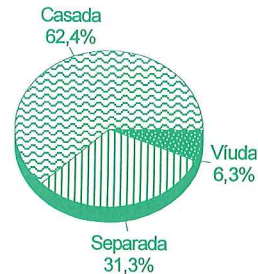


Figura 2. Nivel de instrucción de las participantes en la intervención grupal

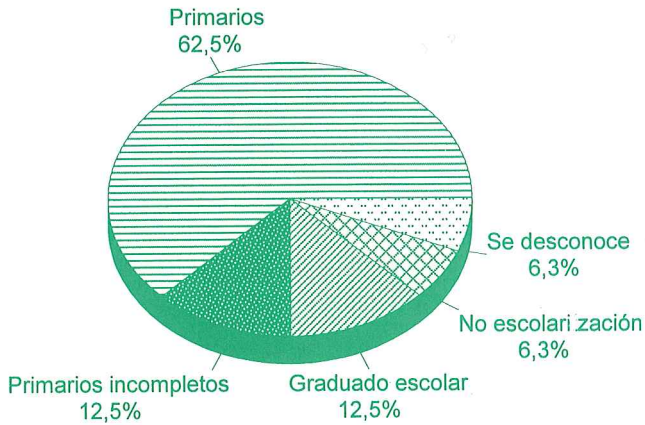
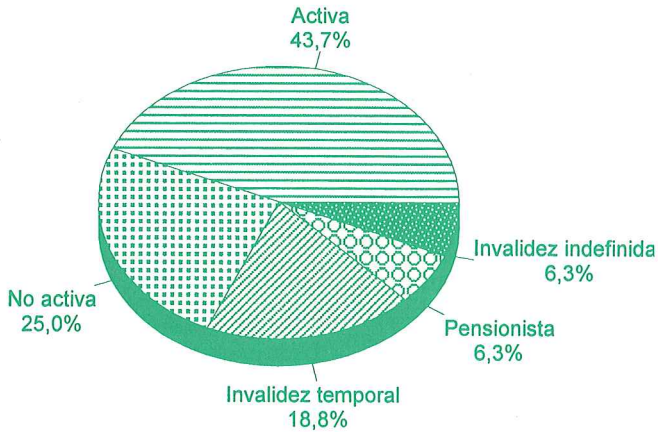


Figura 3. Situación laboral de las participantes en la intervención grupal



Los resultados indican que las usuarias que han participado en la intervención grupal han valorado muy positivamente la intervención, de acuerdo con la agradabilidad de los temas tratados (55.5-

91,7%), utilidad de la información (100%), siendo los aspectos más valorados: las aportaciones y la integración en el grupo (>60%). El nivel de asistencia ha sido elevado en cada sesión (>90%) y la mayoría

de usuarias ha indicado que se han logrado los objetivos del grupo (91,7%).

En la tabla II se presentan el grado de agradabilidad de los diferentes temas

tratados en cada una de las sesiones, así como la valoración que realizaron las usuarias sobre el grado de conocimientos adquiridos.

**Tabla II. Porcentaje de agradabilidad mostrado por las participantes de acuerdo con cada uno de los temas tratados en las distintas sesiones**

TEMA SESIÓN	PORCENTAJE DE AGRADABILIDAD
Descripción de la etapa climatérica	90.9%
Síntomas psíquicos. Técnicas de control del estrés	81.8%
Cambios personalidad	66.7%
Sexualidad	91.7%
Familia extensa	55.5%
Alimentación y nutrición	83.3%
Hábitos higiénicos y ejercicio físico	63.6%
Tratamientos farmacológicos	66.7%
Laboral y ocio	70%

En relación a la modificación de los estilos de vida, cabe mencionar que en un 100% de los casos ha conllevado cambios de conducta, en relación a la pareja y a los hijos (33.3%) y, con los amigos (50%). Respecto a la incorporación de estilos de vida más saludables, se observa que a los 3 meses de la intervención un 60% realiza los ejercicios físicos y posturales, un 50% los hábitos higiénicos y un 60% los alimentarios enseñados durante la intervención grupal.

## Conclusiones

Los resultados obtenidos de la valoración que se ha realizado con la intervención grupal nos indican que se ha alcanzado tanto el objetivo principal como los objetivos específicos propuestos inicialmente. De esta forma, se observa que se ha proporcionado una información no conocida sobre la etapa climatérica, y se han referido cambios en las actitudes y comportamiento, los cuales han conducido

## Mujeres en la menopausia: una experiencia de trabajo grupal

a la incorporación de estilos de vida más saludables.

Asimismo, también podemos remarcar que las usuarias han destacado un acercamiento a los agentes de salud y al Servicio. La intervención grupal también ha favorecido la socialización de experiencias, habiéndose facilitado la comunicación y la ayuda mutua entre las usuarias. En este sentido, cabe señalar que entre algunas de las usuarias asistentes al grupo se han producido diversos encuentros lúdicos fuera del Servicio y, que 9 de las mujeres que asistieron al grupo realizaron un Taller: "Reparacions i manteniment de la llar", posteriormente y a propuesta de la trabajadora social, que se llevo a cabo conjuntamente y coordinadamente con otro recurso comunitario (*Punt d'Atenció i Informació per la Dona*). Por ello, podríamos decir que la experiencia grupal ha creado un espacio lúdico para la mujer, con unas sesiones dinámicas y participativas que favorecen la autoestima.

De esta forma, consideramos que la participación en los grupos facilita que la mujer entienda esta etapa como una más de la vida y no como un aspecto negativo o como un proceso de enfermedad. La comprensión de este aspecto conlleva a tomar un papel activo y, por tanto, preventivo, en el proceso bio-psico-social, para de esta manera alcanzar la adaptación por una mejora en su calidad de vida y la de su entorno socio-familiar.

A modo de resumen, podríamos concluir que la facilitación de información y la discusión de temas específicos relacionados

con esta etapa, así como el fomento de la relación personal entre las integrantes de los grupos, favoreció la comunicación y el intercambio de experiencias y, con ello, el debate sobre muchos de los aspectos que afectan y preocupan a la mujer en esta situación. De esta manera, se consiguió el principal objetivo propuesto al inicio de la intervención, el de proporcionar un soporte psico-social a las integrantes del grupo.

### Bibliografía

- BION, W.R. "Experiencias en Grupos". Paidós. Barcelona, 1985.
- CACERES, J. "Manual de terapia de pareja e intervención en familias". Editorial Fundación Universidad-Empresa, Madrid, 1996.
- DAVIS, M. y cols. "Técnicas de autocontrol emocional". Editorial Martínez-Roca. Barcelona, 1995.
- GOBERNA, J. ¿Qué es la menopausia? (19. Revista ROL de Enfermería, 230:72-77, 1997.
- KAFNER, F.H., GOLDSTEIN, . "Como ayudar al cambio en psicoterapia". Editorial DDB. Colección Biblioteca de Psicología. Bilbao 1992.
- KISNERMAN, N. "Servicio social de grupo". Humanitas. Buenos Aires, 1987.
- KONOPKA, G. "Trabajo social de grupo". Euramérica. Madrid, 1968.
- ROSELL, T. "La perspectiva grupal en el trabajo social". En: EDS. Una cisma en la educación del trabajo social. Hogas del libro. E.U.T.S. Barcelona, 1989.
- SANK, L.I., SHAFFER, R.C. "Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos". Editorial DDB: Bilbao, 1993.
- WESSLER, R.L., HANKIN-WESSLER "Cognitive group therapy". En: Freeman, A., Beutler, L.E., Simon, K.E. (Eds.) "Comprehensive handbook of cognitive therapy". Plenum Press, Nueva York, 1989.

# Una nueva perspectiva para la valoración de idoneidad en adopciones: los equipos psicosociales

VV.AA (\*)

## Antecedentes y perspectiva actual

En la infancia comienzan a desarrollarse todas las capacidades necesarias para la formación integral de la persona. Debido a la vulnerabilidad e indefensión de los menores en esta etapa de su vida, su defensa, protección y prevención han desembocado, a lo largo de las diversas transformaciones sociales, culturales y políticas, en el reconocimiento de sus derechos, así como en una capacidad progresiva para ejercerlos.

Así pues, ofrecer una atención adecuada a la infancia se convierte en un capítulo esencial en las políticas sociales. Tanto a nivel internacional, como estatal y autonómico, existe un amplio abanico de disposiciones legales referidas a menores, que tienen su fundamento en el "Supremo interés del niño/a" y que establecen un sistema de protección del menor. Entre las actuaciones o medidas que se desarrollan, se encuadra el recurso de la adopción que garantiza el derecho de los niños/as a crecer en una familia cuando en ellos no concurre esta circunstancia.

La Administración, como defensora de los derechos del menor, pasa a ser, por tanto, responsable del proceso de adopción y a ofrecer las garantías necesarias para su desarrollo.

El proceso de adopción conlleva, entre otras responsabilidades, la selección de familias. En este sentido la Consellería de Bienestar

Social de la Generalitat Valenciana, a través de la Dirección General de la Familia, Menor y Adopciones, ha implantado recientemente el modelo de *información, formación, valoración* de solicitantes de adopción, haciendo también referencia a una última fase, el seguimiento y apoyo post-adoptivo.

Con el propósito de desarrollar la fase de valoración de una forma adecuada para responder a la demanda existente, se crean en agosto de 1998 (mediante convenio con el Colegio oficial de Psicólogos del País Valenciano y los Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Valencia, Castellón y Alicante), 6 equipos psicosociales de valoración, ubicados 2 de ellos en Alicante y los 4 restantes en Valencia, cada equipo compuesto por una psicóloga y una trabajadora social.

Como componentes de los equipos de valoración de Valencia, queremos referir nuestra experiencia en la implantación de este modelo, que pretende ofrecer una visión integradora del sistema familiar mediante la valoración psicosocial.

notas

(\*) Cristina Alarcón Folgado,  
Carmen Buchón Escibano,  
M<sup>a</sup> Teresa Estellés Campos  
M<sup>a</sup> Dolores Ferrando Moncholí,  
M<sup>a</sup> Amparo Ferrer Montesinos,  
Olivia Gil Saura  
M<sup>a</sup> Angeles Hueso Romero,  
Elvira Jaime Coll,  
M<sup>a</sup> Angeles López Martínez  
Equipos Psicosociales de Adopción de Valencia



## **Aspectos metodológicos y contenidos a explorar**

La metodología utilizada en la valoración de solicitantes consiste en la realización de 5 entrevistas: una inicial conjunta de los solicitantes con los 2 técnicos del equipo, al final de la cual se cumplimentan los instrumentos psicológicos (cuestionarios de personalidad, cuyos resultados ofrecen información complementaria y sirven de apoyo para la interpretación de los contenidos de las entrevistas), una entrevista domiciliaria de la trabajadora social, una individual de la psicóloga con cada miembro de la pareja y una final de la psicóloga con la pareja.

La metodología se desarrolla durante un periodo de tiempo aproximado de 3 semanas, para permitir la reflexión y maduración de lo que significa el proyecto adoptivo.

En las entrevistas se recaba la información necesaria para describir y valorar la capacidad que tienen las personas de dar respuesta a las necesidades de los menores en situación de ser adoptados. Con ello se identifican indicadores que son predictores de éxito en el proceso de crianza y educación del menor adoptado y aquellos otros que son factores de riesgo.

En algunos casos, se utilizan más o menos entrevistas de las habituales, en función de las peculiaridades que presentan los solicitantes y su situación. Cuando hay menores en la unidad familiar o están muy relacionados con el proyecto adoptivo, se mantiene también una entrevista con ellos. De igual forma, también se establece un contacto con otros miembros significativos

del núcleo familiar, durante la entrevista domiciliaria con la trabajadora social.

En lo referente a las pruebas objetivas de personalidad, en ocasiones se han utilizado cuestionarios que evalúan el clima familiar y la tolerancia al estrés de los solicitantes. También en los casos en los que se considera necesario se utilizan pruebas de evaluación clínica.

Este modelo de selección contempla, entre otras variables, las relacionadas con la motivación para la adopción, la aceptación de la posible infertilidad, las expectativas de las familias con respecto al menor y la disposición de los solicitantes para aceptar el pasado y origen del niño. Otros aspectos son descritos con mayor detalle e interpretados en relación con las circunstancias y necesidades específicas que se plantean en la adopción de un niño, las habilidades educativas, los apoyos familiares, estrategias de afrontamiento...

En las ocasiones en que los solicitantes desean adoptar un menor de necesidades especiales (con algún tipo de minusvalía, problema de salud, grupo de hermanos, niños mayores de 7 años...), las entrevistas, los aspectos explorados y los informes van encaminados a estimar si la motivación y los recursos de los solicitantes son los adecuados para responder a las necesidades de un menor de estas características.

