

II CONGRESO NACIONAL  
DE ASISTENTES SOCIALES



# COMUNICACIONES

Madrid, 1 al 4 de junio 1972

8

CE  
2



II CONGRESO NACIONAL DE AA.SS. Secretaría Técnica

COMUNICACIONES

|   | <u>Página</u> |
|---|---------------|
| <u>PONENCIA:</u> "Situación actual del trabajo social" .....  | 1             |
| Núm. 1.- Organización del servicio de Asistencia Social y misiones -<br>fundamentales a verificar por las asistentes sociales adscritas a los servicios médicos de mutualidades laborales.... | 1             |
| Núm. 2.- El departamento de Asistencia Social de la Cátedra de Psiquiatría de Valladolid.....   | 4             |
| Núm. 3.- Visión jurídica actual del Asistente Social.....   | 11            |
| Núm. 4.- La emigración, nuevo campo de acción para el Trabajo Social .....  | 16            |
| Núm. 5.- Trabajo Social con ancianos .....  | 22            |
| Núm. 6.- Trabajo Social en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar .....   | 29            |
| Núm. 7.- Educación Sanitaria y Social de la población y Servicio Social Hospitalario .....  | 36            |
| Núm. 8.- Evolución y perspectivas del trabajo de servicio social en la región extremeña.....  | 38            |
| Consideraciones sobre el trabajo social .....   | 51            |
| <br><u>PONENCIA:</u> "El Trabajo Social en el Proceso administrativo".  |               |
| Núm. 1.- Labor del Asistente Social en la Administración Civil del -<br>Estado, Provincia y Municipio .....   | 62            |
| Núm. 2.- Incidencia de nuestra actividad profesional en el desarrollo de recursos sociales previstos en el XI Plan de Inversiones del Fondo Nacional de Protección al Trabajo.....            | 77            |
| Núm. 3.- Evolución del Trabajo Social de Empresa.....   | 82            |
| Núm. 4.- Una posible Acción Social .....  | 86            |
| Núm. 5.- Asistencia Social en el Campo Escolar .....  | 92            |
| Núm. 6.- Doble función de la Asistencia Social en Psiquiatría.....  | 98            |

R. 10- II

Página

PONENCIA: "La investigación en Trabajo Social".

|  |     |
|--|-----|
| Núm. 1.- Problemática de la Investigación en el Trabajo Social.....  | 111 |
| Núm. 2.- La profesión de Asistente Social a través de la documentación de las Asociaciones .....   | 117 |
| Núm. 3.- Investigación del Trabajo Social desarrollado en el Departamento Asistencia Social de una Diputación Provincial.....  | 123 |
| Núm. 4.- Estudio Socio-Económico y Familiar de los chicos ingresados en el Instituto San José.....   | 135 |
| Núm. 5.- Investigación en el país Valenciano, sobre el método de Trabajo Social .....  | 140 |
| Núm. 6.- Motivación para la Maternidad en la madre soltera. Investigación del Servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar del Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla ..... | 149 |
| Núm. 7.- Perfil Psicológico del Asistente Social .....   | 159 |
| Núm. 8.- Investigación del método de Servicio Social de grupo.....   | 164 |
| Núm. 9.- Estudio de un grupo de enfermos alcohólicos. Experiencia en Investigación de Trabajo Social .....   | 178 |

PONENCIA: "Formación".

|   |     |
|---|-----|
| Núm. 1.- Integración Teórico-Práctica de alumnas y profesionales del Servicio Social den el Campo Hospitalario..... | 193 |
| Núm. 2.- Contenido Enseñanza Teórico-Práctica.....  | 197 |
| Núm. 3.- La Supervisión como método de superación profesional.....  | 202 |

--000--

PONENCIA: "Situación actual del Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 1: ORGANIZACION DEL SERVICIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y MISIONES FUNDAMENTALES A VERIFICAR POR LAS ASISTENTES SOCIALES ADSCRITAS A LOS SERVICIOS MEDICOS DE MUTUALIDADES LABORALES.

PRESENTADA POR: Asistentes Sociales de Mutualidades Laborales. Madrid.

A partir de marzo de 1971, y con motivo de haberse montado los Servicios Médicos de Inspección de Accidentes de Trabajo y de Asesoramiento Médico-Social del Mutualismo Laboral, comenzaron a prestar servicios en Madrid, adscritas a los referidos Servicios Médicos, una plantilla de Asistentes Sociales. También en provincias fueron adscritas Asistentes Sociales con el mismo fin.

Las funciones fundamentales encargadas a las Asistentes Sociales se pueden recoger en los siguientes conceptos:

- 1.- Servicio de permanencia social.
- 2.- Visitas y gestiones.
- 3.- Organización del Departamento de Asistencia Social.
- 4.- Relaciones con los Servicios Centrales.

1.- SERVICIO DE PERMANENCIA SOCIAL

1.1.- Recibir a pensionistas y mutualistas (accidentados, enfermos, etc) que, ese día estén citados a inspección médica, a fin de tomar el primer contacto con ellos y tratar de detectar los posibles problemas sociales. Este primer contacto servirá, al mismo tiempo, para que lleguen a conocer la existencia del Departamento de Asistencia Social y sus fines.

1.2.- Recibir, con el mismo fin, a los solicitantes de prestaciones de asistencia social que pasen por los Servicios Médicos.

1.3.- Atender, en su caso, a todas aquellas personas que presenten algún problema social.

1.4.- Citar a todos aquellos a quienes se les está llevando un caso social y haya que entrevistar.

2.- VISITAS Y GESTIONES

Pensionistas.

Accidentados.

Prestaciones de asistencia social.

Situación social de los funcionarios.

2.1.- Pensionistas. Colaborarán con los Servicios Médicos de Mutualidades Laborales en cuanto a la situación social de los pensionistas de las mismas, considerando en todo momento, la trascendental labor humana que se puede llevar a cabo actuando sobre la especial psicología del enfermo o anciano.

2.2.- Accidentados. Visitarán a los accidentados interesándose por su hospitalización, necesidades familiares y personales, facilitando la solución de los asuntos pendientes en materia laboral o de Seguridad Social.

Establecerán contacto con los familiares de los accidentados, de modo especial cuando el accidente sea grave o de lugar a fallecimiento.

Asesorarán a las empresas y trabajadores sobre cuestiones de seguridad social, especialmente en lo relativo a accidentes de trabajo, informando en los expedientes de asistencia social referente a los mismos.

Llevarán a cabo una estrecha colaboración con los Servicios Médicos, para alcanzar una mayor eficacia en las misiones encomendadas para el control y vigilancia de la asistencia sanitaria y disminución del absentismo laboral realizando su labor en domicilios, clínicas, centros, hospitalarios y empresas.

Intervendrán, informando a los Servicios Médicos, cuando una situación de baja en el trabajo por accidente, sea de larga duración, pudiendo dar lugar a problemas psicológicos, económicos, familiares, etc.

Orientarán al trabajador cuando a consecuencia del accidente pueda sobrevinir cualquier tipo de invalidez, en cuyo caso será labor de la Asistente Social, informarle respecto a sus derechos y deberes, ayudándole a aprovechar al máximo los recursos de la comunidad.

En cualquiera de los casos expuestos anteriormente, la Asistente Social asesorada por el médico que atienda al accidentado, deberá estudiar las posibilidades de recuperación laboral del mismo, a fin de orientarle sobre la forma de realizar cursos de reeducación en un trabajo adecuado a su nueva condición gestionándole, si fuera necesario, prestaciones de asistencia social hasta tanto se solucione dicha situación.

2.3.- Prestaciones de asistencia social. Estudiarán cuantos informes sobre prestaciones de asistencia social sean solicitados por los Organos de Gobierno de las Entidades Mutualistas (a través de los Servicios Médicos), realizando las gestiones que fueran necesarias hasta conseguir un informe concreto y objetivo del caso, poniéndose en contacto con el mutualista afectado y comunicando a la Mutualidad correspondiente los resultados obtenidos.

2.4.- Situación social de los funcionarios. Colaborarán, siguiendo sus indicaciones, con los Servicios Médicos y Administrativos del Mutualismo Laboral en todo lo referente a la situación social y humana de los funcionarios exponiendo sus problemas a estos organismos y sugiriendo posibles soluciones.

--oOo--

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "Situación del Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 2: EL DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA SOCIAL DE LA CATEDRA DE PSIQUIATRIA DE VALLADOLID.

PRESENTADA POR: Alicia García Fernández. Asistente Social. Valladolid.

I.- La moderna Psiquiatría, que comenzó estudiando el cerebro para -- más tarde inquietarse por los acontecimientos vitales-individuales del enfermo mental, ha adquirido últimamente un matiz sociológico indiscutible que impregna todos los aspectos genéticos, profilácticos y terapéuticos que la enfermedad mental implica.

Los enfermos psíquicos son débiles sociales, ya que toda persona que padece psíquicamente se sitúa en inferioridad de condiciones en la lucha por la vida. Desde esta perspectiva el trabajo social resulta imprescindible toda vez que la integración del enfermo al medio es la coronación de la labor terapéutica.

La asistencia social psiquiátrica fundamenta su tarea en las relaciones humanas positivas con toda su compleja dinámica internacional. BERHAN ha afirmado que la labor de la Asistente Social Psiquiátrica (A.S.P.) constituye una actividad específica que ha de derivar de un conocimiento suficiente de la moderna Psiquiatría sociológica y de una capacidad personal para aplicar tales conocimientos al trabajo social.

Ha de partir de un supuesto claramente fundamentado en los hechos: el hombre es un ser en lucha consitante por adaptarse biológica, social y culturalmente y la enfermedad mental significa siempre un menoscabo en su capacidad adaptativa. Así las cosas, todo el esfuerzo de la A.S.P. ha de encaminarse a lograr una óptima adaptación de ese débil social que es el enfermo psíquico al medio familiar, social y laboral, proporcionándole orientación y ayuda.

A nuestro modo de ver, la A.S.P. es una especialista dentro de su profesión. El hecho de haber culminado los estudios de Asistencia Social no faculta a la persona para llevar a cabo una labor eficaz en el campo de la Psiquiatría práctica. Se requieren condiciones personales y una profundización teórica y práctica en las cuestiones de la conducta normal y patológica. Tanto su formación como su posterior trabajo ha de llevarse a cabo en perfecta integración dentro del equipo médico-psiquiátrico. El trabajo social en el campo de la Psiquiatría clínica exige, una comprensión dinámica del comportamiento nor

mal y patológico, la valoración adecuada de las circunstancias socio-culturales y la correcta aplicación de las leyes y principios que rigen las relaciones humanas al área concreta del enfermo psíquico y su medio social, laboral, y familiar.

Remitimos al interesado en estas cuestiones al libro de TIMMS (Psychiatric Social Work. Sprott. Londres. 1964) donde se recogen los aspectos más substanciales de la problemática que brevemente hemos querido resumir.

II.- Durante el transcurso de los dos últimos años hemos trabajado como A.S.P. en la Cátedra de Psiquiatría de Valladolid como elemento integrado en el equipo técnico a cuyo cargo corre el estudio y asistencia de los pacientes mentales de la Policlínica Universitaria y la enseñanza y formación de futuras A.S.P. Esta experiencia nos ha animado a resumir en la presente comunicación algunas cuestiones que nos parecen de interés.

Digamos en principio que hemos intervenido en 1934 casos cuyos diagnósticos clínicos y distribución porcentual quedan recogidos en el cuadro número 1. Como puede verse el mayor porcentaje corresponde a los TRASTORNOS PSICOGENOS, dentro de los cuales se incluyen las distintas variedades clínicas de NEUROSIS, hecho muy comprensible si se tiene en cuenta el carácter de AMBULATORIO o POLICLINICA que tiene el Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valladolid con una reducida capacidad de hospitalización en régimen abierto.

Nuestra intervención puede concretarse en los siguientes puntos:

- 1.- Participación en el PROCESO DIAGNOSTICO.
- 2.- Intervención en la LABOR TERAPEUTICA.
- 3.- Colaboración en la DECISION DEL ALTA.
- 4.- Colaboración en las tareas de INVESTIGACION y ENSEÑANZA.

La intervención en el PROCESO DIAGNOSTICO abarca los siguientes extremos:

- Estudio del medio familiar, puntualizando la estructura y dinámica de la familia, nivel económico y cultural, principios y normas de socialización y grado de adaptación del paciente. Especial interés se muestra en el análisis del rol de cada miembro, relaciones interpersonales e identidad psicológica. El cuadro Nº 2 resume lo más importante al respecto.

- Investigación del medio laboral, analizando los siguientes puntos importantes:

- . Estructura y organización de la empresa o lugar de trabajo del paciente, precisando el curso de la actividad laboral, lugar y condiciones ambientales, nexos de relación con los superiores, compañeros e inferiores y dinámica de los ascensos y traslados, si es que hubiere lugar.

- . Calificación personal y laboral que el paciente merece a la empresa.
- . Nivel de adaptación al medio (conflictos, decepciones, críticas y quejas).

En lo que a la participación en la LABOR TERAPEUTICA se refiere señalamos como más importantes los siguientes puntos:

- Orientación y ajuste de la familia a las circunstancias propias derivadas de la naturaleza del proceso que padece el enfermo.
- Facilitación de la aceptación por parte del paciente de las medidas que exige su tratamiento.
- Adaptación del medio, al paciente, influyendo sobre las circunstancias mesológicas hospitalarias a fin de eliminar dificultades y tratando de coordinar los esfuerzos del equipo médico-psiquiátrico y actuando a nivel del medio familiar y laboral.

Colaboración en las terapias de grupo, organización de recreos y actos de interacción social en los pacientes hospitalizados.

En el momento de la DECISION DE ALTA, la A.S.P. ha de estar en posesión de todos los datos informativos necesarios referentes al medio familiar y laboral a que va a incorporarse el paciente. En este sentido la opinión de la A.S.P. es decisiva en el criterio general del grupo terapéutico, de forma que solamente cuando las circunstancias del medio sean suficientemente favorables debe propiciarse su reintegración.

Tanto en los enfermos hospitalizados como en aquellos otros atendidos en régimen ambulatorio, la A.S.P. debe intervenir activamente subrayando la importancia de seguir las indicaciones terapéuticas, orientando si fuere preciso a paciente y familiar respecto de los recursos de la comunidad y forma de utilizarlos.

Es obvio que el control post-cura corre de cargo de la A.S.P., quien debe informar puntualmente al equipo médico-terapéutico de la evolución de cada caso. Es también competencia de la A.S.P., la intervención sobre el medio con el fin de facilitar la adaptación del paciente a la circunstancia familiar y laboral y sobre el propio enfermo con vistas a una adecuada integración.

Nuestra intervención en las tareas de INVESTIGACION Y ENSEÑANZA se ha centrado en dos puntos importantes. De un lado hemos colaborado con el grupo médico-terapéutico en la recogida de datos y análisis de los mismos, relativos a los factores socio-patogénicos y epidemiológicos necesarios para la progresión de los distintos trabajos de investigación que se llevaron a cabo o están en curso de realización. Señalamos al respecto los siguientes ya publicados o comunicados a distintas reuniones y Congresos:

- Factores psicosociales en la enuresis infantil
- Suicidio en gerontopsiquiatría.
- Factores determinantes y de mantenimiento de la descompensación en la patología mental de los ancianos.
- Factores sociales en la histeria actual.

III. Creemos que lo dicho hasta ahora viene a ser lo fundamental del trabajo de asistencial social en Psiquiatría, tal como puede deducirse de nuestra personal experiencia. La naturaleza y circunstancias de esta labor exigen unos procedimientos metodológicos que pasamos a reseñar a continuación.

En primer lugar subrayamos la importancia de una buena integración en el equipo médico-terapéutico. Para ello es imprescindible la asistencia a las reuniones de grupo, sesiones clínicas y seminarios con el fin de conocer los criterios diagnósticos individuales y la orientación terapéutica de cada caso. La A.S.P. debe hacerse presente en la recepción de los enfermos con el fin de servir de intermediaria entre estos y los distintos elementos del equipo.

Las visitas al hogar y a las distintas empresas, las entrevistas a familiares, compañeros de trabajo, superiores jerárquicos y subordinados son, por supuesto inexcusables. La información así recogida, insistimos, tiene un valor inestimable en las periódicas discusiones de grupo que se llevan a cabo en el Servicio donde trabajamos.

Un rendimiento suficiente exige, al menos, la elaboración y adecuada utilización de un fichero de casos y otro de recursos de la comunidad. Ambos son imprescindibles si la A.S.P. quiere colaborar eficazmente en la asistencia de los pacientes mentales y en la investigación psiquiátrica.

Una última cuestión queremos considerar finalmente. Nos referimos a la enseñanza y formación de las futuras A.S.P. Nuestra experiencia en este terreno nos anima a insistir en la conveniencia de una selección de aspirantes mediante un estudio de la personalidad, nivel intelectual y capacidad de adaptación al cargo de la Sección de Psicología Clínica del propio Departamento, con el fin de eliminar casos concretos que pudieran constituir un obstáculo serio para el trabajo de asistencia social. La programación de lecciones teóricas es también imprescindible. En este sentido nos parecen de especial interés las cuestiones referentes a psicodinamia de la conducta, psicología de la relación médico-paciente, relaciones asistente social-paciente y familia, nociones de clínica psiquiátrica y psicoterapia. Es asimismo imprescindible un control de la actividad de las aspirantes y la valoración periódica de sus rendimientos.

IV.- En resumen. Hemos querido dar cuenta en esta comunicación de nuestra experiencia en el trabajo social psiquiátrico durante los dos años que llevamos colaborando en el Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valladolid, cuya característica fundamental consiste en estar integrado en un Hospital General Universitario.

Tras meditar detenidamente a cerca de la importancia de esta labor hemos llegado a concluir que todo el interés se centra en dos cuestiones fundamentales:

- Colaborar con el equipo y actuar sobre el paciente a fin de que éste sea capaz de desarrollar al máximo sus posibilidades, la capacidad de adaptación con vistas a una buena integración social.
- Influir sobre el medio social, familiar y laboral de forma que acepte al paciente mental como una persona provista de idéntica dignidad que el resto de los seres humanos.

Difícilmente se podrán lograr ambos objetivos si no se comienza por mentalizar a la sociedad en este sentido. Y aquí también la labor de la A.S.P. puede tener una gran eficacia. Su actuación debe ser siempre transmisora de un principio fundamental: las enfermedades mentales no son afecciones del ser individual, sino del hombre social, de un hombre que necesita ser aceptado por los demás para alcanzar la salud.

CATEDRA DE PSIQUIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

VALLADOLID

Prof. Dr. D. BENITO-ARRANZ.

DATOS ESTADISTICOS

Bienio 1.970 - 1.971

| Diagnóstico                                  | Nº casos | %      |
|--|----------|--------|
| Trastornos psicógenos .....                  | 590      | 30 %   |
| Trastornos psicósomáticos .....              | 420      | 21,6 % |
| Psicosis afectivas .....                     | 246      | 12,6 % |
| Toxicomanías y alteraciones personalidad...  | 245      | 12,6 % |
| Oligofrenias .....                           | 126      | 6,2 %  |
| Alt. mentales de fundamento orgánico .....   | 110      | 5,6 %  |
| Normalidad psíquica y casos sin diagnosticar | 62       | 3,2 %  |
| Alteraciones mentales senilidad .....        | 60       | 3,1 %  |
| Psicosis esquizofrénicas .....               | 42       | 2,1 %  |
| Delirios crónicos .....                      | 33       | 1,6 %  |

CATEDRA DE PSIQUIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VALLADOLID

Prof. Dr. S. BENITO-ARRANZ.

M E D I O F A M I L I A R

1.- Estructura del grupo familiar.

2.- Rol de los miembros:

MARIDO.- Adaptación. Función paternal: autoridad, capacidad de decisión. Facilitar el desarrollo personal de los hijos. Distanciamiento emocional. Proteccionismo.

ESPOSA - Capacidad personal. Adaptación. Reacciones emocionales. - Valoración de la realidad. Rol materno y motivaciones del mismo (satisfacción orgullo, superación sentimiento, insuficiencia, rechazo maternidad).

HIJOS - Conflictos y actitud (agresividad, aislamiento, ansiedad)

3.- Relaciones interpersonales:

Desarrollo del rol. Reacción frente a frustraciones y conflictos familiares. Grado de independencia psicológica y económica del paciente.

4.- Relaciones con el medio extrafamiliar:

Frecuencia y matiz de las mismas. Homeostasis psicossocial.

5.- Vivienda. Nivel Económico. Nivel Cultural.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "Situación del Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 3: VISION JURIDICAL ACTUAL DEL ASISTENTE SOCIAL.

PRESENTADA POR: Sor María Somalo. Asistente Social, Madrid.

La situación actual del Servicio Social en España, viene dada por su lenta evolución y los condicionantes y características de su nacimiento.

Esta actividad, en sus comienzos, se confunde con una mera asistencia -- al individuo en sus necesidades básicas. Superado hoy este aspecto de beneficencia, el técnico en Servicio Social no desarrolla una labor benéfica, sino que "contribuye a una adaptación mutua entre los individuos y su medio social mediante técnicas y métodos destinados a que los individuos, grupos y comunidades puedan satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de adaptación a un tipo de sociedad que se halla en proceso de evolución, así como por medio de una acción cooperativa para mejorar las condiciones económicas y sociales".

Basa el ejercicio de su profesión en "el reconocimiento de la dignidad -- del ser humano y su capacidad de superación que mediante los procedimientos -- técnicos ayuden a los individuos, grupos y comunidades a valerse por sí mismos y lograr su desarrollo integral".

ANTECEDENTES

Nace en España el Servicio Social, con un marcado matiz confesional. Las actividades profesionales de los Asistentes Sociales, tuvieron en estos comienzos, una proyección apostólica, por lo que se adscriben a instituciones -- de tipo religioso.

Precisamente del sector católico parte la iniciativa de tecnificar la -- Asistencia Social e intentar profesionalizar así la acción social, proporcionando una preparación técnica a quienes trabajaban en obras asistenciales.

Con este objeto se funda la primera Escuela de Asistencia Social en España (Barcelona).

Apartir de esta fecha, 1932, van surgiendo E.E. para la formación de los profesionales de Servicio Social que establece la iniciativa privada, de la -- Iglesia o de organismos para estatales.

Toda esta época. 1932 - 1964, se caracteriza por su carencia absoluta de legislación. Contribuye a ello el desconocimiento de la profesión, de sus funciones, su reciente nacimiento... Por lo que las escuelas de Asistencia Social de común acuerdo y de forma privada, ya que no existe ninguna intervención estatal, elaboran cuestionarios y planes de estudio, implantan profesorado que seleccionan como especialistas de cada asignatura, expiden títulos privados que dan fin a los estudios propios, se crean Asociaciones de profesionales que llegan a federarse...

Los titulados reciben el nombre de "Auxiliares Sociales" y más tarde el de "Asistentes Sociales".

El ejercicio profesional se va abriendo paso en campos de trabajo que cede de la iniciativa privada, sin que de ningún modo se considere oficialmente dicho título.

Esta falta de reconocimiento oficial, tenía por consecuencia la falta de clasificación laboral, de manera que un Asistente Social, según la entidad que le acogiera, tenía consideración de administrativo, azafata, gestor, auxiliar...

Les era aplicable como hasta ahora la Ley de Contrato de Trabajo de 31 de marzo de 1.944, como ordenamiento jurídico general del trabajo. Así mismo todas las disposiciones concernientes a jornada máxima, descansos, permisos, de protección a la mujer trabajadora...

Su integración como Asistente Social, en un Colegio profesional, o en un organismo Sindical, no existía ni existe más que a nivel privado como trabajador de la entidad en la que prestaba sus servicios.

El único medio de salvaguarda de sus derechos profesionales, defensa y representación profesional, que en la práctica no tenía eficacia alguna, era la adhesión a las Asociaciones profesionales que en la mayor parte estaban federados y tenían personalidad jurídica propia. Mas que nada, la función que han ejercido las Asociaciones era la de comunicación de experiencias, relación con expertos de otros países, organización de mesas redondas, cursos de estudio, asambleas, congresos... cuyas decisiones nunca tenían otro valor que el privado ya que el Estado no había reconocido oficialmente tal profesión.

#### SITUACION ACTUAL

La etapa más importante en la evolución del Servicio Social se inicia en 1964 cuando por Decreto de 30 de Abril aparece una Reglamentación de las Escuelas de Asistencia Social, reconociéndose la carrera por parte del Estado y estableciendo los requisitos para la obtención del título oficial que habilita para el ejercicio profesional.

Unos meses más tarde por Orden Ministerial de 31 de julio del mismo año, se implantan oficialmente, cuestionarios y plan de estudios que vienen a sustituir a los que de forma privada estaban vigentes desde 1955. Poco después - otra Orden Ministerial de 26 de octubre de 1966 impondrá ligeras modificaciones estableciendo los programas y plan de estudios hoy en vigor.

Esta etapa lleva consigo distintas variaciones en la formación del futuro Asistente Social (Dto. 30-IV-64), entre otras se sustituye el examen inicial de ingreso en la Escuela por la exigencia del título de Bachiller Superior para todos aquellos que quieran cursar estos estudios, así mismo es sustituida la tesina que ponía fin a la carrera, por un examen de madurez o reválida que habilita para la obtención del título oficial y el ejercicio profesional; por este mismo Decreto se crea una Junta Consultiva de las E.E. de Asistencia Social integrado por Vocales y representantes de cada Ministerio, y de las E.E. de Asistencia Social, cuyos nombramientos van sucesivamente saliendo en Ordenes Ministeriales de 3-VII-64; 3-XI-64; 19-XII-64...

En 1966, por Orden Ministerial de 11 de mayo se determina posibilidad de convalidar los títulos expedidos en las Escuelas privadas por el título oficial. Este título tendrá derecho al ejercicio de la profesión con plenos efectos, de tal modo que los títulos no convalidados no habilitan para el ejercicio de la profesión.

A propuesta de la Junta Consultiva se aprueba por O.M. de 26 de octubre de 1966, el emblema correspondiente a los estudios de Asistencia Social y la expedición del título de Técnico de Grado Medio a los alumnos aprobados.

La creación de la Escuela Técnica Oficial de Asistentes Sociales por Decreto de 20 de Abril de 1967, viene a suponer un psomás en esta evolución.

Pero todo esto no es suficiente, el Asistente Social, todavía hoy, se encuentra muy lejos ser comprendido en su auténtico sentido y sobre todo desprovisto de apoyo legal en muchos aspectos.

En cuanto a sus estudios se refiere, están reconocidos oficialmente como hemos señalado (Dto. 30-IV-64), así como las Escuelas y su profesorado.

La designación del profesorado de la Escuela Oficial como la confirmación en sus cargos de los profesores y directores de las E.E. no oficiales reconocidas (O.M. de 31-VII-68 y O.M. de 17-IV-67 respectivamente), nos muestra el criterio de selección de los mismos, ya que para muchos de estos cargos no se exige la posesión del Título de Asistencia Social y mucho menos un tiempo determinado de plena dedicación en este campo de trabajo. ¿Puede esto influir en la falta de comprensión del Asistente Social en su auténtico sentido?

No existe nada sobre la posibilidad de especialidades una vez terminada la Carrera en los distintos campos de trabajo: Sanidad, Psiquiatría, Enseñanza, Jurídico... y la creación de Escuelas que capaciten en estas especialidades.

Tampoco hay nada legislado para aquellos que se sientan inclinados a la docencia de estos profesionales.

Su título de Técnico de Grado Medio, si bien está reconocido, "no le faculta para el acceso directo a la Universidad" (O.M. 18-XI-67), a pesar de estar en posesión del título de Bachiller Superior. Lo que se entiende me nos todavía cuando por O.M. de 20 de enero del 71 se faculta a los Ayudantes Técnicos Sanitarios que posean el título de Bachiller Superior el acceso directo a la Universidad, basando la no generalidad de dicha concesión a todos los A.T.S. en la razón siguiente: A los Ayudantes Técnicos Sanitarios, mientras que los demás títulos de Grado Medio tienen acceso directo, por exigírseles el Bachiller Superior.

Hoy por hoy y examinando la Ley General de Educación de 4 de agosto de 1970, percibimos que el Asistente Social es ignorado en esta Ley.

La disposición transitoria segunda de la Ley citada en sus diversos números, va citando sucesivamente los distintos estudios existentes de las diferentes Escuelas, incorporándolas a la Educación Universitaria en sus tres ciclos y titulaciones de Diplomado, Licenciado y Doctor, dando rango universitario a dichos estudios y Escuelas. Del Asistente Social o de las Escuelas de Asistencia Social, nada se dice en la Ley ¿entendemos pues que los técnicos en Servicio Social deberían incluirse en una Reglamentación de Trabajadores Manuales, es decir, fuera de la Ley General de Educación?

La disposición transitoria once de la misma Ley General en su número 2 dice: "todos los que posean un título o diploma en Centros estatales de cualquier Ministerio, que exija cursos de duración superior a un año y para cuyo ingreso se haya exigido título de Bachiller Superior o equivalente, ten drá acceso directo a la Universidad en la forma en que reglamentaria se pre ceptúe", lo que quiere decir al señalar "todos los que posean... que el Asis-  
tente Social que posee estas condiciones tiene acceso directo... pero "en la forma que se preceptúe", y como hasta ahora no se ha preceptuado nada, no hay todavía acceso directo.

En cuanto al Ejercicio profesional, su clasificación no está definida existiendo en muchas ocasiones el confusionismo con otros profesionales y las desventajas que esto supone a la hora de percibir los beneficios de la Seguridad Social.

El asistente Social no está respaldado por un Colegio profesional u organización sindical que en defensa de sus derechos y velando por el prestigio de su profesión, le represente en circunstancias concretas.

El Asistente Social y todo cuanto a él se refiere, depende del Ministerio de Educación y Ciencia, y dentro de éste, a la Dirección General de Enseñanza profesional, de la que emanan casi todas las Ordenes Ministeriales que hasta ahora atañen a la profesión.

#### PROYECTOS

El Asistente Social, cuyo término tiende cada vez más a sustituirse por el de Trabajador Social, a la vista de su situación e integración en el campo del trabajo y de la enseñanza, se ha de plantear diversas cuestiones en orden a su promoción profesional. Cuestiones que si bien se vienen estudiando, esto es el momento de presentación de un proyecto que descubra las lagunas jurídicas en cuanto a:

- Clasificación laboral. Y nunca mejor ocasión para determinar esta clasificación, pues en las Cortes se está elaborando, ahora, una nueva relación de clasificaciones profesionales por categorías.

- Creación, a corto plazo, de escuelas de especialidad que acojan a profesionales en ejercicio con expedición de títulos de Licenciados.

- Disposiciones concernientes a los que se inclinen por la docencia, y su opción al título de Doctor. De donde se deduce la elevación de la carrera a rango universitario y el acceso a enseñanzas superiores.

- Creación de un Colegio profesional o Sindical que represente y defienda la profesión.

- Integración en el Ministerio de Educación y Ciencia y en la Dirección General de Enseñanza Profesional, de personas que representen a los Asistentes Sociales, exigiéndoles para la ostentación de este cargo, la posesión del mismo título y un tiempo determinado de ejercicio en la profesión. Esta misma exigencia sería de desear para los directores y profesores de las Escuelas.

=====

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "Situación del Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 4: LA EMIGRACION, NUEVO CAMPO DE ACCION PARA EL TRABAJO SOCIAL

PRESENTADA POR: Juan Manuel Aguirre Menéndez. Director del Departamento de -  
Asistencia Social para españoles en Cáritas alemana.Freiburg.

1. El 30 de septiembre de 1971, vivían en la República Federal de Alemania 2,24 millones de trabajadores extranjeros (sin contar los menores de edad y esposas que no trabajaban): 478.200 yugoslavos; 452.700 turcos; 407.900 italianos; 268.500 griegos; 186.500 españoles; 58.300 portugueses...

Porcentaje de mujeres trabajando: Promedio total 28,3%. Por encima de él se encuentran: las griegas, 42,4%; las yugoslavas, 29,3%; las españolas, 28,9%

2. Los motivos por los que la mayoría se vió obligada a emigrar son de orden económico.

3. Si se consideran sólo los factores de orden material, este fenómeno aparenta reportar indudables ventajas a todos los participantes: Al emigrante mismo (un trabajo seguro y estable, un salario digno, posibilidad de ahorrar y progresar); al país de origen (ingreso saneado de divisas, eludir el grave problema del paro y el malestar social); al país receptor (mano de obra indispensable para cubrir puestos en la industria y los servicios, pudiendo así mantener e incrementar la producción).

4. Estos factores fueron los que primaron al iniciarse este fenómeno moderno europeo de la emigración de trabajadores. Sin embargo el aspecto sociológico y humano no fue debidamente considerado, incurriéndose en los siguientes fallos:

- a) Tratar el problema sólo desde el punto de vista económico y del mercado de trabajo.
- b) En consecuencia considerar que sería sólo de naturaleza transitoria.
- c) No tener en cuenta que no incumbía sólo al trabajador sino también al círculo de personas que constituyen su familia.

5.- En consecuencia se originó así la separación familiar (de cónyuges entre sí, de padres e hijos, etc.), el desarraigo, el aislamiento, la inestabilidad del emigrante (incertidumbre ante el futuro), e incluso su materialización (primacía del ahorro a costa de todo, sacrificando valores como la vida familiar, condiciones dignas de vivienda, etc.) .