Para concluir este punto, hay que destacar que esta forma de valoración concede una gran importancia a la reflexión no sólo por parte de los solicitantes, sino también de éstos con los profesionales, con el fin de aproximarse a unas expectativas realistas en la concreción del proyecto adoptivo.

## El trabajo interdisciplinar en la valoración de solicitantes de adopción

La existencia de un equipo psicosocial, permite valorar a los solicitantes desde diferentes disciplinas y obtener una mayor información, de una forma detallada y a la vez integral.

Así mismo, el trabajo interdisciplinar, implica por parte de los profesionales la tarea de coordinar aspectos psicológicos y sociales, y confluir en una valoración final. Para ello, cada uno de los profesionales habrá tenido que explorar áreas específicas y finalmente, llevar a cabo un intercambio de información y puesta en común entre ambos, que permita emitir una valoración desde la interdisciplinariedad. Por otro lado, se hace imprescindible una predisposición de cada uno de las profesionales a reconsiderar la información, cuestionarse sus interpretaciones y conclusiones, completar su visión de la situación de los solicitantes, etc.

También en los aspectos que son comunes a los dos profesionales (motivación, relación de pareja, expectativas...), la información recabada de forma conjunta es interpretada desde enfoques complementarios.

La existencia del equipo psicosocial, hace posible detectar incoherencias entre los miembros de la pareja, discrepancias u ocultaciones hacia los profesionales, si los hubiere, en su intento por ofrecer una imagen deseable de sí mismos y de su situación.

La trabajadora social realiza una entrevista en el domicilio de los solicitantes y además

de observar su vivienda los conoce en su propio entorno, percibiendo en ellos una actitud que puede ser distinta a la que mantienen en las entrevistas. Esto favorece la fluidez en la comunicación, que a su vez exige evitar una implicación personal, que no profesional, de la propia trabajadora social. La psicóloga, por su parte, en la entrevista que mantiene con cada uno de los solicitantes, en la que se exploran aspectos como rasgos de personalidad, autoconcepto, autoestima, estrategias de afrontamiento, crisis personales, habilidades educativas, etc., tiene la posibilidad de comprobar si el proyecto adoptivo es realmente un proyecto común, si la motivación de ambos coincide, si el grado de implicación es similar y si sus estilos educativos son coherentes. En esta entrevista también la predisposición y la actitud del solicitante pueden dar una visión algo distinta de la que ofrece en las entrevistas con su pareja.

Además, el trabajo en equipo permite ratificar en mayor medida la valoración realizada, desde la visión específica de cada uno de los profesionales. El hecho de que se confluya en una conclusión común, garantiza la confirmación, por parte de los técnicos, de los factores de riesgo que se perciben en los solicitantes.

También hemos podido comprobar, en nuestra experiencia la importancia y conveniencia de contrastar los criterios utilizados con los profesionales de los otros equipos, especialmente en los casos que plantean dudas. Esta posibilidad nos ha permitido reflexionar en común, argumentar criterios y opiniones, aclarar y ampliar algunos aspectos, fortaleciendo el proceso de valoración en todos los sentidos.

## Una nueva perspectiva para la valoración de idoneidad en adopciones: los equipos psicosociales

Igualmente, el intercambio de opiniones entre los equipos ha supuesto un apoyo y enriquecimiento profesional, propiciando una continua reflexión sobre la valoración y sobre la adopción en general. Todo esto repercute favorablemente en el planteamiento de las entrevistas, en la interpretación de la información que se recoge, en el aprendizaje que cada profesional hace a través de su propia experiencia y de la de los demás, en los criterios de valoración, y en la posterior elaboración de los informes.

### Bibliografía

OCHOTORENA, J. DE PAUL y ARRUABARRENA, M.I. *"Manual de Protección Infantil"*. Ed. Masson, 1996.

COMITÉ NACIONAL SUECO, CENTRO DE ADOPCIÓN SUECO y SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL. *"El Derecho del Niño de Crecer en una Familia"*. Ed. Adoption Centre, Swedish for International Child Welfare. 1997.

DIRECCION GRAL. DE LA FAMILIA Y ADOPCIONES. *"Bases para la valoración psicosocial de solicitantes de adopción"*. Ed. Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valencia, 1999.

### Documentos

CONSELLERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE LA GENERALITAT VALENCIANA . *"Vamos a ser familia adoptiva"*. Ed. Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, 1999.

EQUIPOS PSICOSOCIALES DE VALORACIÓN. *"Memoria de Actuación de los Equipos Psicosociales de Valoración de solicitantes de adopción, 1998"*. Trabajo no editado.

## Bibliografía selectiva sobre "trabajo en equipo"

M. Carme Sans y cols. Biblioteca EUTSB.

La *Bibliografía sobre trabajo en equipo* que presentamos forma parte de la **Colección de Bibliografías de servicios sociales** que la Biblioteca EUTSB viene redactando, la mayoría de ellas en colaboración con las Bibliotecas ICESB e IMSERSO de Madrid.

El primer elemento de información que precede a cada una de las referencias es una señal que indica la Biblioteca a la que pertenece el documento:

\*Biblioteca EUTSB  
/Biblioteca ICESB  
\$Biblioteca IMSERSO

La selección de las referencias se ha hecho de acuerdo con unos criterios previamente establecidos y comunes a todas las bibliografías de la Colección y son:

- *Límites geográficos:* Catalunya  
España  
Europa
- *Límites en la tipología documental:* las referencias seleccionadas son libros y publicaciones periódicas debido a la poca bibliografía publicada en otras tipologías

No hemos señalado límites en cuanto a:

- *Límites cronológicos:* debido a las pocas referencias que tenemos.
- *Lenguas:* los documentos son referenciados en la lengua original, prácticamente todos en lengua castellana.

- *Soportes documentales:* todos son en soporte papel.

La descripción de las referencias está hecha en primer nivel, que es el de citación. Hemos prescindido de comentarios, resúmenes, etc.

Hemos agrupado la bibliografía en dos bloques:

- ámbito general
- ámbito del trabajo social

La metodología que hemos seguido es la siguiente:

1. De entrada, la Biblioteca EUTSB ha seleccionado sus referencias, según los criterios previamente establecidos y que son los habituales en la Colección de Bibliografías.
2. las Bibliotecas ICESB e IMSERSO han enviado sus referencias a la Biblioteca EUTSB para que se añadan a las suyas.
3. La Biblioteca EUTSB ha organizado las referencias en bloques y las ha transcrito.

Como queda de manifiesto en la Bibliografía, hay muy pocos documentos en nuestras Bibliotecas sobre trabajo en equipo. Por otro lado, las publicaciones sobre este tema tampoco son muy abundantes.

Con el fin de proporcionar una información adicional, hemos seleccionado algunos documentos de los fondos de otras Bibliotecas, aparecen citados en el tercer bloque. Las referencias de estos documentos se han seleccionado de la web del **Catàleg col.lectiu de Biblioteques de Catalunya:** [www.cbuc.es/](http://www.cbuc.es/) En este catálogo, la Biblioteca EUTSB está entrando su fondo documental y

## Bibliografía selectiva sobre "trabajo en equipo"

por ahora están ya disponibles las publicaciones periódicas entre ellas la *Revista de servicios sociales y política social* y un 45% de las monografías.

Esperamos que en conjunto, la selección de los documentos referenciados en esta Bibliografía sea de interés. Procuraremos ir ampliando el campo del trabajo en nuestras Bibliotecas y a medida que vayan siendo publicados documentos de este ámbito procuraremos adquirirlos.

### 1. Ámbito general

\* Botella, Lluís, Guillem Freixas. *La reconstrucció autobiogràfica: un enfocament constructivista de treball grupal en gerontologia*. Barcelona: L'EUTSB; La Llar del Llibre, 1991

\*/\$ Castillo, Juan José. "El paradigma perdido de la interdisciplinariedad: volver a los clásicos". *Política y sociedad*, 1997, núm. 26, p. 143-155

\*\$ Consulta Internacional sobre equipos multiprofesionales de diagnóstico y valoración de las minusvalías (1985: Madrid). *Consulta internacional (...)* Madrid: Real Patronato de Atención y Prevención a Personas con Minusvalía, 1985.

\$ *L'Échec scolaire: processus d'identification et prise en charge spécialisée*. Vanves: Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, 1988.

\* *El Grupo de experiencia como instrumento de formación: manual didáctico para monitores de grupo*. Barcelona: EUB, 1996.

\* Irazábal, Alicia. "Conceptes i instruments per a la intervenció en grups". *Dossiers Barcelona Associacions*, núm. 4 (Documento fotocopiado)

\*\$ Jornadas internacionales de política social y calidad de vida, la Unión Europea y el Bienestar Social (1as: 1994: Granada). *Avances en política social*. Granada: Diputación Provincial, 1995

\* Muchielli, Roger. *Le travail en équipe*. Paris: ESF, 1996.

\*/\$ San Roman, Teresa. "Interdisciplinariedad". *Revista de treball social*, 1985, núm. 98, p. 84-89.

\$ Thevenet, Amédée. *L'Équipement médico-social de la France*. Paris: presses Universitaires de France, 1994

\*/\$ "Trabajo en grupo". *Cuadernos de pedagogía*, 1997, núm. 255, p. 49-79.

### 2. Ámbito del trabajo social

\*/ Ander-Egg, Ezequiel, Roberto Follari. *Trabajo social e interdisciplinariedad*. Buenos Aires: Humanitas, 1988.

\$ *Community mental handicap teams: theory and practice*. [Kinderminster]: British Institute of Menal Handicap, [1986].

\*\$ González González, Eugenio, M<sup>a</sup> Jesús González Alonso, M<sup>a</sup> Jesús González González. *El trabajador social en los servicios de apoyo a la educación*. Madrid: Consejo General de Col. Of. de Diplomados en T.S. y AA.SS.; Siglo XXI, 1993.

\*/\$ Guardia Faci, Montserrat. "Els treballadors socials en un equip de treball. Una necessitat i un repte". *Revista de treball social*, 1955, núm. 138, p. 99-106.

\* Jornades Dos dies per posar-nos al dia (1985: Sant Cugat del Vallès). *Interdisciplinarietat*. Barcelona: Col.legi of. de Diplomats en T.S. i A.A.S.S., 1986.

\$ Pardo Serrano, Ana Maria, Cristina Agulló Mira. *Reto a un equipo: discapacidad, familia y profesionales*. Madrid: Polibea, 1995

\$ *Local services for mentally handicapped people: the community team, the community unit and the role and function of the community nurse, social worker and some other members of the CMHT*. [Kinderminster]: British Institute of Mental handicap, 1981.

\* Plenchette-Brissonnet, C. *Une méthode de travail en équipe: a l'usage des travailleurs sociaux et des formateurs*. Paris: ESF, 1982.

\*/ Plenchette-Brissonnet, C. *Mètode de treball en equip*. Barcelona: Pòrtic; INTRESS, 1987.

\*/ Pomar Fernández, Francisco J. "La multidisciplinarietà": *Trabajo social hoy*, 1997, núm. 16, p. 58-60

\*Seminari perfeccionament professional per a treballadors socials (Girona).

*Perfeccionament professional per a treballadors socials: Taller d'aprenentatge-acció: l'anàlisi i disseny de la intervenció social a partir de l'experiència individual en un seminari d'autoaprenentatge*. Girona: Diputació. Patronat de Serveis Socials; Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, [1998?].

### 3. Bibliotecas del Catálogo colectivo de Catalunya

.Douglass, Merrill E., Donna N. Douglass. *El management del tiempo en el trabajo en equipo: una nueva visión de la empresa más allá del individuo*. Barcelona: Paidós, 1997.

.Phillips, Nicola. *La dirección de equipos internacionales: la internacionalización de los negocios requiere directivos con visión del mercado mundial*. Barcelona: Folio, 1994

.*Por qué fallan los equipos: los problemas y cómo corregirlos*. Barcelona: Granica, 1999.

.Salanova Soria, Marisa. Elsa Hernández, Isabel M. Martínez. *Estrategias para el trabajo en grupo y el desarrollo de proyectos*. [Castelló]: Publicacions de la Universitat Jaume I, 1997

.*El Trabajo en equipo: qué es y cómo se hace*. Madrid: Deusto, 1993



**Sección**  
**libre**







# Estructura sociofamiliar y alcoholismo: un análisis comparativo entre hombres y mujeres

**Esperanza Morales Gallús.** Médico de la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (Valencia).

**Miguel Angel Torres Hernández.** Médico del Dispensario de Alcoholismo y Toxicomanías de Torrent (Valencia).

## Introducción

La manera en que tomamos contacto con quienes nos rodean, crea una estructura sociofamiliar peculiar. Gran parte de nuestro tiempo lo invertimos en las diferentes posibilidades relacionales, con las personas de nuestro entorno, lo que fundamenta y mantiene la «interacción social». Y aunque, a menudo, puede tratarse de contactos casuales, otras veces serán lazos permanentes. Sin embargo, unos y otros, se manifiestan como vínculos de relación de diferentes naturaleza según sean instrumentales, afectivos o mixtos.