6.- Hoy sabemos que además de la cifra oficial de trabajadores, por encima de ella hay un elevado porcentaje de miembros de la familia, que viven en el país de emigración y no están en relación laboral (menores de edad, algunas esposas, etc.) En Alemania, aproximadamente se debe calcular un 40% sobre la cifra de asalariado españoles.

7.- Desgraciadamente hoy día ante la disyuntiva de "las fábricas a los hombres", o "los hombres a las fábricas", por factores de diversa índole sólo es realizable la segunda posibilidad, si bien la primera sería deseable.

Para numerosas familias emigrantes la estancia en el país de inmigración significa de hecho una verdadera emigración. Las posibilidades y la fecha del retorno se hacen cada vez más difusas. En los países de inmigración está ya creciendo y formándose una segunda generación. En la República Federal de Alemania hay 500.000 niños y jóvenes (menores de edad) extranjeros, de ellos alrededor de 50.000 son españoles.

Salvo algunas excepciones este grupo de emigrantes sólo está integrado en un sector de la sociedad del país receptor: en el del mundo del trabajo y del consumo (inversión del dinero obtenido con el trabajo).

10. Por integración de la minoría en la sociedad no debe entenderse ni el vivir en getos, aislados de ésta, ni el que la mayoría absorba y asimile y domine a la minoría anulando su personalidad y sus características. La integración deseada consiste en un proceso recíproco de intercomunicación, en una convivencia, co-operación, co-participación; proceso que redunde en provecho de la mayoría y de la minoría y en el que ambas tienen mucho que aprender la una de la otra.

11. Existen diversos obstáculos que impiden una auténtica integración: obstáculos de tipo sociológico-cultural (idioma, prejuicios, diferencias de mentalidad, etc.) y obstáculos de orden administrativo-legal (normas legales) actos de la administración, etc.) que perpetúan la situación de provisionalidad e inseguridad en que la minoría se encuentra en el país receptor.

12. El problema actual más acuciante es el de la segunda generación, el de los hijos del trabajador emigrante. Estos tanto si viven separados de los padres por quedarse en el país de origen, como si viven junto con ellos en el país receptor, atraviesan una serie de circunstancias especiales que exigen especiales remedios.

13. Esas circunstancias se inician ya en la etapa pre-natal (en muchos casos trabajo de la madre, duro y excesivo, problemas económicos, insuficiencia de vivienda, inseguridad respecto al futuro, etc.); continúan durante los primeros años del niño (frecuentemente separación, quedando el niño en el país de origen con los abuelos, los padres se convierten en extraños para él. En otros casos el niño queda con sus padres en el país receptor, pe-

ro, al trabajar la madre, ha de confiarse a guarderías o a particulares durante todo el día). Durante los años preescolares -de tres a seis- es necesaria la asistencia a un jardín de infancia, pero las plazas libres son escasas. No es recomendable la creación de jardines de infancia sólo para niños de una determinada nacionalidad; con ello se acostumbra a vivir en geto, separados del resto de la sociedad, y además no aprenden la lengua del país, donde viven. Ideal es la asistencia a jardines de infancia donde conviven con niños del país, así como de otras nacionalidades.

14. El proceso de desarrollo del niño desde la etapa pre-natal, tiene su reflejo evidente al alcanzar la edad escolar. Los problemas se agravan cuando el niño ha emigrado teniendo ya siete, ocho o más años. Entonces no podrá aprender con la deseada rapidez la lengua del país receptor y no podrá incorporarse a la clase que por su edad le correspondería.

15. El sistema de escolaridad con asistencia a las escuelas del país es de todo punto necesario, y ello por dos motivos:

Motivos de índole práctica (para tener la misma formación y oportunidades que los niños del país, y poder acceder a la formación superior y profesional);

Motivos de índole socio-humana (salir del geto y del aislamiento, convivir con los niños del país receptor, y librarse de prejuicios).

16. Pero además también es necesario complementar esta enseñanza con clases de la lengua del país de origen. (Por dos motivos:

De índole práctica (para que al volver a su país no regrese como semi-analfabeto y tenga que empezar de nuevo, y además por la ventaja que el bilingüismo supone para su futuro).

Por motivos socio-humanos (para evitar un grave conflicto generacional entre padres e hijos, para tener un vínculo con la cultura del propio país, y además para -poseyendo doble lengua y cultura- sentar las bases de una generación de futuros europeos).

Es necesaria que los países implicados inviertan medios para investigar qué sistemas son aconsejables para la enseñanza a base del bilingüismo. Es imprescindible el trabajo en equipo de pedagogos, psicólogos, filólogos, asistentes sociales y padres. Así como el apoyo decidido de autoridades y organizaciones.

18. Entre la gama de soluciones a los problemas, la más eficaz, pero también la más dificultosa, sería el desarrollar las zonas retrasadas del país donde se produce la emigración, invirtiendo en ellas el capital neces

rio para crear una infraestructura adecuada y realizar las reformas pertinentes, atrayendo al capital nacional y extranjero para crear en ellas puestos de trabajo, y especialmente invirtiendo allí una buena parte de las divisas enviadas por los emigrantes. Ello sería además un caso de justa distribución la que las comarcas más pobres se pondrían en camino de dejar de serlo. De lo contrario las más ricas se enriquecerán más y las más pobres no saldrán de su pobreza, y además se despoblarán paulatinamente.

19. Preparar suficientemente al emigrante antes de su salida: mediante información exacta y adecuada sobre el país y la actividad que le aguardan, suministrándole una enseñanza básica de la lengua, y capacitándolo profesionalmente a través de cursillos de formación profesional.

20. Para el emigrante que se encuentra en el país receptor: poner a su disposición una serie de servicios de orientación y defensa de sus intereses (asistentes sociales, asesores jurídicos-laborales, médicos de enfermedades nerviosas, pedagogos, etc.). Todo ello en colaboración con las organizaciones y entidades del país de recepción y utilizando los servicios de éste cuando ellos existan.

21. Fomentar la formación profesional del emigrante, de ambos sexos, que se halla en el país receptor, en colaboración con los organismos de éste.

22. Revisar los convenios migratorios periódicamente, evitando el concepto de emigrante como mera fuerza de trabajo, y teniendo en cuenta sus necesidades y derechos de reagrupación familiar, vivienda, participación, etc.

23.- Preparar el retorno del emigrante que lo desee, de modo que regrese capacitado y contando con un puesto de trabajo consiguiendo así, entre otras cosas, que después de unos meses no se vea obligado a volver a emigrar, desengañado y con psicología de fracasado.

24. Considerar esta problemática como fenómeno histórico, humano y social, que afecta a todo el Continente. No se trata de un fenómeno que afecte a un país, o de un fenómeno bilateral, sino de un fenómeno paneuropeo y que sólo en una colaboración decidida entre todos los países puede encontrar una solución definitiva y adecuada. El destino de Europa está en juego y la emigración constituye hoy el primer ensayo de unión europea a escala reducida. El futuro nos dirá si produce un resultado exitoso o una catástrofe (creación de un subproletariado europeo...). La responsabilidad de ello a todos nos concierne.

25. En la emigración, el trabajo social tiene una responsabilidad insoslayable y un dilatado campo de acción. Su actividad debe apuntar a dos fines fundamentales:

- a) Servir de puente entre el individuo o grupo minoritario y la sociedad;
- b) Promocionar al emigrante para que lleve una vida conforme a su dignidad humana y cooperar a su capacitación a fin de que pueda llegar a valerse por sí mismo.

26. El trabajo social con emigrantes presenta unas características y -- unas dificultades peculiares: desconocimiento, por parte del cliente, del -- idioma y las normas de vida del país de acogida; carencia de reservas culturales para enfrentarse con la nueva situación; separación de la familia; aislamiento y soledad; nostalgia; resentimientos; depresiones...

27. El trabajo social en la emigración abarca, por tanto, una amplísima-gama de actividades, ya que el cliente, debido a su situación especial, tiene necesidad de orientación en múltiples aspectos de la vida a fin de encontrar un sitio en una sociedad en la que, al menos a su llegada, todo le es extraño incluso el idioma.

28. El emigrante necesita asesoramiento sobre determinados aspectos especialmente en los primeros tiempos de su estancia en el país de acogida; en otros, sin embargo, requiere un asesoramiento constante.

29. He aquí algunas facetas de dicha actividad:

Relación con autoridades y organismos del país de acogida  
 " " " " " " de origen

Relación con las empresas

Relación con los tribunales de derecho

Relación con médicos, hospitales, residencias

Orientación en cuestiones de la legislación de extranjeros

Orientación en cuestiones de la seguridad social

Orientación en cuestiones laborales

Orientación en cuestiones del derecho de familia y social.

Orientación en la reagrupación familiar y problemas familiares.

Orientación en la escolaridad de los hijos, formación profesional.

Orientación en las dificultades de adaptación y psicológicas,

Orientación individual, matrimonial, etc.

30. Además de toda esta actividad y trabajo social de caso, con ella relacionada, es preciso complementarla con una labor adecuada durante el tiempo libre del cliente, mediante actividades formativas de todo tipo y a través de la promoción de grupos --sobre todo juveniles-- que despierten y cultiven los intereses del emigrante. Esta labor ha de realizarse utilizando los métodos del trabajo social, de caso, grupo y comunidad, y siempre con el fin de que la minoría pueda promocionarse y desarrollar su personalidad dentro de la sociedad en que vive, como miembro de pleno derecho de la misma.

31. En esta tarea es preciso contar con personal adecuado y apto --por sus características profesionales y humanas-- para llevarla a cabo con eficacia. El asistente social de emigrantes debe unir a sus conocimientos técnicos una acusada capacidad de adaptación y un gran equilibrio psíquico, así como --facilidad para los idiomas.

32. Sería, pues, muy de desear que tanto las asociaciones profesionales-- de asistentes sociales, como las escuelas de servicio social, se plantearan -- y considerasen a fondo el campo tan amplio que la problemática migratoria -- abre al trabajo social y a sus profesionales.

33. Por último, una medida francamente positiva sería la de incluir en -- los planes de estudio de las escuelas de servicio social la enseñanza de los -- idiomas de los países de inmigración; así como el "considerar sistemáticamente, en dichos planes de estudio la problemática de la emigración", pues "en -- realidad todo asistente social puede verse un día ante la situación de tener -- que trabajar casos de emigrantes y debería estar preparado para ello" (1)

(1) De las Conclusiones del Seminario Europeo de las Naciones Unidas sobre -- asistencia social al emigrante. Madrid, abril 1964.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "Situación actual del Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 5: TRABAJO SOCIAL CON ANCIANOS.

PRESENTADA POR: M<sup>a</sup> Teresa Sanchiz García y M<sup>a</sup> Dolores Dean Guelbenzu.  
Asistentes Sociales del Servicio de Ancianos de la Seguridad Social. Madrid.

= P R O L O G O =

=====

Eres anciano  
el tronco recio, testigo  
de la madera que hicistes  
en tu juventud pasada.

Eres anciano  
raiz profunda de olivo  
que no pide premio alguno  
al ver madurar sus ramas.

Eres anciano  
como la hoguera encendida  
util, humana, valiosa  
y nadie te lo agradece.  
Eres vida en el olvido.

TEMA

- Concepto de vejez.-
- Problemática de la vejez.-
- Trabajo social individualizado.-
- Trabajo social de grupo: Concepto  
Experiencia  
Eficacia
- Función mentalizadora del hogar.

Concepto de vejez

Cuando un periodista parisiense pregunto a varias personas cuando y como se habian sentido viejos por primera vez, las respuestas fueron de lo más diverso:

Un político dijo: "cuando me ofrecieron una silla para sentarme tras un fogoso discurso interrumpido por la tos".

Un hombre de ciencia: "cuando tome en mis brazos a mi primera nieta".

Y un sordo portero del edificio del periodico reacciono así: "¿Como? ¿que dice?... ¡Yo nunca me he sentido viejo!".

Como se puede observar no es tan fácil definir, ni siquiera dar un concepto general sobre lo que consiste, cuando se caracteriza y como empieza este paso de la madurez a la ancianidad. Podemos decir, que encierra diferentes aspectos físicos, psicológicos, biológicos, sociales y espirituales y que en cada persona se acentúan más o menos al llegar a la edad avanzada, dependiendo del marco circunstancial en el que se desenvuelve el individuo. Desde el punto de vista social, el anciano es marginado al llegar a la edad avanzada, la sociedad lo condena a la inactividad convirtiéndolo en un parasito público, de la familia y del terreno laboral.

Este cambio brusco provoca en la persona mayor una serie de características condicionadas por la jubilación, desadaptación, cambio de vida y la soledad de la vejez.

La jubilación del trabajo, es importante en el paso del individuo por la vida. Ha llegado la fase de "sustitución" social y para la mayoría de los individuos constituye un primer paso hacia la dependencia social, que provoca la perturbación emocional como resultado de la repentina discontinuidad en un rol social. No solo termina el trabajo sino también un interés fundamental en su vida.

En general, el shock del retiro afecta menos gravemente a las mujeres que a los hombres ya que las tareas domesticas, el cuidado de los nietos, proporciona continuidad en sus roles y les da seguridad psicológica.

En este momento en el que la persona encuentra disminuido su yoy tiene - que luchar por el desequilibrio perdido, a consecuencia de la jubilación, es preciso de una ayuda profesional por parte del Asistente Social que se va a - llevar a cabo por medio del S.S. individualizado y el S.S. de grupo.

A groso modo les diríamos que durante la experiencia en este campo hemos podido comprobar la mayor eficacia de la segunda tecnica ante la primera quizás debida a las características presentadas por el anciano que describiremos más ampliamente al hablarles de servicio social de grupo donde nos entenderemos más por creerlas más utiles sin dejar de resaltar no obstante el servicio social individualizado.

Creemos que la función del servicio social individualizado con ancianos-entra en la fase preparatoria para integrar a la persona. El apoyo psicológico tanto personal como familiar y social y la orientación en tramites de jubilación, residencia, vivienda, que necesita la persona mayor según sus circunstancias concretatas es necesario llevarla a cabo por medio de este servicio social individualizado en la fase preliminar que quedara enfocado en el servicio social de grupo.

Gisela Konopca diferencia dos clases de objetivos en el trabajo de grupo. Uno se trata de los grupos que precisan ayuda en la "acción social" y están constituidos por personas capacitadas que desean participar en la solución -- de los problemas sociales y que piden una orientación en su labor. Esta clase de grupo no entra directamente dentro del campo de la Asistencia Social aunque sus conocimientos de dinamica de grupo, de psicología del anciano y nociones de geriatría les permitan hacer lo lleven con gran eficacia (talleres especiales de trabajo o talleres de laborterapia).

Los otros grupos de esta autora los llama grupo de ayuda (al desarrollo - de la persona hacia su potencial individual para mejorar sus relaciones y actitudes de su relación y adaptación social con los propiamente dichos de la - asistente social y tienen un fin terapeutico. Sus objetivos van a responder -- más a la solución de los problemas afectivos, personales e integración que - aporta el grupo en su conjunto, que a la perfección de la actividad. Ocurre - muy frecuentemente en las consultas médicas que muchos ancianos proyectan su soledad en supuestas enfermedades. Si el doctor simplemente le dice que no -- tiene nada y lo que necesita es distraerse aumentara su preocupación pensando equivocadamente que le dijo eso el medico porque ya no tenia solución, mientras que a través de un servicio social de grupo se le proporcionara la distracción, ocupación, atención e ilusión que deben tener. En este sentido queremos reflejar las experiencias tenidas con ancianos en residencia, clu9b, dispensario geriátrico, y hogar donde se realizo y realiza servicio social de -- grupo.

No vamos a exponer todas las experiencias tenidas en este campo pero si vamos a resaltar algunos puntos que creemos importantes:

En el Dispensario Geriátrico de la Cruz Roja Española: En el servicio social individualizado empecé a observar cierto sentimiento de soledad e inutilidad en gran número de personas que por mi servicio pasaban, dándose al - caso que antes de entrar a la consulta, se observaban tendencias de asociarse unos con otros. Nunca faltaba entre ellos la tan famosa frase de "Srta. - para lo que pinto yo ya en esta vida quisiera morirme".

Si reflexionamos sobre esto y analizamos lo que expresa el sociologo al oír exclamar al poeta ¡que solos se encuentran los muertos! veremos su constatación. "ya aprendieron a estarlo en su vida vejez". Pero ¿que postura debe tomar el asistente social ante todo esto si además vemos como estas - - personas pierden cada día más su autoconciencia? Su vida se va reduciendo a una simple vida vegetativa, muchas veces debido al avance que las ciencias - medicas les ofrece que desde luego no han sido correspondidas con las sociales. Pues ¿No creen ustedes que esta perdida de conciencia puede ser debida al aislamiento y rechazo social que estas personas sufren?

Es sabido por todos nosotros que la autoconciencia se adquiere en el -- proceso de interacción social. Por todo esto se estableció un servicio social de grupo en el que contabamos ya a) con una aceptación por parte del asistente social, b) de cada miembro, c) de un nivel de grupo algo defectuoso en -- principio pero a medida que fue madurando el grupo se fue consiguiendo este, respondiendo los miembros a su necesidad sentida y hallando la satisfacción deseada por ellos, que les hizo sentirse utiles e ilusionados a través de las reuniones y capaces de tomar iniciativas.

Les voy a narrar un caso de uno de los miembros que un principio se le trataba en servicio social individualizado y todos los días queria ver al -- asistente social, sin parar de llorar, bien se le incorporo al servicio social de grupo donde al cabo de unas reuniones tomó su rol y ya no solamente no lloraba sino que contaba de sus alegrías, enseñaba fotos a los otros miembros y llegó a ir a acompañar a un a amiga que estaba enferma.

- Club perteneciente a la parroquia de San Antonio: el primer día de la reunión, me presente en el club donde estaban los ancianos que todavía no -- habian establecido grupo de divisiones entre ellos.

Como el día que conocí el local me habian hablado de un grupo de ancianas que se sentaban en bancos y permanecian calladas sin dirigirse la palabra y sin hacer absolutamente nada, me acerqué a ellas y empecé por saludarlas de dos en dos o de tres en tres (según estaban situadas en los bancos) - presentarme y explicarles ateniendome a sus capacidades el servicio social de grupo que queria llevar a cabo mediante sucesivas reuniones. Poco a poco,

las ancianas fueron aceptando y se inauguró la formación del grupo con siete miembros que al final llegaría a ser diecinueve. Así comenzó dejando las señoras los bancos y sentándose en masas de forma rectangular. DE este modo después de un periodo de observación en las primeras reuniones y de expectación por parte de los miembros va pasándose a la etapa de estabilización llegando en la última reunión a empezar la etapa de madurez.

#### Diagnóstico del grupo:

Dinámico: grupo de diecinueve miembros, ancianas desde sesenta y tres a noventa y un años, cuyo nivel intelectual y económico es bajo. Entre ellas se encuentran miembros casados, solteros y viudas. El problema principal que plantean es la falta de afectividad en su familia, complejo de inutilidad, falta de esperanza en su capacidad de hacer algo, soledad, etc.

Clinico: Al haber vivido estas ancianas en un nivel intelectual y económico bajo, ya que casi todas han servido o trabajado en su casa y muchas de ellas no saben leer ni escribir la formación, y el nivel educativo es mínimo por lo que las actividades tiene que centrarse mucho de acuerdo a su capacidad.

También los problemas familiares que han vivido contribuyen a la falta de compañerismo y hace difícil su aceptación influyendo en su actividad o pasividad y su manera de comportarse en grupo.

Descripción de la Institución: esta dirigido principalmente por un asistente social, una hermana encargada y un fraile agustino.

Los socios no tienen ningún reglamento de tal forma que pueden hacer lo que quieren.

Para las actividades de grupo la institución no ofrece ningún recurso ya que tiene grandes problemas económicos, desconoce la eficacia de este servicio.

Las reuniones de grupo se tienen que celebrar en el mismo lugar que los otros grupos de ancianos que no asisten a ninguna reunión. Otro problema que se plantea es la insuficiencia de espacio que hace muchas veces que los miembros no puedan asistir al grupo porque materialmente no caben.

En las primeras reuniones las ancianas no presentaron ningún objetivo y su adaptación fue muy difícil ya que les gustaba reunirse pero la mayoría permanecía en su mutismo o contestaban: "Srta. usted es joven y ve las cosas distintas pero nosotras ya no podemos hacer nada ni nos interesa, usted no puede comprendernos.

El ir individualizándolas, interesándose por sus problemas y motivándolas constantemente dio lugar a la aparición de una conciencia de grupo fuerte y a un cambio en las actuaciones, cooperación y sentimiento de utilidad que se vio a través de las reuniones.

La lectura de libros que después se comenta y discute, la conversión sobre temas planeados por el mismo grupo y la elaboración de un cuaderno donde se escribía todo lo referente a las reuniones y era firmado por cada miembro, a parte de otras actividades fueron las que más interesaron y por las cuales surgió.

- Formación educativa a través de la lectura y los temas.
- Autocontrol, aprenden a saber escuchar y darse cuenta cuando terminan sus derechos y empiezan los de los demás.
- Compañerismo y aceptación
- Cambio o esfuerzo por contener el carácter agresivo en aquellas que lo tenían más fuerte y producían tensiones, otras
- Sentimiento de ayuda y comprensión tanto en la vida de grupo como en la vida social y familiar.
- Más alegría, esperanza e ilusión.

Como podemos ver el programa de actividades fue el medio básico de ayuda a los fines del grupo y en definitiva a que se cumplieran los dos elementos principales de todo servicio social de grupo: desarrollo personal y adaptación social.

En el Hogar del Pensionista, donde actualmente trabajamos, se lleva a cabo el servicio social de grupo. Esta técnica se puso en práctica haciendo un criterio de selección por zonas y escogiendo para los grupos aquellas personas que sufrían de un desajuste personal y falta de adaptación.

Entre los objetivos profesionales que se han llevado a cabo queremos nombrarles dos que nos parece de mayor transcendencia:

1º Si se pensó hacer esta selección por zonas fue debido al intento de poder hacer un desarrollo de pequeñas comunidades dentro del hogar y en los domicilios donde estos socios están ubicados con el fin de fortalecer los lazos de vecindad y dar un empuje al servicio de Ayuda a Domicilio que se lleva a cabo motivándoles a que ellos mismos colaboren como personal voluntario.

2º Se ha comprobado, tras la experiencia de uno de los grupos, como a través de este servicio en el hogar, los ancianos llegan a la residencia sin encontrarse con la dificultad, que siempre se ha planteado, de adaptación e integración. Como hipótesis a comprobar también podemos decir que estos grupos pueden servir de apoyo a los demás ancianos que ya Residan en la Residencia o que posteriormente ingresen en ella, aunque tan solo una minoría sea beneficiada ya que el problema más grave lo encontramos en el inmenso número de solici

tudes y la escasez de Residencias, dándose el caso de ancianos que mueren antes de poder ingresar en ellas.

Finalmente queremos resaltar la importancia que los hogares tiene ante la problemática del anciano, en su función mentalizadora; señalando varios aspectos:

1º Reuniones con antiguos compañeros del trabajo.

2º Cambio del concepto antiguo de Asilo por Residencia. Este cambio es debido al régimen libre de los hogares que les suprime el miedo o las dudas para su ingreso en la Residencia.

3º Salidas de Residencia a Hogares donde se encuentran con personas que viven en contacto directo con sus familias y el resto de la sociedad.

4º Liberación de sus propios problemas al darse cuenta que las demás personas que vienen al hogar se identifican con ellos, los superan y encuentran aspectos positivos por lo que la vida aún les merece ser vivida en estos años.

#### Bibliografía.

"Hacia una vejez joven"  
de Emilio Mira y López - Editores Kapelusz.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONERENCIA: "Situación actual del Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 6: TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA INFANTIL Y FAMILIAR.

PRESENTADA POR: Margarita Sánchez Salas. Asistente Social en la Ciudad Sanitaria "Virgen del Rocío" de la S. Social. Sevilla.

Tiempo de funcionamiento del Servicio- cuatro meses.

Características del Trabajo Social en este Servicio.

Podemos desglosarlas en los siguientes apartados:

a) Incorporación a:

- Evaluación
- Discusión de casos
- Terapia
- Investigación.

b) Supervisión por:

- Asistente Social, Supervisora de profesionales, Srta. Pérez de Ayala.
- Psiquiatra, Jefe del Servicio.

Esta Supervisión abarca tres aspectos fundamentales:

- Técnica
- Dinámica
- Formación del profesional a través de la lectura

c) Técnicas y Metodología:

- Counselling
- Case-work
- Familia
- Grupo
- Psicoterapia de apoyo
- Psicoterapia no directiva

Motivación para presentar el trabajo.

- Importancia social de la Psiquiatría Infantil y Familiar.
- Repercusión de este Servicio en un campo tan amplio como la Seguridad Social.
- Función del Asistente Social en este campo.

Objetivos del Servicio:

- Lograr ajustes e integración familiar, ausencia de conflictos.
- Lograr una socialización a través de la familia
- Indagar causas de conflictos familiares
- Investigación de dinámica familiar española (en realización)

Planificación

La labor del servicio parte de un concepto del niño como unidad biopsico-social, cuyo caldo de cultivo es la familia, donde obtiene el aprendizaje para su incorporación y adaptación a la sociedad.

La Psiquiatría Infantil dedica gran parte de sus conocimientos, tiempo y esfuerzos en la profilaxis de los trastornos mentales, en la adaptación del niño a su familia y ambiente, en la realización del pequeño en su medio como prólogo a su ulterior integración social, académica, profesional...

Los trastornos emocionales al igual que los trastornos orgánicos pueden dejar secuelas que afecten al individuo durante el resto de su vida.

El niño es un organismo en proceso de desarrollo, evolución, adaptación integración.... Todo cuanto afecte a este proceso o a la familia, afecta al niño en su constelación biológica psíquica y social. Es preciso pues una percepción total del niño y tomar conciencia de que una pequeña dificultad de hoy, puede resultar incapacitante mañana.

La consulta de este Servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar, consta de una evolución diagnóstica, pronóstica y terapéutica, y se realiza,

- Historia Psiquiátrica
- Historia social
- Evaluación psicológica
- Investigación complementaria

La función del Psiquiatra:

- Consultante.
- Terapéutica: Terapia familiar  
" individual

Psicoterapia breve  
Consejo y Orientación  
Chemoterapia  
Grupos

- Revisiones.
- Investigación - dinámica familiar  
incidencias trastornos psiquiatricos  
madres solteras.
- Docencia : Supervisión
- Profilaxis: dos campañas en estudio

Función del Asistentes Social

- Historia Social (evaluación familiar)
- Terapéutica: counselling y orientación  
case-work  
psicoterapia familiar  
psicoterapia de grupo
- Revisiones
- Participación en la investigación

Estadística de los 100 primeros casos

- Sexo:
  - varones 64
  - hembras 36
- Procedencia:
  - Sevilla 53
  - Regionales 47
- Distribución por edades:
  - de 0 a 1 año 8
  - de 1 a 2 " 12
  - de 2 a 4 " 28
  - de 4 a 6 " 30
  - de 6 a 8 " 15
  - de 8 a + " 7
- Referencias:

El índice de referencias que observamos con respecto a los niños atendidos en el Hospital es aún de 2,6%, cuando debía alcanzar al menos la cifra de 10%.

- Motivos de consulta:

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| - trastornos de la inteligencia ..... | 42 |
| - " conducta .....                    | 31 |
| - " psicósomáticos .....              | 18 |
| - " escolaridad .....                 | 2  |
| - " ambiente familiar .....           | 1  |
| - " afectividad .....                 | 3  |
| - " lenguaje .....                    | 1  |
| - " intoxicaciones .....              | 2  |

- Categorías diagnósticas.

|  |    |
|--|----|
| Normalidad .....                             | 13 |
| Deficiencia mental .....                     | 31 |
| Pseudo debilidad mental .....                | 2  |
| Trastornos psicósomáticos .....              | 6  |
| Reacción depresiva a la hospitalización..... | 7  |
| Trastornos orgánicos cerebrales.....         | 1  |
| Neurosis .....                               | 4  |
| Psicosis .....                               | 2  |
| Trastornos de la conducta .....              | 26 |
| Trastorno neurótico del carácter .....       | -  |
| Personalidad psicopática .....               | -  |
| Trastorno del aprendizaje .....              | 1  |
| Trastorno neurótico de la conducta .....     | 5  |

Comentarios.- Distribución por edades:

Se observa que la mayor incidencia de patología se presenta entre los cuatro y seis años. Es la edad en la que el niño se separa de la familia, se inicia la escolaridad y su adaptación social. De aquí que problemas hasta entonces no detectados, se presenten en esta edad, cuando el niño pierde parte de la protección del hogar. Es la edad de la confrontación.

- Motivos de referencia:

Parece que lo que más alarma, lo que llama más la atención, es el nivel de inteligencia, seguido de los trastornos de la conducta y psicósomáticos. Y es curioso, porque el porcentaje real, 3%, está por debajo de la incidencia de trastornos de la conducta, psicósomáticos, escolaridad y lenguaje. Dicho de otro modo, los trastornos de la inteligencia deberían de ocupar el quinto lugar, y no el primero, como aquí ocurre. Es significativo que solo se refiere al Servicio un solo caso por problemas familiares.

- Patología familiar:

Como acabamos de apuntar, se había referido un solo caso; no obstante, nosotros encontramos hasta un 38% de patología familiar seria. Habría que preguntarse hasta qué punto los profesionales que tienen contacto con las familias - Médicos, Asistentes Sociales, Profesores - perciben el ambiente y dinámica familiar y podrían establecer una correlación entre dicho ambiente y los trastornos que puede presentar un niño.

Hemos dicho "patología familiar seria"; para facilitar juicios sobre si somos algo dramáticos o no, exponemos las diversas formulaciones a las que hemos llegado después estudiar algunas familias; añadiendo luego el motivo de consulta al Servicio.

- Incesto,
- Alcoholismo
- Divorcio afectivo
- Suicidio
- Patología afectiva:
  - rechazo, negligencia, abandono
- Trastornos mentales
  - neurosis, psicosis, deficiencias
- Disarmonía familiar
- Homosexualidad
- Familias prolongadas.

En el caso de incesto, el niño se refiere por dolores abdominales sin patología orgánica demostrable. La madre duerme con el niño, tienen contactos. El padre duerme en otra habitación.

El caso de homosexualidad - el chico es referido por trastornos neuróticos de la conducta; el padre es homosexual.

Los casos de pseudodebilidad - madres que abandonan afectivamente a sus hijos, o muestran una negligencia tal que privan a los pequeños - de todo estímulo y aprendizaje. Los niños son referidos por deficiencia mental.

Niños referidos por trastornos de la conducta, psicósomáticos, etc., - en cuyas familias existe un divorcio afectivo total.

El caso de suicidio: el niño fue enviado por serios trastornos en el sueño. El niño había visto un día al subir a la azotea de su casa, a su padre ahorcado.

Conclusiones:

Por la orientación y objetivos de este Servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar, -concepto del niño como unidad bio-psico-social, - la realización y socialización a través de una familia integrada y no conflictiva se hace - necesaria la integración del Trabajo Social.

La metodología y técnicas aplicadas en el Trabajo Social responden a los citados objetivos y es hasta el momento la adecuada ante la problemática de - los casos remitidos al Servicio, al concienciar la interrelación existente en - tre los trastornos del niño y la patología familiar.

Tiene especial importancia para detectar la presencia o no de patología - familiar, la confección de la Historia Social, en lo que no vamos a entrar -- en detalles por ser conocida de todos, solo señalar el especial interés que - ponemos en captar a través de ella la dinámica familiar, ya que sin conocer - esta no puede llegarse a un diagnóstico causal de la psicopatología familiar - a través de una formulación dinámica, base para la orientación y tratamiento - psicoterapéuticos ya citados en el trabajo y que se realizan en la actualidad en procesos individuales - en la mayoría de los casos madres- y familiares.

Recientemente el tratamiento de grupo se ha iniciado en el Servicio; ac-- tualmente solo existe uno constituido por madres cuyos hijos padecen trastor- nos en la alimentación, es decir, en el hábito.