Las personas creamos entre nosotros múltiples relaciones tanto directas como indirectas. Cuando esta multiplicidad de vínculos, se entrecruzan y superponen, se produce un entramado similar a un tejido de sólida textura que enlaza e integra a los individuos en la llamada «red social».

El concepto de red social aplicado a grupos humanos aparece en la década de los 50-60, como fruto de investigaciones antropológicas que interpretaban el proceso de ajuste del individuo a la organización social<sup>1</sup>. Sin embargo, los términos que definían una red social eran amplios y difusos, por lo que resultaba difícil investigar a todas las personas que componían la red. Sirva como ejemplo la

investigación de Killworth, Bernad y McCarty (1984) donde se encontró un promedio de 250 sujetos pertenecientes a cada red.

La psicología social y comunitaria, ha investigado las características de la red social y el apoyo que brinda, en determinadas situaciones, al desarrollo del ser humano en etapas tales como la adolescencia, la infancia, la maternidad y el divorcio<sup>2,3</sup>.

Diversos autores ponen de manifiesto la importancia de la red sociofamiliar en el apoyo y soporte social del individuo, lo que contribuye al mantenimiento y mejora de su salud física y mental<sup>4,5</sup>. Otros estudios informan del papel preventivo, que se atribuye a la red, en la aparición de trastornos físicos y mentales<sup>6,7</sup>.

La teoría de campo de Kurt Lewin (1890-1947) explica que: «*toda persona vive en el espacio que le rodea, tal y como lo percibe*». Lo importante para el individuo no es el espacio en el que vive, sino el espacio que se percibe. Pensamos que puede ser interesante estudiar la percepción que tiene el alcohólico de su entorno, conocer la utilidad que tienen los miembros de la red para él, así como, analizar el tipo de apoyo que demanda. Para ello, hemos utilizado el test de Escobar y Randolph<sup>8</sup>, en donde los pacientes nos hablarán de las personas a las que acuden cuando necesitan apoyo y soporte, analizando la utilidad y el tipo de relación que les une.

## Bases teóricas

Los tipos de lazos o vínculos que se establecen a través de la interacción social

## Estructura sociofamiliar y alcoholismo: un análisis comparativo entre hombres y mujeres

pueden clasificarse de la siguiente manera (Vander 1986):

- **Lazos instrumentales:** donde, las relaciones interpersonales, son un medio para alcanzar objetivos que el individuo, por sí solo, no podría conseguir. Ej.: los cuidados necesarios al enfrentar, salir a divertirse, etc.
- **Lazos afectivos:** en los que la relación con la otra persona es, en sí, un objetivo a alcanzar, y no, un medio que le proporciona satisfacciones como seguridad, amor, aceptación y compañía.

La división entre lazos afectivos e instrumentales, obedece a un análisis teórico y poco real. La relación que mantenemos con una persona no es nunca totalmente instrumental o afectiva. A menudo se mantienen conexiones mixtas donde predomina una u otra finalidad que, incluso, el individuo irá transformando a lo largo de su vida.

El tipo de apoyo que la red social aporta a la persona se encuentra en función<sup>9</sup> a la necesidad que satisface y a la manera en que el sujeto haya establecido los lazos, con las personas de su entorno. Así podemos hablar de:

- **Apoyo emocional:** es el que cubre las necesidades de afecto que tiene la persona, como amor y compañía.
- **Apoyo instrumental:** es el que se ocupa de las necesidades instrumentales, como la obtención del dinero y cuidados personales necesarios.

Sin embargo, la ausencia de una definición homogénea de «red social» que clarifique

«qué personas pertenecen a la red y quienes no», es uno de los principales obstáculos que dificultan su análisis.

M. Elkaïm<sup>10</sup>, psiquiatra belga dedicado a la terapia de red, le define como «un grupo de personas –miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas– capaces de aportar ayuda y apoyo a un individuo de manera real y duradera». Es, en síntesis, un pequeño núcleo alrededor de una unidad familiar que sirve de «almohadilla» entre la persona y la sociedad. Es también, aquello que subsiste del aspecto tribal en las sociedades primitivas y se mantiene en la actualidad a través de las reuniones familiares, el parentesco, las bodas, los funerales, etc.

Nosotros, hemos querido continuar con la tesis de Elkaïm y profundizar en la idea de red como una estructura que se mueve, cambia y permanece en constante interacción con el individuo. Para ello, hemos aplicado la idea de entramado social al campo de las adicciones, destacando sobre todo, la función de apoyo y soporte en el paciente. Con tal propósito, emplearemos el concepto de red sociofamiliar como «un conjunto de personas de diferentes parentescos (familiares, vecinos y amigos) que se encuentran más o menos próximos a un individuo, compartiendo relaciones de diverso contenido (afectivo o instrumental), capaces de proporcionar apoyo ante determinadas situaciones»<sup>11</sup>.

El tamaño de la red es la variable más utilizada para clasificar su estructura. Nosotros vamos a emplear la tipología que Guimón propone en el test de redes sociales que, él mismo utilizó en una muestra de población del País Vasco, basada en varios parámetros además del tamaño.

- **Redes cerradas:** son entramados sociales de pocos miembros, alta densidad, generalmente con parentesco familiar y de cultura homogénea.
- **Redes abiertas:** son de baja densidad (vínculos laxos), con gran número de miembros, que incluyen gran cantidad de amigos y en donde hay un patrón cultural heterogéneo.

## Material y método

El **objetivo general** de la investigación es valorar la influencia que, el consumo abusivo y/o adictivo de alcohol etílico, tiene en la estructura y contenido de la red social.

La **unidad de observación** será la red social de cualquier persona y el sistema de apoyo que aporta a los sujetos en estudio.

Consideramos **variable independiente** al consumo, o no, de alcohol, y estudiaremos su influencia sobre las **variables dependientes** o características de la red social.

Los indicadores de las variables, que informan sobre el estado de la red, vienen señaladas en el **Test de Redes Sociales** que, Escobar y Randolph<sup>8</sup>, utilizaron en sus investigaciones en California y que fue posteriormente adaptado al castellano por J. Guimón (1985), catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Bilbao. El paciente nombra a personas conocidas a las que valora con diferentes parámetros. Finalmente se evalúa la información recogida según varios criterios:

- Criterio estructural de la red: en donde variables como el tamaño, contacto, proximidad, duración y densidad, sirven para concretar la tipología de la red.
- Criterio estructural de los componentes de la red: en el que se estudian las variables de los componentes de la red como el sexo, parentesco y edad.
- Criterio transaccional que valora el contenido de la relación y los vínculos que establece el paciente con los miembros de su red, así como las situaciones en las que demanda ayuda, tipo de relación y utilidad de la relación.

La **muestra** a estudio consta de 66 pacientes alcohólicos que acudieron al Dispensario de Alcoholismo y Toxicomanías de Torrente (Valencia), y que cumplieron los siguientes requisitos:

- Diagnóstico de Síndrome de dependencia al alcohol, según el **DSM-III-R**.
- Ausencia de deterioro cognitivo importante.
- No consumo de otras sustancias.
- Aceptación de su enfermedad alcohólica.
- Colaborar de forma voluntaria en dicho estudio.

La muestra del grupo control consta de 30 personas, de edad, sexo y estado civil similares al grupo de pacientes alcohólicos, que no cumplían criterios de inclusión en el grupo en estudio.

El **diseño estadístico** pertenece a un modelo experimental post-facto<sup>12</sup>, ya que existe una falta de control sobre la situación inicial del experimento, en este caso el consumo de bebidas alcohólicas. Existen dos grupos, uno sufre el impacto de la variable independiente (grupo que consume alcohol con criterios patológicos) y el otro que no queda expuesto a la misma (grupo control). Cada grupo, a su vez, está dividido por sexo, de lo que resultan cuatro muestras: 1) muestra de pacientes alcohólicos de sexo masculino, 2) muestra de pacientes alcohólicos de sexo femenino, 3) muestra perteneciente al grupo control de sexo masculino y, 4) muestra control de sexo femenino.

## Resultados y discusión

### 1º.- Criterio estructural de la red

#### • *Tamaño*

Se define como la cantidad total de personas diferentes que el paciente nombra cuando es interrogado a cerca de su red de apoyo. El parámetro utilizado es la media aritmética del número de miembros que componen la red de cada una de las cuatro muestras.

En la tabla 1 vemos que el tamaño de las redes en las dos poblaciones (alcohólicos y grupo control) es bajo. Las mujeres de los dos grupos tienen una red algo más extensa (8,25 y 8,29).

En general las investigaciones en redes de alcohólicos coinciden en descubrir una red de tamaño pequeño<sup>13,14</sup>. En nuestro país Delgado<sup>15</sup> describe la red de estos pacientes con un mayor número de componentes

(once), lo que puede deberse a las diferencias en las técnicas de pase del test.

#### • *Densidad*

La podemos explicar como el porcentaje de miembros de una red que se conocen entre sí. Una densidad alta nos hablará de una estructura rica en lazos y conexiones comunes, donde la mayoría de los sujetos se conocen.

En nuestro estudio podemos advertir que las redes del grupo control son más densas (96-99%) que las de los pacientes. La muestra de mujeres alcohólicas muestra una menor densidad (72,8%).

Por lo general las redes pequeñas son de composición predominantemente familiar. Y suelen corresponderse con una alta densidad. Pero en nuestro estudio se observa una densidad más baja de la esperada. Esto es debido a la inclusión de amigos en la red, así como al deterioro de las relaciones de toda red que provocarían un menor grado de interconocimiento entre sus miembros.

#### • *Contacto*

Entendemos por contacto la frecuencia con que el sujeto se ve o se comunica con las personas de su red. Esta variable está puntuada en una escala nominal con los siguientes valores numéricos: (1) contacto diario, (2) semanal, (3) mensual y (4) una o varias veces al año.

En nuestro estudio, la diferencia de sexo no es una variable que determine diferencias en la frecuencia de contacto en alcohólicos (hombre 1,85 y mujer 1,86).

Los resultados obtenidos por Delgado en población drogodependiente (2,55), son

mayores que los nuestros. Al igual que los encontrados en las investigaciones de Guimón<sup>16,17</sup>, y Salcedo<sup>18</sup>, sobre población general y psiquiátrica.

• *Proximidad*

Definimos este concepto como la distancia en el espacio físico (cercanía o alejamiento) en que viven los miembros de la red de un sujeto con respecto a él. Es una variable nominal que la hemos hecho corresponder, al igual que en los casos anteriores, con los valores numéricos en función del espacio que comparten: (1) la misma casa, (2) vecindario, (3) ciudad, (4) provincia, (5) región, (6) país, (7) Extranjero.

Los miembros de la red, en la muestra de alcohólicos (hombre 2,33 y mujeres 2,57), viven más alejados que la muestra control (hombres 2,15 y mujeres 2,25). Autores como Delgado<sup>15</sup> encuentran una menor proximidad (2,77), lo que podría corresponder a una muestra menos enraizada socialmente.

La distribución entre casa, vecindario y ciudad se traduce de manera diferente, en el hombre y en la mujer, la cual sufre un mayor alejamiento de su red. Este dato tiene una significación estadística muy alta ( $p > 0,000$ ).

• *Duración o tiempo de conocimiento*

Si en el punto anterior hemos tratado la variable proximidad como un valor de espacio físico, la duración mide el espacio temporal. Este parámetro nos indica los años que el sujeto conoce a cada uno de los componentes de su red.

Esta variable es categorizada en una escala de intervalo, a la que corresponde una escala de razón, con los siguientes valores: (1) tiempo de conocimiento menos de un año, (2) de uno a cinco años, (3) de cinco a diez años y (4) más de once años.

A pesar de incluir los amigos dentro de la red, la duración es alta, pues se incluyen amistades que, en el 90% de los casos, son conocidas desde hace más de seis años. No hay diferencias significativas entre las cuatro muestras.

• *Naturaleza de la relación*

En este punto el paciente define cual es la naturaleza de la relación, con cada persona que nombra de su red, y la valora como positiva, o negativa, en función de la afinidad que tiene con él. La escala nominal se clasifica en seis categorías que se corresponden con los siguientes valores: (1) extremadamente positiva, (2) muy positiva, (3) positiva, (4) neutra, (5) negativa, (6) muy negativa y (7) extremadamente negativa.

En la tabla 1 vemos que los pacientes alcohólicos, hacen una valoración más negativa de la red (valores medios de 2,31 y 2,21) que el grupo control (1,19 y 1,50). No se encuentran diferencias entre hombres y mujeres.

La tabla 1 nos presenta un resumen de las características de la estructura de la red en las cuatro muestras estudiadas.