--oOo!-

BIBLIOGRAFIA

- ROGERS, Carl y Kinget, Marian, "Psicoterapia y relaciones humanas" Ed. Alfaguara.
- " " " "La Psicoterapia centrada en el cliente", Ed. Paidós.
- ACKERMAN, "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares". Ed. Paidós.
- " " " "El diagnóstico en la familia neurótica". Ed. Paidós.
- FREUD, Anna "El yo y los mecanismos de defensa". Ed. Paidós.
- RANK, Otto "El trauma del nacimiento". Ed. Paidós.
- ZULLINGER, Hans. "Introducción a la Psicología del niño".
- " " "Evolución psicológica del niño"
- HAMILTON, Gordon. "Teoría y práctica del trabajo social de casos".
- PIAGET y otros "Los estadios en la psicología del niño". Ed. Nueva Visión.
- GESELL, Arnold "El niño de 1 a 5 años", Paidós.
- FAURE Y LAFON "Introducción a la comprensión psicológica". Ed. Euramérica
- STONE Y CHURCH, "Niñez y adolescencia". Ed. Paidós.
- LERS, Philipp, "La estructura de la personalidad". Ed. Scientia.
- AUBRY y SAINT-ARNAUD "Dinámica de grupos". Euramérica.
- BATTEN, El enfoque no directivo en el trabajo social de grupo y comu- nidad", ed. Euramérica.
- KLEIN, Melanie "Principios del análisis infantil".
- " y otros "Psicología Infantil".
- GARMA, Angel, "Sadismo y masoquismo en la conducta humana". Ed. Nova, Buenos Aires.
- WALL, "Educación y salud mental", ed. Aguilar.
- PERLMAN, "El trabajo social individualizado", ed. Rialp.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "Situación actual del Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 7: EDUCACION SANITARIA Y SOCIAL DE LA POBLACION Y SERVICIO -  
HOSPITALARIO

PRESENTADA POR: Rosario Martínez Aparicio y M<sup>re</sup> Pilar González de Zúñiga. Asis-  
tentes Sociales del Hospital Infantil de San Rafael de Madrid.

Como responsables del Servicio Social en el Hospital Infantil de San Ra-  
fael de Madrid, nos preguntamos:

¿Cómo el Servicio Social de un Hospital Infantil, puede contribuir a la educa-  
ción Sanitaria y Social de la población?

Recordando la definición que el Dr. Bosch Marín, nuestro Director Facul-  
tativo hace de la Educación Sanitaria, como el "conjunto de actividades condu-  
centes a la creación de hábitos personales, que permitan el fomento y conser-  
vación de la salud del individuo y de la colectividad", nuestra respuesta dada  
la experiencia personal, es la siguiente:

1.- La estancia prolongada de niños con defectos motóricos, da oportuni-  
dad a iniciar hábitos higiénicos, como en la escuela, a condición de que las  
instalaciones sanitarias, el horario y el ritmo de todas las actividades sea  
perfectamente reglado y se atiendan cuidadosamente los detalles de aseo, y --  
limpieza, cuidado de manos y dientes, duchas, etc.

2.- Dado que la Educación Sanitaria (siguiendo al Profesor Bosch Marín)-  
tiende a despertar el sentido de responsabilidad de la propia salud y de quie-  
nes nos rodean o de nosotros dependen los maestros del Hospital Infantil, pon-  
drán interés especial en llamar la atención de los niños en las prácticas hi-  
giénicas y en explicar las más convenientes en alimentación (agua, leche, ali-  
mentos), sueños, etc.

3.- El Servicio Social en colaboración con los maestros, procurará des-  
pertar en los niños, movimientos de simpatía hacia los médicos y sus colabo-  
radores, para facilitar los futuros contactos, con motivo de revisión siste-  
mática, vacunaciones, atenciones, odontológicas, etc.

4.- Entendiendo por salud, según definición de la O.M.S. "estado de bie-  
nestar físico, psíquico y social", el Servicio Social para lograr ese bienes-  
tar y equilibrio en los tres aspectos señalados, vió la necesidad de crear -  
una Escuela para Padres en colaboración con médicos y maestros, organizando-  
dos cursillos-coloquios, con el fin de iniciar a los familiares de los chicos  
en problemas sanitarios de orden general, (previa propaganda a través de dis-  
tintos medios de comunicación) procurando responsabilizar a los propios pa-  
dres, en el proceso de recuperación, rehabilitación del hijo o de la propia  
familia.

Hemos de aclarar que no tuvieron el éxito esperado en cuanto a número -  
de asistentes. Por eso se han cambiado: se hace en distintos días de visita-  
y solo con padres de niños hospitalizados. De momento solo es realizado por  
el Servicio de Asistentes Sociales firmadas por la Dirección, de mentaliza-  
ción e instrucciones.

5.- En colaboración con los servicios de Psicología del Hospital Infan-  
til se ayudará emocional y mentalmente a los niños y sus familiares, para --  
aceptar el defecto físico o consecuencias de la enfermedad y prevenir o supe-  
rar los oportunos complejos.

6.- El Servicio Social contribuirá a la Educación Sanitaria y Social --  
de la población, para que acepten el futuro tras la debida preparación profe-  
sional, a quienes a pesar de su posible defecto físico o sensorial, conser-  
van muchas capacidades físicas o intelectuales, que les permitan una integra-  
ción en la comunidad, siendo útiles a sí mismos y a la sociedad en general.

7.- Como resumen de todo lo anterior afirmamos que la Educación Sanita-  
ria y Social puede y debe ser una actividad a tener muy en cuenta en el Ser-  
vicio Social de un Hospital Infantil, no solo en cuanto a higiene física, si-  
no a higiene mental y Educación Social de la población.

PONENCIA: "Situación actual del trabajo social".

COMUNICACION Nº 8: EVOLUCION Y PERSPECTIVAS DEL TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL - EN LA REGION EXTREMEÑA.

PRESENTADA POR: Grupo de Asistentes Sociales de Extremadura.

### INTRODUCCION

#### I.- GENESIS DEL TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL EN LA REGION

- 1) Nacimiento y Desarrollo.
- 2) Por qué se crearon los puestos de trabajo y qué se esperaba -- del Asistente Social en ellos.
- 3) Acceso a los puestos de trabajo y motivaciones para acceder a ellos.

#### II.- SITUACION ACTUAL

- 1) Movilidad en los puestos de trabajo
- 2) Métodos y Técnicas empleados
- 3) Recursos humanos e institucionales utilizados

#### III.- PROYECCION FUTURA

- 1) En función de las posibilidades
- 2) En función de las necesidades

#### ANEXOS

- 1.- Tabla nº 1: Puestos de trabajo en la Región
- 2.- " nº 2: Movimiento en los puestos de trabajo.

### INTRODUCCION

Esta breve Introducción quiere solamente, dar a conocer las motivaciones y finalidad de este trabajo, así como las partes de que consta.

El título de esta Comunicación "Evolución y Perspectivas del Trabajo de Servicio Social en la Región Extremeña", no fue elegido caprichosamente. Existen unas motivaciones que nos decidieron a la hora de elegir y son estas:

1ª Consideramos conveniente, mas aún, necesario para nuestra profesión -- reflexionar en común sobre la tarea que se viene realizando y vimos que este trabajo nos brindaba la oportunidad de esa reflexión en común.

2ª Creemos que al hacerlo, podemos adquirir una visión de conjunto del -- Trabajo de Servicio Social en toda la Región Extremeña y esta visión de conjunto, no cabe duda, es un estímulo para poder avanzar en la profesión.

3ª Este conocimiento nos ayudará también a orientar nuestro futuro trabajo.

4ª El trabajo de Asistentes Sociales que venimos realizando en esta Región es desconocido, tanto dentro como fuera de ella y pensamos que de este modo podemos darlo a conocer, así como igualmente las perspectivas que vemos para el futuro.

5ª Estimamos que es importante que la problemática social de Extremadura se conozca también a través del enfoque dado por los trabajadores del Servicio Social que en la Región actuamos sobre dicha problemática. Y queremos -- ofrecer, al resto de los profesionales sobre todo, y a cuantos estén interesados en los problemas sociales, este balance y panorámica.

Nuestra finalidad, aparte de responder a las motivaciones anteriormente expuestas, no es otra que la de asegurarnos una participación activa en el II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES. Nuestro sentido de responsabilidad, -- como grupo de profesionales, nos exigía esta forma de colaboración a la gran-puesta en común, recapitulación y nuevo punto de partida que queremos que sea el Congreso y no hemos dudado ni un momento en aportar esta experiencia, que podrá ser discutible en cuanto a su contenido, pero tiene el indiscutible valor de hacer que no pasemos por él, como meros entes pasivos.

Las partes de que consta este trabajo son:

- I - Génesis del Trabajo de Servicio Social en la Región Extremeña.
- II - Situación actual.
- III - Proyección futura.

Finalmente queremos añadir que el tema de esta Comunicación se halla dentro del temario en que se ha estructurado el Congreso y que corresponde a una experiencia de ocho años de labor profesional del conjunto de Asistentes Sociales que trabajamos y hemos trabajado en la Región de Extremadura durante todo este periodo de tiempo.

## I.- GENESIS DEL TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL EN LA REGION EXTREMEÑA.

### 1) Nacimiento y desarrollo.

Sería bueno y lógico partir del análisis de estos dos conceptos: Trabajo Social y Región Extremeña, pero el espacio y el tiempo nos limitan, y por ello remitimos a la Bibliografía existente, que no enumeramos en lo que se refiere al Trabajo Social por no alargar demasiado esta Comunicación, y por lo que respecta a la Región Extremeña solamente citamos:

PLAN COB - Tomo nº 3 - Cáritas Española. Año 1968 - Se presenta en él un estudio de la Zona de Plasencia (Cáceres)

INFORME SOCIOLOGICO SOBRE LA SITUACION SOCIAL DE ESPAÑA - FOESSA - (Ver capítulo 4.2.3.: Una área de subdesarrollo a escala europea: La Lusitania Interior) AÑO 1970.

INEXA (Estudio de Inversiones en la provincia de Cáceres) Estudio realizado por las Cajas de Ahorro de Cáceres y Plasencia y Banco Urquijo. (Promoción de los sectores: Agrícola-forestal, Ganadero, Industrial, Infraestructura, Educación, Turismo).

EXTREMADURA (La tierra en la que nacían los Dioses) - Miguel Muñoz de San Pedro. Conde de Canilleros y de San Miguel.

El trabajo de Servicio Social en la Región Extremeña es de creación muy reciente. Se inicia casi simultáneamente en las dos provincias, en Badajoz en 1964, y en Cáceres en 1965. Después y muy lentamente fueron surgiendo nuevos puestos de trabajo. Cada uno de los profesionales que ocupamos estos puestos-trabajábamos aisladamente, hasta que tres de nosotros que ya profesionalmente veníamos relacionándonos, coincidimos en la idea de reunirnos para conocernos personalmente y poner en común nuestras propias experiencias. Pero antes, intentamos enterarnos si había otros compañeros trabajando también en estas dos provincias para invitarles a nuestra primera reunión. El localizarlos nos llevó alrededor de un año y cuando nos reunimos, el 23 de enero de 1970, teníamos ya en nuestro fichero el nombre de ocho profesionales que fuimos los que asistimos a la reunión. Desde entonces y para el futuro nos marcamos unos objetivos que eran:

- conocernos personalmente
- conocer nuestras respectivas actividades profesionales
- intercambiar experiencias
- establecer unos contactos periódicos y renovarnos a través de ellos
- tratar de asuntos de interés para todos relativos a la profesión
- hacer que la profesión se conozca a través de nosotros.

Y a partir de este momento creemos que la profesión en Extremadura alcanzó un mayoría de edad con la constitución del "grupo" (aunque no asociación) de profesionales.

Las tablas estadísticas que presentamos como Anexos nums. 1 y 2 darán una idea de la evolución del trabajo de Servicio Social en cuanto a creación de puestos de trabajo en la Región.

### 2) Por qué se crearon los puestos de trabajo y qué se esperaba del Asistente Social en ellos.

Antes de nada queremos hacer observar que en general no se conoce la profesión de Asistente Social o se tiene una idea equivocada de ella. Unos esperan que seamos la "panacea" que se puede aplicar a todos los "males sociales", otros se sienten incómodos ante nuestro trabajo por entender que somos personas "incordiantes" y "moralistas". Hay quien considera que nuestra misión es solamente altruista, sin carácter profesional y por lo mismo, sin derecho a una retribución, entendiéndolo que a lo más merecemos una gratificación por nuestro trabajo.

Hecha esta observación, podemos decir que la creación de los puestos de trabajo obedece a varias causas:

- Algunos Organismos, al crear Entidades en esta Región, crearon puestos de Asistentes Sociales como ya los tenían en otras provincias.
- En otros casos, el personal directivo tiene conocimiento de la función del Asistente Social, bien por haber seguido de cerca su trabajo en otros lugares o por haber llegado a conocerle por otros medios, y es quien propone la creación del puesto.
- Generalmente se suele sentir la necesidad de una persona a quien encomendar la "solución de problemas" para luego, con frecuencia en la práctica, añadir a esto, el desempeño de tareas simplemente administrativas.
- En ocasiones, se busca una persona con una preparación adecuada, iniciativas, etc., para mantener contacto directo con personas, con la finalidad de prestar la Institución

- Sin ideas demasiado claras, también a veces, se ha pensado al crear estos puestos, en la promoción humana y social de las personas, grupos y comunidades.

Creemos además que las Entidades esperaban de los Asistentes Sociales - una madurez en cuanto a sentido de responsabilidad y en este aspecto es posible que hayan confiado en los profesionales, ya que por lo general, nos dejan actuar con una cierta libertad, dentro de las limitaciones propias de cada -- Institución, en cuanto a la organización de nuestro trabajo, haciendo la salvedad de que no suele entenderse este, ni por parte del personal directivo, ni por supuesto por los demás, trabajadores de la entidad, cuando lo tenemos que realizar fuera del local de la misma.

Por otro lado, algunos profesionales realizan su actividad con limitaciones y problemas profundos que les impiden una mayor eficacia. A veces falla - en el Organismo que contrató sus servicios, el mantenimiento de su idea inicial, bien por una falta de unidad entre los distintos elementos (organizaciones, personas, etc.) que pueden incidir en el trabajo del Asistente Social -- y plantear problemas a dicho Organismo, bien por ese desconocimiento de la -- profesión que hemos dicho suele ser la técnica general, cuando se crean estos puestos de trabajo o se contrata un profesional para ellos.

### 3) Acceso a los puestos de trabajo y motivaciones para acceder a ellos.

Por lo que se refiere al acceso a los puestos de trabajo, normalmente -- se han ocupado mediante una gestión personal del Asistente Social con la Entidad. Los medios que han tenido los profesionales para enterarse de la existencia de esos puestos han sido, bien a través de las Escuelas, o de otros compañeros o de personas conocidas dentro de las Instituciones. En algún caso la -- propia Entidad le ha ofrecido el puesto a un profesional determinado. Posteriormente en alguna Entidad se ha confirmado el puesto por oposición.

Las motivaciones para acceder a estos puestos, como es lógico comprender son muy variadas, pero entre ellas queremos destacar algunas que más frecuentemente se repiten:

- Sabemos la dificultad de muchos profesionales para conseguir puestos de trabajo y aquí, en la Región Extremeña no nos ha sido demasiado difícil -- el poder conseguirlo. Pero no por ello queremos se piense que los hemos aceptado por recurso, pues algunos de nosotros pudimos elegir entre dos o tres -- que se nos ofrecían (aún fuera de la Región) y para los demás esta causa siempre ha ido unida a otras.

- El saber que la Región estaba inexplorada en cuanto al trabajo de Servicio Social se refiere, fue también un buen motivo, sobre todo para los primeros que iniciamos el trabajo aquí.

- Los que somos de la tierra, conocemos la fuerte problemática social -- que en muchos aspectos padece el pueblo extremeño y sabemos las ventajas que puede tener el que los profesionales seamos autóctonos.

- También consideramos que nos daría una mayor estabilidad, satisfacción en el trabajo, etc., el estar próximos a la familia y en la tierra.

- Para algunos, tenían necesariamente, aunque solo fuera temporalmente, -- que vivir en la Región y prefirieron hacerlo, realizando un trabajo profesional.

- Atracción por el campo concreto en que se iba a trabajar, tanto que, -- aunque a algunos no se nos había ofrecido otro puesto de trabajo con anterioridad, no aceptamos este sin haber antes estudiado la función que se nos iba -- a encomendar y si esta respondía a nuestras aptitudes e inclinación.

## II.- SITUACION ACTUAL

### 1) Movilidad en los puestos de trabajo

Como puede apreciarse por los Anexos núms. 1 y 2 durante los tres primeros años (de 1964 a 1966), se crearon en Extremadura 12 puestos de trabajo y -- 15, en los cuatro años últimos (1969 a 1972). Y en la actualidad, algunos de estos puestos se hallan vacantes y otros han sido ocupados por personas que -- no son profesionales. Por otra parte, algunos de los profesionales se hallan -- en situación de pluriempleo.

Hacemos observar que de los nueve profesionales que comenzamos entre -- 1964 a 1966, solo quedamos en la actualidad tres y que de entre los doce puestos de trabajo surgidos de 1969 a 1971, en seis de ellos ha habido cambio de -- profesionales (en algunos hasta tres), o se encuentran en la actualidad vacantes. Hubiera sido interesante analizar el por qué de los cambios que ha habido, pero la falta de espacio nos impide hacerlo.

Queremos, sin embargo, dejar constancia de un factor que puede ser importante a la hora de dar estabilidad a los profesionales en un puesto de trabajo y es el factor económico. Volvamos a hacer referencia aquí a los Anexos -- concretamente al nº 2, donde indicamos la procedencia de los profesionales, -- Generalmente cuando no se reside en el lugar donde se trabaja, no compensa la retribución que se nos suele asignar, el esfuerzo y sacrificios que esto supone y no ya solo para aquellos que no proceden de la Región, sino también para los que siendo de ella, tienen que vivir en otro lugar distinto al del -- domicilio habitual.

Y ya, al hablar de este problema, juzgamos necesario hacer constar, las anomalías en lo que a retribuciones se refiere. Creemos que son excepción, los profesionales que, en esta Región se entiende, llegan a las 10.000 ptas. Los -- que más se aproximan a esta cantidad, hacen trabajo de jornada completa, re-

cibiendo algunos mas de la mitad de esta cantidad en concepto de gratificaciones y pluses y solo la otra mitad, como salario-base. En bastantes casos - se tiene media jornada laboral que se suele retribuir con unas 5.000 ptas. - habiendo algunas excepciones en que dicha media jornada se retribuye con algo menos de 9.000 ptas. Todo ello contribuye a que si se tiene posibilidad de acceder a otro puesto se practique el pluriempleo, con los inconvenientes que esto puede tener para una profesión como la nuestra, cuestión que también nos hubiera gustado analizar, pero que no podemos hacerlo por la razón ya apuntada de falta de espacio.

## 2) Métodos y Técnicas empleados

Son variados, en razón de las Entidades en las que cada uno de nosotros desempeñamos nuestras funciones.

El método mas generalizado es el Servicio Social de Casos, que todos realizamos, muy frecuentem, aún en la línea asistencial, ya que no es posible, - actuar de otro modo por las características y el abandono en que ha estado - esta Región, aunque utilizamos también, siempre que las circunstancias lo permitan la línea de promoción.

En cuanto al Servicio Social de Grupo, aunque no se utiliza con tanta frecuencia, para algunos de nosotros tiene especial importancia. De hecho y según la Entidad, hay quien lo practica de forma habitual. Se da mas el trabajo con grupo que el trabajo de grupo.

El Trabajo de Comunidad se realiza por algún profesional, pero es escaso. Sin embargo consideramos este Método como el mas necesario, ya que nuestra Región, eminentemente rural y subdesarrollada, se da la circunstancia de que la mayoría de los puestos de trabajo radican en las dos capitales y ciudades más importantes, con un radio de acción que aunque a veces pudiera proyectarse - a la respectiva provincia o al menos fuera del ámbito local, no pueda hacerse, por limitaciones impuestas por la Entidad y a veces por las propias limitaciones del Asistente Social, que se ve desbordado por la atención a los problemas locales y de carácter individual.

También podemos ofrecer alguna muestra de Investigación realizada mediante la aplicación de encuestas y el estudio de la problemática de algunos sectores de la población. Y en cuanto a Administración, creemos que la mayoría - realizamos trabajo social de este tipo, en la organización y desarrollo de - nuestro propio Departamento.

Por último, en cuanto a Técnicas, las enumeramos en orden de frecuencia:

- Entrevista
- información y gestión a nivel individual y algunos, con cierta frecuencia, a nivel colectivo (divulgación de recursos en circulares, prensa, etc.)

- charlas y reuniones de grupos (cuestionarios, diálogo, charlas de formación revisión y valoración de acciones).
- mentalización sobre problemas sociales (charlas, cursillos, divulgación en prensa y circulares)
- técnicas administrativas
- dinámica de grupo
- educación de adultos
- observación social y estudios sobre problemática social
- encuesta.

## 3) Recursos humanos e institucionales utilizados

En cuanto a recursos humanos, se utilizan los que convienen según la - técnica a aplicar y la Entidad de quien dependemos. Suelen ser personas de la comunidad a quienes se va responsabilizando a través de la acción y también - personas privadas o de las Instituciones, a quienes solemos recurrir en demanda de unos servicios concretos.

Por lo que respecta a recursos institucionales, nos solemos relacionar - mas directa y frecuentemente con aquellas Instituciones y Organismos superiores dentro de los cuales se encuadra la Entidad en la que trabajamos y cuando los necesitamos, aquellos otros que tienen una cierta relación con la finalidad de la función concreta que realizamos. Para algunos es tan vasto el campo de estas relaciones institucionales, como lo es la problemática con la que ha de enfrentarse a menudo, que afecta a personas procedentes de distintos sectores: infancia, juventud, ancianidad, emigrantes, trabajadores, marginados, mujer, etc. Estas relaciones rebasan el ámbito provincial y regional y en alguna ocasión, el nacional.

## III - PROYECCION FUTURA

### 1) En función de las posibilidades.

Las perspectivas del Trabajo de Servicio Social, dependen en gran parte de la iniciativa, el trabajo asiduo, la preparación, el sentido de responsabilidad - etc. del Asistente Social, por esta razón, tan repetida ya en este trabajo, - del desconocimiento que los demás tienen de la profesión.

Por otra parte, cuando se trata de que las personas tomen conciencia de su situación de dependencia, ignorancia, apatía, resignación, etc., y hay que estimularlas a que luchen contra esta situación, nos damos cuenta de que la - tarea es difícil y lenta y por lo mismo, resulta incomprensible para muchos. - Sin embargo, creemos que es fácil que en un futuro, no lejano se aumenten las posibilidades de trabajo en la Región, máxime teniendo en cuenta las necesidades que en ella existen. Entre estas posibilidades podemos enumerar, las - que puedan ofrecer los organismos que ya en otras provincias han creado puestos de trabajo y los que están vacantes entre los ya creados o próximos a - crearse:

- Tribunal Tutelar de Menores
- Mutualidades Laborales
- Universidad Laboral
- Instituto Nacional de Previsión
- Hospitales Provinciales
- Colegios Provinciales
- Ayuntamientos (Para atender: Obras de Beneficencia - Barrios, sobre -- todo los de absorción de chabulismo - Problemas de marginados...)
- Cajas de Ahorros (Obras Sociales)
- Sanatorios Psiquiátricos
- Colonización (Ampliación del número de plazas)
- Hogares y Residencias del Pensionista (Se está extendiendo la red de es tos Centros de la Seguridad Social en la Región).
- Cáritas (Al estructurar las Diócesis en Zonas, sería conveniente una - Asistentes Social por Zona - También lo sería, en algunas Cáritas Pa- rroquiales).

## 2) En función de las necesidades

La Región Extremaña ofrece unas perspectivas amplias de trabajo de Servi- cio Social, ya que está en una fase de despegue económico y cultural. Parece - que la Universidad Extremaña va a ser una realidad, que habrá Polígonos Indus- triales, que se potenciará el Plan Badajoz, que se estudiarán Planes de me- jora para sus explotaciones agrícolas y ganaderas (su principal y no escasa rique- za) que se mimará y promocionará su Artesanía, etc. etc. Pero junto a este des- pegue cultural y económico, es preciso realizar una promoción humana y social de sus gentes; el extremeño es consciente de esto y sabe que necesita y pide- a gritos esa promoción. El Asistente Social, no cabe duda, desempeña un papel importante cuando se trata de favorecer el desarrollo integral de la persona, tanto a nivel individual, como comunitario o de grupo.

Creemos que se necesitan Trabajadores Sociales para Extremadura; profe- sionales con buena preparación, comprometidos y conscientes de que el trabajo- no ha de ser nada fácil. Pero ¿participan de esta creencia los Organismos Ofi- ciales, Entidades y Empresas privadas? ¿Surgirán nuevos puestos de trabajo, - tantos como se necesitan y han de necesitarse en los próximos años...?

---

## ANEXO 1

### T A B L A Nº 1

#### PUESTOS DE TRABAJO EN LA REGION

| <u>Año de creación</u> | <u>Puesto de trabajo</u>   | <u>Profesional que lo abrió</u>            | <u>De donde progocía (Provincia)</u> |
|------------------------|--|--|--------------------------------------|
| 1.964                  | Instituto Nal. de Coloniza- ción.- Valdivia (Badajoz)                | Angeles Carabias Teba                      | Málaga                               |
| 1.964                  | Instituto Nnal. de Coloniza- ción.- Valdebotoa (Badajoz)             |  |                                      |
| 1.964                  | Instituto Nal. de Coloniza- ción.- Guediana del Gaudi- llo (Badajoz) | Adela Plaza                                |                                      |
| 1.964                  | Cáritas Diocesanas Badajoz   | Felisa Marina                              | Badajoz                              |
| 1.965                  | A.N.I.C.- Badajoz  | Felisa Marina                              | "                                    |
| 1.965                  | O.N.C.E.- Badajoz  | Angela M <sup>a</sup> Cabezas Herrezuelo   | Badajoz                              |
| 1.965                  | Cáritas Diocesanas Plasencia   | Angela Platero Mirón                       | Cáceres                              |
| 1.966                  | Asociación Protectorado de Niños Subnormales. Cáceres                | M <sup>a</sup> Paz Lorenzo Antona          | Madrid                               |
| 1.966                  | Centro de Diagnóstico.- Cá- ceres.                                   | M <sup>a</sup> Paz Lorenzo Antona          | Madrid                               |
| 1.966                  | Colegio de Subnormales "Proa" Cáceres.-                              | M <sup>a</sup> Paz Lorenzo Antona          | Madrid                               |
| 1.966                  | Patronato de Protección a la mujer.- Cáceres                         | Dolores Cáceres Calvillo                   | Cáceres                              |
| 1.966                  | Instituto Nal. de Coloniza- ción.- Vega de Tietar.                   | E. Rodriguez                               |                                      |
| 1.969                  | Sanatorio Psiquiátrico -Pa- bellón Infantil.-Plasencia               | Carmen García Montoto                      | Cáceres                              |
| 1.969                  | Cáritas Interparroquial de Trujillo                                  | M <sup>a</sup> Carmen Sánchez Moro         | Madrid                               |
| 1.969                  | Mutualidades Laborales.-De- legación Pral de Cáceres.                | Concepción Pérez de Albeniz                | Madrid                               |
| 1.969                  | Hospital Provincial de Cá- ceres                                     | M <sup>a</sup> Antonia Gomez Marti- nez    | Cáceres                              |
| 1.970                  | Centro de Diagnóstico.- Badajoz                                      | Angela M <sup>a</sup> Cabezas Herre- zuelo | Badajoz                              |

| Año de creación | Puesto de trabajo                                       | Profesional que lo abrió                 | De donde procedía (prov.) |
|-----------------|---|--|---------------------------|
| 1.970           | Patronato de Protección a la mujer.- Badajoz            | Encarna Galván                           | Badajoz                   |
| 1.971           | Cáritas Interparroquial de Béjar(diócesis de Plasencia) | M <sup>a</sup> Isabel Marquina Barrio    | Madrid                    |
| 1.971           | Servicios Interparroquiales de Cáritas de Plasencia     | Esperanza Verdú Vazquez                  | Cádiz                     |
| 1.971           | Hospital Provincial de Badajoz.                         | Alicia Ayala Ayala                       | Badajoz                   |
| 1.971           | O.N.C.E. Cáceres  | Carmen García-Montoto                    | Cáceres                   |
| 1.971           | Hogar del Pensionista. Cáceres                          | M <sup>a</sup> Antonia Gomez Martinez    | Cáceres                   |
| 1.971           | Hogar del Pensionista. Plasencia                        | Ana Manzano Gómez                        | Salamanca                 |
| 1.972           | Parroquia del Barrio de las Picuriñas.- Badajoz         | M <sup>a</sup> Dolores Dominguez Salcedo | Badajoz                   |
| 1.972           | Instituto de Enseñanza Media Badajoz                    | M <sup>a</sup> Josefa                    |                           |
| 1.972           | Centro de Higiene Mental.- Badajoz                      | M <sup>a</sup> Josefa                    |                           |

ANEXO 2

T A B L A Nº 2  
MOVIMIENTO EN LOS PUESTOS DE TRABAJO

| Puesto de trabajo                                       | Nombre del profesional  | Alta                    | Baja           | De donde procedía(Prov.) |
|---|---|-------------------------|----------------|--------------------------|
| Asociación Protectora de niños Subnormales. Cáceres     | M <sup>a</sup> Paz Lorenzo Antona Valdefuentes Clemente                           | 1.966                   | 1.971          | Madrid Cáceres           |
| + A.N.I.C. Badajoz                                      | Felisa Marina   | 1.964                   | 1.967          | Badajoz                  |
| Cáritas Diocesanas de Plasencia                         | Angela Platero Mirón  | 1.966                   |                | Cáceres                  |
| + Cáritas Diocesanas de Badajoz                         | Felisa Marina   | 1.964                   | 1.967          | Badajoz                  |
| Cáritas Interparroquial de Béjar(diócesis de Plasencia) | M <sup>a</sup> Isabel Marquina Ba   | 1.971                   |                | Madrid                   |
| + Cáritas Interparroquial de Trujillo                   | M <sup>a</sup> Carmon Sanchez Moro Josefina Alvarez                               | 1.969<br>1.971          | 1.970<br>1.971 | Madrid León              |
| Servicios Interparroquiales de Cáritas de Plasencia     | Esperanza Verdú Vazquez Mariana Manganell Espinal                                 | 1.971<br>1.971          | 1.971          | Cádiz Barcelona          |
| Centro de Diagnóstico de Badajoz                        | Angela M <sup>a</sup> Cabezas Herrezuelo M <sup>a</sup> Dolores Dominguez Salcedo | 1.970<br>1.971          | 1.971          | Badajoz Badajoz          |
| Centro de Diagnóstico de Cáceres                        | M <sup>a</sup> Paz Lorenzo Antona Sara Valdefuentes Clemente                      | 1.966<br>1.971<br>1.972 | 1.971<br>1.972 | Madrid Madrid Cáceres    |
| Centro de Higiene Mental Badajoz.                       | M <sup>a</sup> Josefa   | 1.972                   |                |                          |
| Colegio de Subnormales "proa" de Cáceres                | M <sup>a</sup> Paz Lorenzo Antona Valdefuentes Clemente                           | 1.966<br>1.972          | 1.971          | Madrid Cáceres           |
| Hogar del Pensionista Cáceres                           | M <sup>a</sup> Antonia Gómez Mtnoz.   | 1.971                   |                | Cáceres                  |
| Hogar del Pensionista Plasencia                         | Ana Manzano Gómez   | 1.971                   |                | Salamanca                |
| Hospital Provincial de Badajoz                          | Alicia Ayala Ayala  | 1.971                   |                | Badajoz                  |
| + Hospital Provincial de Cáceres                        | M <sup>a</sup> Antonia Gomez Mtnoz.   | 1.969                   | 1.971          | Cáceres                  |
| Instituto de E.Media Badajoz                            | M <sup>a</sup> Josefa   | 1.972                   |                |                          |

| Puesto de trabajo                                    | Nombre del profesional                   | Alta  | Baja  | De donde procedía (provincia) |
|--|--|-------|-------|-------------------------------|
| Instituto de Colonización. Zona Sagraja-Novelda      | M <sup>a</sup> Teresa Labairu            | 1.964 | ---   | Navarra                       |
| Idem. id. Valdivia (Badajoz)                         | Angelos Carabias Teba                    | 1.964 | ---   | Málaga                        |
| Idem. id. Aldeobotoa (Badajoz)                       | Teófila Morchón Casasola                 | 1.968 | 1.969 | Valladolid                    |
|  | Josefa Miguel                            | 1.969 | 1.971 | Madrid                        |
|  | M <sup>a</sup> Angeles Marcos            | 1.971 | ---   | Badajoz                       |
| Idem. id. Guadiana del Caudillo                      | Adela Plaza                              | 1.964 | ---   | ---                           |
|  | M <sup>a</sup> Angeles Marcos            | 1.969 | 1.971 | Badajoz                       |
|  | Coro Garrido                             | 1.972 | ---   | Badajoz                       |
| Idem. id. Vega del Tietar                            | Eusebia Rodriguez                        | 1.966 | ---   | ---                           |
|  | Teófila Morchón Casasola                 | 1.969 | ---   | Valladolid                    |
| Mutualidades Laborales. Delegación Pral. de Cáceres. | Concepción Pérez de Albeniz              | 1.969 | 1.971 | Madrid                        |
| O.N.C.E. Badajoz.                                    | Angela M <sup>a</sup> Cabozas H.         | 1.965 | ---   | Badajoz                       |
| O.N.C.E. Cáceres.                                    | Carmen García Montoto                    | 1.971 | ---   | Cáceres                       |
| Patronato de Protección a la Mujer. Badajoz          | Encarna Galván                           | 1.970 | ---   | Badajoz                       |
| Parroquia del Barrio de las Picuriñas. Badajoz       | M <sup>a</sup> Dolores Dominguez Salcedo | 1.972 | ---   | Badajoz                       |
| + Patronato de Protección a la Mujer. Cáceres        | Lola Cáceres Calvillo                    | 1.966 | 1.967 | Cáceres                       |
|  |  | 1.971 | 1.971 |                               |
|  |  | 1.971 | 1.972 |                               |
| Sanatorio Psiquiátrico Infantil. Plasencia           | Carmen García Montoto                    | 1.969 | 1.971 | Cáceres                       |
|  | Valdefuentes Clemente F.                 | 1.971 | 1.971 | Cáceres                       |
|  | Inmaculada Romero Pastor                 | 1.972 | ---   | Cuenca                        |

Los puestos de trabajo señalados con una cruz están vacantes en la actualidad.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid 1 al 4 de Junio de 1.972.