**Estructura sociofamiliar y alcoholismo:  
un análisis comparativo entre hombres  
y mujeres**

	MUESTRA DE HOMBRES		MUESTRA DE MUJERES	
	G.Alcohólicos	G. Control	G. Alcohólicas	G. Control
Tamaño	7.87	7.15	8.29	8.25
Contacto	1.85	1.54	1.86	2.00
Proximidad	2.33	2.15	2.57	2.25
Duración	3.48	3.54	3.50	3.25
Naturaleza	2.31	1.19	2.21	1.50
Densidad	85.2	96.8	72.8	99.0

**Tabla 1** - Estructura de la red

## 2º.- Criterio estructural de los componentes de la red

- *Sexo*

En la tabla 2 vemos que los pacientes alcohólicos incluyen en su red más hombres (70,9%) y las alcohólicas más mujeres (58,5%).

Existe una tendencia a incluir individuos del mismo género como miembros de apoyo en la red social.

- *Parentesco*

Entendemos por parentesco el origen del vínculo que une a cualquier sujeto con los miembros de su red, en base a las normas de relación que regulan la estructura social. Hemos agrupado el parentesco en dos categorías:

- Parentesco Familiar, compuesto por cónyuge, padres, hermanos, abuelos hijos y otros familiares.
- Parentesco de Amistad en el que se incluyen amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

El parentesco familiar está presente en la muestra control (66,6%), y en el grupo de alcohólicos (62,5%). Las pacientes alcohólicas presentan un menor componente familiar de su red (51,8%).

Mansilla<sup>19</sup> estudia una muestra de enfermos mentales, sin hogar, y encuentra una disminución del componente familiar, que es sustituido por otros pacientes que cumplen la función de apoyo y soporte.

Existen múltiples autores, que coinciden en atribuir, el predominio familiar en la red, ante diversas enfermedades, como un mecanismo de apoyo ante situaciones de crisis<sup>20,17</sup>.

En el caso de consumidores de drogas ilegales el parentesco familiar se ve reducido por la inclusión de amigos consumidores que pasan a integrarse como miembros de la red<sup>10</sup>, a diferencia de lo que ocurre entre los alcohólicos.

	MUESTRA DE HOMBRES		MUESTRA DE MUJERES	
	G. Alcohólicos	G. Control	G. Alcohólicas	G. Control
Miembros Masculinos	70.9%	42.7%	41.4%	51.5%
Miembros Femeninos	29.1%	57.3%	58.5%	48.4%
Composición Familiar	62.5%	66.6%	51.8%	66.6%
Utilidad del Sujeto	2.79	3.19	2.36	2.75
Utilidad de la Red	2.17	2.92	2.0	2.75

Tabla 2- Composición de la red social.

### 3º.- Criterio transaccional del contenido de la red

- *Demanda de apoyo*

En una parte del cuestionario se valora la petición de ayuda que el paciente puede hacer en unos supuestos teóricos de contenido predominantemente material o afectivo. Con ello intentamos analizar la dificultad de los pacientes para pedir apoyo a su red, tanto en su área instrumental como afectiva.

En la tabla 3 se aprecia que las situaciones de mayor demanda en alcohólicos están relacionadas con la necesidad de cuidados

durante una enfermedad que suponga encamamiento, búsqueda del médico y petición de dinero, es decir, situaciones de tipo material o instrumental. En el caso de las mujeres alcohólicas predomina la demanda de apoyo a la hora de tomar decisiones (área afectiva). El grupo control tiene, en general, menos problemas para pedir ayuda, lo que origina una mayor frecuencia de demandas, sobre todo, de tipo afectivo.

Las diferencias encontradas entre las muestras de alcohólicos y alcohólicas presentan una significación estadística ( $p > 0,05$ ) en las situaciones 1, 2, 4, 6 y 7.



**Estructura sociofamiliar y alcoholismo:  
un análisis comparativo entre hombres  
y mujeres**

	MUESTRA DE HOMBRES		MUESTRA DE MUJERES	
	G. Alcohólicos	G. Control	G. Alcohólicas	G. Control
1. Cuidados en cama	69.2%	96.7%	71.4%	100%
2. Pedir dinero	42.3%	70.0%	64.3%	49.9%
3. Buscar donde dormir	21.2%	26.7%	21.4%	24.7%
4. Estar nervioso	23.1%	86.7%	42.9%	74.6%
5. Ayuda doméstica	15.4%	10.0%	50.0%	0%
6. Salir a divertirse	28.8%	66.7%	35.7%	48.5%
7. Decisión importante	44.2%	84.6%	64.3%	100%
8. Buscar un médico	69.2%	53.8%	50.0%	100%
9. Mudarse de casa	36.4%	50.0%	42.9%	100%
10. Confiar problemas	30.8%	23.1%	42.9%	49.7%

**Tabla 3-** Situaciones en las que el sujeto pide ayuda a las personas de su red. Las situaciones 4, 7 y 10 son demandas de apoyo afectivo y el resto se consideran requerimientos del área instrumental.

En la investigación que Guimon<sup>16</sup> realiza sobre la población general de Guecho, ningún supuesto de apoyo supera el 25%, en cambio, sus resultados se aproximan a los nuestros en población con problemas psiquiátricos<sup>17</sup>. Este hecho podría deberse a que los pacientes alcohólicos hallan mayor dificultad, para demandar ayuda, que otros pacientes psiquiátricos.

• *Utilidad de la red*

El paciente califica a cada miembro de la red con valores del 0 (ninguna utilidad) al 4 (extremadamente útil). El parámetro utilizado en esta variable es la media aritmética de todos los individuos de la red, con ello pretendemos poder comparar la utilidad media de cada una de las cuatro muestras.

En la tabla 2 vemos como el grupo que más valora la utilidad que la red tiene para él es la muestra control de hombres (3,19) y, el que menos, el grupo de pacientes alcohólicos (2,36). En general, los sujetos del grupo control consideran que, la red, es de mayor utilidad que los sujetos consumidores. La utilidad que suministra la red es percibida en menor medida por pacientes alcohólicos que por las personas del grupo control.

En los trabajos sobre pacientes psiquiátricos<sup>17</sup> no se encuentran diferencias significativas respecto de la utilidad de la red. Mansilla<sup>19</sup>, como era de esperar, obtiene valores muy bajos en la utilidad de la red en enfermos mentales sin hogar.

• *Utilidad del sujeto*

El paciente valora, del 0 al 4, la utilidad que tiene él para cada una de las personas que ha nombrado en su red. En la tabla 2 observamos que los pacientes con patología alcohólica se autovalora con menor puntuación que en la muestra control. El grupo que más se valora es el grupo control masculino (2,12) y, el que menos, el grupo alcohol femenino (2,0).

Los pacientes se consideran de menor utilidad para la red que la red para ellos lo que, posiblemente, nos habla de la baja autoestima en que se tienen.

• *Tipo de relación*

Podemos clasificar las relaciones que vinculan al paciente con cada miembro de su red, en función de los valores de utilidad anteriormente mencionados, y así hablaremos de:

- Relaciones recíprocas en donde la utilidad que el paciente da a un sujeto de la red es la misma que la que cree tener él. Son relaciones de igualdad.
- Relaciones dependientes, cuando se valora de mayor utilidad la relación y el apoyo de los componentes de la red.
- Relaciones inversas, si resulta más útil el apoyo que da el paciente a las personas de la red.

	MUESTRA DE HOMBRES		MUESTRA DE MUJERES	
	G. Alcohólicos	G. Control	G. Alcohólicas	G. Control
R. Recíproca	42.1%	65.1%	39.2%	42.3%
R. Dependiente	47.3%	26.8%	45.0%	45.5%
R. Inversa	10.6%	8.1%	15.8%	12.2%

Tabla 4- Tipos de relación en la red social.

En la tabla 4 observamos como, en la muestra de hombres, las relaciones de reciprocidad o igualdad se dan sobre todo en el grupo control (65,1%), mientras que en los pacientes alcohólicos predominan las relaciones de dependencia. En el caso de las mujeres, dominan las relaciones de tipo dependiente (45% y 45,5%), con similares cifras para las dos muestras. Estas diferencias presentan una significación estadística de  $p > 0,05$ .

Los resultados de otros autores<sup>16</sup> recogen, tan sólo, un 19% de relaciones

dependientes en población general. En nuestras muestras control existe un índice muy alto de relaciones dependientes en el sector femenino (45%), creemos que ésto es debido a los factores educacionales y sociales que actúan sobre la mujer.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se podría describir un prototipo de red, para los pacientes alcohólicos, que

## Estructura sociofamiliar y alcoholismo: un análisis comparativo entre hombres y mujeres

hemos investigado, y que tendría las siguientes características:

1. La red contiene pocos miembros y tiene una densidad baja, probablemente por el deterioro de los vínculos y lazos establecidos entre sus componentes. Este dato es confirmado por la presencia niveles bajos de contacto, proximidad y afinidad en la relación. A este suceso se le denomina *fenómeno de cierre* y está presente, también, en otras patologías psiquiátricas.
2. Es una red integrada por miembros de la misma edad y sexo, y, en su mayoría, de parentesco familiar. Las pacientes alcohólicas incluyen en su red de apoyo a amigos y compañeros de trabajo. Y los parientes principales a los que demanda ayuda son los hermanos y familia política.
3. En los alcohólicos se da mayor dificultad, a la hora de pedir apoyo, a su red excepto en situaciones relacionadas con problemas de salud. Y se busca menor soporte en situaciones de necesidad afectiva, sobre todo en la muestra masculina. Las mujeres demandan más ayuda en la esfera afectiva.
4. La percepción de utilidad de la red es muy baja, sobre todo en la muestra de mujeres alcohólicas. Los pacientes, sobre todo en la muestra femenina, se consideran, escasamente útiles para su red, lo que puede relacionarse con una baja autoestima.

5. En las redes de los pacientes alcohólicos se establecen muchas relaciones de tipo dependiente, lo que se hace muy evidente en las mujeres tanto si son alcohólicas como si no.

Pensamos que la red de los y las pacientes alcohólicos/as sufre un deterioro importante, que hay que evaluar previamente a cualquier intervención. La inclusión sistemática del estudio de la red social, en la historia clínica, nos puede ayudar a encontrar los miembros capaces de sostener y mantener el proceso rehabilitador. El interés que nos mueve, como propósito final, es poder llegar a conocer y comprender la red del paciente para trabajar con ella como parte del plan terapéutico, en la enfermedad alcohólica. De manera que se faciliten las circunstancias, para el inicio del tratamiento, el mantenimiento de la abstinencia y la rehabilitación y reinserción sociales.

### Bibliografía

- <sup>1</sup> BARNES J.A.: *Class and Comities in a Norwegian Island parish*. *Human Relats.* 7 (39-58), 195.
- <sup>2</sup> GOTTLIEB B.H. *Social network and social support*. *Sages Studies in Community mental Health*. Ed: Sabe Publications. London 1981.
- <sup>3</sup> MILARDO R.M.: *Families and social network*. Ed: Sage Publications. London, 1988.
- <sup>4</sup> CAPLAN G.: *Support Systems and Community Mental Health*. New York Behavioral Publications. 1974.
- <sup>5</sup> MISHLER E.G.; SCOTCH N.A.: *Sociocultural treatment: individual, group, family and community support aproaches*. *Schizophrenia Bulletin*, 6 (1): 10-41. 1980.
- <sup>6</sup> HENDERSON S.: *Social relationship, adversity and neurosis: An analysis of prospective observations*. *Brit. J.Psychiat*, 138,: 391-398, 1981.

<sup>7</sup> GREENBLATT M., BACERRA R.M., SARTIFIMITDES M.D.: *Social network and mental health: An overview*. Am J. Psychiatry, 139, (8): 977-984, 1982.

<sup>8</sup> ESCOBAR J.I. and RANDOLPH E.T.: *Social network and social support*. Veteran Adminis. Medical Centre. Los Angeles 1981.

<sup>9</sup> BROADHEAD W.E.; KAPLAN, B.H. et al: *The epidemiologic evidence for a relationships between social support and health*. Am. J. Epidemio. 117: 537-621, 1983.

<sup>10</sup> ELKAÏM M. et al: *Las prácticas de la terapia de red*. Colección terapia familiar. Gedisa Editorial. Barcelona 1989.

<sup>11</sup> MORALES E. y TORRES, M.A.: *Tesis doctoral: Redes sociales en drogodependientes, un estudio descriptivo*. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina. Valencia 1993.

<sup>12</sup> SIERRA E.: *Técnicas de Investigación Social. El diseño de la investigación social*. Editorial Paraninfo. Madrid 1994.

<sup>13</sup> SAYRE L., CORNILLE T.A., ROHRER, HICKS, M.W.: *Family outreach residential addiction treatment. Changes addicts beliefs about social support*. **Alcoholism Treatment Quarterly**, Vol 9 (1), pp.51-56.1992.