POENENCIA: "Situación del Trabajo Social".

COMUNICACION: "Consideraciones sobre el Trabajo Social".

El malestar existente entre muchos profesionales del Trabajo Social, con un sentimiento de la ineficacia de su labor, lleva constantemente a preguntarse: ¿Quiénes somos? ¿Cuál es nuestra labor? ¿para qué servimos? ¿A quién servimos?

Ello nos ha llevado replantear la profesión, a cuestionar los principios y teoría en que se basa.

ORIGEN:

El Trabajo Social nace en los Estados Unidos a finales del siglo pasado. La situación histórica de explotación económica y social en grados extremos y extendida a amplias capas de la población que trajo consigo la Revolución Industrial, aceleró el despertar de la clase obrera, organizándose y luchando para la defensa de sus derechos y el logro de sus intereses.

Esta lucha ha obligado al sistema social y político capitalista a modificarse poco a poco, a perder parte de su dureza inicial para ir aceptando gradualmente algunas de las condiciones que la clase obrera le imponía.

Como una respuesta más a la situación de miseria social surge el Trabajo Social, intentando paliar sus síntomas, pero desde fuera de la clase obrera. Se reduce así su agresividad, mediante unas obras de beneficencia paternalistas. El Capital utilizará pronto el Trabajo Social en beneficio suyo.

Mussolini escribía en "Gerarchia" en 1925: "Los empresarios tienen un gran interés en mantener alto el standard de vida de sus obreros, porque — esto significa mayor tranquilidad en las oficinas mayor rendimiento en las prestaciones de trabajo. Un capitalista inteligente no puede esperar nada de la miseria. He aquí el porqué un capitalista inteligente no se preocupa sólo de los salarios, sino de las casas, escuelas, hospitales, etc. para sus obreros. Por consiguiente, tarea principal del Asistente Social es la de establecer un "raccordo" (Enlace) entre hombre y ambiente.

El Trabajo Social no surge de la misma clase obrera, como medio para — transformar su situación, sino que es administrado por las clases dominantes. Esto obliga al Trabajo Social a ser desde sus comienzos paternalista, sin ir directamente a la causa de los problemas por los que se preocupa e intenta atender.

Aunque encaminado a la clase obrera (en la que en general trabaja el Asistente Social desde sus comienzos), no encarna los intereses del obrero; sino en el mejor de los casos, lo que la clase dominante cree que son los intereses de la clase obrera, y en muchas ocasiones serán los intereses de la primera los que el Asistente Social va a defender. Hay que tener en cuenta también que el Asistente Social procede, en su mayoría de las clases media y alta.

Nos damos cuenta de que el Trabajo Social nace contradiciéndose desde un principio, no aparece como consecuencia de la autodeterminación de la clase obrera, sino del paternalismo asistencial de las clases elevadas. Olvidando esto, se pretende afirmar que el Trabajo Social es una filosofía y una práctica apolítica, neutral, lo que indica una ingenuidad e ignorancia que es imperdonable, dado que en la práctica estamos sirviendo de instrumento a la política existente. "Política es todo, en el momento en que se convierte en objeto social, es decir, de más de uno". La pretendida asepsia política, es pues disfrazada complicidad y, por tanto, implícita politización" -- (Castilla del Pino). ¿Por qué iba a librarse el Trabajo Social de la influencia político-social, si ha nacido de ella?

La influencia de la ideología dominante es un hecho en la filosofía del Trabajo Social; como consecuencia, se define como "propios del Trabajo Social" principios y valores que no son más que los de una determinada clase, en una determinada época histórica y en un determinado país.

La filosofía individualista de aquella, es fácil de encontrar en los principios del Trabajo Social: individualización del cliente, autodeterminación, son ideas que olvidan aspectos tan importantes como es el condicionamiento social del hombre, por ser este un ser social y vivir en una sociedad.

El hecho de no hacer un análisis objetivo, de no cuestionar sobre estos temas, ha llevado a tener una teoría inmovible y sagrada, lejana de la realidad, y nada científica, cuya ineficacia experimentamos día a día en nuestro trabajo.

Es urgente replantear nuestra profesión, buscar un cuerpo de doctrina sólido y objetivo en el que apoyarnos. Es necesario tener claro a quien servimos, para quien trabajamos realmente. Ya no nos podemos permitir errores de apreciación en este sentido. Hasta ahora se nos ha calificado de ingenuos, de ahora en adelante dejaríamos de serlo para ser cómplices.

#### ¿QUE ES EL TRABAJO SOCIAL?

Algunas definiciones dicen:

"Ayudar a la persona a desarrollarse mediante sus propios recursos y los de la comunidad". "La sociedad actual posibilita este desarrollo? ¿Lo permite para todos? ¿Los recursos están a disposición de todos, o solo de una minoría? La teoría ortodoxa, como vemos en este ejemplo, está falta de análisis.

En 1899 Mary Richmond, daba del Trabajo Social esta definición: "El Trabajo Social individual es el conjunto de los métodos que desarrollan la personalidad, y por medio de los cuales se trata de adaptar consciente e individualmente al hombre a su ambiente social". En ella se encuentra una visión parcial de la realidad, al plantearse al adaptar al ambiente social, sin preguntarse si este ambiente es apto para el individuo. Paralelamente nos muestra un Trabajo Social totalmente estático, que en ningún momento se plantea el cambio de la situación en la que el individuo se halla. ¿Hay que adaptar al hombre por encima de todo a su situación, aunque ésta sea marcadamente conflictiva y destructora del hombre?

En otras ocasiones la teoría lleva a situaciones como la siguiente: se puede considerar que uno de los fines del trabajo comunitario es lograr "el mayor equilibrio entre las necesidades y recursos de una comunidad". El resultado directo de esta afirmación --dice Ricardo Hill-- puede ser tanto aumentar los recursos como disminuir las necesidades, a efectos de lograr ese ajuste.

La falta de esos recursos, que la sociedad debería tener, nos obliga a "poner parches", sustitutivos de ellos, convirtiendo nuestra labor en algo semejante a la beneficencia.

Esta labor paternalista y asistencial está contribuyendo a mantener situaciones injustas, que de otro modo, por su propia dialéctica interna llevarían a un cambio. Acallamos así los síntomas, sin atacar directamente la enfermedad.

Todo ello hace que nuestra labor se centre en un Trabajo Social individualizado, sin una acción más profunda de promoción social, por falta de recursos para lograrlo. Entre otras cosas no hay cauces que faciliten la creación de grupos y comunidades. La primera dificultad con la que nos encontramos es no poder formar grupos de diálogo y discusión. Mucho menos de acción.

La ineficacia del trabajo individualizado, es de todos conocida. Y hoy día, en las nuevas corrientes del Trabajo Social se propugna una nueva integración de métodos, por considerar que su división en casos, grupo y comunidad son superestructuras artificiales, puesto que al individuo, como ser social que es, no se le puede separar de ese grupo y esa comunidad.

#### EL FUTURO DEL TRABAJO SOCIAL

El planteamiento que por todo ello nos hacemos es: ¿Qué alternativa le queda al Asistente Social? ¿Qué futuro tiene nuestra profesión?

Por una parte es evidente que puede continuar como hasta ahora, con una labor paternalista, poniendo "parches" y haciendo conformistas a las personas disimulando la irracionalidad de su situación, y las contradicciones internas de la sociedad.

Pero como ya hemos expresado, una vez conscientes de ello, es algo que - honestamente no podemos aceptar. El desarrollo de la persona supone desde nuestro punto de vista el que ella misma conozca la realidad en la que vive despertarle el interés por lo que le rodea. En una palabra, concienciar a las personas con las que trabajamos para que sean realmente más personas, para que sean ellas mismas las que actúen y cambien su situación desde la raíz, sin falsos encubrimientos.

De esta forma el Asistente Social actuaría como agente de cambio. Estarea de agente de cambio se inscribe como naturaleza misma de la profesión de - Asistente Social.

En nuestra labor de búsqueda de los objetivos reales de nuestra profesión, hemos encontrado algunos trabajos orientados en este mismo sentido, algunas de cuyas conclusiones transcribimos a continuación, por considerarlas de gran utilidad y se pueden aportar bastante luz sobre el problema planteado.

- Documento publicado en Manresa, septiembre de 1971, por la F.E.E.I.S.S. "Seminario sobre Metodología del Trabajo Social".

En la revisión de los objetivos del Trabajo Social, indica dicho documento.

"En Europa: en los documentos de base del Seminario de París sobre Trabajo Social y concepción de vida, se observan una serie de coincidencias que se podrían resumir en:

- necesidad de una actitud más crítica por parte del Trabajo Social, frente al orden establecido.
- crítica de la neutralidad del Trabajo Social y de los comportamientos-escapistas.
- crítica de la aceptación por parte del Trabajo Social del papel protectorista que le viene dado por la sociedad.
- crítica de una acción puramente paliativa que ataca solamente los síntomas.

Frente a ello se propone:

- un mayor compromiso del Trabajo Social en el proceso de cambio.
- una utilización mayor de los canales existentes para hacer llegar la documentación relativa a las necesidades reales hasta los mandatarios políticos con funciones dirigentes.

En España: se recogen ciertas críticas hechas al Trabajo Social.

- crítica del Trabajo Social que se propone como objetivo la adaptación del individuo al medio, ajuste de la persona a su ambiente sin preguntarse si el medio o el ambiente son aptos para el desarrollo de las potencialidades de la persona.

- crítica del énfasis puesto en los principios clásicos (individualización, autodeterminación...) que ha llevado a una acentuación de la dimensión individual del hombre, olvidando la dimensión comunitaria.
- crítica de los asistentes sociales que ejercen en muchos casos funciones que podrían ser desempeñadas por otros profesionales (monitores - de esparcimientos, animadores de equipo, etc.)
- crítica del Trabajo Social que brinda en ocasiones una asistencia puramente paliativa sin ir a las causas.
- crítica de los Trabajadores Sociales que aceptan y asumen un papel protectorista que les viene dado por la sociedad.
- crítica del Trabajo Social que se inserta como un tranquilizador de conciencias individuales y colectivas.
- Documento concluyente del Seminario del Servicio Social. Escuela U.N. S.A. de Milán. En la definición del nuevo rol del Asistente Social, le son asignadas entre otras las siguientes funciones:

- promoción social
- planificación y coordinación de servicios sociales
- consulta para la formulación y desarrollo de la política social
- investigación en la valoración de los servicios a fin de su mejoramiento.
- terapia social
- educación en la libertad.
- no abstención de juicios de valor sobre la sociedad y sus situaciones particulares (Asistente Social "crítica").
- despertar el sentido de solidaridad entre los trabajadores.
- rol de acelerador del desarrollo de la democracia.
- el asistente social debe tender a trabajar en un campo "abierto" y no en el interior de las instituciones.
- la intervención del asistente social debe ser siempre más con carácter preventivo" y proponerse un proyecto de seguridad social más amplio.

De esta forma, hemos querido dejar patente toda la problemática que como profesionales nos ha surgido a lo largo de nuestro trabajo y que es el sentir de una gran mayoría. Es necesario continuar profundizando todos conjuntamente, lo que nos exige ya una toma de postura verdaderamente honrada y auténtica por ser el hombre quien está en juego.

Madrid, Junio 1972

BIBLIOGRAFIA

- "Metodología Básica en Servicio Social".  
Ricardo Hill.
- "Diagnóstico Social".  
Mary Richmond.
- "Documento concluyente del Seminario sobre el Servicio Social".  
Escuela U.N.S.A. Milán (Noviembre - Enero 1970/71).
- "Seminario sobre Metodología del Trabajo Social". F.E.E.I.S.S. Primera Ponencia: "Revisión de los Objetivos del Trabajo Social aquí y ahora".  
Manresa, Septiembre 1971.
- "Elementos a considerar en una proposición de trabajo social".  
T.S. René Salinas. Revista "Hoy en el Trabajo Social". Nº 22 Noviembre de 1971.
- "Ideología y Trabajo Social". T.S. René Salinas.  
Revista "Hoy en el Trabajo Social". Noviembre de 1971.
- "Ideología y compromiso en el Servicio Social". AS. Herman C. Kruse Revista "Hoy en el trabajo Social". Noviembre 1971.

PONENCIA: "Situación Actual del Trabajo Social".

COMUNICACION: "Consideraciones sobre el Trabajo Social".

TRABAJO PRESENTADO POR:

- Monserrat Castañar
- Amparo Ferrer
- Esperanza Linares
- Concepción Lobo
- M<sup>a</sup> Jesús Muñiz
- Concepción Pérez de Albéniz.
- Marina Peiró
- Elena Roldán
- Carmen Sánchez Moro
- Carmen Serrat
- Inmaculada de Zeyas
- Pilar Rodríguez.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1972.

Comunicación presentada por el Instituto de la Juventud del Instituto de Estudios Políticos.

Comunicante:

Dr. D. J.M. López-Cepero Jurado  
Director del Instituto de la Juventud.

ASISTENCIA SOCIAL A LA JUVENTUD

La asistencia social ha sido considerada desde su principio como un servicio social ya que incluso al intentar resolver casos individualizados ha resuelto con ello problemas de grupos primarios o secundarios. La asistencia social de casos y de grupos o comunidades constituye un servicio social por definición. Arranca de una concepción del hombre integrado en un ámbito que no puede desprenderse de sus propios problemas en los que los del individuo forman parte de la armonía total del grupo.

La asistencia social es por lo tanto, al partir de la concepción social del hombre un servicio social. Es lograr que cada individuo, que cada grupo, sepa ayudarse a sí mismo para conseguir la meta anhelada de su autoafirmación.

De ahí que cada época requiera una asistencia social con énfasis preferente sobre determinados sectores y personas. Estamos en una época de cambio, de aceleración histórica. En una época en la que cada día trae un nuevo afán también trae una nueva exigencia, una nueva preocupación, un nuevo campo de servicio.

No se puede concebir que nuestro tiempo la asistencia social, algo genérico. Ha de ser cada vez más específica y entrar por ello en el campo de la especialización. Si contemplamos el mundo de hoy en la aparición de nuevas formas y fuerzas sociales laborales, no cabe duda que la formación del asistente social ha de adecuarse a las exigencias de su tiempo. La juventud se nos aparece hoy como grupo social determinado y fluyente, configurado dentro de su entorno incluso por una subcultura nacida de un contacto directo con los medios de comunicación de masas que la generación anterior no tuvo.

La familia ha dimitido en gran parte su papel de educadora, aceptando un cambio en las actitudes opiniones e intereses de esa masa joven que impone unos ritmos, un modo de vestir y una nueva concepción de la vida. Pero este nuevo modo de entender el devenir del hombre no está de acuerdo con los cauces que proporciona la cultura adulta, produciéndose por ello situaciones

anómicas y de enfrentamiento intergeneracional. Pero estos problemas no se reducen al ámbito familiar, sino que el proceso contestatario abarca a las esferas de la sociedad y el Estado.

Si consideramos el enorme trasvase de la juventud rural a zonas urbanas hemos de tener en cuenta los procesos de adaptación y cambio que exigen las adaptaciones de subculturas rurales a subculturas urbanas, los estados anónimos que por esta situación se producen.

Si tenemos también en cuenta que los procesos anómicos originan disfuncionalidad y por consiguiente situaciones conflictivas con la sociedad global, podremos comprender el aumento de la delincuencia juvenil, los procesos de inadaptación, rebeldía y situaciones evasivas que lleva el alcoholismo y a otras drogas. En la población femenina travasada, la prostitución aparece como lacra social que hoy contemplan nuestras leyes como figura delictiva.

Por todo lo dicho concluimos que nuestra época exige un servicio social a la juventud y que ese servicio social es fundamentalmente asistencia social en el concepto español de la palabra.

La asistencia social a la juventud consiste en ayudar al joven o grupo de jóvenes a lograr su autoafirmación y definición dentro del proceso social por sus propios medios, a través de una toma de conciencia de su realidad y de su proyectiva de futuro.

La asistencia social a la juventud ha de desarrollarse en los siguientes ámbitos.

1.- Rural.- Consiguiendo el arraigo de los jóvenes a través de procesos personales y comunitarios con el fin de lograr una existencia acorde con las exigencias del tiempo, en una sociedad justa y en la satisfacción de sus necesidades físicas, laborales, culturales y espirituales. Esta satisfacción ha de lograrse en un proceso voluntario de adaptación y permanencia, a través de una participación comunitaria en su ámbito de convivencia.

2.- Urbano.- Recibiendo a la juventud inmigrante, procedente de zonas rurales para una labor de:

- a) Orientación
- b) Información
- c) Formación
- d) Educación
- e) Proyectiva existencial.

Estableciendo por los jóvenes centros de convivencia por entidades radicales (sectores, barrios, etc.) en los que puedan encontrar ámbitos y medios de afirmación con valores suficientes para sus proyectiva vital.

3.- Trabajo.- Contemplando la asistencia social en la empresa como diferenciada para el grupo de jóvenes aprendices de ambos sexos, que se encuentran en situación de cambio y promoción social.

4.- Estudiante.- Comprendiendo que el mundo estudiantil, sobre todo en las carreras de grado medio y superiores, se plantean problemas de anomias, y de autoafirmación de singulares características por una situación que también es común a todo proceso de inadaptación al carecer de:

- afecto
- comunicación
- proyecto vital y profesional

Para ello será necesario promover y plantear centros de recepción y ayuda que puedan recoger la problemática en toda la gama de su definición.

Aparte de los ámbitos citados la asistencia social juvenil ha de llegar a todos los sectores marginados tales como los de minusválidos, inadaptados sociales y delincuentes juveniles.

No cabe duda que el asistente social, tanto masculino como femenino, necesita una preparación especial para poder rendir su trabajo, en forma trascendente.

Para ello el asistente social dedicado al servicio social de la juventud ha de poseer conocimientos de sociología y psicología juvenil, de medicina de la juventud y del derecho del menor, además de conocimientos de todas las situaciones conflictivas de la problemática actual del grupo.

La asistencia social a la juventud queda pues definida como un servicio social adscrita a los servicios de la juventud que se prestan actualmente en casi todos los países de Europa.

La asistencia social es sin duda alguna un "rol" social en todo proceso de desarrollo y por ser una asistencia de personas a personas no pueda establecerse en una diferenciación de sexos: Ha de propiciarse para una asistencia social a la juventud la existencia de escuelas suficientes para la formación de hombres y mujeres en este servicio, aprovechando todas aquellas personas que por su vocación, preparación y sensibilidad estén dispuestas a esta tarea comunitaria.

El Instituto de la Juventud del Instituto de Estudios Políticos tiene el proyecto de celebrar para el curso próximo, las enseñanzas especializadas de una asistencia social juvenil, que brinda a este Congreso como otro mensaje de esperanza más que como una salida profesional.

Es preciso que se haga llegar esta inquietud a todos los órganos interesados en la integración y participación de los jóvenes con el fin de que se preste la máxima atención a la asistencia social juvenil por considerarla un servicio indispensable para nuestro tiempo.

Madrid, mayo de 1972

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "El trabajo Social en el Proceso administrativo"

COMUNICACION Nº 1: LABOR DEL ASISTENTE SOCIAL EN LA ADMINISTRACION CIVIL DEL ESTADO, PROVINCIA Y MUNICIPIO.

PRESENTADA POR: Francisca Ventura Martínez. Asistente Social. Madrid.

El Servicio Social, entendemos, que debe tener cierta autonomía dentro de su dependencia en el campo que se le asigne, de ahí la necesidad de la -- creación de un Organismo de Servicio Social en la Presidencia del Gobierno -- y en cada Ministerio y dependiente del Ministro del Departamento el Servicio Social (Se acompaña Organigramas para la más fácil comprensión de nuestra tesis).

Las directrices del Servicio Social serían emitidas por el establecido en la Presidencia del Gobierno, pudiéramos decir que en su aspecto burocrático semejante a las Secretarías Generales Técnicas que hoy existen en cada Departamento Ministerial, siempre en relación con las características y necesidades del Ministerio de que se trate. De todos son conocidas las anarquias existentes de esfuerzos. Si todos estos esfuerzos se unieran en un programa de ayudas bien de viviendas, sanidad, escuelas, etc. sería más eficaz la -- realización de los mismos y menos los gastos que éstos ocasionarían, de ahí -- la necesidad de la creación de un Servicio Social a nivel Interministerial, Interprovincial e Interlocal que abarcaría toda la vida nacional y que dentro de sus características estuviesen debidamente coordinadas entre sí para la -- mejor realización de sus fines.

Por último y dado que no se puede realizar detalladamente el estudio -- de todos los aspectos de la vida nacional, como ejemplo nos limitamos a la -- Seguridad Social, según la tesis "La esfera de acción de la Asistente Social en el campo de la Seguridad Social" que bien puede aplicarse a cualquier Organismo o Institución.

PROYECTO DE INSTITUCIONALIZACION DEL SERVICIO SOCIAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL-ESPAÑOLA.

Es un intento de institucionalizar el Servicio Social dentro del marco general de la Admionistaación española a continuación vamos a, refiriéndonos en concreto al Ministerio de Trabajo, esbozar un supuesto de ante-proyecto -- orgánico susceptible de ser mejorado y concretado, pero en líneas generales -- responde a nuestro propósito; propósito que no es otro que el de su título -- "El Servicio Social dentro de la Seguridad Social".

A) Organos de Administración Pública dependientes del Ministerio de Trabajo.

El Ministerio de Trabajo es el Departamento que asume la responsabilidad de ordenar, dirigir y llevar a cabo la política Social del país. El Ministro ostenta la Jefatura superior del mismo y la Subsecretaría es la segunda jerarquía a cuyas funciones se extienden al régimen interior o sea a los servicios generales, a la comunicación con los demás Departamentos y entidades relacionadas con el Ministerio. Tiene Jefatura de Personal y la Inspección de Centros, Dependencias y Organismos afectos al Departamento.

1) Dirección General de Seguridad Social

Sus funciones están en la planificación, instrumentación y desarrollo de la Acción política y administrativa que en materia de Seguridad Social, como función del Estado corresponde al Departamento de Trabajo.

2) Servicio de Mutualidades

Es un Organismo del Ministerio de Trabajo, con personalidad jurídica -- plena, autonomía administrativa y fondos propios, que tiene por misión la -- creación, orientación y tutela de las Instituciones de Previsión Laboral y -- sus Delegaciones.

a) Mutualidades Laborales.

Entidades que tienen encomendadas la gestión del Mutualismo Laboral, funcionan como Instituciones independientes bajo la tutela del Servicio de Mutualidades. Estas Entidades con carácter general tienen su Sede Central en Madrid y en las capitales de provincias cuentan con una Delegación.

b) Delgaciones Provinciales

Son las Dependencias que gestionan en el ámbito territorial de la provincia el Mutualismo Laboral antes reseñado.

I) Servicio Social en el Ministerio de Trabajo.

Este Servicio que será el elemento coordinador, ordenador y orientador del Cuerpo de Asistentes Sociales de Trabajo, estará organizado de la siguiente forma:

- a) Delegado General.
- b) Secretario General.
- c) Consejo asesor.
- d) Sección Asuntos Generales.
- e) Sección Personal.
- f) Sección Asesoría del Servicio Social.
- g) Sección de Coordinación del Servicio Social.

a) Delegado General

Con el nombre de Delegado General, ostentará la Jefatura del Servicio Social un Asistente Social, quien asumirá la representación legal con las más amplias facultades en relación a su administración y gobierno; y personalmente o en su nombre serán ejercitadas todas las facultades atribuidas al Servicio.

b) Secretario General

El Secretario General asumirá la Jefatura del Servicio Social durante la ausencia del titular y desempeñará con carácter permanente las funciones y facultades que el Delegado General le delegue.

c) Consejo Asesor.

El Servicio Social del Ministerio de Trabajo contará con un Consejo Asesor que estará integrado por:

Un Presidente que será el Delegado General, un Vicepresidente que recaerá en el Secretario del Servicio y Secretario del Consejo que será el Jefe de la Sección de Asuntos Generales y por vocales que, en número de veinte como máximo ocuparán los Jefes de las Secciones y el resto por los jefes de las Secciones del Servicio de las distintas Direcciones Generales.

Este Consejo tendrá como misión específica:

- c1) Conocer de los problemas y sugerencias que planteen las Supervisoras y propuestas para las soluciones de los mismos.
- c2) Elaboración de Proyectos y disposiciones.
- c3) Asesoramiento cerca del Ministro de Trabajo sobre asuntos relacionados con la creación de Servicios Sociales en las Entidades de su dependencia, tareas realizadas o por realizar, problemas sobre coordinación entre los distintos servicios, etc.
- c4) Propuestas al Ministro sobre organización, planificación y reforma del Servicio Social en el campo de la Seguridad Social, respecto a Entidades en que debe establecerse el Servicio Social, número de Asistentes Sociales necesarias, forma de desenvolvimiento dentro de las características de la Entidad de que se trate, etc.

Realizará cuantos trabajos de carácter social relacionados con el Servicio Social le sean encargados por el Ministerio y también informará sobre aquellos asuntos que le sean solicitados.

Celebrará sus sesiones como mínimo una vez al mes.

En este Consejo podrán tomar parte aquellas representaciones de otros Ministerios o Entidades públicas o privadas que conozcan de problemas sociales que estén relacionados con la misión específica del Servicio Social de Trabajo y cuando la sesión que se celebre sirva para aunar criterios con carácter nacional sobre ciertos problemas y para una mejor coordinación de los Organismos que se ocupan de ellos.

- d) Sección Asuntos Generales. Llevará todo lo relacionado con esta Sección, tales como confección y redacción de Actas, Registros, etc.
- e) Sección de Personal. Sus funciones serán llevar el régimen del cuerpo de Asistentes Sociales de Trabajo, en especial:
  - e1) Enseñanza y formación técnica de las Asistentes Sociales en el campo de la Seguridad Social.
  - e2) Convocatorias de concursos y oposiciones, nombramientos, destinos, traslados, licencias, escalafones, etc.
- f) Sección Asesoría del Servicio Social. Estará integrado por supervisores titulados del Servicio Social y sus funciones serán:
  - f1) Análisis y cumplimentación de informes sobre Servicio Social.
  - f2) Ejecución de trabajos especiales que requieran consultas o encuestas.
  - f3) Estudios sobre Seguridad Social y Servicio Social.
  - f4) Observación, análisis y formalización de recomendaciones sobre los efectos, rendimientos reales y trascendencia de las actividades de los Asistentes Sociales.
  - f5) Estudios de los problemas generales de las relaciones en la Seguridad Social.
  - f6) Información de cuantas disposiciones y proyectos de carácter técnico, social y administrativo se refieran a problemas y cuestiones de Servicio Social en la Seguridad Social.
  - f7) Delegación en Congresos, Asambleas, Comisiones y reuniones y ponencias, en que se trate de problemas que afecten a la Seguridad Social y en las cuales el Servicio Social tenga especial o importante participación.

g) Sección de Coordinación del Servicio Social.

Esta Sección conocerá de todos aquellos problemas que plantee el Servicio Social en las distintas Dependencias del Ministerio de Trabajo y generalmente sobre coordinación y colaboración entre ellas, así como con los restantes Ministerios en que algunas de sus actividades tengan cierta analogía con determinados campos de la Seguridad Social, tendiendo a la implantación de una coordinación total a fin de evitar la duplicidad de esfuerzos por el Estado en un mismo caso o problema y aunar criterios resolutivos sobre los mismos.

Esta Sección deberá mantener una estrecha colaboración y contacto con Organismos extranjeros de Servicio Social, concretamente, en el campo de la Seguridad Social, sobre todo con aquellos que mantienen relación con los trabajadores emigrantes de nuestra patria.

II) Servicio Social en la Dirección General de Seguridad Social.

En la Dirección General de Seguridad Social existirá una dependencia de Servicio Social con el rango o carácter de "Sección" u otro análogo, que entenderá de todos los asuntos relacionados con el Servicio Social en las distintas Entidades y dependencias de la citada Dirección.

Sus funciones serán:

- a) Proponer al Director General de Seguridad Social.
- a1) Creación o disolución de los Servicios Sociales existentes en las Entidades subordinadas a la Dirección General de Previsión.
- a2) Las Disposiciones de carácter general y las especiales por las que tengan que regirse los Servicios Sociales en las Entidades dependientes de la Dirección General de Previsión.
- b) Dictar las Resoluciones e Instrucciones necesarias y las aclaraciones o interpretaciones oportunas sobre la normativa de carácter general o especial que afecte al Servicio Social.
- c) Regular la organización administrativa del Servicio Social.
- d) Resolver las diferencias de adaptación entre el Servicio Social y las Instituciones, que pudieran presentarse.
- e) La Jefatura de los Asistentes Sociales dependiente de esta Dirección General de Seguridad Social y de Supervisión del Servicio Social.
- f) Informar al Director General:

- fi) Sobre labor realizada cuando para ello sea requerida.
- f2) Sobre realización de estudios e investigaciones del Servicio Social en el plano administrativo y social.
  - g) Colaborar con el resto de las Secciones de la Dirección General de Seguridad Social, cuando para ello sea requerida.
  - h) Asesorar en materia de Servicio Social en las reuniones que sobre Seguridad Social se celebren.
  - i) Coordinar con el Servicio Social de otras Direcciones Generales dentro del Ministerio de Trabajo y con los distintos Ministerios.
  - j) Cuidar de la difusión y correcta aplicación de la normativa sobre funcionamiento del Servicio Social.

La Sección Central del Servicio Social de la Dirección General de Seguridad Social dependerá en el plano jerárquico y funcional del Servicio Social del Ministerio de Trabajo.

III) Servicio Social en el Servicio de Mutualidades Laborales.:

En el Servicio de Mutualidades Laborales, existirá, al igual que en la Dirección General de Seguridad Social, una división de Servicio Social que estructurada en Negociados los cuales tendrán funciones análogas a las que la citada Dirección posee. Dependerá de la Sección de Servicio Social de la Dirección General de Seguridad Social y entre sus Negociados existirá uno de Supervisión, que será el elemento de control y ayuda para que la Asistente Social en las distintas Mutualidades y Delegaciones cumpla su misión y garantice la correcta aplicación de la doctrina y normas del Servicio Social.

Asimismo, tendrá como objetivo el promover y asegurar la realización de los fines del Servicio de Mutualidades en sus respectivas Entidades o Delegaciones, insistiendo una vez más en que la misión primordial del Servicio Social serán los fines específicos de tal Organismo.

IV) Servicio Social en las Mutualidades Laborales.

Pudiéramos decir que es en este Servicio donde verdaderamente mas se practica "las relaciones humanas" entre el asociado y la Seguridad Social (representada por el Asistente Social de la Mutualidad Laboral).

Antes de especificar en qué consiste la labor de la Asistentes Social en la Mutualidad es necesario indicar que todas las Mutualidades cuentan con Organos de Gobierno que son:

Asamblea General  
Junta Rectora  
Comisión o Ponencia Provinciales.

Estos Organos de Gobierno que desde la creación de las Mutualidades Laborales vienen rigiéndolas están integrados por vocales trabajadores, vocales empresarios que son nombrados por elección de acuerdo con las normas vigentes y en el seno de la Organización Sindical a través de las Secciones Económicas (empresarios) y Sociales (trabajadores) También integran estos Organismos de Gobierno vocales natos para que los vocales electivos se encuentren asistidos en su gestión con los asesoramientos técnicos necesarios.

Estos vocales natos asisten a las reuniones con voz, pero sin voto y son:

- Un representante de la Delegación Provincial de Trabajo.
- Un representante de la Obra Sindical de "Previsión Social".
- El Director o Delegado de la Mutualidad y cuando el Servicio de Mutualidades lo considere necesario nombrará un asesor técnico que puede al igual que los vocales natos asistir con voz, pero sin voto.

Aunque apartándonos un poco del motivo de este punto, no queremos dejar de hacer constar que la labor desarrollada en el Mutualismo Laboral por sus Organos de Gobierno, ha sido una labor fecunda y eficaz y vemos como las palabras del Papa Juan XXIII son una realidad a través de las actuaciones y jurisprudencia de los mismos. En la Encíclica "Pacem in Terris" afirma que "en los obreros está viva la exigencia de no ser tratados nunca como objetos, como seres de razón y libertad, sino como sujetos o personas, en todos los sectores de la sociedad humana, económicos, sociales, en la vida pública, y en la cultura".

Así vemos como en el Mutualismo Laboral se le ha dado al trabajador el puesto que le correspondía para regir sus propios intereses y desarrollar al máximo sus condiciones y capacidades a la vez que son oídos en sus justas aspiraciones en el ámbito de la Seguridad Social.

Continuando con nuestro tema y habiendo expuesto una idea objetiva sobre los Organos de Gobierno entramos en el papel que la Asistente Social puede realizar ante y frente los citados Organos.

La Asistente Social realizará todas aquellas gestiones encaminadas al mayor conocimiento por los Organos de Gobierno de prestaciones que necesitan un informe especial para la resolución de las expedientes, sobre todo en los de Acción Formativa, Créditos Laborales, Extrarreglamentarias, Internamientos en Sanatorios, etc. Su misión nunca será de inspección sino de información.

Igualmente, es conveniente que la Asistente Social sea vocal nato de estos Organos y colaborase con los vocales electivos en aquellos casos que para ellos sea requerida y que constituyan parte del Servicio Social; bien para realizar encuestas, visitas domiciliarias a los asegurados o familiares beneficiarios, funciones docentes sobre Seguridad Social en Centros que así lo crea necesario el Organos de Gobierno para la difusión de las actividades los derechos y obligaciones que tienen los asociados de la Mutualidad Laboral, exponer los problemas que plantee algunas situaciones de los beneficiarios, etc.

El Asistente Social tendrá muy en cuenta realizar la misión que le sea confiada en nombre del Organos de Gobierno de la Entidad que le encomiende la misma, pues ella será simplemente un elemento de coordinación entre los asegurados y los vocales de la Junta o Comisión a la cual representa. Sus informes pueden recaer sobre los siguientes aspectos:

- Situación económica de los solicitantes de prestaciones graciables. (Asistencia Social, Crédito Laboral, Acción Formativa, etc.)
- Visitas periódicas realizadas a enfermos ingresados en Sanatorios, sobre todo a aquellos que no tienen familiares informando si se está debidamente atendido por el Servicio de Asistencia Social del Sanatorio.
- Visitas igualmente periódicas a jubilados que se encuentren en Residencias de ancianos.
- Informar a los Organos de Gobierno sobre aquellas gestiones que tengan que realizar para internar a huérfanos absolutos, inválidos, jubilados, etc.
- Interesarse por los escolares o trabajadores internos en centros docentes costeados por la Mutualidad para dictaminar sobre ellos a la vez que en nombre de la Junta o Comisión escribir a los mismos en sentido favorable en algunos casos, para estimularles o bien, en caso desfavorable, para que capten el interés del Organos de Gobierno en la realización de sus estudios.
- Otros informes que le sean solicitados, siempre que relación con la misión de un Asistente Social.

En el campo administrativo de la Mutualidad Laboral existirá un Servicio Social llevado por una Trabajadora Social, quien además de las funciones citadas como vocal nato de los Organos de Gobierno tendrá otras funciones que tenderán a humanizar los servicios administrativos y crear un verdadero clima de relaciones humanas entre el asegurado o familiares beneficiarios y la Entidad Mutualista.

El Mutualismo Laboral es uno de los sectores de la Seguridad Social donde se puede decir sin temor a equivocarnos que existe un verdadero espíritu de servicio a los fines específicos de estas Entidades. No obstante, no podemos ignorar que por una serie de circunstancias, bien por que la mayoría de-

los asegurados no se encuentran aún capacitados para interpretar las leyes sobre Seguridad Social, bien porque los funcionarios o encargados de la tramitación de los expedientes de prestaciones no disponen de tiempo para atender aquellos que se presenten sin saber concretamente que solicitan documentos necesarios, etc. o bien porque la racionalización del trabajo trae como consecuencia el "sacar trabajo" que es en realidad lo que cuenta y no el tiempo "perdido" en atender lo mejor posible a supuestos beneficiarios, lo cierto es que se necesita a alguien que pueda "perder el tiempo" porque precisamente lo que cuenta en su labor es el escuchar para ver como solucionar los problemas que planteen los interesados, naturalmente contando con la colaboración de los mismos. Pues bien la labor del Asistente Social sería en términos generales y vulgarizando la siguiente:

En el Servicio Social de la Mutualidad se instalaría un despacho donde se recibirán a todos aquellos que planteasen un problema social que no pudiera ser resuelto por vía legal o administrativa. Para ello se fijarán unas determinadas horas de permanencia, al objeto de disponer de tiempo para hacer visitas domiciliarias a Sanatorios o para poder contrastar la realidad de los problemas expuestos, etc.

En esta permanencia el Asistente Social está llamado a ayudar a la Institución de la Seguridad Social, a individualizar su acción "vis-a-vis" con cada uno de sus asociados o derecho-habientes. Según el problema que plantee y, ante la posibilidad de que el mismo tenga o no solución la Asistente Social habrá de facilitarle, caso de no pertenecer a la Mutualidad, los informes necesarios para que se dirija a otra Entidad donde su caso pueda ser resuelto y lo pondrá en contacto con el Servicio Social del respectivo organismo, en la suposición de que existiese. Otros supuestos serán los de darles a entender el verdadero problema social que el individuo tiene y ayudarle a que el mismo colabore en su solución "Naturalmente esto no es posible sino gracias a trabajadores sociales, (Asistentes Sociales) que, al mismo tiempo, eduquen a los individuos y a los familiares a ver sus problemas y a tratar de resolverlos por su propio esfuerzo".

Con relación a la Ley de Bases de la Seguridad Social donde se establecen los Servicios y Asistencia de la Seguridad Social, la labor de la Asistente Social en aquellos casos de asegurados que necesiten de alguno de estos servicios lo pondría en contacto con aquel remitiéndole un detallado informe sobre el caso; a la vez que éste informará al Servicio de la Asistencia de la Mutualidad del proceso de la enfermedad - en casos de enfermos - notas de aplicación y comportamiento de los alumnos en Universidades Laborales y de cualquier otro informe que interese a la Mutualidad.

En cuanto a la Asistencia de la Seguridad Social que conformaría un régimen complementario de las prestaciones reglamentarias para paliar o eliminar ciertos estados de necesidad en aquellos casos de prestaciones insuficientes-

denegadas por falta de algún requisito, por agotamiento del tiempo máximo, - incluido las de prórrogas, en este campo las Mutualidades Laborales tienen una experiencia en sus prestaciones potestativas y que anteriormente hemos mencionado como "extrarreglamentarias" nombre por el cual son más conocidas, en el Mutualismo Laboral.

En otros aspectos el Asistente Social representará a la Entidad en aquellos actos que sobre Servicio Social interesen a la Mutualidad, así como acudirá a aquellas que le señale la Dirección.

Redactará la Memoria anual de las actividades realizadas por el Servicio de Asistencia Social que habrá de presentar a la Dirección para unirse a la Memoria Anual de la Mutualidad y la misma elevará copia a la División de Servicio Social de Mutualidades de quien directamente depende. Igualmente, dará cuenta a esta Sección de cuantas actividades realice, dificultades que encuentre en el ejercicio de sus funciones, etc. pues, como se ha dicho, el Servicio Social, para que tenga una eficacia plena, deberá disfrutar de total autonomía dentro de su acción colaboradora en la Entidad Mutualista.

También servirá de coordinación entre los distintos Organismos para la solución de los problemas sociales que se planteen y que no dependan exclusivamente de la Mutualidad. Así como mantendrá la coordinación precisa con Empresas, Sindicatos, Entidades Colaboradoras del Instituto Nacional de Previsión, Instituto Social de la Marina, etc.

Todas estas funciones, volvemos a repetir, siempre van encaminadas a una mayor eficacia, justicia y adecuación en la concesión de las prestaciones y trae como consecuencia un beneficio no solo exclusivo al asegurado y sus familiares, sino a la propia institución como Órgano Social.

Las relaciones principales según se nos ocurre serían: Mutualidad Sindicatos - Empresas, siempre encaminadas a una perfecta relación del asegurado con estas Entidades.

Para una mayor conocimiento de la labor del Trabajador Social en la Mutualidad expondremos brevemente unos ejemplos que nos aclaren lo que hemos manifestado sobre el que la Asistente Social "ayudará al asegurado o familiares a ver su problema".

Un enfermo que solicita prestación de Larga Enfermedad y que el diagnóstico médico dice "cirrosis", pero esta cirrosis es producida por su abuso de bebidas alcohólicas, entonces la Asistente Social deberá hacer ver al asegurado donde reside la raíz, su verdadero problema, que no es precisamente la enfermedad que padece sino la ingestión de excesivo alcohol. Su labor muy delicada por cierto, será la de preparar a la familia para indicarle que no es un "Borracho" sino un "enfermo" y que no necesita de cuidados-

y tratamientos especiales, al enfermo hará todo lo posible para ponerle en contacto con el Servicio de Asistencia Social del Dispensario Antialcohólico (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica), (el cual se encuentra implantado) para que siga el tratamiento necesario para su total reincorporación. Es lamentable, pero este caso suele darse con mucha frecuencia y naturalmente si además de ser alcohólico no trabaja esto le acarrea un nuevo problema no sólo en el aspecto social y económico, sino psíquico. El tema en sí es interesante, pero no podemos extendernos más, pues creemos es suficiente para dar a conocer uno de los aspectos del Servicio Social.

Como resumen de lo anteriormente expuesto se comprende la necesidad de que en el Ministerio de Trabajo existe un cuerpo de Asistentes Sociales que deberá disfrutar de autonomía, aunque siempre en colaboración y coordinación con las distintas dependencias del citado Ministerio.

Para pertenecer al citado Cuerpo convendría que los Asistentes Sociales ingresados en el mismo, tuviesen una preparación y adiestramiento sobre Seguridad Social, lo que podría conseguirse simplemente con un Cursillo de tres meses en el Centro de Formación y Perfeccionamiento de Funcionarios (Alcalá de Henares). En estos tres meses indicarían dos el conocimiento con carácter objetivo de la Seguridad Social tanto en el plano de su organización como de sus fines y el otro estaría dedicado, subjetivamente, al sector concreto donde la Asistente Social fuese a prestar sus servicios.

Es decir si un Asistente Social tuviese que cubrir una plaza en su ambulatorio del S.O.E. este último mes se dedicaría exclusivamente a la organización y fines del ambulatorio, así como a ampliar sus conocimientos sobre medicina. De esta forma, se conseguiría que para el desarrollo de la misión a ellos confiadas tuviesen una base sólida y se encontrasen debidamente capacitados. Una vez realizado este Cursillo se les entregaría un nombramiento de Asistente Social de Trabajo, (el nombre sería lo de menos) preparados para actuar en este campo tan interesante de la política social del país.

Igualmente y dado la dinámica de la Seguridad Social y Servicio Social sería necesario emitir un Boletín mensual o trimestral al objeto de que los conocimientos del Asistente Social estuvieran completamente al día tanto de las nuevas normas laborales como de las innovaciones en el Servicio Social; la suscripción a este Boletín sería obligatoria para el Asistente Social.

Los gastos que originase este servicio pudieran ser costeados por las distintas Entidades de Seguridad Social, bien directamente o mediante el abono de un cánón de Servicio Social; el traer a este estudio muy someramente esta cuestión económica es el de evitar por todos los medios que esa contratación anárquica de Asistentes Sociales pueda plantear dos problemas:

Que perteneciendo a un mismo organismo cada Asistente Social tenga distintas remuneraciones (Desigualdad de trato o disminución en las remuneraciones).

Que por parte de algunos Asistentes Sociales o inclusive por personas desaprensivas que aún sin terminar sus estudios, presten sus servicios de alguna Entidad con sueldos ínfimos con menoscabo para la profesión y en perjuicio de sus compañeros (intrusismo profesional).

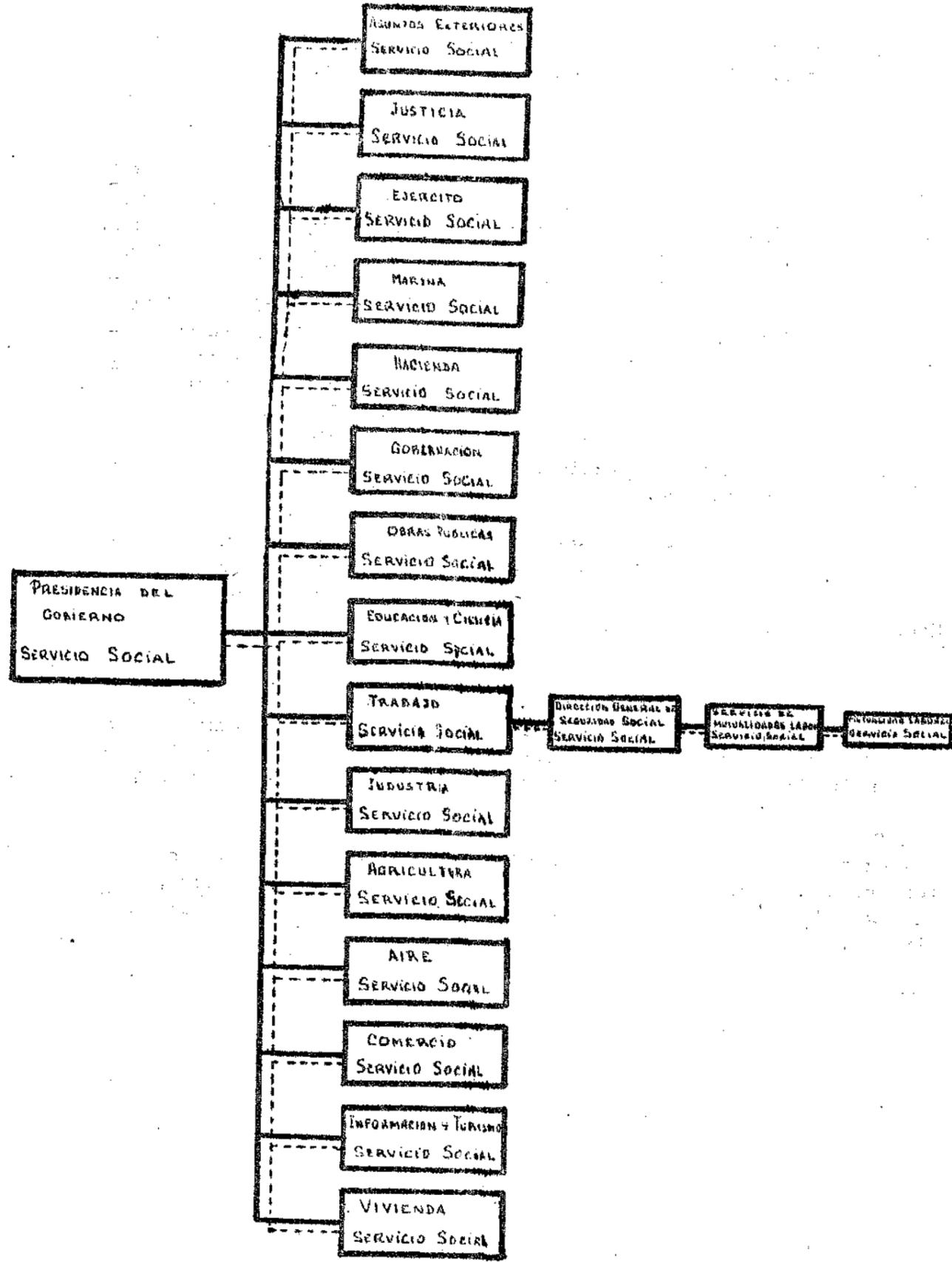
Sobre estos dos problemas no es necesario explicar que por mucho espíritu de Servicio Social que se tenga, el verse con inferior retribución parece que no valoran igual los servicios prestados por una u otra Asistente Social. Por otra parte, es necesario insistir sobre una vigilancia estricta mediante una debida supervisión para evitar anomalías que en ambos casos perjudica a toda organización y como el fin esencial de la Seguridad Social es el bienestar del individuo, éste sería quien al final sería el más perjudicado y si lo que se pretende es conseguir una mayor perfección en las relaciones humanas entre Entidad-Asegurado resulta que es el nacimiento de un instrumento más, sin que este espíritu que debe animar a todos aquellos que se dedican de manera especializada a los problemas sociales del individuo y la colectividad, no podrían mantenerse servicios de Asistente Social y a veces puede ser hasta contraproducente.

La remuneración, los honorarios de permanencia, visitas, etc. deben ser las mismas, dentro de algunas naturales diferencias, según las necesidades del Servicio de Asistencia Social de acuerdo con las características de la Entidad donde fuere implantado.

Se aconseja en todo caso, la mayor unificación posible de criterios en este plan de trabajo y remuneraciones que, aunque a simple vista no tenga mayor importancia, puede ir minando de una manera u otra tanto los ideales más puros como a las personas más equilibradas. Sin armonía dentro de la Organización difícilmente se podrá conseguir la armonía de Entidad-Asegurado.

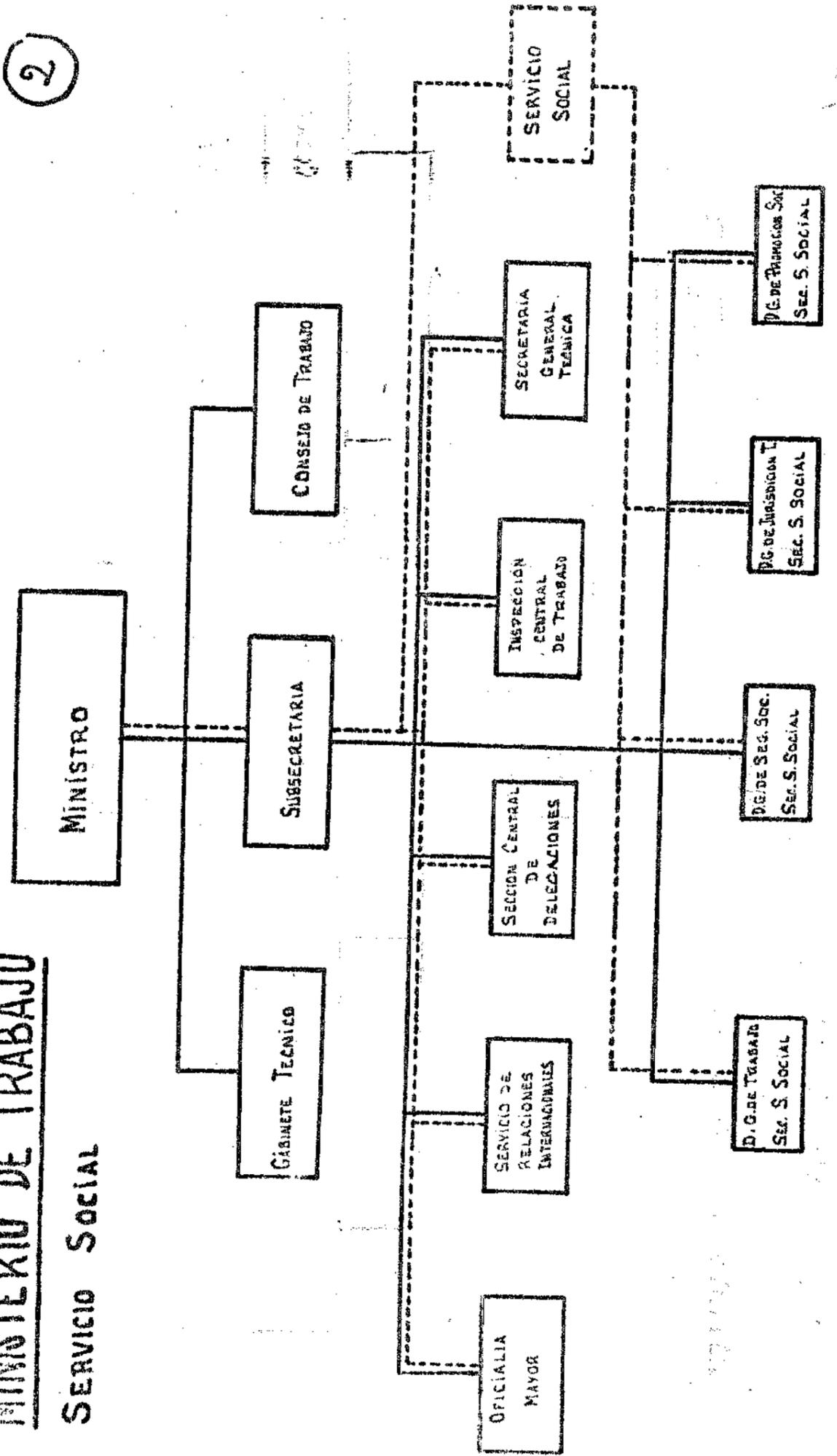
Por último hemos de insistir en que la proliferación anárquica de numerosos servicios sociales, la intervención paralela de pluralidad de Asistentes Sociales, frecuentemente sin ninguna relación entre ellas, precisan, a todas luces de una coordinación de estos servicios para obtener el máximo rendimiento.

# DEPARTAMENTOS MINISTERIALES



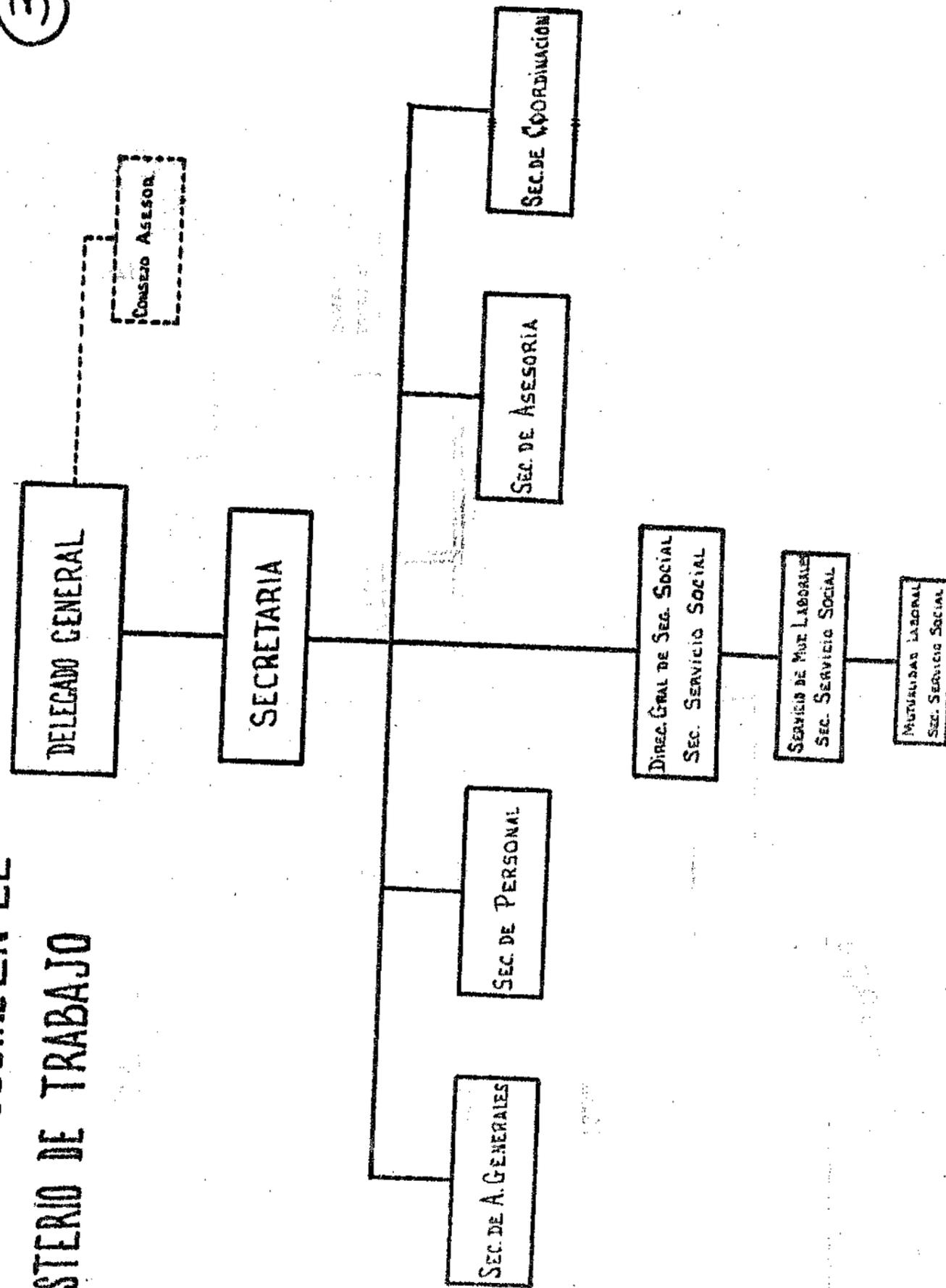
## MINISTERIO DE TRABAJO SERVICIO SOCIAL

2



# SERVICIO SOCIAL EN EL MINISTERIO DE TRABAJO

3



II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "El trabajo Social en el proceso administrativo"

COMUNICACION Nº 2: INCIDENCIA DE NUESTRA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN EL DESARROLLO DE RECURSOS SOCIALES PREVISTOS EN EL XI PLAN DE INVERSIONES DEL FONDO NACIONAL DE PROTECCION AL TRABAJO.

PRESENTADA POR: Ana M<sup>a</sup> Fernández Fuejo. Asistente Social del Centro de Rehabilitación de la Seguridad Social de Oviedo.

PRESENTACION DE LA EXPERIENCIA:

Experiencia iniciada por el Servicio de Asistencia Social del Centro de Rehabilitación de la Seguridad Social de Oviedo, orientada a impulsar la creación de un Centro de Empleo, para favorecer la integración laboral del Minusválidos.

No es objeto de esta Comunicación, presentar un éxito logrado, ni tampoco la profundización de nuestros principios teóricos, mas bien nuestro deseo es el de plasmar una realidad concreta, que de acuerdo con los objetivos de este Congreso, nos pareció podíamos aportar, como un punto más de referencia, que confirme la necesidad de evolución en nuestra actividad profesional. Nos referimos concretamente, a la necesidad de un nuevo planteamiento en la planificación de nuestros servicios, que alcance nuevos niveles en la Administración.

La realización de esta experiencia de trabajo, ha sido motivada, por la evidencia de las mismas necesidades, reiteradamente planteadas en nuestro que hacer cotidiano.

Nos hemos basado a su vez, en la existencia de los recursos humanos necesarios para iniciar la experiencia, así como en el conocimiento preciso de la actual Política Social que desarrolla el Ministerio de Trabajo, a través del Plan de Inversiones del Fondo Nacional de Protección al Trabajo.

A) PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO.

Partiendo ya de las premisas necesarias, para la planificación de nuestro trabajo, conociendo por un lado, las necesidades y por otro, las posibilidades actuales de recursos, hemos procedido, a marcar unos objetivos y un programa de trabajo, que a su vez, nos serviría, para dar un paso más, en el desarrollo y enfoque de nuestra actividad profesional.

a) Objetivos previstos

Estos objetivos tenían una donle significación, por un lado

- Promover la inserción laboral de un número reducido de trabajadores - con disminución física que después de haber seguido, un periodo de Rehabilitación y un Curso de Formación Intensiva Profesional, se encuentra con dificultades insuperables para acceder a un trabajo.

Por otro:

- Incidir en la Dirección General de Promoción Social para favorecer el desarrollo de un Centro de Empleo, previstos ya en su Plan de Inversiones.

b) Delimitación de recursos:

En cuanto a la delimitación de recursos, ha sido necesario, la elección de unos recursos humanos adecuados, así como la delimitación de las distintas posibilidades, que podían ofrecer los recursos institucionales

- Recursos humanos: Delimitando las posibilidades personales de cada uno de los sujetos activos en la experiencia, a través del equipo técnico del Centro de Rehabilitación, con arreglo a:

- Grado de incapacidad física
- En plena edad laboral
- Capacitación Profesional para desempeñar el trabajo que se proyecta
- Grado de interés por parte de los interesados en su integración laboral.
- Nivel socio-económico.
- Capacidad de asociación y sentido de solidaridad.

- Recursos institucionales: Para delimitar los recursos que ofrecían las disposiciones vigentes, ha sido necesario analizar todas sus posibilidades de desarrollo, previstas en el XI Plan de Inversiones del Fondo Nacional de Protección al Trabajo, fijándonos principalmente en:

- Cap. I art. 6 Ayudas a Centros de Empleo Protegido.
- Cap. IV art. 43 y 44 Ayudas a Trabajadores para constituirse en Autónomos.
- Cap. IV art. 47 y 49 Empresas de Régimen Asociativo.

c) Aplicación de normas y desarrollo:

Conocidos los problemas que plantea la integración laboral de los pacientes rehabilitados y estudiadas todas las posibilidades de realización del proyecto, nos quedaba solamente, la forma de llevar a cabo la efectividad de las ayudas previstas anteriormente, por lo que ateniéndonos a las normas generales para su aplicación, hemos procedido a la programación de un expediente, con la colaboración del equipo técnico del Centro, la participación y esfuerzo de los interesados y colaborando a su vez, los servicios técnicos del Ayuntamiento de la zona elegida para la experiencia.

Ha sido necesario:

- La Elaboración de una Memoria, en la que se señalaban los objetivos previstos y características que concurrían en los interesados, con la aportación de informes médicos y sociales, así como las posibilidades de integración laboral.
- Elaboración de un Estudio Económico, proponiendo un plan de amortización.
- Proyecto de Estatutos que habría de regir el Centro de Trabajo.
- Proyecto de Obras e instalaciones precisas de locales.

Después de estudiar las posibilidades de emplazamiento con los propios interesados ateniéndonos a la demanda de mercado, se ha elegido una zona de Asturias, altamente industrializada, por grandes Empresas, para que favorezcan a su vez las posibilidades de crecimiento económico del Centro de Empleo, cuya actividad laboral destinada a Talleres de Reparación de Relojería, encaja plenamente con la zona elegida.

B) ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.

Una vez programado todo el trabajo, y que ha dado lugar a la aprobación del proyecto, por parte de la Dirección General de Promoción Social, inscribiéndole en el "Registro de Avaluos, Intereses y Prestamos del Fondo Nacional de Protección al Trabajo", nos hemos encontrado con las siguientes dificultades:

- No existe una Coordinación entre las distintas Entidades que han de intervenir en la gestión, para que dichas ayudas sean efectivas.
- Los recursos sociales plasmados en las disposiciones vigentes, quedan obstaculizados en sus beneficios, por la imposición de otra mecánica administrativa, que no favorece el fin propuesto en dichas disposiciones.

- No existe una normativa practica que garantice su eficaz desarrollo.

Las dificultades encontradas en esta primera etapa, nos permiten sugerir, con el mejor animo de contribuir a su eficaz desarrollo:

- Las ayudas señaladas en el art. 43 y 44 Cap. IV y 47, 49 del mismo, no parecen ser efectivas, por una falta de coordinación y normativa en su desarrollo, con la Entidad Bancaria (Cajas de Ahorros) quedando totalmente obstaculizado el beneficio dispuesto por la Dirección General de Promoción Social.
- Dado que las garantías que ofrece dicha Dirección General, no son solidarias, la Entidad Bancaria, colaboradora en la gestión, impone todas las cargas a los beneficiarios, que en un principio parecen ser excluidas.

Todas estas dificultades, plantean a los interesados un grave problema, de repercusión económica y psicológica, causando su desanimo y desmoralización para enfrentarse con la situación de inferioridad en la que se encuentran, obstaculizando a su vez, sus deseos de integración laboral.

#### C) NIVELES DE ACTUACION PROFESIONAL

Ante la situación planteada y después de un previo analisis de las dificultades encontradas en el desarrollo de estos recursos previstos en dicho "Plan de Inversiones", nuestra intervención se ha centrado en dos niveles de actuación:

- Por un lado, en una ayuda directa a los interesados, a través de un proceso, de trabajo individual y grupo, potenciando sus recursos personales, para enfrentarse con la situación planteada.
- Por otro lado, incidiendo en los distintos niveles de la Administración (Provincial Y nacional) con la aportación de datos significativos.

Todo ello a través de:

- Un informe detallado y preciso ante los Organismos gestores, sobre la gravedad y consecuencias de la situación planteada.
- Aportación sugerencias, que pueden formentar una mayor coordinación entre los distintos departamentos que han de intervenir.

En definitiva, nuestro proposito, ha ido orientado a favorecer el desarrollo de unos recursos, que potencialmente, estaban previstos, en la Política Social que desarrolla el Ministerio de Trabajo.

#### D) PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA EXPERIENCIA:

Actualmente, la experiencia esta en una etapa de desarrollo, reviste un carácter de atención urgente, por parte del Organismo gestor, Dirección General de Promoción Social, se ha conseguido solamente uno de los objetivos previstos:

- La creación de un Centro de Empleo, que permite la integración laboral de un número reducido de Minusvalidos.

Pero debemos constatar, que aun no se ha formalizado la efectividad de las Ayudas previstas en el Plan de Inversiones del Fondo Nacional de Protección al Trabajo, a través de los prestamos sociales, lo que plantea a los interesados una situación de emergencia, al estar comprometidos en el proyecto económico, que con anterioridad, habia sido aprobado, por la propia Dirección General, quedando pendiente la resolución de las dificultades anteriormente expuestas.

#### E) CONCLUSIONES

A través de la exposición y analisis de dificultades encontradas y que hemos enunciado brevemente, en esta Comunicación, se plantea el interrogante.

- ¿En que línea de actuación han de intervenir los profesionales del trabajo Social, una vez agotadas las posibilidades de incidir y participar en los distintos niveles de la Administración, ante la persistencia de un conflicto?