<sup>14</sup> HANSON B.J.: *Social network social support and heavy drinking in elderly men: A population study of men born in 1914, Malmo; Sweden*. **Addiction**, Jun Vol 89 (6) 732-752. 1994.

<sup>15</sup> DELGADO A., NAVARRO R., RODRIGUEZ A., SANCHEZ J.: *Redes sociales en adictos a alcohol y opiáceos. XX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Libro de Ponencias. Córdoba 1992.

<sup>16</sup> GUIMON J. et al: *Red social en la población de Guecho*. **Psiquis**. Vol VI, 121-130. 1985.

<sup>17</sup> GUIMON J. et al: *Red social en pacientes psiquiátricos*. **Actas Luso Español. Neurol Psi.**, 14, 2, 128-136. 1986.

<sup>18</sup> SALCEDO M., PINILLA B. Et al: *Red social en personas psicológicamente afectadas*. **Psiquis** Vol VIII, 176 (87), 53-60. 1987.

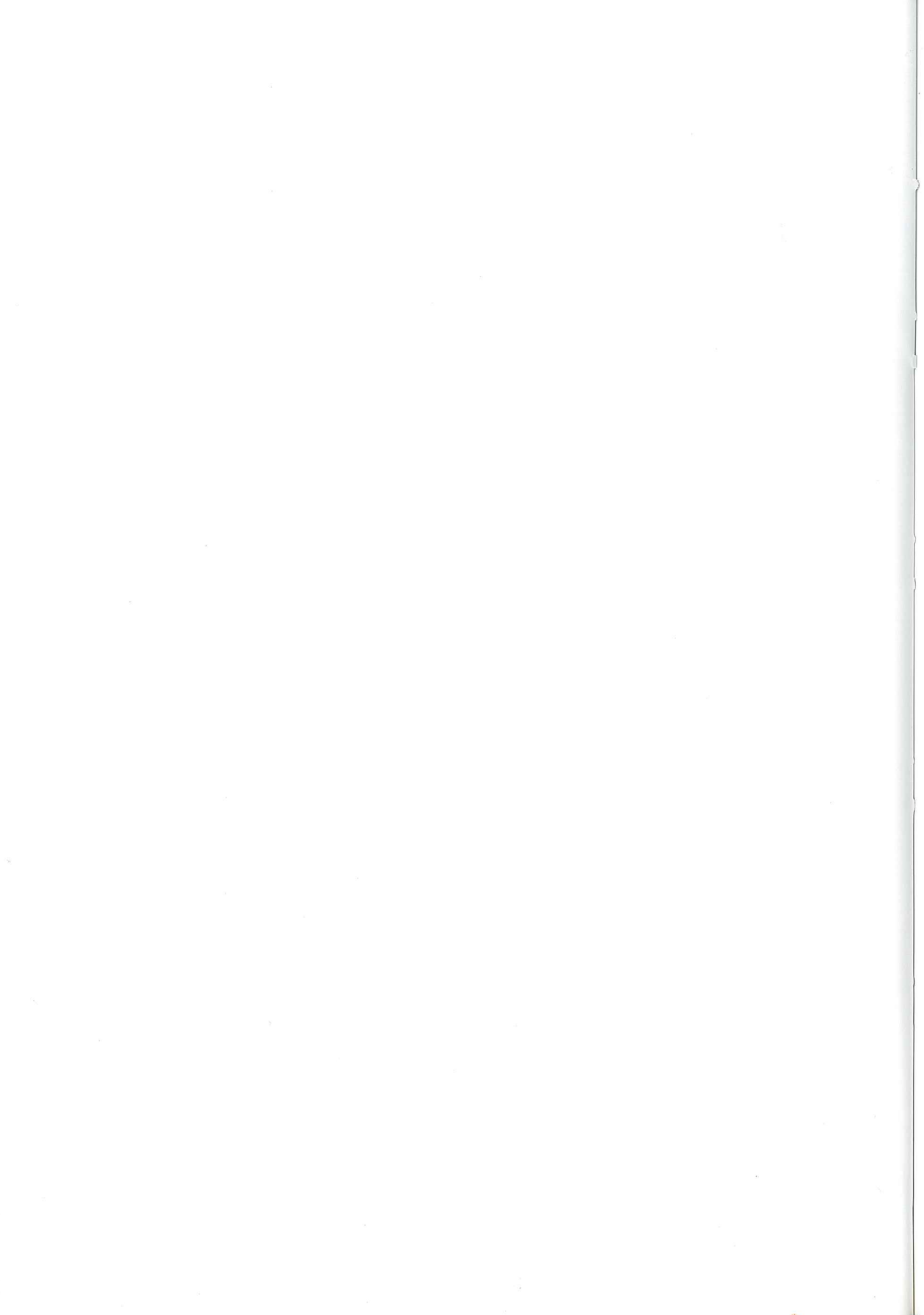
<sup>19</sup> MANSILLA F.: *Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar*. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.** Vol 13, nº 14, 124-129. 1993.

<sup>20</sup> ERICKSON D.G.: *A framework and themes for social networks interventions*. **Family Process**. Vol 23, nº 2, 187-198. 1984.



De interés  
**profesional**





# 75 Aniversario de la creación del Servicio Social Internacional (S.S.I.)

Elena Peláez.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, representado por su presidenta, es miembro del **Comité Consultivo del S.S.I. España**, y como tal participa de la celebración, en este año 1999, del 75 Aniversario de su creación.

Con tal motivo, y mediante una nota facilitada por la Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia, que es la Oficina Afiliada para España del S.S.I., se presenta a continuación una breve descripción del SSI y una síntesis de sus actividades, realizadas durante el año pasado, que se presentaron en las Jornadas que, con el título de *"El Servicio Social Internacional: 75 años al servicio de la infancia y de la familia más allá de las fronteras"*, tuvieron lugar en Madrid los días 10 y 11 de junio de 1999.

Fundado en 1924, a raíz de los intensos fenómenos migratorios generados por la primera guerra mundial como servicio a las familias separadas por las fronteras, el Servicio Social Internacional –SSI– sigue haciendo posible desde entonces un trabajo coordinado entre diferentes países, a través de su red internacional de Secciones, Oficinas Afiliadas y Corresponsalías, en 150 países, asegurando en sus actuaciones un trabajo social profesional, para ayudar a resolver los problemas a los que se enfrentan las personas y las familias en el marco de migraciones y desplazamientos internacionales.

El personal de su red internacional, conocedor de la legislación y de las características de su país, del funcionamiento de su administración y de sus instituciones, actúa conforme a una

metodología y a unos principios éticos comunes a toda la red, tratando de forma individualizada los casos internacionales para ayudar a su resolución.

La protección de los niños en situación de negligencia o abandono, los acogimientos familiares y residenciales, el desplazamiento ilícito o la sustracción internacional de menores, la búsqueda de orígenes o de padre/madre, la adopción internacional, los menores no acompañados, que viajan solos como solicitantes de asilo o inmigrantes prematuros o la reunión de las familias, son ejemplos de los problemas internacionales que trata el SSI.

El profundo conocimiento de esta problemática es la base de la colaboración del SSI con organismos internacionales como Naciones Unidas (ACNUR, ECOSOC, UNICEF, UNESCO), Consejo de Europa o Conferencia de la Haya de Derecho Internacional Privado, participando en estudios encaminados a resolver y prevenir esta problemática y en los trabajos preparatorios y de seguimiento de Convenciones Internacionales en la materia de sus actividades.

## Síntesis de las actividades desarrolladas por el SSI en 1998 (\*)

### Tratamiento de casos internacionales

La red internacional del Servicio Social Internacional –SSI–, de la que es parte

■ notas

(\*) Realizada por M. J. Pérez/SSI.



integrante la Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia, en su calidad de Oficina Afiliada para España, hace posible un trabajo social coordinado más allá de las fronteras, actuando como un puente entre organizaciones en más de 120 países.

Las/los profesionales de la red SSI recurren a una metodología común y a un procedimiento de trabajo acordado para el tratamiento de los problemas en los que se solicita su intervención, aportando su competencia profesional específica y su experiencia, así como sus conocimientos del propio país, de su cultura en el sentido más amplio del término, del sistema social, la legislación y los recursos disponibles para ayudar a la resolución de los problemas.

En el transcurso de 1998, la Oficina Afiliada para España del SSI trató 405 casos, cifra que supuso un incremento significativo en relación a años precedentes<sup>1</sup>, de los que casi *dos tercios* –259– *continuaban su tratamiento iniciado en años precedentes* y más de *un tercio* –156–  *fueron casos nuevos*. A lo largo del año *se cerraron 160 casos*, concluida la intervención social a nivel internacional.

La recogida sistemática de datos estadísticos en cada expediente permite conocer las situaciones para las que se solicita la intervención profesional del SSI, además de su grado de incidencia, a nivel global en la red internacional y en cada país.

El SSI se apoya en estos datos para colaborar con las autoridades competentes y con las organizaciones intergubernamentales cuando se preparan

modificaciones legales o se elaboran convenios internacionales.

Los datos referidos a los casos nuevos permiten identificar las tendencias de los problemas y el flujo de origen y destino de las peticiones de intervención, flujo vinculado a los movimientos migratorios y al nivel de desarrollo de los sistemas de servicios y recursos sociales en los diferentes países.

Los casos nuevos, en los que España ha sido origen o destino, ponen de manifiesto que la mitad de los problemas<sup>2</sup> se pueden agrupar en la categoría de *bienestar de la infancia*, que incluye situaciones de *abandono y negligencia, acogimientos familiares e institucionales, medidas de tutela y guarda*, en cuyo tratamiento y búsqueda de soluciones duraderas, orientadas siempre en el superior interés del niño, están implicados al menos dos países.

Hay categorías de problemas que se mantienen en los últimos años, como las *búsquedas de familiares y las búsquedas de origen*, las intervenciones en procedimientos de *adopción internacional*, referidas a situaciones o procedimientos especiales y al seguimiento preadoptivo de niños venezolanos en nuestro país<sup>3</sup> y las *sustracciones o desplazamientos y retenciones ilícitas de menores* por uno de sus progenitores, a nivel internacional.

Una categoría de problemas que se ha manifestado en estos últimos años es la de *menores no acompañados*, que nos han situado entre los primeros países solicitantes de intervención a la Corresponsalía marroquí del SSI, país de donde procede la

mayoría de estos menores.

Las principales causas de estos problemas, bajo el denominador común de los desplazamientos y movimientos migratorios, son, evidentemente, las alteraciones de la unidad familiar, las situaciones de ruptura –separación y/o divorcio de los padres especialmente– y en algunos casos la drogadicción o encarcelamiento de uno, o ambos progenitores.

*En los principales orígenes y destinos de los casos nuevos<sup>1</sup> se ha intensificado la tendencia al incremento de los casos que han tenido su origen en España (53%).*

Las peticiones de intervención social originarias de España han tenido un destino más diversificado (21 países) en relación con los países extranjeros (13) que solicitaron un servicio en nuestro país en 1998.

En cuanto a los países destinatarios de las peticiones de intervención de España, siguen siendo los europeos los receptores de más de la mitad de los casos (60%) aunque unitariamente ninguno de los trece países europeos, con los que se inició el tratamiento de casos nuevos, llegue al nivel de Marruecos, destinatario del 29% de los nuevos casos en 1998.

Los países solicitantes de servicios en España se podría decir que han sido, casi exclusivamente, los países europeos (85% de los casos procedentes del extranjero), y Venezuela (15% restante, con 12 de los 16 casos no procedentes de Europa).

*Los principales orígenes y destinos en España<sup>5</sup> implicaron a 32 provincias, entre las que destacan Madrid (de donde procedió el 11% de los casos y fue destinataria del 6%) y Barcelona (6% y 4% de procedencia y destino, respectivamente), seguidas de Valencia (4% y 3% en origen y en destino) y de Alicante, Baleares y Tenerife (con el 3% tanto en procedencia de casos como en destino de los mismos).*

Si se tienen en cuenta el conjunto de las provincias, las principales Comunidades Autónomas solicitantes y destinatarias de servicios han sido, además de Madrid, Cataluña (12% de las peticiones de intervención en el extranjero procedieron de esta Comunidad, que fue destinataria del 9% de los casos de recibidos de otros países) Galicia y Valencia (7% y 6% de origen y destino ambas), Canarias (6% tanto en origen como en destino) y Andalucía (4% y 8% en origen y destino)

notas

1. 362 casos en 1997 y 356 en 1996.
2. Muestra de 156 problemas, referidos a 86 expedientes de casos nuevos en 1998, en anexo 1.1. problema principal -muestra de 145 expedientes- en anexo 1.2. segundo problema -muestra de 94 expedientes- en anexo 1.3. principales problemas en los casos procedentes de España, en anexo 1.4. principales problemas en los casos procedentes del extranjero, en anexo 1.5.
3. El SSI-Venezuela tiene un Convenio con el Instituto Nacional del Menor de su país relativo al seguimiento de todos los acogimientos preadoptivos en el extranjero.
4. Cuadro de países de origen y destino de los casos nuevos 1998, en anexo 2.
5. Principales orígenes y destinos de expedientes por provincias en anexo 3.