Nos parece inminente, para que nuestra profesión cumpla actualmente sus objetivos, revisar nuestra actividad, mas de acuerdo con la realidad socio-política de nuestro país y su estado actual de desarrollo.

Para ello, vemos necesario, reivindicar nuestro status profesional, si es que creemos que nuestra aportación puede ser valiosa para un mayor avance social, en aquellos niveles de la Administración, de donde parten la planificación de los Servicios Sociales.

Finalmente, queremos constatar, la reciente puesta en marcha, del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusvalidos, dependiente de la Dirección General de Seguridad Social, promulgado en resolución del B.O.E. del 1 de Diciembre del 71 último y cuyas acciones encomendadas, han de ser la de Coordinar y Planificar toda la Política Social y Laboral del Minusvalidos a través de las Unidades Provinciales de Valoración, recientemente constituidas. Fácilmente se deduce por las funciones encomendadas y señaladas en dicho Boletín, que la aportación e integración de los Asistentes Sociales, se hace imprescindible, entre los miembros del equipo inter-profesional que lo integran. No estando sin embargo incluida la presencia de dichos profesionales del Trabajo Social.

Creemos finalmente, que nuestra intervención actual, ha de ser, la de contribuir reiteradamente, con nuestros trabajos y conocimiento de la realidad social, en la Planificación de dichos Servicios, experiencias unificadas a través de la Federación Nacional de Asistentes Sociales.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "El Trabajo Social en el proceso administrativo"

COMUNICACION Nº 3: EVOLUCION DEL TRABAJO SOCIAL DE EMPRESA.

PRESENTADA POR: Adelina ARRANZ. María ARRILLAGA. Nieves DIAZ. Paulina MARTINEZ. Elena PELAEZ. Ana San Millán. Asistentes Sociales de Empresa de Madrid.

Un grupo de Asistentes Sociales de Madrid, en su idea de aportar al Congreso sus vivencias prácticas del trabajo social de Empresa, han efectuado una encuesta a un grupo de 60 profesionales de dicho campo de Madrid.

El deseo era conocer la evolución del trabajo A.S. en la Empresa, todo ello teniendo en cuenta la evolución económica y social que transforma progresivamente el mundo actual del trabajo.

De los datos recogidos se deduce lo siguiente:

- El Asistente Social, trabaja en empresas desde 50 trabajadores hasta un número ilimitado, siendo los gremios de gran diversidad.
- Estos profesionales, a la hora de la contratación han cambiado impresiones de lo que sería su trabajo a niveles de Direcciones de Empresas.
- Una vez iniciado el servicio se observa que en primer término el trabajo de casos ocupaba el 90% en su tiempo, siguiendo en importancia una aportación pequeña en obras sociales.
- En la actualidad se observa claramente que del trabajo iniciado, prácticamente solo en casos, la gama de problemas que van llegando al servicio de A.S. se amplía notablemente.

La A.S. participa de manera activa y es vocal asesor de distintos comités, tales como:

- Comisión de prestamos
- Higiene y Seguridad
- Servicios médicos
- Reuniones de mandos intermedios
- Gabinete de Psicología
- Jurados de Empresa.

Crea y participa en:

- Obras sociales
- Formación
- Promoción
- Trabajo de Grupos
- Colaboración en la elaboración de la política social y en general todo lo que respecta a información de recursos interiores y ajenos a la Empresa.

- Esta evolución del trabajo social en la Empresa, según la encuesta se debe:

- a) A la toma de conciencia de la utilidad del mismo.
- b) Al prestigio del Servicio Social adquirido ante el personal trabajador y ante las Direcciones.
- d) Sensibilización de las Direcciones hacia los problemas humanos de los trabajadores, considerándose el S. Social como el cauce más adecuado para resolverlos. Destaca en este punto la importancia que tiene la colaboración con los Departamentos de Personal.

- Acerca de la intervención del A.S. en la información laboral y problemas laborales, las contestaciones en ambas preguntas han sido totalmente afirmativas en lo que respecta a la información y con respecto a los problemas laborales también afirmativas, con tres abstenciones.

Esta intervención la consideran debe ser imparcial, objetiva en la medida de lo posible, tratando de preveer, el conflicto antes de que se produzca. Teniendo en cuenta que hay que considerar al ser humano en su totalidad, a este no se le puede disociar de sus problemas laborales.

Por otra parte la aportación que supone la veracidad de la información en dichos asuntos es beneficiosa, tanto para el individuo como para la propia Empresa.

- a la vista de este trabajo actual que se esta efectuando, se lanzó una pregunta futurista sobre una mayor evolución a corto o largo plazo, del trabajo social de Empresa.

El mayor número de respuestas obtenido es que habrá una evolución a medio plazo.

Esta evolución, dependerá en parte de las circunstancias interiores de cada Empresa, pero no dudan que se dará debido a que existe una evolución general de todas las estructuras actuales.

- En esta misma línea de prever un futuro dentro de nuestro marco de -- trabajo, se sondeó acerca de los problemas que parece disminuirán en parte, -- llegando a la conclusión de: casi total desaparición de ayudas económicas ur- gentes (tan conocidas por todos nosotros), que la formación cultural prima-- ria no será tan deficiente como en estos últimos años (habrá un mayor acceso a la formación). También destaca que la "gestión sencilla" ha desaparecido -- prácticamente, debido a la mayor preparación del individuo.

En contrapartidas, las respuestas a qué problemas se darán con mayor -- frecuencia ha sido: problemas psicológicos y psiquiátricos, problemas deriva-- dos de cambios en los puestos de trabajo (debido a las mutaciones a que está sometida la sociedad actual, el individuo sufrirá sus consecuencias, produ-- ciéndose una gran inseguridad en el mismo h precisará una atención especial-- para una continua adaptación a su ambiente socio-laboral.

También indican que hay una gran preocupación por el acceso a la cultu-- ra, todas las profesionales conocen esta inquietud, tanto en individuos ais-- lados como en grupos.

Con el fin de conocer las inquietudes de los profesionales se consultó acerca del tipo de trabajo que se consideraba básico para nuestra profesión. Las respuestas halladas son:

- Mayor colaboración en la política social de la Empresa.
  - Colaboración plena con otros Servicios.
  - Participación en toda la problemática que afecte a la adaptación del individuo en la Empresa, y en general a todo lo que se refiera a pro-- moción humana y social del trabajador.
  - Mayor intercambio entre profesionales de otros campos, con el fin de simplificar gestiones y de mayor efectividad al trabajo.
  - Otra faceta dentro de la encuesta se refiere a la valoración del A.S en este campo de Empresa, y a la formación que precisaba.
- En cuanto a la valoración, está considerada como técnico de grado me-- dio y retribuido como tal.

En cuanto a su formación la pregunta fué esta: ¿Tu formación actual te-- permite tener un punto de vista preciso del trabajo que debe hacer la A.S. -- en la Empresa?

Las respuestas han sido afirmativas, puesto que en el curso de estos -- últimos años las A.S. han logrado adaptarse a exigencias totalmente nuevas, en un campo donde se están produciendo cambios continuos. No debemos olvi-- dar que las personas que han cumplimentado esta encuesta son profesionales-- que, o bien han creado ellas mismas los servicios o han comenzado a ejercer la profesión en el campo de la Empresa. Por tanto tienen una experiencia -- del trabajo social basada en hechos reales.

En contrapartida consideran y creen necesaria una mayor preparación en -- la carrera y una especialización.

En efecto, una profesión cuyas enseñanzas básicas necesitarían más tiem-- po y mayor profundidad, dada la pluralidad de problemas que tratar, -- y las rela-- ciones continuas que ha de mantener con otros profesionales de nivel universi-- tario, debería elevarse al rango de estudios superiores.

El grupo de A.S. que ha efectuado la encuesta rogaría a la Administra-- ción que defina claramente la misión de la Asistente Social en los distintos campos de trabajo, al igual que lo han hecho en otros países con el fin de -- que las nuevas promociones estén respaldadas por Leyes debidamente constitui-- das.

---000---

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "El Trabajo Social en el proceso administrativo"

COMUNICACION Nº 4: "UNA POSIBLE ACCION SOCIAL"

PRESENTADA POR: Equipo de Asistentes Sociales de Oviedo.

Descripción del tema:

- Introducción
- Análisis concepto Acción Social
- Nuestra actuación
- Proyecto de Acción Social
- Esquema del mismo
- Conclusiones.

Estudio realizado por el siguiente equipo de profesionales:

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| Nombre:              | Lugar de trabajo:         |
| Mª Jesús ALBUERNE    | Hospital General          |
| Covadonga BOTAS      | Hospital Psiquiátrico     |
| Carmen HEVIA         | Escuela Asistente Social  |
| Mª Teresa ISQUIERO   | Empresa                   |
| Angeles JIMENEZ      | Escuela Asistencia SOCIAL |
| Manuela JIMENEZ      | Hospital Psiquiátrico     |
| Mª Asunción MARTINEZ | Diputación                |
| Ana SUAREZ           | Hospital General          |

#### INTRODUCCION

Un equipo de profesionales proyectamos colaborar, en la medida de nuestras posibilidades, en uno de los temas previstos para el Congreso.

Antes de comenzar la elaboración del mismo, y de común acuerdo, creímos que el adecuado título y descripción del tema, serían los que previamente -- fueron remitidos a la Secretaría del Congreso. Pero, a medida que tratábamos de profundizar en ello, nos fué surgiendo la necesidad de modificar el enfoque, que inicialmente se dió a este trabajo considerando más adecuado estudiar las posibilidades de realizar una Acción Social.

#### TEMA.- UNA POSIBLE ACCION SOCIAL.

Comenzamos por analizar el concepto de Acción Social, documentándonos en la poca bibliografía que sobre este tema hemos localizado.

Entendemos por ACCION SOCIAL: "Toda actividad dirigida al cambio de estructuras, realizada por un grupo heterogéneo de profesionales y orientada hacia un mejor sistema de vida, evitando en todo momento situaciones de "stress" a pesar de la inestabilidad que todo cambio ocasiona".

A continuación exponemos los siguientes conceptos de la misma:

- a).- Sus fines
- b).- Hacia donde va dirigida
- c).- Sus niveles de acción
- d).- Profesionales que deben contribuir a ella.
- e).- Elementos de importancia.
- f).- Líneas de iniciación.
- g).- Apoyo necesario.

Descripción de los mismos:

a).- Consideramos que los fines de toda Acción Social, consisten en obtener una reforma social o cualquier actividad útil a la sociedad y realizada por un grupo.

b).- Esta debe ir dirigida hacia problemas asistenciales colectivos, como pueden ser: la iniciación de programas de higiene obrera industrial, asistencia pública, recreación social adecuada, prevención de delincuencia y otros similares.

- c).- Los niveles de aplicación pueden ser de carácter:
- local
  - provincial
  - regional
  - nacional
  - internacional

d).- Los profesionales que deben contribuir a ella pueden ser: Técnicos en educación, o en legislación social y colectiva, conocedores del campo sanitario, trabajadores sociales u otros que se dediquen a obras de carácter colectivo.

e).- Los elementos de importancia para llevar a cabo dicha Acción Social deben estar basados en objetivos muy claros y, por supuesto, el grupo de acción debe estar totalmente integrado.

f).- Su iniciación debe partir de una línea vertical, ya sea de "arriba-abajo" o bien "de abajo a arriba". Nos referimos de "arriba a bajo" cuando las autoridades están interesadas en que se lleve a cabo dicha Acción. Consideramos de "abajo a arriba", cuando este interés surge de los grupos de profesionales que por sus conocimientos directos o indirectos del problema sienten la necesidad de que dicha Acción Social se realice, siendo el grupo encargado de promocionarla.

g).- El apoyo necesario para el desarrollo de la Acción Social, y refiriéndonos concretamente a la que se inició "de abajo a arriba" de acuerdo con las características anteriormente dadas, creemos que debiera ser de gran entusiasmo por parte de los componentes del equipo, dispuesto a llevar a cabo dicha Acción Social teniendo en cuenta la situación actual.

#### NUESTRA ACTUACION.

Una vez analizados los anteriores conceptos, hemos tratado de ver cuál era actualmente nuestra actuación, y nos hemos dado cuenta de que colaboramos en forma indirecta hacia una Acción Social, a través de los siguientes apartados:

- a).- Estudio de los problemas.
- b).- Acción individual hacia los mismos.
- c).- Colaboración entre los distintos campos de trabajo.
- d).- Las Escuelas de Asistentes Sociales, contribuyen también en forma indirecta, a través de sus fines primordiales.
- e).- Nuestra actividad tiene una repercusión social; por ello la consideramos una colaboración indirecta hacia una Acción Social. Tal actividad va dirigida hacia:
  - el individuo
  - la familia
  - el medio ambiente

Dicha repercusión social suelen percibirla de la siguiente forma:

- 1.- Al tomar conciencia de la realidad de su problema.
- 2.- Con el enriquecimiento de su personalidad.
- 3.- Al predisponer al individuo y al grupo a una mejor percepción y comunicación.
- 4.- Como consecuencia, a nivel individual o de grupo, cada vez están más preparados porque por sí mismos puedan hacer frente a los problemas que les puedan surgir.

No obstante, en nuestra experiencia profesional nos encontramos con problemas que requieren una directa Acción Social.

#### PROYECTANDO UNA ACCION SOCIAL

Análizada nuestra realidad, percibimos la necesidad de una evolución o cambio de la misma. Sin necesidad de hacer un estudio demasiado profundo, podemos citar varios problemas que con frecuencia aparecen en nuestros distintos campos de trabajo, y que serían motivo suficiente para iniciar una Acción Social. Estos son:

- Necesidad de promocionar una legislación laboral para enfermos mentales y otras incapacidades de acuerdo con sus características.
- Necesidad de la existencia real de una Medicina Escolar.
- La promoción de los adultos.
- Divulgación de los Recursos de la Comunidad.

Una vez tomada conciencia de la necesidad de iniciar un proceso de cambio, consideramos interesante analizar si desde nuestro actual, campo del trabajo podemos tomar parte activa en una Acción Social.

- a).- Posiblemente nuestra actividad a nivel de Acción Social deba consistir solamente en la aportación de los datos que cada uno de nosotros podemos obtener a través del conocimiento directo o indirecto de los mismos.
- b).- Estudiar, llegado el momento la posibilidad de dividir nuestras funciones, de acuerdo con las condiciones personales de cada profesional, pudiendo también ser transferidas las mismas. De todas formas, en todo proceso de iniciación, dentro del campo de Trabajo Social, es conveniente saber dividir dichas funciones.
- c).- Consideramos necesaria una preparación más adecuada de los Asistentes Sociales, para iniciar una Acción Social.

Al considerar que es posible colaborar en una Acción Social, deducido de nuestro cotidiano trabajo, hemos tratado de estudiar cómo y cuándo debemos intentar promocionarla.

El esquema que exponemos en la página siguiente, indica las distintas fases que en nuestra opinión debe seguir todo proceso de Acción Social.

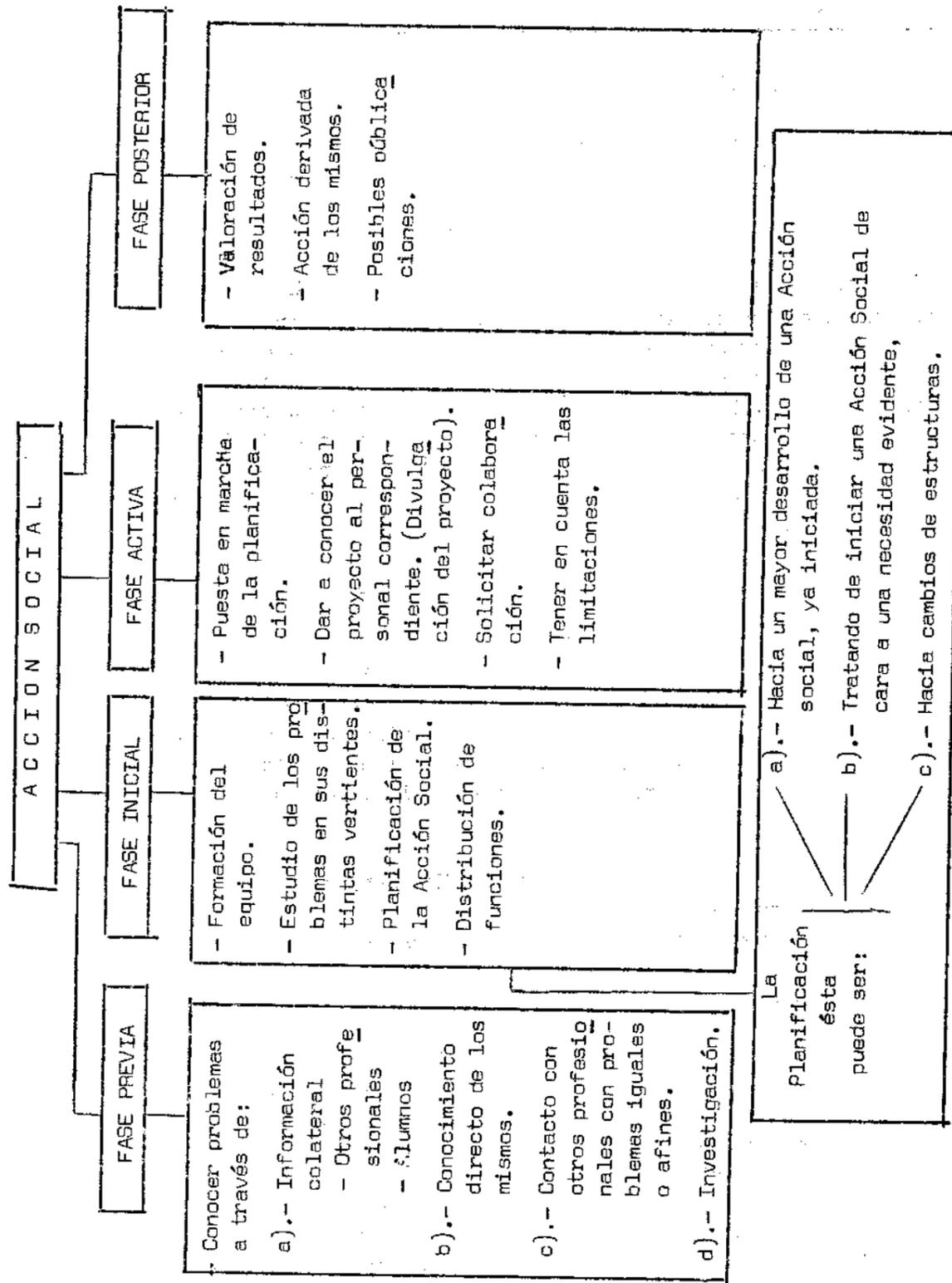
#### CONCLUSIONES

Según el enfoque dado a este trabajo y los resultados obtenidos, deseamos aclarar que, si bien la elaboración del mismo ha sido realizada bajo un punto de vista lo más profesional posible, quizás por el desconocimiento práctico de una Acción Social, es posible que no se ajuste a la realidad obje-

tiva de la misma; por lo que esperamos que todo colega con experiencia en este campo nos aclare los conceptos que puedan ser erróneos, y nos amplie todos los aspectos positivos que a ello se refiera.

Por último, deseamos hacer constar el entusiasmo e interés que hemos puesto al preparar dicha comunicación, basada en la práctica que cada componente del equipo ha ido adquiriendo a lo largo de la misma.

—oO—



II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "El Trabajo Social en el proceso administrativo"

COMUNICACION Nº 5: ASISTENCIA SOCIAL EN EL CAMPO ESCOLAR

PRESENTADA POR: M<sup>a</sup> Elvira Cortajarena Iturrioz. Asistente Social de la Jefatura de Sanidad de Navarra. Pamplona.

Desde hace ya unos años, unas cuantas Asistentes Sociales de una manera particular han ido abriendo campos de trabajo en el sector de la Enseñanza - según las necesidades que iban surgiendo entre Directores de Centros Privados, que llevados por una inquietud de los problemas sociales de sus alumnos o con un deseo de elevar la categoría del centro, admitían su colaboración - primero, luego su dedicación. El trabajo dependía en cierto modo de las exigencias del Director o del concepto que él tuviera de la Asistencia Social. Muchos de éstos directores con muy buena voluntad pero con un gran desconocimiento de la profesión se han creído autorizados para señalar cuál debía ser la misión de éstos profesionales.

Estas Asistentes Sociales se encontraban entre otras dificultades comunes que son básicas:

Por una parte, porque no pueden ponerse en contra con los que le procura el puesto de trabajo, y que en cierto modo quieren colaborar con la profesión. Por otra parte, éste darse a conocer y llegar a perfilar cuál ha de ser su papel en aquél puesto de trabajo, supone una labor lenta en la cual - hay que conjugar lo que el Director pretende de este servicio con lo que la ética profesional les impone.

Por eso, los primeros pasos del Asistente Social Escolar, son de una gran soledad, porque no encuentran quien le comprende dentro de la empresa donde trabaja y echa en falta el apoyo moral de otros profesionales para seguir trabajando con ilusión. Era necesario una puesta en común: conocerse, contrastar los servicios, apoyarse, ayudarse...

Esporádicamente surgieron algunos grupos de trabajo que se reunían de una manera informal movidos por este deseo. De una manera organizada y a nivel nacional, la Asociación de Asistencia Social Escolar de Sevilla organizó en junio de 1971 las Primeras Jornadas de Trabajo Social en el campo educacional, uno de cuyos mejores éxitos fué la participación de 56 Asistentes Sociales de toda España que trabajan en éste campo, todos tal vez con análogas dificultades pero con los mejores deseos de superarlas y de dignificar la profesión que está llamada ya a una especialización en éste campo tan complejo de la Enseñanza.

Se trataron temas como "Posibles actividades del A.S. en el campo educacional", "En clave del A.S. en los centros educativos" y "Problemas que obstaculizan la labor del A.S. en éste campo", desarrollados por personas preocupadas e interesadas tal vez por la profesión pero con evidente desconocimiento de ella.

También en el mes de octubre del mismo año, se celebró en Bilbao un curso sobre Trabajo Social Escolar, curso organizado por la Escuela de A.S. de Bilbao, en colaboración con las Naciones Unidas. El curso estuvo fundamentalmente dirigido por la experta Madame Cabeyé, A.S. de Alto Garona, que expuso las líneas directrices del trabajo Escolar en Francia.

Pese a las diferencias que lógicamente deben distinguir ambos países, se vió que supo ajustar unos matices, unas funciones que, previa adaptación, pueden implantarse a nuestra situación actual.

Se vió también como algo positivo importante de señalar que fuese un A.S. quien hablara, con un nivel apropiado, científico del trabajo específico del A.S.

Fruto de éste contacto entre profesionales interesados en el Campo Escolar fué un anteproyecto sobre Trabajo Social escolar, que puede ser el inicio de un proyecto suficientemente fundamentado y realizado por todos los profesionales de éste sector escolar.

Con éte mismo ánimo de ayuda y colaboración, en Madrid, nos hemos ido reuniendo durante éste Año Escolar un grupo de ocho o diez A.S. para contrastar pareceres, experiencias, comunicarnos recursos, y en definitiva como principio no sentirnos aisladas.

Estamos pensando iniciar en estas reuniones, para que no sean solo sociales, una labor de grupo, en el cual a la vez que se vean problemas de cada una, se traten los de la profesión. Nos interesa también estudiar cual es el puesto del A.S. en la nueva Ley de Educación General. Con éste fin se visitó a personas competentes del Ministerio de Educación y Ciencia, quienes nos han orientado, animado y sugerido que nos demos a conocer pues si bien en la Ley no parece se nos tiene muy en cuenta, en cuanto presentemos trabajos, experiencias y en definitiva sepan lo que hacemos podrán valorar nuestro trabajo e incluirnos en el Gabinete Psicopedagógico que la Ley contempla.

Periódicamente nos reunimos cada mes, y en caso necesario con mayor frecuencia.

Entre los participantes tres trabajan en Formación Profesional, cuatro en Filiales de Instituto, una en Colegio dependiente del Ministerio de la Gobernación, otra en un Centro de Orientación y Diagnóstico, y el resto en el campo privado de la Enseñanza.

A pesar de lo diversificado de campos de trabajo, tratamos de buscar lo común y diferente en lo que podemos ayudarnos o bien completarnos.

La necesidad que nos impone la sociedad actual cambiante, es, que quien se detiene no avanza, por lo cual retrocede. El problema evidente es que o trabajamos, investigamos y estudiamos juntos, o no encontraremos la realidad de la Asistente Social. Nuestra inquietud la compartimos y de ahí que vemos la necesidad de actualizarnos. Sería interesante hacerlo con intercambios nacionales e internacionales de países que profesionalmente están más avanzados.

En estos momentos la realidad que detectamos en nuestros distintos campos de trabajo es la falta por un lado de medios de información tanto para alumnos y familiares como para los profesionales de la Enseñanza en los Centros Escolares, pues los cambios rápidos de la Ley, al no tener suficiente difusión crean problemas y la confusión. De ahí la importancia que intentamos dar a que los Asistentes Sociales estén bien informados para salvar este momento de evolución con los problemas que lleva consigo.

Por otro lado en el campo específico de la Formación Profesional, nos encontramos con un total desconocimiento tanto por parte de las alumnas como de los familiares, de las posibilidades que la Formación Profesional les proporcione en un futuro próximo, por lo que nuestra postura actual es de informar persona a persona y escuela por escuela sobre estas posibilidades.

En vista de que el Ministerio no puede o no llega a informar debidamente creemos sería necesario que se contara con los Asistentes Sociales que de hecho son los que ahora mismo están llevando a cabo esta tarea, o al menos que el M.E.C. avale a éstos profesionales.

Por hablar de otra experiencia (y con esto no queremos abordar ni exponer todas con las que nos encontramos), vemos también cómo los AS. que están trabajando en Centros de Enseñanza pueden no ser ese brazo largo del Ministerio que a través del Principio de Igualdad de Oportunidades procura ayudas económicas a cuantos estudiantes lo necesiten. Sería labor del A.S. informar las solicitudes de becas de los alumnos del Centro para el que trabaja, alumnos y realidades familiares que siempre le será más fácil de conocer por el reducido número, que a través de la delegación provincial correspondiente ante cantidades innumerables de solicitudes. Esta ayuda social del Estado sería más humana más personal. Cada alumno sería un caso personal y dejaría de ser un número.

A través de esta realidad siguiendo las técnicas del Servicio Social nos encontramos con una realidad próxima: los alumnos individual y grupalmente considerados, a la vista de los problemas que presentan desde el ingreso en el Centro hasta su salida e incluso después como antiguos alumnos, o en ese período de adaptación con el mundo del trabajo y de su responsabilidad personal. Para esto hemos esquematizado cuál ha de ser el trabajo del Asistente Social en el campo de la Enseñanza como puede verse en el anexo I.

Nuestro papel va mucho más allá del alumno, pues sabiendo que la educación está fundamentada en los dos pilares, colegio-familia, nuestro interés en llegar a esta colaboración estrecha nos lleva a organizar a impulsar o a intervenir en cursos de orientación familiar, asociación de padres, conferencias, etc.

Los padres van tomando conciencia de la necesidad de colaborar con el colegio, y a la vez se dan cuenta de que su autoridad no puede estar basada en su paternidad, y que a pesar de que el nivel cultural sea más deficiente que el de su hijo, puede promocionarse y pedir ayuda y orientación en la escuela; así comprenderá y será comprendido por sus hijos.

Es importante e imprescindible la elaboración del Asistente Social tanto con el equipo de dirección del colegio como con el pedagógico y con los profesores en general. Habrá muchos casos en los que el contacto del Asistente Social con la familia pueda proporcionar datos de interés a la hora de evaluar a un alumno o a la hora de justificar las causas ante una falta de rendimiento de éste.

Por último la Asistente Social Escolar ha de colaborar también con los recursos de la comunidad circundante al Centro de Enseñanza y, en general con los recursos de la sociedad.

Anexo ITrabajo del Asistente Social en el Campo Escolar.A.- Individualmente

## 1. ALUMNOS

- A- 1.1. Casos especiales
- A- 1.2. Admisión en el centro
- A- 1.3. Adaptación en el centro
- A- 1.4. Orientación profesional
- A- 1.5. Antiguas Alumnas.

## 2. FAMILIA

- A- 2.1. Casos. Estudio del caso en el ambiente familiar
- A- 2.2. Admisión en el centro
- A- 2.3. Información becas, recursos
- A- 2.4. Información orientación profesional

## 3. PROFESORES- DIRECCION

- A- 3.1. Casos: información y orientación tratamiento
- A- 3.2. Evaluación, información
- A- 3.3. Información en general.

## 4. RECURSOS DE LA COMUNIDAD: BARRIO, otras A.A. Sociales

B.- En grupo

## 5. ALUMNOS

- B- 5.1. Dinámica de grupo
- B- 5.2. Actividades extraescolares (clubs, excursiones, etc.) virtudes sociales.
- B- 5.3. Asociación Antiguas Alumnas

## 6. FAMILIAS

- B- 6.1. Escuela padres
- B- 6.2. Familias por curso
- B- 6.3. Grupos reducidos

## 7. ORIENTACION INTERNA

- B- 7.1. Reunión profesores
- B- 7.2. Con dirección

- B- 7.3. Con departamento de orientación psico-pedagógica.
- B- 7.4. Con relaciones públicas.

C.- Ambiente extra-escolar-familiar; (comunitario)

- C- 8.1. Con los servicios del Barrio
- C- 8.2. Con Asistentes Sociales
- C- 8.3. Con Centros de orientación y Diagnóstico
- C- 8.4. Instituciones
- C- 8.5. Concursos Certámenes.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1972.

PONERENCIA: "El Trabajo Social en el proceso administrativo"

COMUNICACION Nº 6: DOBLE FUNCION DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN PSIQUIATRIA.

PRESENTADA POR: Marina Prado de Molina. Subdirectora del Sanatorio "Peña - Retama" de Hoyo de Manzanares y Profesora de la Escuela -- Oficial de Asistentes Sociales.

Según Castellanos "el Trabajador Social Psiquiátrico es el individuo -- que ejerce en el campo psiquiátrico el Servicio Social responsable, después de haber cumplido con los requisitos académicos establecidos y adquirido un adiestramiento especial que le permita una mayor comprensión del tipo del -- cliente. Sus funciones estarán determinadas por su grado de capacidad y los objetivos de la Institución".

Vamos a examinar, pues, nuestro trabajo en un doble aspecto dentro de -- los objetivos de la Institución Clínica "Peña Retama" a que pertenecemos.

Esta Entidad es de carácter privado perteneciente a un grupo de médicos -- y personas de profesiones afines, cuyo objetivo es la recuperación de los -- pacientes por medio de la psicoterapia individual y grupal.

En el curso de los diez años que lleva funcionando ha sufrido una evolu -- ción constante. Hace siete años se transformó en la única Comunidad Terapéu -- tica que existe en España hasta nuestros días. Hay que señalar la existencia también de un Pabellón que funciona como Comunidad Terapéutica dentro del -- Hospital Psiquiátrico de Reus, así como la experiencia interesante, sociote -- rapia del Hospital Psiquiátrico de Córdoba. Las características diferencia -- les de nuestro Centro en relación con los dos últimamente citados consiste -- en que en nuestro caso la organización total, tanto interna como externa, es -- tá en función de lo que Maxwell Jones y otros autores consideran ser la esen -- cia de una Comunidad Terapéutica. A nuestro juicio una Comunidad Terapéutica sería: A) un tipo específico de Unidad Psiquiátrica; B) con un tipo especial de organización social en su totalidad; C) encaminada a un fin terapéutico; -- D) basada en la máxima experiencia compartida de liderazgo y de responsabi -- lidad, tanto del personal como de los pacientes.

No es, por lo tanto, una Comunidad Terapéutica un Hospital Psiquiátrico -- donde se haya montado un trabajo de laborterapia, como algunos confunden, aun -- que de hecho este incluido en las Comunidades Terapéuticas, sino una expe -- riencia vivencial; donde a unas personas que han fallado en sus diferentes -- roles pasados se les ayuda a que puedan volver a asumirlos de una manera mas -- beneficiosa para ellos y para la sociedad. Tenemos que darnos cuenta que la

hospitalización es el resultado frecuente de una crisis en la que un miembro -- enfermo es arrojado de su medio ambiente con el cual no se ha entendido o del -- cual él mismo ha huido a refugiarse en la enfermedad. Como consecuencia va a -- ser colocado en otro medio donde tendrá que enfrentarse con los problemas -- del vivir diario con el handicap de su experiencia pasada. En ese sentido -- podemos considerarle como un marginado de la sociedad.

Curar significaría devolver al enfermo al medio ambiente del que diver -- sos factores patógenos lo separaron, entre estos podríamos contar los facto -- res endógenos y exógenos. Figuran entre los primeros aquellos que son especí -- ficos de la enfermedad en sí. Entre los segundos todos aquellos que se inclu -- yen en la relación paciente medio ambiente, pero que están siempre teñidos -- por la visión patológica del paciente. Por tanto, no entenderíamos como cu -- rar la simple remisión de síntomas, sino a una nueva estructuración a nivel -- intraindividuo e interindividuo.

La asistencia Social Psiquiátrica tendría aquí tres campos de acción: -- 1º manipulación del medio ambiente; 2º tratamiento individual y grupal del -- paciente; y 3º tratamiento de las familias.