En el transcurso de 1998, se cerraron 160 casos, volumen que supone el 39% del total de casos atendidos, y de los que sólo un 12% fueron casos cuyo tratamiento se inició en el mismo año.

*La evaluación al cierre<sup>6</sup> de estos 160 casos puso de manifiesto que se prestó el servicio solicitado en un 85% de los casos, parcialmente en un 3%, siendo inviable en otro 3% de los casos. Fue retirada la petición de intervención en un 9% de los casos evaluados.*

*Las personas implicadas<sup>7</sup> en el total de los casos tratados, tomando como referencia las residentes en España por cada expediente<sup>8</sup>, se podría calcular que *sobrepasaron las 2.500 y de ellas la cuarta parte fueron menores.**

Al ser el SSI un puente entre organizaciones y servicios, no suele tener contacto directo con los "clientes" y ha tenido que llegar a acuerdos sobre las informaciones generales básicas necesarias –de carácter social, jurídico, cultural...– que hay que reunir y transmitir para conseguir una respuesta, en servicio, rápida y eficaz.

La dependencia de la comunicación escrita implica por otra parte la necesidad de una redacción clara, concisa y precisa de los hechos que han provocado la situación-problema para el que se solicita la intervención social.

La transmisión de información, fundamentalmente escrita, es en consecuencia la base del procedimiento del trabajo del SSI y, por ello, un indicador a tener en cuenta en la valoración de las actividades del tratamiento de casos

internacionales es el movimiento de correspondencia.

*En 1998 el volumen de entradas<sup>9</sup> fue de 1592 (92% escritos diferentes) procedentes en un 47% de una treintena de provincias de nuestro país y en un 93% de la veintena de países con los que se trataron los casos a lo largo del año.*

*El volumen de salidas<sup>10</sup> fue de 2053 (87% escritos diversos) cuyo destino fueron –en un 48%– la ya mencionada treintena de provincias españolas con las que se trataron los casos y la veintena de países extranjeros, también citados, en el 52% de las salidas.*

Con respecto a los registros de llamadas telefónicas hay que señalar que se refieren a transmisión o recepción de información que fue objeto de redacción de una nota escrita, incluida en el respectivo expediente.

## **Comité consultivo del SSI-España**

Constituido<sup>11</sup> en enero de 1995, con la misión de asesorar y formular recomendaciones a la Dirección General, en los asuntos relacionados con la organización internacional, e informar los proyectos de cooperación con el SSI, el Comité, que se reúne al menos dos veces al año, dedicó especialmente sus reuniones de 1998 a definir estrategias y apoyos para la implantación real del uso del español en el SSI, tras haber sido adoptado como idioma oficial, junto con el francés y el inglés, por el Consejo Internacional del SSI en su reunión de octubre de 1997 en Londres.

El Comité participó asimismo activamente en el seguimiento de la Consultoría externa

sobre el SSI realizada en 1997, además de dar respuesta al exhaustivo cuestionario preparado por el grupo de trabajo encargado de analizar el Informe y las propuestas de dicha Consultoría.

El Comité también estudió y tomó postura respecto a los proyectos de nuevo logo para el SSI, la parte de español en la página internet y la forma de unirse, en 1999, a la celebración del 75 aniversario de la creación del SSI, que coincidiría con los 60 años de colaboración y de actividades en España.

## Participación en los trabajos y reuniones de los órganos constitutivos del SSI

La Oficina Afiliada asistió a las reuniones estatutarias del SSI, Comité Consultivo Profesional<sup>12</sup> y Comité Ejecutivo<sup>13</sup>, celebradas en Ginebra en el mes de mayo, participando en los trabajos previos de análisis y toma de postura relativos a documentos, propuestas y planes de trabajo, sobre los que tomarían decisiones dichos Comités y elaborando y difundiendo posteriormente los correspondientes informes.

## Seguimiento del convenio y de las relaciones de la Dirección General con el secretariado general y la red internacional del SSI

Además del seguimiento y el apoyo al cumplimiento de los compromisos derivados del Convenio, como la preparación del informe y la propuesta de

pago de la cotización anual, así como al intercambio de las comunicaciones inherentes a las relaciones entre ambas organizaciones, en noviembre se participó muy activamente en la preparación del comunicado "cómo ayudar a los niños víctimas del huracán Mitch", al que se unirían, y firmarían, la Oficina Internacional Católica de la Infancia –BICE–, Defensa de Niños Internacional y Save the Children Alliance, y que tendría una amplia difusión a nivel nacional e internacional.

Se continuó asegurando la difusión, iniciada

### notas

6. Estadísticas por evaluación final en anexo 4.
7. Personas residentes en España, implicadas en los casos tratados y con especificación de menores: muestra de 126 expedientes en anexo 5.
8. Media de personas residentes en España por expediente 3,3; media de menores 1,5.
9. Resumen de entradas, con especificación de procedencia y tipo de documento, en anexo 6.
10. Resumen de salidas, con especificación de destino y tipo de documento, en anexo 7.
11. Presidido por el/la Director/a General, componen el Comité el Subdirector/a General y el/la Jefe del Servicio del que dependa la Oficina Afiliada, los miembros españoles en el Consejo Internacional del SSI –D. Joaquín Ruiz-Giménez, Dña. Elena Peláez y D. Juan C. Mato– la Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y la representante de la Oficina Afiliada en el Comité Consultivo Profesional del SSI.
12. Aporta su competencia profesional y hace recomendaciones al Consejo Internacional y al Comité Ejecutivo, trabajando estrechamente con el Secretariado General.
13. Elegido por el Consejo Internacional, es el órgano directivo del SSI.

## **75 Aniversario de la creación del Servicio Social Internacional (S.S.I.)**

en julio de 1997, de los *boletines, informativo y del centro de documentación, del Centro Internacional de referencia para protección a la infancia en materia de adopción del SSI –CIR-SSI–* entre las Comunidades Autónomas.

### **Análisis y transmisión de información y documentación**

A lo largo del año se aseguró asimismo la transmisión de informaciones y documentos de interés a las Unidades y Servicios interesados de la Dirección General.

### **Cooperación y coordinación con las redes nacional e internacional**

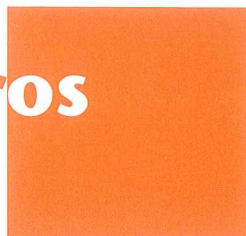
Además de la necesaria y continuada puesta al día de la base de datos de ambas redes (unos 500 registros la nacional y más de

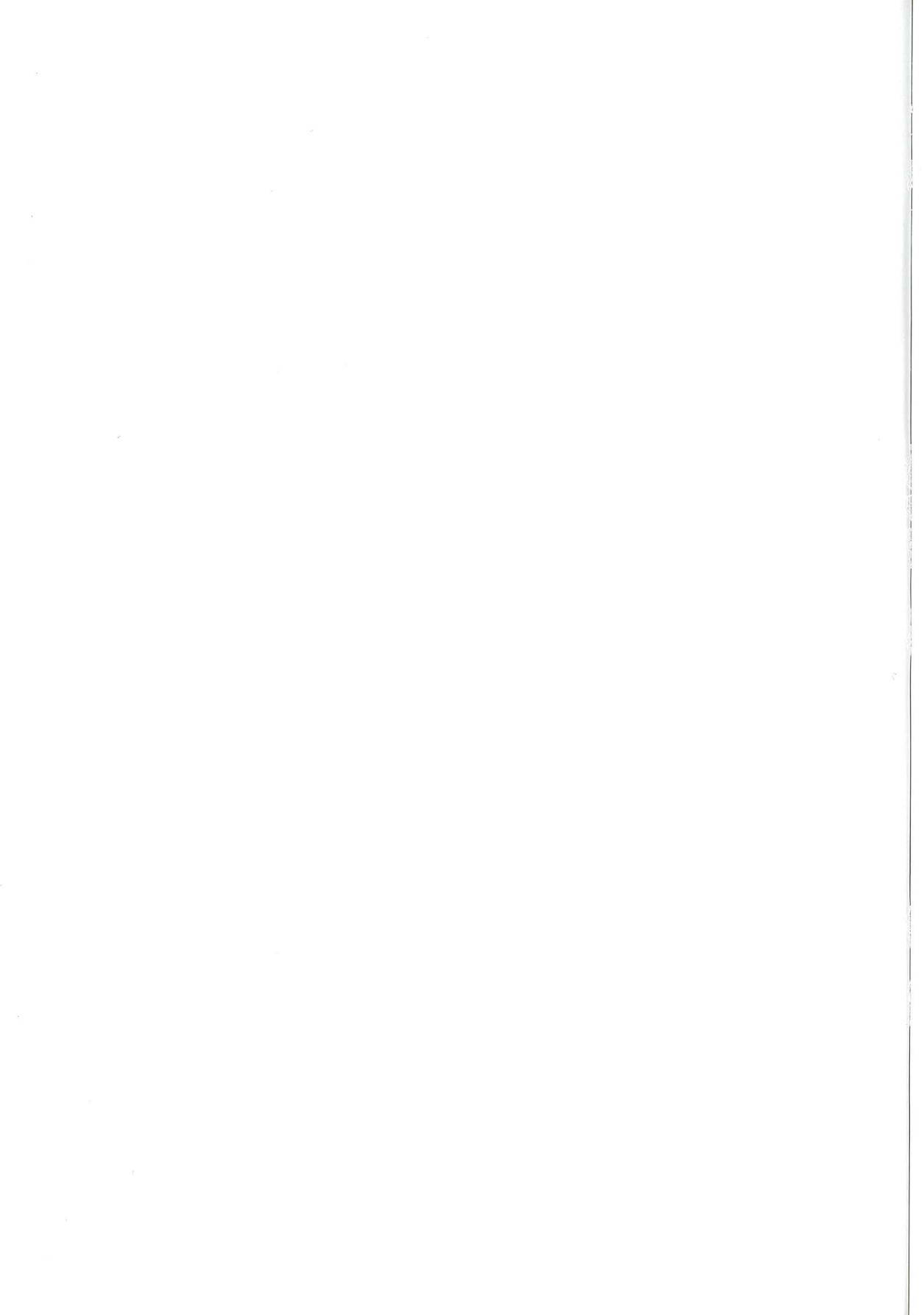
100 fichas de Corresponsalías la internacional) se continuó la actividad de información y consultas específicas en situaciones concretas, tanto por teléfono, como por escrito –expedientes «servicio directo»– a solicitantes nacionales (profesionales de servicios sociales, abogados, y a veces jueces) e internacionales (esencialmente Secciones SSI).

### **Otras actividades**

En septiembre se asistió, junto con un representante del Ministerio del Interior, a la *Conferencia internacional sobre menores extranjeros, solicitantes de asilo y no acompañados*, organizada por el Ministerio sueco de Asuntos Exteriores, en el marco del programa Odysseus de la Unión Europea, participando en los trabajos previos y en la posterior difusión de la información y documentación recogidas.

**Comentario de  
libros**





# Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña: perfil y expectativas profesionales

Publicado por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña  
Editorial Hacer. Barcelona 1997

**M<sup>a</sup> Mercè Canet i Ponsa.** Trabajadora Social y Socióloga, miembro del equipo de investigación PROGRESS.

Las nuevas formas de organización social, los cambios en el Estado del Bienestar y las variaciones en las prestaciones sociales han abierto un debate permanente sobre la situación de los trabajadores/as sociales motivo por el cual el año 1992 el Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña decidió encargar a la empresa PROGRESS un estudio que recogiese las inquietudes de los trabajadores/as sociales catalanes y facilitase elementos que pudieran orientar hacia la toma de decisiones adecuadas a los nuevos tiempos.

Los objetivos del estudio fueron: analizar aspectos que configuran la profesión de trabajador social, observar su posición dentro de la estructura ocupacional en la sociedad, detectar dificultades y ofrecer perspectivas para su desarrollo futuro.

Las áreas centrales de la investigación consistieron en realizar una descripción demográfica y socioeconómica del colectivo. Se estudió la situación laboral y satisfacción en el trabajo para posteriormente realizar un análisis de la profesión tomando como base las dimensiones de la estructura del Trabajo Social. Se relaciona con algunas informaciones del estudio sociológico sobre Asistentes Sociales publicado por Estruch y Güell<sup>1</sup> hace unos veinte años.

Una reflexión sobre características del Trabajo Social tales como su definición, límites y funciones, nos permitió tener

elementos para poder relacionar la imagen que tiene el trabajador/a social de sí mismo y la que tiene la población en general, en función de observar a la vez su posición dentro de la estructura ocupacional de la sociedad.