Vamos a ver, por lo tanto, el apartado primero antes citado y cómo se -- puede efectuar la manipulación del medio ambiente desde la subdirección: En -- la actualidad trabajamos, pues, con tres grupos: 1º el grupo de residentes, -- compuesto por 29 enfermos, de los cuales 8 son esquizofrénicos, 3 neurosis -- obsesivas graves, 1 con estructura obsesiva, 1 con anorexia mental, 4 psico -- patas con tendencias a drogas y alcoholismo, 2 psicosis paranoides y el resto -- neuróticos más o menos graves. Desde el punto de vista del sexo hay 19 hom -- bres y 10 mujeres de edades comprendidas entre los 14 y 50 años. El grupo de -- personal está compuesto por dos médicos de guardia y dos médicos residentes, -- 2 terapeutas ocupacionales, una asistente social, una A T S y dos estudian -- tes de psicología. El Director, como es natural es un médico. Además de esto -- hay dos psicoterapeutas de grupo y 7 médicos para realizar las psicoterapias -- individuales. Dentro de la Institución existe el comité de actividades que -- funciona con independencia de la Dirección y Subdirección de la Clínica y es -- tá formado por 6 residentes, una enfermera y un médico, todos en turnos rota -- tivos y elegidos periódicamente en una libre elección.

Los fines terapéuticos de la C.T., y dentro de ella de la psicoterapia -- de grupo los podemos sintetizar tanto a nivel psicológico como sociológico en -- los que vamos a citar:

1º.- Establecimiento de una comunicación.

2º.- Reforzamiento del yo individual y grupal, a través del estableci -- miento de un sistema de toma de decisiones.

- 3º.- Establecimiento de un superyo más lejano, y por lo tanto, menos persecutivo a través de una actividad más compartida.
- 4º.- Liberación del ello e integración del mismo en el proceso de socialización.
- 5º.- Conseguir un ideal del yo más avanzable, a través de un cambio flexible de roles.

Uno de los problemas fundamentales que la sociedad moderna plantea a la psiquiatría es el de la comunicación. Sabemos que el lenguaje constituye filogenéticamente el modo más moderno de expresión y ontogenéticamente un modo simbólico que los años van puliendo. Pero no es el único medio de comunicación que existe, pues hay otros medios de expresión que pueden colocarse con prioridad en momentos de regresión o dificultades. Ambos casos los expresa el paciente aislandose de la sociedad y pasando a contactar únicamente con su mundo interno. El trabajo social a nivel institucional cumple aquí su cometido. Trata de establecer unos métodos de comunicación a nivel consciente, dándose cuenta de los mecanismos inconscientes operantes. Por lo tanto no se debe excluir de esta comunicación los sentimientos negativos ni a nivel grupal no comunitario, para dar una información polivalente y complementaria de los sentimientos positivos. El enfermo mental siente amor, odio, desprecio con un sentido omnipotente que no puede expresar. El poder exterioriza verbalmente estos sentimientos sin actuarlos sería un objetivo importante. Quiero subrayar la diferencia que muchos confunden entre la represión y la sublimación. El paso intermedio entre ambas sería el poder verbalizar los sentimientos para sublimarlos luego.

Esta comunicación debe tener dos direcciones, tanto a nivel del personal de la clínica como entre éstos y pacientes y de pacientes entre sí. Para obtenerla sería necesario un status más igualatorio entre la jerarquía oficial y el personal subalterno y joven, así como entre estos últimos y pacientes.

El segundo fin terapéutico sería el reforzamiento del yo, o sea de la identidad. Erikson, mantiene que el sentido de identidad nos da la habilidad para experimentarse uno mismo como algo que tiene continuidad proporcionando la capacidad para actuar de acuerdo con ello. En ausencia de esta integridad del yo o en los desórdenes más o menos graves el sentido de identidad está alterado. Los estudios de Spitz, de Mahler y Bowlby no se señalan la importancia de la madre o sustituta para el niño y cómo la capacidad de ésta de proveer un medio ambiente adecuado es uno de los determinantes importantes para alcanzar una integración suficiente del yo. En la Comunidad Terapéutica se intenta obtener este medio ambiente y para ello se trata de que todos los pacientes, aún los más regresados, participen en un sistema de toma de decisiones. A través del grupo comunitario o sea de la psicoterapia grupal se alienta a todos los pacientes a que acepten primero sus necesidades de depen-

dencia y progresivamente vayan alcanzando el periodo de individuación, colaborando en el ejercicio de la autoridad. Cualquier decisión de régimen interno, tipo administrativo o que se crea pueda mejorar a los pacientes o al personal se discute en el grupo comunitario tratando de alcanzar una decisión que no solo pertenecerá a una persona o dos, sino a toda una pequeña sociedad que ha participado en tomarla. Una decisión tomada así está emocionalmente más cercana a los propios individuos que las tomadas solamente por la jerarquía social de una Institución, que siempre despierta una serie de agresiones inherentes a la diferencia de status entre jefes y subordinados y que casi siempre es vivida como imposición venida de alguien. Antes del advenimiento de la terapia de grupo, el enfermo había tenido un status más rebajado que no se le consideraba con un yo adecuado para tomar un papel más activo. De la misma manera que la toma de decisiones en la sociedad está en relación directa con la organización social, del país en cualquier hospital, la participación o no en la toma de decisiones, está de acuerdo con el sistema de la Institución. Cuanto más autocrático sea el régimen menos participación habrá en las personas ajenas a la columna vertebral del mismo.

El establecimiento de un superyo más benigno y por lo tanto menos persecutorio, a través de la autoridad compartida, es otro aspecto importante. Entendemos por autoridad: la fuerza estabilizadora que guarda una estructura intacta, para cumplir los fines a los que fue creada. Esta autoridad puede ser formal o informal. La autoridad formal está constituida en parte por el papel médico de autoridad que la sociedad da a algunos de sus miembros para curar y cuidar cuando es posible a otros necesitados y vulnerables, según dice Henderson. Otra parte está hecha del papel específico que existe entre terapeuta y paciente, basado en el contrato terapéutico (Meninger, 1958). Descansa pues en la ayuda que el médico y colaboradores prestan conscientemente al paciente con sus conocimientos y arte por un lado, mientras el otro está situado en la aceptación de esta ayuda por el paciente con los subsecuentes delegación de la autoridad que cada persona tiene sobre sí misma en el otro, el médico.

El personal provee el medio ambiente psíquico y social en el cual los pacientes pueden aprender de sí mismos, mientras el paciente esté de acuerdo en explorar sus propios sentimientos hacia la comunidad y relacionarlo con experiencias pasadas, continuando con la pregunta de cómo debe cambiar como ve Tollinton. El dilema del neurótico es que, aunque inicialmente delega parte de su autoridad individual en el médico y por extensión sobre el resto del personal, constantemente falla y desconfía de ellos, retirando en estos momentos su confianza, tanto consciente como inconscientemente, y actuando esta retirada en un fracaso del rol terapéutico.

Junto a la autoridad formal existe en cualquier grupo planeado la autoridad informal o liderazgo. Entendemos por tal aquella que surge de los lazos afectivos generales por la interacción de distintas personas que conviven

en una misma unidad de espacio y tiempo. El líder no es, por lo tanto, aquel que ejerce una autoridad sobre los demás en razón de su edad, de su título o de su función; es más bien aquel a quien todos miran por su gran prestigio moral y por la influencia que emana de él. Muchas veces la autoridad formal conlleva un liderazgo informal, aunque no necesariamente. En la Comunidad Terapéutica se intentaría que este liderazgo informal pasa a manos de pacientes y personal totalmente, siendo el personal el puente de unión o intermedio entre pacientes y terapeutas oficiales. Este puente puede tenderse o no de acuerdo con dos variables 1º) La Flexibilidad, destreza y personalidad de los miembros del personal. 2º) La Capacidad de los que ejerzan la autoridad formal para admitir el cierto grado de conflicto y ansiedad interna propia y ajena inherente a esta esfera, ya que en todos nosotros existen, en mayor o menor grado, dificultades edípicas si se resuelve, que se expresan especialmente cuando es la autoridad la que está en juego. La capacidad para no responder con indejeficiones proyectivas es pues de máxima importancia en aquellos que oficialmente la representan.

El liderazgo informal se genera en el marco referencial paciente-comunidad y paciente-personal. Esta autoridad efectiva debe ser usada para facilitar que el paciente pueda ir alcanzando los jalones de cada periodo del tratamiento. Muchas veces este liderazgo informal está obstaculizado por las necesidades y dificultades del propio personal, que reflejan en escala microscópica aquellas que atraviesa la comunidad como totalidad. No nos cansaremos nunca de repetir que si queremos saber qué es lo que está pasando, qué problemas existen en la Comunidad Terapéutica, no hay más que tomar el pulso al grupo de personal que lo refleja en menor grado.

Muchas veces aquello que a un nivel individual puede ser la expresión de una recién encontrada libertad interna, en el nivel grupal donde el acento está cargado sobre el nosotros, en la interacción y en el impacto que nuestras acciones pueden tener en los demás, puede originar graves conflictos con la autoridad ya que ésta debe ser dentro de unos límites permisiva, unificada y persistente, en constante equilibrio y elasticidad entre lo individual y lo grupal.

La terapia grupal trata de que cada uno se relacione con el grupo a un nivel de realidad, haciendo hincapié en las llamadas partes sanas de la personalidad con el fin de desarrollar las reglas terapéuticas y la autoridad informal, dentro de la cual se establezcan las interrelaciones comunitarias. Por otro lado, el análisis individual se ocupa de poner en evidencia principalmente las fantasías inconscientes o hechos fantasmales vividos.

A causa de la imposibilidad de establecer medidas más estáticas, ciertos pacientes son presa de la crítica, mientras el comportamiento de otros puede pasar desapercibido. Tanto el personal como la comunidad puede sentir

en ciertos momentos que la relación positiva entre dos o más miembros es más importante que la comunitaria y que debe ser la base para el ejercicio de esta autoridad variable. En estas ocasiones surge fenómenos de escisión inconsciente entre esta pareja y el resto de la comunidad basados en los sentimientos de omnipotencia de la pareja así formada. Si uno de los miembros de la pareja pertenece al personal, puede ocasionar perturbaciones y que el resto de los miembros de trabajo se resientan al sentirse menospreciados o al producirse las envidias consiguientes.

El proceso de socialización, aprendizaje social que ocurra dependerá de la libertad con que la gente pueda expresarse, la mayor tolerancia a sus impulsos internos tanto agresivos como sexuales, el grado de seguridad que el marco referencial de la Institución les proporcione en relación con la verbalización de dichos impulsos y el conocimiento con que sea tratada de interacción social.

El proceso de socialización se verifica por grados: Inicialmente la vida en la Comunidad Terapéutica, tiene por objeto establecer lazos personales en el ámbito del grupo y subgrupos que forman parte de éste. La seguridad es el provecho que se obtiene de la experiencia de haber sido útil y bien aceptado por los demás con el correspondiente crecimiento en autoestimación y confianza. Esta seguridad facilita el poder hacer frente progresivamente a los papeles más integrados que la comunidad va a pedir por acuerdo general a través de la elección de sus miembros a ciertos cargos o puestos bien definidos, por ej. sustituciones de enfermeras por enfermos, de los médicos de guardia por pacientes etc., El tratamiento terapéutico, frustraciones, gratificaciones, se extiende y profundiza con objeto de ahondar en el sentimiento de responsabilidad y conocimiento.

Es piedra fundamental en este proceso el grado de aprendizaje social que a su vez posea el grupo de personal. No se puede pedir que exista en la comunidad tal, cuando no hay un alto nivel de dicho grupo.

El quinto apartado estaría en relación con el ideal del yo más adecuado a la realidad, más rebajado y asquible, con una mejor redistribución del narcisismo. Se trataría de integrar un narcisismo transformado en una personalidad más madura, ya que muchas veces nos olvidamos de la contribución positiva del narcisismo a la salud y a la adaptación. Esto se logra en nivel psicossocial con un cambio flexible de roles. Para salir al paso a posibles malentendidos que puedan surgir como sucedió en nosotros al transformar la clínica en una Comunidad Terapéutica, definimos brevemente el status y el rol. Por status entendemos la posición de una persona en el grupo. Por rol o papel su función, o sea la parte dinámica del status. Sin embargo, a menudo se confunden en la práctica ambos conceptos y el médico y personal pueden temer el perder su status si su rol es transferido en parte al resto del personal o al paciente. Como ya se ha dicho el paciente debe asumir lo que en otro tiempo fue pa-

trimonio del médico para convertirse en agente específico activo de su curación y de las de sus compañeros.

En este sentido tendría que mencionar las experiencias llevadas a cabo últimamente de un intercambio total de roles entre paciente y miembros del personal.

Durante un periodo de tres días y por dos veces consecutivas se han realizado la experiencia de que los enfermos hayan ocupado totalmente las funciones que desempeña el personal, haciéndose cargo de todos los puestos de estos últimos, exceptuando el de médico de guardia cuya única misión fue controlar el uso e indicación de las medicinas.

En primer lugar se pidió a los enfermos una lista de las personas que voluntariamente querían desempeñar estos papeles, entre los que elegimos los que consideramos más idóneos, aunque sin rechazar a ninguno. Al mismo tiempo como faltaban puestos de cubrir pedimos a dos pacientes que se incorporaran "al nuevo equipo de personal" ya que consideramos que sería terapéuticamente beneficioso para ellos, sin que en ningún momento hubiese una imposición por nuestra parte. Por ejemplo un esquizofrénico pidió ser médico de guardia, médico-residente o enfermero. Le adjudicamos este papel escogiendo para que formase equipo con él a otras dos pacientes con otras enfermedades menos graves.

La experiencia fue ciertamente satisfactoria para los enfermos, asumieron los roles de una manera concienzuda llevando el orden, cuidado y en momentos ciertas medidas disciplinarias con un interés y acierto dignos de tener en cuenta. Por nuestra parte algunos miembros del personal encontraron ciertas dificultades para colocarse en el papel de residentes y observar las reglamentaciones, que aunque flexibles existen en la Clínica; parecería como si su cambio de rol pudiera haber entañado un cierto confusiónismo en su status. De todas maneras esta experiencia está siendo analizada por el momento por lo que no podemos dar conclusiones definitivas.

La 2ª experiencia fue llevada totalmente por los enfermos, exceptuando la parte medicamentosa. Ellos mismos llevaron a cabo las peticiones para que la gente se incorporara al equipo, así como la selección del mismo. En este momento la situación queda planteada en como incorporar totalmente la experiencia al vivir cotidiano de la Clínica. Veríamos en este sentido dos posibilidades. 1ª) que ante el primer puesto vacante que se produzca en el personal sean los enfermos los que ocupen rotativamente este lugar con las ventajas de sueldo, horas, etc., así como las desventajas de responsabilidades horarios etc. 2ª) las podríamos resumir en realizar las experiencias del cambio total de roles de una manera periódica cuando lo pidan los enfermos o cuando el personal sienta sea el momento adecuado. Ambas posibilidades tienen sus ventajas y sus inconvenientes.

## TRATAMIENTO

Antes de entrar en este importante apartado habría que considerar las funciones que el trabajador Social Psiquiátrico puede asumir así como "La responsabilidad que en el tratamiento de un paciente puede conlleva el Trabajador Social".

Entendemos por tratamiento la entrevista o serie de entrevistas necesarias con objeto de inducir actitudes favorables y la obtención de un cambio en el equilibrio emocional de un paciente tanto a nivel consciente o inconsciente.

Por lo tanto de acuerdo con la definición de Castellanos: Necesitamos, - 1ª) conocimientos adecuados que por el momento consideramos no alcanzan este nivel en España, en relación específicamente con el tratamiento de enfermos mentales. La Asistente Social trabajando en este campo tendrá que buscarse estos conocimientos, que de momento no se da en la carrera por su cuenta propia. Entendemos que la psicología profunda, la psiquiatría dinámica, los conocimientos organizados a nivel científico de dinámica de grupo y psicoterapia de grupo así como las técnicas también específicas de psicodrama no pueden efectuarse en unos meses por lo tanto cualquier especialización a base de estos, las consideramos necesaria pero no suficiente ya que todo este material no puede ser asimilado teóricamente ni introyectado emocionalmente sino es con una preparación mínima de dos o tres años ya que el campo específico, "el de la patología" en el que se trabaja tendría que considerarse como en el extranjero por ej. En Estados Unidos y Holanda, como un campo superespecializado. Es por lo tanto a nivel de universidad donde estos conocimientos debieran impartirse.

Tampoco es de extrañar este retraso que tenemos en España en este campo específico ya que por ej. gracias a la aparición de la Dinámica de Grupo y Psiquiátrica Dinámica las comunidades Terapéuticas se han integrado en el medio Hospitalario hacia los años 30, gracias a Maxwell Jones y Bierer en Inglaterra, Frieda Fromm-Reichman en Estados Unidos, etc. Pero hoy en día casi todos los países Europeos así como los americanos el espíritu de una Comunidad Terapéutica como hospital Psiquiátrico impera, sin embargo son escasos los psiquiatras o personal psiquiátrico en España que han atravesado la experiencia vivencial de una, aunque sin embargo "Comunidad Terapéutica" sea el epígrafe de muchos de los programas con que nos encontramos hoy en día.

Berkman aclara las funciones del Trabajador Social Psiquiátrico en la terapéutica psicosocial: 1ª) el psiquiatra asume la responsabilidad del tratamiento de paciente y el Trabajador Social trata a los familiares, 2ª) el psiquiatra lleva a cabo el tratamiento de pacientes y el Trabajador Social colabora con el médico suministrando servicios tangibles o concretos, 3ª) el tratamiento está a cargo del trabajador social psiquiátrico y el de los fami-

liares cae dentro de la responsabilidad de otro trabajador social. En este caso tendríamos nosotros que añadir siempre que debe estar bajo el control último de un Psiquiatra especializado en Dinámica de la Personalidad, y añadido esto porque mal puede saber hasta que grado llevar las entrevistas o sea si tocar el Yo o reforzarlo, o tratar de incorporar los instintos vease agresividad sobre todo y sexualidad, o rebajar el superyo si es que el Psiquiatra no lo sabe. Porque el tratamiento con objeto de obtener un cambio emocional en el cliente no es un conversar por conversar, ni unas palmaditas en el hombro, ni siquiera una abreacción sino que es un procedimiento científico y ordenado para la obtención de un logro.

Dentro del tratamiento vamos a ocuparnos en este momento de la Terapéutica de Grupo que es la que de una manera periódica lidvamos realizando desde hace 4 años dentro de la cual hemos realizado un ajuste especial de grupos.

De acuerdo con el trabajo realizado en colaboración y presentado en Méjico hace 2 años por nosotros, entendemos por coterapia la realización de un tratamiento, llevado a cabo por dos terapeutas en el espíritu de complementar conscientemente su acción curativa. Este sentido de unidad de tratamiento, a pesar de la pluralidad de acción terapéutica, consideramos que es un criterio fundamental. Está basado en sendos principios: a) Igualdad de status entre los terapeutas frente al enfermo junto a roles distintos aunque intercambiables ocasionalmente. b) Igualdad de status de los terapeutas entre sí.

Los puestos de trabajo en el grupo comunitario son dos:

a) Activador del grupo, que se comporta como un miembro más del grupo, tendiendo a hacer interpretaciones individuales sobre los siguientes criterios:

1) Servir del Yo individual auxiliar de pacientes muy regresados. Correspondería a la ayuda prestada a aquellos pacientes que sólo son esencialmente capaces de una relación consigno mismo (narcisística) y que estarían especialmente dificultados en el grupo. También serviría para aquellos que han alcanzado una relación a dos y que por lo tanto tendrían más posibilidades de expresión, pero no tendría conciencia de lo que se pretende en un grupo buscando siempre una situación simbólica. La función de empatía del activador tendrá que ser en ambos casos lo bastante afinada como para suministrar la energía complementaria en un primer estadio, facilitando en un segundo periodo el proceso de individuación según vaya progresando el desarrollo emocional del enfermo. O sea, tendría que servir de criba entre dichos pacientes y lo que los demás enfermos expresen respecto a aquellos para que el nivel de angustia vivida no sobrepase ciertos límites que dificultarían la relación terapéutica que por el contrario darían origen a situaciones altamente persecutorias.

2) tendería con sus interpretaciones a desmontar las defensas características, para movilizar los contenidos y los específicos mecanismos de defensa, del yo.

3) Expresar sus propias reacciones afectivas contra transferenciales — directamente, relación con cada miembro del grupo, incluido el interpretador y con el grupo en total.

4) expresar directamente la latencia del enfermo manifestada a través de su comportamiento y en ocasiones y de una manera complementaria la latencia global del grupo.

B) Interpretador del grupo que se mantiene en una actitud de observador en relación con el grupo, dando preferentemente interpretaciones a nivel grupal, en las cuales el activador es un miembro más del grupo. Su trabajo se fundará en:

1) Expresar los fenómenos de interacción en el grupo sobre la base de la tensión común.

2) Recapitular lo que está pasando en el grupo, constatando los fenómenos más salientes.

3) Contrapesar la actitud activa del coterapeuta, controlando los niveles de angustia del grupo reforzando el yo colectivo.

4) Expresar junto con el coterapeuta la aceptación mutua afectiva, al mismo tiempo que las diferencias de opinión que puedan existir entre ellos.

5) Hasta hace año y medio era la persona que decidía las votaciones, el comienzo y la terminación de la sesión. En ausencia de la persona específica que desarrollaba este trabajo era el médico de guardia varón el que lo efectuaba, y en ausencia de ambos, uno de los pacientes del mismo sexo. Sin embargo desde hace año y medio, gracias a la visita y crítica constructora de varios visitantes, nos dimos cuenta que esta estratificación se debía más a las necesidades de los propios terapeutas que a una necesidad objetiva del grupo y comenzaron a realizarse algunos cambios.

1º) El papel que el interpretador llevaba para apuntar el orden de intervención de los participantes pasó a manos de los pacientes.

2º) Se propuso la intervención espontánea de los que quisieran hablar, así como fuese cualquier persona la que iniciase y finalizase el grupo hombre o mujer sin discriminación de sexo y status.

Por lo tanto subrayo que en toda esta estratificación juegue más las necesidades narcisistas de las personas, así como el ansia de prestigio simbolizadas muchas veces en ritos obsesivos que las necesidades objetivas de un momento dado.

Pensamos que esta manera de trabajar es una de las características diferenciales de esta forma de psicoterapia de grupo en relación a otras situaciones grupales. Nos hemos basado para esta breve exposición en el trabajo presentado por Gallego en Tiefenbrun y Viena hace dos años y en la propia experiencia alcanzada en siete grupos que han sido efectuados en coterapia con doce distintas combinaciones: pareja de dos terapeutas hombres desempeñando sucesivamente los dos roles, pareja de hombre-mujer desempeñando también a su vez los dos roles, comienzo de un grupo con una terapeuta mujer y en cierto momento la incorporación de un hombre de coterapeuta etc. Queremos dejar claro sin embargo, que no creemos en la bondad de nuestro método en contraposición con otros, ya que pensamos que todas las formas de terapia tienen sus éxitos de acuerdo con ciertas variables: como personalidad del terapeuta, conocimientos, posibilidades y cultura del país donde se efectúe la terapia y características del propio enfermo.

Lo que si pensamos es que estos tratamientos tendrían especial validez en nuestra cultura para pacientes con trastornos graves de identidad, borderline, neurosis narcisitas, homosexuales y donde haya acaecido una separación real de las figuras parentales, como lo indicó Molina en Zurich. Se obtiene así una estructura grupal más terapéutica por obtener una activación del proceso curativo mediante una acción más activa sobre las defensas y una mejor facilitación de las posibilidades de identificación.

Esta activación estaría basada en:

1) En un grupo terapéutico habitual se proyecta sobre el terapeuta y demás miembros del grupo los objetos internos deteriorados, introyectándolos más tarde reparados en parte. El grupo es una unidad y cada miembro del mismo representa una parte de dicha unidad. Básicamente los miembros del grupo proyectan entre sí y sobre el terapeuta, situaciones de amor y odio, manteniendo en el momento reprimida la tendencia contraria que surge posteriormente. Esta situación de escisión crea relaciones aun valentes de un solo signo. Sólo a través del proceso de elaboración se logra que los deseos de daño y destrucción hacia el terapeuta se conviertan en situaciones polivalentes maduras, con la consiguiente conservación del objeto amoroso.

En la coterapia en vez de hacer una idealización del médico y vivir en sí mismo la parte negativa, el paciente estructura la posibilidad desde el principio de proyectar su escisión interna entre los terapeutas. Si entre ellos existe una verdadera aceptación, condición sine qua non para este tipo de trabajo, las proyecciones univalentes del grupo serán devueltas de una manera más real para su subsecuente introyección a un nivel no escindido sino polivalente. El grupo se hace más terapéutico en la medida que la pareja facilita la proyección simultánea que sirve para integrar los objetos externos poniendo en oposición a las vivencias internas y mecanismos de defensa una realidad externa de fuerza correctora.

2) La posibilidad de facilitar los mecanismos de identificación con los terapeutas especialmente los del mismo sexo, sobre una base menos idealizada, sin que perdamos de vista que en los primeros momentos y de acuerdo con la gravedad del caso toda identificación supone una incorporación al self de las imágenes idealizadas de los padres. La continua elaboración de la situación de escisión proyectada sobre los terapeutas contrastándola con la relación real y personal de los mismos entre sí, frente al enfermo, obliga a éste a abandonar sus fantasías idealizadas de ellos, a la par que establece una identificación más acorde a la realidad. Esto en cuanto a los terapeutas se atreven a su vez a expresar delante de los enfermos los sentimientos contrasferenciales mutuos en su mayor a concordantes, pero que ocasionalmente diferirán en cualidad o cantidad, sin que por ello surjan realidades catastróficas.

Dentro de las fases de Lampl de Groot, en el desarrollo del Ideal del Yo y del Super-Yo esta presencia real y continuamente contrastada tiende a llevar al paciente a una formación de ideales y escala de valores como consecuencia de la desilusión en relación con los padres idealizados y una aceptación interna de las restricciones necesarias para garantizar una relación interpersonal.

La presencia de un terapeuta del mismo sexo, facilita la identificación pasiva y homosexual a la par que la presencia del segundo terapeuta apoya al yo del paciente frente a las rivalidades y fantasías de castración y de daño interno que se movilizan al plantearse la rivalidad con la imagen parental del mismo sexo, contribuyendo al establecimiento de la situación del Edipo invertido primero y posteriormente a la realización de una identificación activa con la pareja parental del mismo sexo como ha indicado Molina entre otros como indicación para coterapia cuando se quiere abreviar tratamientos.

2) Por último, consideramos que la coterapia con su interjuego de acción entre los dos terapeutas proporciona unas condiciones óptimas para elaborar situaciones muy traumáticas; en la medida que al plantearlas con uno de los dos terapeutas, el otro sirve de Yo auxiliar y reforzador y aquel que corresponde a la realidad. Es decir que el equipo de coterapia permitiría una elaboración menos traumática en ciertos casos, más breves en otros, en la medida que simultáneamente a la liberación de las fantasías inconscientes, se refuerza la presencia de la realidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- World Health Organization Technical Report Series. 177. Social Psychiatry and Country Attitudes. Geneva. 1959.
- 2.- Berkman, T.: "Practice of Social Workers in Psychiatric Hospitals" New York. 1953.
- 3.- Campoy A. y Gállego A. "Activación del equipo curativo". Comunicación al VII Congreso de Psicoterapia. Milán 1965.
- 4.- Castellanos, M: "Manual de Trabajo Social". Prensa Médica Mexicana.
- 5.- Jones, Maxwell: "Social Psychiatry", ed. Charles Thomas. Illinois. 1962.
- 6.- Grimberg, Langer y Rodrigue: "El grupo Psicológico". Ed. Nova B. Aires.
- 7.- Hamilton, G: "Teoría y Práctica Trabajo Social de Casos". Prensa Médica Mexicana.
- 8.- Molina Núñez, J.: "Comunicación sobre Psicoterapia Abreviada". Congreso Internacional de Psiquiatría. Madrid. 1966.
- 9.- Molina Núñez J. "Comunidad Terapéutica" Revista Española de Psicoterapia Analítica. Vol. I, Núm. 4, Octubre 1968.
- 10.- Prado Domenech, M: "Proyecto de Comunidad Terapéutica como Unidad Psiquiátrica Ideal". Presentado en la Escuela de San Vicente de Paul. 1966.
- 11.- Prado Domenech, M: "Dinámica de la Transferencia en los tratamientos en Coterapia". Comunicación presentada en colaboración con el Dr. Gállego al III Foro Internacional de Psicoanálisis. México, 1969.
- 12.- Prado Domenech, M: "Psicoterapia de Grupo en la Comunidad Terapéutica - Trabajo presentado al II Workshop Internacional de Psicoanálisis. Sep. 1971.
- 13.- Ruesch, Jurgen. "Comunicación Terapéutica". Ed. Paidós. Buenos Aires.
- 14.- Rodrigue, E.: "Biografía de una Comunidad Terapéutica". Ed. Eudeba B. Aires.
- 15.- Schindler, W.: "The rol of the Mother in group psychotherapy". Int. J. of Group Psuchotherapy. XVI. 1966.
- 16.- Serigó Segarra, A.: "El Hospital Psiquiátrico como Comunidad Terapéutica". Rev. Española de Psicoterapia Analítica. Vol. 1, octubre 1968. Madrid.
- 17.- Stock Whitaker, D.: "Psychotherapy through the Group Process". Tavistock Publications.

- - - -

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "La investigación en Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 1: PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACION EN EL TRABAJO SOCIAL

PRESENTADA POR: Equipo de Asistentes Sociales de A.C.A.S.E.- Madrid.

I) Al tener noticia de la celebración del 2º Congreso de A.S. el grupo de estudio de ACASE vió la utilidad de sustituir los temas profesionales sobre los que trabaja, para centrarse en la problemática de la investigación en el T.S. cuya importancia para la profesión es manifiesta y despierta cada vez más interés entre los profesionales.

Después de más de treinta años del ejercicio de la profesión en España, creemos que ha llegado la ocasión de estudiar la validez de nuestros métodos y técnicas respecto a los objetivos del Trabajo Social y verificar y comprobar si estos objetivos son adecuados a la realidad actual.

Definir los objetivos que deberá perseguir el T.S. actualmente, para que su contenido responda a las necesidades siempre cambiantes del individuo y la sociedad, y planificar futuras formas de actuación y enseñanza es algo que nos tenemos que proponer de una manera urgente y responsable.

Para conocer la preparación que pudieran tener los profesionales sobre la investigación en T.S. vimos la conveniencia de dirigir a las Escuelas de A.S. unas preguntas para ponderar hasta que punto preocupa el tema, ver si los profesionales diferencian la investigación sociológica, cuyas técnicas forman parte del programa, de la investigación aplicada al trabajo social, si se han hecho estudios específicos sobre dicho tema, y si hay algún proyecto de homogeneización de material base para futuras investigaciones.

II) Este grupo de trabajo ha dedicado bastantes reuniones a esclarecer conceptos relacionados con la investigación, a fin de delimitar cuáles podrían ser las principales diferencias entre la investigación sociológica y la investigación aplicada al trabajo social.

Nos encontramos como principal problema la escasez de bibliografía referida a nuestra profesión; la que utilizamos hacia referencia más a conceptos teóricos que a presentación de estudios prácticos. Sin embargo nos sirvió para familiarizarnos con el tema y distinguir conceptualmente ambas investigaciones.

"La investigación social tiene como finalidad conocer objetivamente la realidad social. Supone un proceso que integra una serie de etapas, entre las que como principales, pueden apuntarse las siguientes: Planeamiento, Recogida de datos, Elaboración, Análisis e Informe". P. Vázquez en "Técnicas de Investigación Social".

La investigación sirve fines públicos, no privados; por consiguiente es incompleta si no se comunica y pone a disposición de los demás. (Polansky, Norman A. "Metodología de la Investigación del Trabajo Social").

La investigación en S.S. "Es la prueba científica de la validez de las funciones y métodos del S.S.; su objetivo es añadir algo al conocimiento disponible sobre S.S., su función es contribuir al desarrollo de un cuerpo de conocimientos comprobados que sirven a los fines y medios del S.S. en todas sus ramas.

La investigación en T.S. desarrolla una metodología especial a fin de recopilar datos, analizarlos y exponerlos para que sean utilizados en la elaboración de planes de reforma, cambios sociales, mejora de las condiciones de vida. Es pues un primer paso para la planificación.

La investigación en T.S. se puede orientar hacia:

- a) estudios para establecer, identificar y medir las necesidades.
- b) estudios para cuantificar los servicios ofrecidos y las relaciones que ellos guardan con las necesidades.
- c) estudios para evaluar los resultados de los programas de S.S.
- d) estudios para medir la eficacia de las técnicas empleadas.
- e) estudios de la metodología de la investigación. La investigación es indispensable, sobre todo para los planes y programas sociales de largo alcance.

Por tanto la diferencia esencial entre la investigación sociológica y la investigación aplicada al Trabajo Social, según la bibliografía consultada, es que esta última es una parcela de la primera, limitada a nuestra profesión y además tiene una finalidad operativa.