La metodología se desarrolló mediante una muestra base que fue extraída del conjunto de todos los trabajadores/as sociales de Cataluña. En primer lugar se entrevistó a una muestra aleatoria de 400 personas del total de 3.486 colegiados/as inscritos en el año 1993, también se realizó una prospección con pocos profesionales no colegiados que pudimos detectar, para obtener más información.

Se entrevistaron a 116 profesionales de distintas actividades que estaban trabajando en centros donde también había empleados trabajadores/as sociales y por último se realizaron 877 entrevistas telefónicas a la población en general con una muestra escogida al azar a través de los listados telefónicos de Cataluña. Posteriormente se realizaron 15 entrevistas en profundidad a expertos en materia de Trabajo Social y se formó a su vez un grupo de discusión con la finalidad de estructurar un discurso sobre Trabajo Social que proporcionara elementos necesarios para aclarar situaciones difíciles de poder interpretar con otro tipo de técnicas.

Yo formé parte del equipo de investigación y junto con otros sociólogos fuimos los

■ notas

1. Estruch, Joan, Antonio Ma. Güell. **Sociología de una profesión: los asistentes sociales.** Barcelona: Península, 1976



responsables de desarrollar toda la parte técnica del estudio, un coordinador para el trabajo de campo y un grupo de encuestadores. También obtuvimos la colaboración de un psicólogo para el desarrollo de las entrevistas en profundidad.

Los resultados del estudio quedaron agrupados en seis capítulos, que tratan diferentes temas objeto de análisis, en los que se elaboró para cada uno de ellos una síntesis bastante completa de la situación.

En esta pequeña exposición trataré de comentar los datos más relevantes de cada capítulo para que el lector/a pueda tener unas nociones generales de los temas tratados en este trabajo.

En el capítulo sobre el perfil profesional de las colegiadas/as en activo encontramos datos tan interesantes como el hecho de que la evolución de la estructura familiar de los profesionales haya pasado de un 61% de personas solteras con respecto a un 39% de casadas en 1976, a un 38% de personas solteras con respecto a 55% de personas casadas en 1993.

También en el tema de la práctica religiosa ha habido cambios importantes. En 1976 habían aproximadamente un 60% de trabajadoras sociales que se declaraban católico practicantes de las cuales un 11% eran religiosas, en 1993 solo el 25% afirman ser católico practicantes. El cambio tan importante que se produce durante estas casi dos décadas en la estructura familiar y religiosa de los trabajadores/as sociales nos indica un avance de la profesión hacia posiciones más laicas.

Otro aspecto sociodemográfico interesante es el que en el año 1976 solo había un 0,35% hombres Asistentes Sociales, en cambio, en el año 1993 nos encontramos que el número de hombres trabajadores sociales era ya del 5%.

La tradicional feminización en el sector de los servicios sociales puede explicarse porque históricamente las mujeres han salido del hogar para trabajar en tareas similares a las domésticas, salvo en épocas de escasez extrema de mano de obra masculina. Así, las mujeres se han dedicado casi siempre al cuidado de otras personas, preferentemente niños, ancianos, personas enfermas o personas con problemas como si este fuera el único rol femenino admitido por la sociedad tradicional. Este tipo de profesiones eran muy poco elegidas por los hombres por motivos económicos y de valoración de status.

La lenta pero progresiva incorporación de los hombres a la profesión y la pérdida de determinadas características sociodemográficas han ido reduciendo la base de determinados estereotipos que daban, y que a veces aún dan, una imagen inexacta de la profesión y de sus profesionales.

Cuando hacemos referencia a las características de la situación laboral observamos una interesante información sobre las formas de contrato, afiliación sindical, nivel de satisfacción laboral etc., si profundizamos en la actividad laboral tenemos que más de la mitad de los trabajadores/as sociales en activo desarrollan su actividad en equipos de atención primaria polivalente. Al clasificar la actividad por sectores tenemos que más de una cuarta parte desarrollan su actividad en el campo de la 3ª edad y si lo

estudiamos por especialidades igualmente, más de una cuarta parte de trabajadores/as sociales se encuentran trabajando en sanidad.

La tasa de actividad en trabajadores/as sociales colegiados en el momento del estudio (año 1993) era del 95,5%, la mayoría de ellos estaban trabajando como asalariados en la Administración en el medio urbano.

Actualmente este dato ha cambiado ya que han aparecido nuevas promociones de trabajadores/as sociales que no han tenido acceso a la Administración y al ser una profesión sin antecedentes importantes de desarrollo laboral dentro del campo privado, ni en el libre ejercicio profesional, en estos momentos, el colectivo se ve forzado a ejercer un fuerte planteamiento sobre las futuras salidas profesionales para los recién titulados que no pueda absorber la Administración pública.

Respecto a los contenidos de la actividad me gustaría destacar entre otras informaciones la visualización de un cierto malestar entre los trabajadores/as sociales con respecto a su profesión cuando, un 47,4% de los trabajadores/as sociales manifiestan que habitualmente realizan tareas que no son propias de su profesión, un 68% de los profesionales en ejercicio opinan que las funciones del trabajador/a social no están bien delimitadas en su puesto de trabajo y un 77,3% creen que no lo están en el conjunto de la profesión.

Un 62% de los trabajadores/as sociales en ejercicio dedican su tiempo a tareas relacionadas con la atención directa al usuario, pero el hecho de que el 98% de los trabajadores/as sociales creen que la

profesión es a su vez adecuada para desempeñar cargos y funciones gerenciales, en centros de servicios sociales u otros relacionados con el bienestar, en donde la mayoría de directivos son licenciados superiores de otras ciencias sociales, también genera un malestar importante. Esta situación podría interpretarse por la poca movilidad vertical de los trabajadores/as y por las directrices que, ya sean de tipo organizativo o de dirección, se establecen con respecto al contenido y funciones de los trabajadores/as sociales y que quedan desvirtuadas por no estar representadas en las áreas de poder.

Hay que tener en cuenta que la poca movilidad vertical de los trabajadores sociales viene originada por dos factores sociales:

El primero es que las Administraciones Públicas tienen regulado el acceso a profesionales con titulación superior para el desempeño determinadas funciones directivas en Servicios, esta circunstancia marca la pauta en empresas del sector con carácter privado y en otros ámbitos de la propia Administración donde no hay una regulación que especifique la necesidad de poseer una titulación superior para el ascenso.

El segundo factor a tener en cuenta es el gran número de titulados superiores en otras ciencias sociales que han surgido de nuestras universidades durante las dos últimas décadas y que presionan el mercado laboral en busca de empleo.

Los resultados anteriores también podríamos relacionarlos con una explicación que sería originaria del porqué

históricamente la mujer ha sido admitida sólo en algunas ocupaciones (las más relacionadas con el cuidado de las personas), hacia estudios más cortos en duración, menos cualificados y, consiguientemente, asociados con puestos de trabajo peor remunerados y con menor poder. Estos conceptos nos aportarían igualmente la explicación del porque los varones trabajadores sociales siendo sólo un 5% del total de la población tengan más cargos directivos que las mujeres.

En cuanto a las funciones y el intrusismo profesional, el 45% de los colegiados en ejercicio manifiestan haber sufrido problemas de intrusismo. Los menores de 30 años son los que declaran haber sufrido más experiencias de intrusismo (54,5%). Por otra parte el intrusismo también tiene conexión con el ejercicio de cargos y de funciones ya que precisamente los trabajadores/as sociales mayores de 30 años que declaran sufrir intrusismo son los que más conflictos tienen con sus superiores respecto a la atribución de funciones.

Se ha observado que las cuestiones referidas al intrusismo tienen relación con las dos partes de la población estudiada pero por diferentes motivos, en el caso de las personas más jóvenes con la carrera recién acabada y falta de experiencia profesional, el intrusismo tiene una relación directa con la frontera entre el trabajo remunerado con su precariedad laboral y el trabajo no remunerado en el que se entraría dentro del trabajo voluntario con todos sus aspectos variables.

El segundo aspecto del intrusismo vendría originado por la falta de técnicos trabajadores/as sociales en puestos de

dirección que delimitaran bien las funciones de los trabajadores/as sociales y también por la fragilidad de las propias instituciones de Servicios Sociales que se encuentran en la frontera de la capacidad de cobertura del Estado del Bienestar.

El capítulo que hace referencia a la imagen y al prestigio de la profesión ofrece los resultados de las opiniones de los trabajadores/as sociales, su auto-imagen, la que tienen otros profesionales entrevistados y la que tiene el gran público.

Uno de los aspectos destacables de este capítulo es que se confirma el desconocimiento que tiene el público catalán de la profesión de trabajador/a social. El 57% de los trabajadores/as sociales entrevistados opinan que el público conoce muy poco su profesión y tienen razón ya que el 71% del público opina que no conoce la profesión, y las pocas personas que manifiestan conocerla son porque han utilizado alguna vez sus servicios, y siempre la identifican dentro del ámbito de los servicios personales.

Esta falta de proyección de imagen pública se puede relacionar con aspectos de falta de presencia en centros de poder de decisión y falta de estructura jerárquica dentro de muchas de las organizaciones donde se desarrolla la ocupación del Trabajo Social. Esta situación conlleva a desfigurar las funciones y los contenidos del Trabajo Social que acaban confundiendo con los de otros profesionales adscritos a las mismas o a otras instituciones de bienestar, hasta tal extremo que los medios de comunicación social confunden ocupaciones de diferentes profesionales de Servicios Sociales u otros servicios del

bienestar, y así lo difunden, con lo cual se ofrece una imagen distorsionada o nula de la profesión al público en general.

Me gustaría resaltar también algunos de los aspectos que el estudio proporciona al análisis del prestigio de la profesión de trabajador/a social y que tienen una explicación dentro de los aspectos económicos y los valores de la sociedad occidental.

En primer lugar hay que señalar que el prestigio es el resultado de dos factores, un sistema de valores y la importancia funcional de los papeles encuadrados en la estructura ocupacional de la sociedad. El poco prestigio que la sociedad da a la profesión de trabajador/a social tiene relación directa con el hecho de que el Trabajo Social pertenezca al grupo de profesiones frontera entre la economía y la sociedad.

El Trabajo Social pertenece a la "Economía de los recursos", es decir, a los fenómenos económicos de la producción y distribución de recursos escasos y susceptibles de uso alternativo, aspecto muy poco desarrollado y valorado dentro de la economía tradicional en la sociedad occidental. De hecho la economía como disciplina científica se ha concentrado en el estudio de las mercancías (entre ellas, los objetos, el trabajo y el capital) y se ha olvidado casi por completo del estudio de la dimensión económica de los recursos que no se utilizan directamente para el mercado.

El que sea el Trabajo Social una profesión con débiles estructuras jerárquicas y poca proyección dentro de las estructuras de poder debilita su encuadre dentro de la estructura ocupacional de la sociedad y la

hace permanecer de forma permanente en la frontera del ámbito público privado. Por lo tanto es lógico que los trabajadores/as sociales entrevistados perciban que la sociedad valore más positivamente las profesiones donde se da una mayor rentabilidad económica de forma directa, que las profesiones relacionadas con trabajos de ayuda a los individuos y movilización de recursos ya que este tipo de trabajos y su prestigio, están quedando siempre a merced de un mayor o menor desarrollo del Estado del Bienestar.

Del capítulo dedicado a la formación y estudios de Trabajo Social me ha parecido interesante destacar que en escala del 1 al 10 los trabajadores/as sociales valoran la formación recibida en sus estudios de carrera con un 6,3% por lo tanto, la formación recibida por los profesionales en el momento en que cursaron sus estudios ha estado bastante bien valorada.

Otro de los datos significativos con respecto a la formación es que un 62% de los entrevistados, una vez finalizada la carrera, han realizado cursos de especialización relacionados con el Trabajo Social. Parece ser que existe una necesidad importante de recibir formación especializada una vez acabada la carrera, principalmente con fines de asentar conocimientos en especialidades y para promoción laboral.

Cabe destacar que un 84,2% de los trabajadores/as sociales colegiados están a favor de la licenciatura de Trabajo Social, un 12% de los trabajadores/as sociales acreditaban titulación universitaria de grado superior en el momento de la entrevista y parece que la tendencia está en aumento ya que un 32% de los trabajadores/as sociales dispondrá a corto plazo de un segundo

título universitario. Esta situación puede tener relación con la necesidad de configurar un marco profesional que pueda dar un cuerpo teórico más definido, en el cual se puedan diferenciar dentro de la estructura ocupacional de la sociedad campos específicos de actuación y reconocimiento profesional.

La transformación de los estudios en licenciatura permitiría la construcción de un cuerpo teórico propio que permitiría definir mejor las diferencias con el resto de profesionales licenciados en el campo de las ciencias sociales, aportaría mas posibilidades para acceder a cargos de dirección y docencia, aumentaría la heterogeneidad del colectivo profesional y produciría una mayor proyección de imagen pública.

Finalmente, en el último capítulo, el estudio sitúa la profesión de Trabajo Social en el marco de los actuales cambios económicos y sociales que afectan el Estado de Bienestar y los Sistemas de Protección Social. También en este capítulo se vislumbran nuevas formas de gestión ante nuevas problemáticas.

La percepción que los trabajadores/as sociales tienen de la evolución de su actividad en función de los cambios del Estado del Bienestar es que; el tipo de usuario cambiará y se incrementará la demanda de personas que se encuentren en situaciones de desempleo de larga duración, sin que por ello sean personas con componentes de marginación en su trayectoria de vida. También habrá un aumento en la demanda de prestaciones por parte de personas de tercera edad y de personas inmigrantes de países menos desarrollados.

Si se desarrollan estos pronósticos habrá un incremento en el trabajo social de atención directa al usuario que a su vez incrementara la gestión y la tramitación de documentos.

Estas nuevas situaciones producirán a la larga una mayor necesidad de relaciones entre los diversos sistemas de protección social (Servicios Sociales trabajo sanidad etc.) y obligaran a un mayor desarrollo de programas interdepartamentales para poder hacer frente a necesidades pluridisciplinarias.

Las conclusiones de este estudio, vislumbradas en parte a lo largo del artículo, están estructuradas entorno a los temas descritos anteriormente, destacando los datos más interesantes sobre la situación actual de la profesión, con sus correspondientes reflexiones y acabando finalmente con una serie de recomendaciones que señalan posibles líneas de estudio, de acción y de investigación futuras.

Este estudio es una fotografía interesante de la situación de la profesión de Trabajo Social en Cataluña en un momento determinado (años 1992-1993). La comparación entre el estudio del año 1976 de Estruch i Güell, y el actual trabajo nos han servido para comprobar los grandes avances profesionales conseguidos a pesar de los problemas existentes.

Aunque en algún aspecto, esta investigación se tiene que situar ya dentro de una perspectiva histórica, sigue teniendo muchos elementos de actualidad y de reflexión suficientemente interesantes, ya sea para los profesionales, como para las entidades y organizaciones interesadas en el Trabajo Social.

# Títulos de la Revista publicados

Nº 0 a 4: ARTICULOS SUELTOS (agotado)

Nº 5 a 8: ARTICULOS SUELTOS (agotado)

Nº 9: DOSSIER MENORES

Nº10: MUNICIPIO Y S. SOCIALES

Nº11-12: DOSSIER MINUSVALIAS

Nº 13: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (agotado)

Nº 14: TERCERA EDAD (agotado)

Nº 15: SALARIO SOCIAL

Nº 16: TRABAJO SOCIAL Y JUSTICIA

Nº 17: TRABAJO SOCIAL Y EMPRESA

Nº 18: TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA

Nº 19: SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL

Nº 20: TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA. SITUACION Y PERSPECTIVAS

Nº 21: LAS NECESIDADES SOCIALES

Nº 22: AREAS DE BIENESTAR SOCIAL Y ACCIONES INTEGRADAS (agotado)

Nº 23: ARTICULOS SUELTOS

Nº 24: ARTICULOS SUELTOS

Nº 25: LA SUPERVISION

Nº 26: V JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL

Nº 27: APORTACIONES PROFESIONALES LIBRES AL VII CONGRESO ESTATAL

Nº 28: LA INMIGRACION

Nº 29: ARTICULOS SUELTOS

Nº 30: EVALUACION

Nº 31-32: INCIDENCIA DE LA CRISIS EN EL ESTADO DE BIENESTAR

Nº 33: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (I)

Nº 34: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (II)

Nº 35: NUEVAS NECESIDADES/NUEVAS RESPUESTAS

Nº 36: LA ARTICULACION DEL TEJIDO SOCIAL

Nº 37: JUVENTUD

Nº 38: EXCLUSION SOCIAL

Nº 39: LA FORMACION PARA EL TRABAJO SOCIAL. NUEVOS RETOS

Nº 40: COMUNIDAD Y TRABAJO SOCIAL

Nº 41: ETICA EN LA INTERVENCION SOCIAL

Nº 42: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (I)

Nº 43: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (II)

Nº 44: INTERCULTURALIDAD

Nº 45: NUEVA PERSPECTIVA DE GENERO

**Nº 46: TRABAJO EN EQUIPO**

Próximas publicaciones:

Nº 47: AMBITO LOCAL Y VIDA COTIDIANA

Nº 48: IMÁGEN, COMUNICACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL

# Publicaciones del Consejo General

## Colección "Trabajo Social"

### Serie "Libros"

1. Introducción al Bienestar Social. (Agotado).
2. Política social y crisis económica. (Agotado).
3. Los Servicios Sociales en una perspectiva internacional. 1.605 pesetas.
4. Los Servicios Sociales I. 985 pesetas.
5. Los Servicios Sociales II. 1.265 pesetas.
6. Nuevos paradigmas en Trabajo Social. Lo social natural. 960 pesetas.

### Serie "Documentos"

1. Dos documentos básicos en Trabajo Social. (Agotado).
2. Cuatro siglos de acción social. De la beneficencia al Bienestar Social. Seminario de historia de la acción social. (Agotado).
3. Primeras Jornadas Europeas de Servicios Sociales. Países del Area Mediterránea. 325 pesetas.
4. Un modelo de ficha social. Manual de utilización. 755 pesetas.
5. Servicio Social de ayuda a domicilio. I Jornadas Internacionales. (Agotado).
6. Los Servicios Sociales Comunitarios. (Agotado).
7. Los Servicios Sociales en el medio rural. (Agotado).
8. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios. 860 pesetas.
9. Seguimiento de la gestión de los Servicios Sociales Comunitarios. Propuesta de un sistema de indicadores (Agotado).

### Serie "Papeles"

1. II Jornadas de Servicios Sociales en el medio rural. Carmona 1987. 1.500 pesetas.

2. La ética del trabajo social: Principios y criterios. 400 pesetas.

### Serie "Cuadernos"

1. Relación entre servicios Sociales y Sanitarios. (Agotado).
2. La Formación en la gerencia de Servicios Sociales. 660 pesetas.
3. Voluntariado y Centros de Servicios Sociales. 700 pesetas.
4. La animación sociocultural: una alternativa para la tercera edad. 710 pesetas.
5. Trabajo Social en los Servicios Sociales Comunitarios. 960 pesetas.
6. El trabajador social en los servicios de apoyo a la Educación. 1.010 pesetas.

### Serie "Textos Universitarios"

1. Los Centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo. (Agotado).
2. Procedimientos y proceso en Trabajo Social Clínico. 960 pesetas.
3. Aproximaciones al Trabajo Social. 2.300 pesetas.

#### Distribuye:

Siglo XXI de España Editores  
Calle Plaza, 5 28043-MADRID  
Teléfono 91 759 48 09

#### Venta directa:

- Librerías especializadas
- Consejo General de DTS y AA.SS.  
Calle Campomanes, 10  
28013-MADRID  
Teléfonos 91 541 57 76 - 91 541 57 77

## Presentación de artículos indicaciones generales

1. La Revista de Servicios Sociales y Política Social, como instrumento de difusión y comunicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, está abierta a la publicación de trabajos y aportaciones de todos los Diplomados en Trabajo Social así como de profesionales de otras disciplinas, que con su complementariedad y especificidad, enriquezcan el quehacer profesional.
2. Trabajos publicables:
  - Investigaciones: empíricas o aplicadas.
  - Trabajos de reflexión y recopilación teórica.
  - Trabajos de descripción y análisis metodológico.
  - Relatos de intervenciones sociales: modelos y resultados.
  - Experiencias prácticas (análisis y conclusiones), etc.Referidos a Trabajo Social, Política Social y Servicios Sociales.
3. Presentación de artículos:
  - Los artículos deberán ser remitidos a la Sede del Consejo General Campomanes, 10,1º -28013 Madrid.
  - Mecanografiados en papel tamaño DIN-A4, a doble espacio, por una sola cara y copia en soporte magnético bajo programas para MS-DOS Word Perfect versiones 4.2, 5.0, 5.1 ó 6.0 y Word versión 5.5; para Windows: Word Perfect versiones 5.1, 5.2 ó 6.0 y Word versiones 1.0, 2.0 y 6.0.
  - La extensión deberá atenerse a:
    - \* Mínimo de 12 folios.
    - \* Máximo de 40.
  - El autor o los autores adjuntarán al artículo un "Abstract" o resumen no superior a 10 líneas en español y si es posible en inglés, así como cinco o seis "palabras clave" del artículo (igualmente en castellano y en inglés).
  - Los cuadros y gráficos en número limitado se detallarán en hoja aparte, con indicación de página y espacio donde deberán insertarse.
  - Las anotaciones, referencias bibliográficas, etc., deberán ir colocados al final del artículo, todas seguidas, y se numerarán por orden de aparición en el texto y deberán ajustarse a algún criterio o normativa, aceptado internacionalmente. En todo caso deberán incluir APELLIDOS y nombre del autor/es. TÍTULO DEL LIBRO. Ciudad/País donde se edita. Nombre de la Editorial. Año de la edición. En caso de revistas, además de los APELLIDOS y nombre del autor/es, el "Título del artículo al que se hace referencia". NOMBRE DE LA REVISTA DONDE SE PUBLICA. Mes y año. Número de la revista y páginas que contienen dicho artículo. Las ponencias de Congresos y otros tipos de documentos, deberán estar



## Presentación de artículos indicaciones generales

debidamente referenciados para su posible localización por los lectores interesados. En los documentos no publicados deberá hacerse especial mención a esa característica.

- Junto al artículo, el autor deberá remitir, en folio separado, sus datos personales:

- \* Nombre y apellidos.
- \* Domicilio y teléfono de contacto.
- \* Profesión, lugar de trabajo.
- \* Experiencia de campo.
- \* Otras publicaciones.
- \* Título del artículo, con indicación de si ha sido presentado y/o expuesto en algún otro medio.

#### 4. Contenido de los artículos.

Se exigirán unos mínimos de calidad técnica y científica para la publicación de los artículos. El Comité Editorial, ajustándose a los criterios que este órgano tiene establecidos, velará y valorará los mismos.

El contenido desarrollado en los artículos deberá incidir fundamentalmente en el trabajo social tanto como disciplina, como práctica; en las modificaciones de la Política Social y sus repercusiones; consolidación y/o retroceso en reconocimiento de derechos sociales; Trabajo Social en los diferentes sistemas; análisis y sistematización de metodología, técnicas, etc.

El desarrollo o descripción del artículo deberá ajustarse a un esquema lógico-científico que garantice, de un lado, la facilidad de comprensión y, de otro, el cumplimiento de un mínimo rigor científico (introducción y/o explicación), desarrollo, exposición de datos, análisis, metodología, utilidad y conclusiones y bibliografía.

La inclusión de macros, tablas y gráficos deberá limitarse a la estrictamente indispensable, evitando en todo caso el abuso de su utilización.

Los artículos que no sean inéditos se publicarán en función de dos criterios:

1º Que su difusión haya sido en algún medio de difícil acceso a los Diplomados en Trabajo Social.

2º Que haya sido publicado en otro idioma.

5. Los artículos serán propiedad del Consejo, salvo cuando estos hubieran sido publicados con anterioridad.
6. El Comité Editorial valorará todos los artículos recibidos. La decisión será comunicada al articulista, y en caso de no aceptación, le serán devueltos los artículos correspondientes; en caso de aceptación, el articulista recibirá una notificación y 3 ejemplares de la revista en que sean publicados sus trabajos.

# Suscripción

## Revista de Servicios Sociales y Política Social

**Tarifa** anual según categoría (4 números).

- Colegiados o estudiantes ..... 3.400 Pts.  
(Aportar fotocopia acreditativa)
- Resto ..... 3.800 Pts.
- Extranjero ..... 5.000 Pts.

**Suscripción** para el año 1999

Nombre .....

Dirección .....

Población.....C.P. ....

Provincia .....

Teléfono ..... Fax .....

NIF .....

**Datos**

Banco .....

Domicilio .....

Población.....

Titular de la cuenta .....

**Forma de pago:**

- Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros.  
(En este caso cumplimentar la siguiente columna).
- Transferencia (adjuntar comprobante) a Banco Popular. C/ Gran Vía, 67. 28013 Madrid.  
c/c. 60/12843-73.
- Giro Postal al Consejo General.

Nº de la cuenta (CCC)

Entidad:		Código cuenta cliente (CCC)			Núm. de cuenta	
Ofic.	DC					

Sírvase tomar nota y atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista de Servicios Sociales y Política Social.

**Enviar** este boletín a:

Revista de Servicios Sociales y Política Social.  
C/ Campomanes, 10 1º.  
28013 Madrid.

Fecha.....

(Firma)