Precisamente porque la bibliografía sobre esto es muy escasa y nos parecían insuficientes los datos que nos habían servido para nuestro análisis conceptual, pensamos dirigirnos a las Escuelas, seguras de que ellas nos proporcionarían un material con el que podríamos comprobar si la diferenciación establecida por el grupo de estudio con base exclusivamente bibliográfica era válida y al mismo tiempo nos podían dar a conocer los trabajos concretos que en el campo de la investigación aplicada al Trabajo Social se hubieran realizado.

III. El trabajo ha consistido en la elaboración de las preguntas que considerábamos adecuadas para conseguir la información antes aludida.

En primer lugar se preguntaba si existían dificultades para aplicar la investigación al Trabajo Social y que detallasen cuales eran en caso afirmativo.

Esta pregunta tenía una cierta relación con otras dos del cuestionario, en las que se pedía si conocían algún trabajo de investigación aplicada al Trabajo Social realizada por alumnas o profesionales. Y en otra se pedía si en las clases de metodología se explicaba el método de Investigación en Trabajo Social diferenciado de la investigación sociológica.

De esta forma se podía valorar hasta que punto las dificultades señaladas impedían la investigación concreta relativa a nuestra profesión y estimar doblemente los trabajos efectuados en este campo, que suponían una superación de dichas dificultades.

La tercera pregunta pedía las características esenciales de la investigación en Trabajo Social. Ya hemos dicho que lo que nos proponíamos era si la diferenciación establecida a través de nuestro estudio bibliográfico estaba matizada o cabían otras diferenciaciones no esenciales, pero que pudiesen enriquecer o dar mayor claridad al análisis conceptual a que habíamos llegado.

También nos interesaba saber si la Escuela o Asociación había organizado algún cursillo o seminario acerca de este tema. Con ello pretendíamos una triple finalidad: conocer la formación que han podido alcanzar algunas profesionales, ver que interés hay hacia el tema e informarnos del resultado positivo que aquellos cursillos hubieran podido tener, para en su caso, repetir esa misma experiencia.

IV.- Se enviaron 38 cuestionarios y se han recibido 16 cumplimentados, número elevado, pues representa un 43% de contestaciones.

De ellos, doce opinan que sí existen dificultades para realizar esta investigación. Dos contestaciones precisan que esas dificultades no son diferentes a las que tiene todo trabajo de investigación cualquiera que sea el campo donde se aplique.

Una sola Escuela no encuentra dificultad y otra dice que es tan sólo la falta de preparación por parte de los asistentes sociales.

Como principales dificultades se señalan:

- El desconocimiento de las técnicas por parte de los profesionales (11 contestaciones)
- Falta de medios económicos para realizar esta investigación (8 contestaciones)
- No existen puestos de trabajo dedicados exclusivamente a la investigación en T.S. (8 contestaciones).
- La razón de esta falta de puestos se debe al desinterés de las instituciones por esta especialidad y también a la falta de valoración e interés de las profesionales.
- Falta de material que recoja de manera homogénea el trabajo tan diversificado que llevan a cabo los asistentes sociales para su análisis y conclusiones.

#### Características.

Según las contestaciones recibidas, son características importantes de la investigación en Trabajo Social:

- Ser instrumento de estudio de los problemas y métodos del T.S.
- Que la investigación sea operativa, es decir, que sea medio para detectar los puntos positivos o negativos de la actuación profesional del asistente social, así como de la validez de los objetivos que estos profesionales se propongan, para poder planificar a la vista de los resultados obtenidos programas de trabajo que ayuden a los profesionales a realizar con mayor eficacia su labor.
- Que la investigación se realice en equipo y se dediquen a ella con exclusividad algunos asistentes sociales previamente formados para este trabajo.

Tres contestaciones hacen alusión a la falta de financiación, pero es más bien una necesidad sentida, que una característica.

De las 16 contestaciones, tan sólo una Escuela ha organizado dos seminarios en colaboración con la Asociación de profesionales y una charla a cargo de dos profesoras de la Escuela a su regreso de un cursillo sobre esta especialidad. Otra Escuela dice que darán charlas a las alumnas de tercer año sobre este tema, el próximo curso.

Cinco Escuelas no explican en clase la diferencia entre investigación sociológica e investigación aplicada al trabajo social. Otras lo hacen y se refieren a esta investigación como etapa previa al trabajo social de comuni-

dad; alguna Escuela añade en las asignatura de Técnicas de la investigación social, unas lecciones para aplicarlas a la investigación en trabajo social.

Nos han comunicado los nombres de siete asistentes sociales que han realizado trabajos de investigación. Al dirigirnos a ellas, han contestado cuatro, diciendo que son investigaciones sociológicas, no aplicadas al T.S.

Varias Escuelas consideran que algunos trabajos de fin de carrera son pequeñas investigaciones aplicadas al trabajo social, pero al no tener acceso a este material, no hemos podido trabajar sobre él.

Una de las Escuelas tiene una pauta para clasificar los diferentes casos que se atienden en un departamento social, material muy útil para poder llevar a cabo futuras investigaciones.

Este que hemos citado es el único material con que hemos contado.

#### RESUMEN DEL TRABAJO

- El objetivo de la Investigación en Trabajo Social es contribuir al desarrollo de esta profesión. A la vista de lo expuesto queda de manifiesto que no se ha trabajado de manera formal y sistemática en este campo. La necesidad de hacerlo es cada vez más sentida por los asistentes sociales en ejercicio, para mejorar su propio trabajo, abrir nuevos campos y delimitar sus funciones específicas.

- La investigación en Trabajo Social se puede dirigir tanto a detectar las necesidades individuales y sociales, como a valorar si los servicios ofrecidos son adecuados y suficientes para cubrir estas necesidades. También se dirige a cuantificar la eficacia de las técnicas empleadas respecto a los objetivos específicos del Trabajo Social.

Un 75% de las contestaciones hacen referencia a las dificultades que existen para realizar Investigación en Trabajo Social. Las principales son:

- Falta de profesionales preparados para la investigación.
- Falta de medios económicos para llevarla a cabo.
- No se ha valorado suficientemente hasta el momento actual, la necesidad de realizar investigación sobre el Trabajo Social por lo que falta material que recoja de manera homogénea el trabajo tan diversificado que llevan a cabo los asistentes sociales, para su análisis y conclusiones.

También vemos la necesidad de la formación de un equipo de investigación que realice estudios centrados en nuestra profesión y planifique a grandes rasgos el quehacer profesional.

Este equipo podría publicar anualmente sus estudios para ir formando -- bibliografía propia con experiencias españolas, que serían de gran utilidad para todas las profesionales.

Queda la incógnita de quien podría subvencionar este equipo, que requisitos habría que exigir a los miembros que lo integran y de que medios podrían servirse para su preparación.

Nos parece muy oportuno el momento del Congreso para pedirnos cuantas su gerencias creáis convenientes para que esta proposición llegue a ser una realidad.

--=000=--

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES

Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "La investigación en Trabajo Social".

COMUNICACION Nº 2: LA PROFESION DE ASISTENTE SOCIAL A TRAVES DE LA DOCUMENTACION DE LAS ASOCIACIONES.

PRESENTADA POR: Equipo de Asistentes Sociales de la Asociación de Pamplona.

El objetivo de este breve trabajo es conocer la situación de la profesión, a través de las propias Asociaciones de Asistentes Sociales. No se ha pretendido un trabajo exhaustivo, sino pulsar cuales eran las preocupaciones los problemas o las aspiraciones de las asistentes sociales, expresados por ellos mismos, en reuniones de zona, campos de trabajo, seminarios o grupos de estudio, a partir de 1965.

Los documentos utilizados han sido ONCE, los únicos que hemos recibido pero nos parece una muestra bastante representativa, por proceder de distintas zonas y distintos campos de trabajo.

El método que se ha seguido ha sido el de "análisis de contenido de los distintos documentos, para hallar los factores comunes".

Se ha trabajado en equipo. Cada miembro del equipo ha analizado un documento. Para conseguir una unidad se establecieron unas variables que se recogieron en cada documento y se expresaron en la Tabla I:

TABLA I

| NOMBRE Y FECHA DEL DOCUMENTO |              |              |              |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| AFIRMACIONES                 | CONCLUSIONES | PROBLEMÁTICA | ASPIRACIONES |

En la Tabla II, se acumularon cada una de las variables, expresando el tema y número de veces que aparecía en el total de los documentos:

TABLA II

| ASPIRACIONES |        |
|--------------|--------|
| TEMA         | NUMERO |

La Tabla II se repitió tantas veces como variables, o sea, para las -- Afirmaciones, Conclusiones, Problemática y Aspiraciones.

Se eligieron como más representativos, aquellos temas más repetidos en cada variable, haciendo constar el número de veces que habían sido señalados confeccionando la Tabla III.

TABLA III

| AFIRMACIONES  | Nº | CONCLUSIONES   | Nº | PROBLEMÁTICA  | Nº | ASPIRACIONES   | Nº |
|---|----|--|----|---|----|--|----|
| Dependencia de Dirección, con autonomía.....                            | 3  | Especialización.....                                       | 5  | Desconocimiento de la labor del A.S..                                       | 6  | Dar a conocer el trabajo social en entidades y organismos de forma sistemática y organizada..... | 5  |
| Colabora con otros profesionales.....                                   | 2  | Formación permanente.....                                  | 5  | Insuficiente preparación..  | 5  | Trabajo en equipo profesional.....   | 3  |
| El A.S. debe trabajar para lograr el desarrollo integral del individuo. | 2  | Colaboración con otros técnicos.....                       | 3  | Necesidad de colaboración entre AA.SS. de distintos campos.....             | 4  | Trabajo en equipo interprofesional...  | 3  |
|   |    | Que las Asociaciones -- creen equipos de supervisores..... | 4  | Falta de documentación e información..                                      | 3  | Transformar -- la profesión en un ente educador y concientizador de la realidad.....             | 2  |
|   |    | Fomentar la creación de recursos en la comunidad.          | 2  | Dificultad de trabajo en equipo por falta de reconocimiento -- del A.S..... | 3  |  |    |

| AFIRMACIONES | Nº | CONCLUSIONES | Nº | PROBLEMÁTICA  | Nº | ASPIRACIONES   | Nº |
|--------------|----|--------------|----|---|----|--|----|
|              |    |              |    | Necesidad de profundizar en metodología y experimentar nuevos métodos.....  | 3  | Necesidad de preparar estudios de la actuación por campos.....               | 2  |
|              |    |              |    | Falta de especialización...   | 2  | Crear becas de investigación.  | 2  |
|              |    |              |    | ¿Es misión del A.S. integrar al hombre en una determinada sociedad, o ayudarlo en la búsqueda de una sociedad mejor?..... | 2  | Necesidad de supervisión a nivel profesional.....                            | 2  |
|              |    |              |    | Problema de la dependencia de la A.S.   | 2  | Puestos de prácticas idóneos.....  | 2  |
|              |    |              |    |   |    | Creación de un centro piloto, para especialización y formación superior..... | 2  |
|              |    |              |    |   |    | Rango universitario.....   | 2  |
|              |    |              |    |   |    | Código de Deontología.....   | 2  |
|              |    |              |    |   |    | Intercambio de experiencias profesionales.                                   | 2  |

Esta tercera tabla nos permitió ver, no solo los temas con mayor índice de frecuencia de cada variable, sino aquellos que aparecían en las distintas variables, pero estaban relacionados entre sí, de tal manera que la fiabilidad de ser representativos podía darse por bastante cierta.

El resultado de este análisis ha permitido sintetizar el trabajo en cuatro nuevos temas, representativos de la situación de la profesión, en cuanto a su problemática, inquietudes y aspiraciones.

TEMA I

CONOCIMIENTO DE LA PROFESION EN LA SOCIEDAD

- Desconocimiento de la labor del A.S. .... Problemática (6)
- Dificultad del trabajo en equipo por falta de reconocimiento del A.S. .... Problemática (3)
- Dar a conocer el trabajo social en entidades y organismos de forma sistemática y organizada..... Aspiraciones (5)

TEMA II

FORMACION COMO PROFESIONALES

- Necesidad de especialización ..... Conclusiones (5)
- Formación Permanente ..... Conclusiones (5)
- Insuficiente preparación ..... Problemática (5)
- Falta de especialización ..... Problemática (2)
- Necesidad de profundizar en la metodología y experimentar métodos nuevos..... Problemática (3)
- Necesidad de preparar estudios de actuación por campos de trabajo ..... Aspiraciones (5)
- Puestos de prácticas idóneos ..... Aspiraciones (2)
- Creación de Becas de Investigación ..... Aspiraciones (2)
- Creación de un Centro Piloto para especialización y formación superior ..... Aspiraciones (2)
- Rango Universitario ..... Aspiraciones (2)

TEMA III

DINAMICA DEL TRABAJO COMO PROFESIONALES

- Dependencia de Dirección, con autonomía ..... Afirmaciones (3)
- Colaboración con otros profesionales ..... Afirmaciones (2)

- Necesidad de supervisión ..... Conclusiones (5)
- Colaboración con otros técnicos ..... Conclusiones (3)
- Necesidad de colaboración entre AA.SS. de distintos campos. .... Problemática (4)
- Falta de documentación e información ..... Problemática (3)
- Problema de dependencia del A.S. .... Problemática (2)
- Trabajo en equipo profesional..... Aspiraciones (3)
- Trabajo en equipo interprofesional..... Aspiraciones (3)
- Necesidad de supervisión a nivel profesional..... Aspiraciones (3)
- Código de Deontología ..... Aspiraciones (2)
- Intercambio de experiencias profesionales..... Aspiraciones (2)
- Que las Asociaciones creen equipos de supervisoras. Conclusiones (4)

TEMA IV

FINALIDAD Y RAZON DE SER DE LA PROFESION, HOY

- El A.S. debe trabajar para lograr el desarrollo integral del individuo..... Afirmaciones (2)
- Fomentar la creación de recursos en la comunidad... Conclusiones (2)
- ¿Es misión del A.S. integrar al hombre en una determinada sociedad, o ayudarle en la búsqueda de una sociedad mejor? ..... Problemática (2)
- Transformar la profesión en un ente educador y concienciador de la sociedad..... Aspiraciones (2)

CONCLUSIONES GENERALES

Esta síntesis nos permite llegar a unas conclusiones generales:

- A) El asistente social siente que la Sociedad desconoce su profesión.
- B) Hay una inquietud por la formación que se traduce en una aspiración a una formación permanente y de nivel superior.

- C) En la dinámica del propio trabajo los profesionales sienten la necesidad del trabajo en equipo profesional e interprofesional. En el desarrollo del trabajo profesional existe una inquietud que se traduce en una exigencia en cuanto a la supervisión de profesionales.
- D) En cuanto a la finalidad y razón de ser de la profesión, tiende a -- ver al individuo como inmerso en su propia realidad social, por lo -- que aspira a que la profesión profundice en sí misma para que sea, en realidad, un ente concienciador y educador.

#### RELACION DE DOCUMENTOS UTILIZADOS EN ESTE TRABAJO

- Estudio preparatorio al Seminario sobre Trabajo Social en el Hospital-1970.
- Significación del Trabajo Social con grupos en el desarrollo de la vida de las unidades de vecindad. Organizadas por F.E.D.A.A.S. con la colaboración de las Asociaciones de AA.SS. de Madrid. 1970.
- Resumen de las jornadas de Trabajo en la Empresa. Organizadas por -- F.E.D.A.A.S. - Zaragoza 1970.
- Primera Convivencia de AA.SS. de Guipúzcoa. Organizadas por A.G.A.S. - (Asociación Guipuzcoana de AA.SS.) San Sebastián, 1965.
- Conclusiones al Seminario Experimental sobre trabajo Social Familiar.- Barcelona 1970.
- Estudio sobre posibles campos de actuación de AA.SS. en Guipúzcoa y -- funciones a realizar en algunos de ellos. San Sebastián, 1970.
- Resultados sobre la Encuesta sobre A.G.A.S. San Sebastian. 1970=
- Jornadas de AA.SS. de Zona de Levante. Palma de Mallorca. 1970.
- Jornadas de Trabajo Social en el campo educacional. Sevilla. 1971.
- Reunión Profesional de la Zona de Levante. Tarragona 1968.
- Supervisión y Deontología del trabajo social en el campo Sanitario. Organiza la Asociación Profesional de AA.SS. y F.E.D.A.A.S.- Oviedo, 1970.

--oOo--

#### II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "La investigación en Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 3: INVESTIGACION DEL TRABAJO SOCIAL DESARROLLADO EN EL DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA SOCIAL DE UNA DIPUTACION PROVINCIAL.

PRESENTADA POR: M<sup>a</sup> Jesús Iglesias Alba. Asistente Social.

M<sup>a</sup> Asunción Martínez Arrojo. Jefe Dpt<sup>o</sup> Asistencia Social.  
Oviedo.

#### Proyecto inicial del Departamento de Asistencia Social en Diputación.

Una vez creados varios Departamentos de Asistencia Social, en algunos -- Centros Asistenciales de este organismo, se proyectó centralizar dichos Departamentos en la misma Diputación, con el fin de coordinarlos entre sí, y al -- mismo tiempo elevar gradualmente el nivel asistencial y profesional de los -- mismos.

Lo que en principio parecía una inminente puesta en marcha de dicho proyecto, luego se fué demorando hasta quedar totalmente relegado en el olvido, -- por interferencias, en que los intereses creados eran la causa fundamental.

Más tentativas para poner en práctica otros proyectos, fueron rechazados por la oposición de una influyente mayoría.

#### Divulgación del Dpto. a todos los Ayuntamientos de la provincia.

A pesar de las dificultades que iban limitando nuestra posible actividad y conociendo los distintos problemas que necesitaban ser atendidos por toda -- la región, planificamos divulgar el Departamento de Asistencia Social, a través de los alcaldes de la provincia.

Por anteriores estudios realizados en la misma región, conocíamos la poca apertura de algunos alcaldes, por lo tanto no confiábamos demasiado en el éxito de la empresa, pero a pesar de todo creímos que valdría la pena de intentarlo.

Preparamos un breve y concreto cuestionario, que unido a una carta aclaratoria sobre la finalidad del mismo, fué remitida a setenta y cinco ayuntamientos (la provincia tiene setenta y ocho), en ella se les rogaba que nos -- fuese devuelto debidamente cumplimentado, indicándoles que, si deseaban alguna aclaración verbal del mismo, nos desplazáramos a visitarles en el momento que lo consideraran oportuno.

De todos ellos, solamente contestaron veintinueve, doce de forma muy positiva, el resto lo hicieron con marcada ambivalencia o en plan totalmente negativo.

No obstante, la suma de respuestas positivas resultó ser superior a lo que habíamos imaginado y más que suficiente para iniciar la prevista actividad, teniendo en cuenta el escaso número de profesionales que formabamos el Dpto.

De los doce ayuntamientos que en principio contestaron en forma positiva solo tres estuvieron dispuestos a colaborar dando las facilidades necesarias para que al menos una vez al mes, se tuvieran consulta social abierta en el mismo ayuntamiento, para orientar debidamente los problemas que pudieran aparecer.

Los nueve restantes, a pesar del entusiasmo con que inicialmente acogieron el proyecto, este fué desapareciendo, debido a presiones de índole diversa.

En dos de los ayuntamientos que estaban dispuestos a colaborar, los alcaldes convocaron para una reunión a: párrocos, maestros y alcaldes de barrio también se invitó a presuntos clientes; en ella explicamos en que iba a consistir nuestra actividad y se les permitió hacer todas las preguntas necesarias para aclarar cualquier duda que se les planteara.

El desarrollo de dichas reuniones fué muy interesante; se evidenciaron notablemente ciertas negligencias o injusticias sociales, a pesar del interés demostrado por el tema.

También se captaron ciertas resistencias por parte de los párrocos, ya que siempre se han preocupado de ayuar moral y socialmente a sus feligreses, y a nivel muy profundo suelen rechazar, cualquier situación que la consideren una tentativa de intromisión a lo que algunos creen es de su exclusiva propiedad.

Los más entusiastas con el proyecto, fué el grupo formado por los presuntos clientes, en su espontaneidad, hablaron de los muchos problemas que les preocupaban, sinceridad que no fué del grado de todos los componentes de la reunión.

Posteriormente a estas reuniones previas, fué iniciado el proyecto de establecer consulta en los mismos ayuntamientos; de momento se empezó con una vez al mes, con idea de aumentarlo de acuerdo con las necesidades que se presentaran.

La puesta en marcha del proyecto, a pesar de la buena acogida que tuvo en principio, y del entusiasmo con que lo iniciamos, no dió los resultados esperados.

Tratando de analizar las causas, llegamos a la conclusión de que no lo habíamos planificado en la forma debida.

Nuestro proyecto inicial fué el de divulgar el Departamento de Asistencia Social a nivel de toda la provincia, pero el resultado nos hizo dar cuenta que habíamos condicionado un conato de desarrollo comunitario.

En este caso debíamos haberlo iniciado en línea vertical, empezando desde abajo, hacia arriba; creando inquietudes en los interesados, contando con los ayuntamientos, pero no partiendo de ellos.

El proyecto debió centrarse en un solo ayuntamiento, que podía haber sido piloto, y contando con la aprobación de diversas jerarquías.

Reconocemos haber iniciado un proyecto muy ambicioso, con escasos medios y métodos inadecuados. No obstante a pesar de los fallos expuestos, tenemos a nuestro favor, un respetable número de casos que fueron atendidos, gracias a haber iniciado dicha divulgación del Departamento de Asistencia Social, y que de no haber sido por ello, posiblemente hubieran quedado sin el adecuado tratamiento u orientación.

Estudio labor desarrollada por dicho Departamento desde el mes de septiembre de 1970 al de enero de 1972, ambos inclusive.

Para iniciar el estudio de la labor desarrollada por el Departamento de A.S. consideramos interesante, conocer detalladamente los siguientes apartados:

- a).- Procedencia casuística.
- b).- Índice de problemáticas.
- c).- Objetivos a obtener.
- d).- Dificultades para ello.
- e).- Actuación y Tratamiento.
- f).- Etapas cubiertas.
- g).- Gestiones varias.

Todos ellos han sido elaborados en equipo y con la mayor objetividad posible los más laboriosos fué clasificar los casos, según las doce problemáticas resultantes del estudio, dado que la mayoría de las mismas no tienen un solo problema, ya que con gran frecuencia unos están íntimamente relacionados con otros.

En vista de ello el criterio de valoración establecido, lo fué en función del problema considerado "básico" el cual de acuerdo con nuestro objetivo análisis, condicionaba las restantes situaciones de conflicto que en determinados casos se podían dar.

Con esta breve aclaración realizada, pasamos al estudio del primer apartado.

a).- Procedencia casuística.

Esta va a ser expuesta siguiendo un orden de procedencia de más a menos.

El índice más elevado de la misma fué proporcionado por el Negociado de Beneficencia de esta Diputación. No obstante debemos aclarar que la labor a realizar hacia dicho Negociado ha sido bastante limitada, ya que en la mayoría de casos, únicamente nos ha sido solicitada visita domiciliaria, con la finalidad de redigir un estudio socioeconómico del caso y "nada más".

Lógicamente nunca hemos ndgado tal colaboración a pesar de que hemos tratado de dar a dichas visitas una orientación más profesional.

En todos los caso hemos realizado, estudio del medio ambiente familiar, y social, tratando de evitar en todo momento establecer una aparente valoración económica según la petición recibida.

En todo momento procuramos modificar el erróneo concepto que se tiene formado de los A.A.S.S., por el cual en muchos ambientes nos han considerado como inspectores de las posibilidades económicas de las familias que por una u otra razón son visitadas.

Posiblemente las peticiones que por parte de este Negociado se han recibido, solicitando dichos estudios socio-económicos, sean una deformación causada por un período en el que un grupo de alumnas realizaron allí sus prácticas y por presiones ignoradas su única y exclusiva misión consistía en captar las posibilidades económicas de los familiares que estaban relacionados con los Colegios Provinciales de esta Diputación con motivo de tener a hijos suyos internados en dichos Centros.

La mayoría de familias visitadas por nosotras, estaba avisadas de antemano de nuestra visita, y por supuesto, su actitud era de expectación hacia el motivo de la misma, al estar advertidas de que nuestra visita sería para estudiar si la petición hecha al citado Negociado de Beneficencia, debía ser considerada realmente necesaria.

Ello por supuesto daba ocasión a los inconvenientes siguientes:

- 1º Falta de sinceridad tratando de aumentar el problema con su exposición verbal del mismo.
- 2º Al considerarnos como posibles responsables de la obtención o negativa de su demanda.
- 3º En caso de haber un problema realmente social, la espontaneidad de los interesados estaba muy limitada, ya que ante nuestra presencia, lo único que procuraban, era convencernos de lo que en realidad ellos pretendían, fuera o no justa su petición.
- 4º Al ser nuestra visita impuesta previamente, condicionaba una actitud reactiva hacia la misma, siendo uno de los inconvenientes que impiden el buen desarrollo de nuestra actividad, al no ser el cliente el que espontáneamente viene a nosotros en busca de orientación a su problemática.

El segundo lugar en la procedencia, lo ocupan los Ayuntamientos, debido a la Divulgación que hacia ellos se llevo a cabo, y de lo cual ya hemos dado amplia información anteriormente.

Ocupan el tercer lugar los propios interesados, los cuales sin lugar a dudas es el grupo en el cual profesionalmente se puede desarrollar mucho mejor nuestra labor por las razones siguientes:

- 1º Como principio fundamental de nuestra profesión es el cliente que viene a nosotros.
- 2º Esto le condiciona favorablemente a que acepte nuestro asesoramiento con toda normalidad sin actitudes reactivas.
- 3º Asimismo acepta toda indicación para movilizar por si mismo los recursos de la comunidad a no ser que exista una marcada incapacidad de orden: físico, intelectual o mental.
- 4º Normalmente el caso puede ser llevado a través de distintas etapas -- ya que el cliente no considera como una imposición el mayor o menor número de entrevistas a que sea requerido durante el período en que es aplicado el Tratamiento Social.
- 5º El Tratamiento Social, no es impuesto al cliente y este capta claramente que sus propias decisiones son respetadas, ya que al indicarle más de una posibilidad de solución, escogen la que consideran más adecuada o dentro de sus posibilidades; ello condiciona que el cliente gane más confianza en si mismo, y en los profesionales que le están tratando.

El siguiente índice de procedencia corresponde al Oficial Mayor, de la misma Diputación, aunque esta casuística fué aumentada notablemente con motivo de quedar una vivienda vacante de las que dispone este organismo para sus funcionarios; ante las varias peticiones que para la misma se recibieron, fue requerida nuestra colaboración para objetivar que familia era en realidad la que más la necesitaba.

Las demás peticiones llegadas a través del Oficial Mayor, eran realizadas por los propios interesados, ajustándose estas a las ventajas ya indicadas de que es el cliente el que solicita la ayuda.

Les sigue en orden de frecuencia la procedencia de los familiares del interesado. Este grupo puede considerarse identificado casi totalmente con las características que reúne el de los propios interesados, dado que la mayoría de ellos son familiares muy directos del cliente que por: enfermedad, minoría de edad o subnormalidad, no están capacitados para solicitar por sí mismos -- orientación a su problema.

En la misma medida sigue la procedencia que denominamos como otros, en este apartado nos referimos concretamente, cuando suelen ser vecinos o amistades de la persona, familia o grupo necesitados de orientación o Tratamiento Social.

Siguen en menor cuantía los casos cuya procedencia es de las Delegadas correspondientes de la Sección Femenina.

Son los Alcaldes los que ocupan el siguiente lugar, sus peticiones pocas veces son atractivas para nosotras, ya que normalmente pretenden condicionar nuestra actuación, tratando de evitar la visión objetiva del problema.

También a través del Presidente de esta Diputación, ha llegado a nosotros alguna que otra petición, estas siempre han sido muy adecuadas en relación a nuestras funciones, lo único digno de lamentar es la poca frecuencia con que ello ocurre.

Es interesante hacer notar la colaboración de un Diputado, el cual sin tener la responsabilidad de alguna comisión afín tiene amplia visión de los problemas y las peticiones que de él se reciben, distinguen con gran claridad los casos que son propios de nuestro Departamento.

Muy escasa la colaboración procedente de los A.A.S.S.

Se puede citar la procedencia de algunos clientes, parrocos y pseudo-asistentes sociales, los cuales se han preocupado de problemas que afectan a familias conocidos por ellos.

Es digno de hacer notar, aunque sean muy escasas, las peticiones recibidas por parte del I.N.P., T.T.M. y de alguna Religiosa.

Y por último queremos resaltar la constante colaboración recibida por parte de los conserjes de la Diputación, que ante un cliente que acude a este Organismo con cierta desorientación respecto a un problema que le afecte, es encaminhado directamente a nuestro despacho.

En las páginas siguientes quedan claramente encuadrados el resto de los apartados que completan el estudio de la labor realizada por dicho Departamento de Asistencia Social.

#### Análisis Objetivo del mismo.

En el curso del presente estudio, hemos tratado de ir analizando todos los aspectos; tanto los que consideramos positivos, como los que en nuestra opinión han sido negativos.

Por lo tanto creemos que ha llegado el momento de supeditarlo a una crítica positiva, la aportación que en este sentido se reciba, será sin dudar el mejor análisis de dicho estudio.

#### Conclusiones.

Estas podrán deducirse, una vez recibida, la crítica positiva del mismo.

| Nº. | Problema:     | T. | Objetivos:   | Dificultades:  | T.   |
|-----|---------------|----|--|--|--|
| 1   | Subnormalidad | 32 | 1-1 Asesoramiento debido,<br>1-2 Aceptación del problema.        | 1-1 Falta de información.<br>1-2 Nivel cultural.<br>1-3 Estructura familiar psicopatológica.<br>1-4 Traslado a Centro adecuado.<br>1-5 Necesidad de ayuda material.  | 13<br>2<br>3<br>8<br>6                         |
| 2   | Económico     | 25 | 2-1 Obtención de ayuda económica de acuerdo con las necesidades. | 2-1 Espera muy larga y necesidad urgente.<br>2-2 Ignorancia recursos de la comunidad.<br>2-3 Apoyo en recursos de la comunidad.<br>2-4 Posible problema a largo plazo.<br>2-5 Prótesis, sillas ruedas, etc.  | 4<br>7<br>6<br>2<br>6                          |
| 3   | Institucional | 16 | 3-1 Obtención plaza Centro adecuado.                             | 3-1 Escasez instituciones adecuadas.<br>3-2 Poca objetividad organismos oficiales.<br>3-3 Falta de información.<br>3-4 Resistencia por parte del cliente.<br>3-5 Deseo no compartido por todo el grupo familiar<br>3-6 Proyecto inadecuado al caso.<br>3-7 Posible problema a largo plazo.<br>3-8 Problemas con personal de la institución.<br>3-9 Cliente o familiar desaparecido.<br>3-10 Fugas. | 5<br>1<br>1<br>1<br>1<br>1<br>3<br>2<br>1<br>- |
| 4   | Familiar      | 14 | 4-1 Integración familiar.<br>4-2 Consecución situación estable.  | 4-1 Desconocimiento paradero parte interesada.<br>4-2 Actitud reactiva de cliente a familia.<br>4-3 Actitud reactiva de familia aciente.<br>4-4 Angustia familiar.<br>4-5 Escaso nivel afectivo.<br>4-6 Escasa motivación.<br>4-7 Nivel cultural.<br>4-8 Estructura familiar psicopatológica.  | -<br>1<br>1<br>1<br>1<br>1<br>-<br>1<br>1<br>9 |

130.

| Nº. | Problema:   | T. | Objetivos:  | Dificultades:   | T.                                   |
|-----|-------------|----|---|---|--------------------------------------|
| 5   | Vivienda    | 11 | 5-1 Obtención de la misma según posibilidades económicas. | 5-1 Dificultades para obtenerla<br>5-2 Posibilidades económicas reducidas.<br>5-3 Problemas de convivencia.<br>5-4 Condiciones inadecuadas de la misma.<br>5-5 No problema en la actualidad.<br>5-6 Condiciones infrahumanas sin conciencia de ello por parte de los interesados.           | 1<br>1<br>-<br>1<br>6<br>2           |
| 6   | Educacional | 9  | 6-1 Posibilidad de formación a todos los niveles.         | 6-1 Traslado a otro Centro adecuado.<br>6-2 Falta de colaboración organismos oficiales.<br>6-3 Estructura familiar psicopatológica.<br>6-4 Dificultades económicas.<br>6-5 Carencia total de escuelas en la zona donde habitan.<br>6-6 Apoyo en recursos de comunidad.<br>6-7 Escasa moral. | 2<br>1<br>1<br>-<br>1<br>3<br>1      |
| 7   | Sanitario   | 7  | 7-1 Obtener ingreso o tratamiento adecuado.               | 7-1 No conciencia de enfermedad.<br>7-2 Escaso nivel afectivo.<br>7-3 Nivel cultural.<br>7-4 Dificultades económicas.<br>7-5 Resistencias al ingreso.<br>7-6 Perjuicios hacia los hospitales.<br>7-7 Escasa colaboración paciente.<br>7-8 Falta de asistencia familiar.                     | 1<br>-<br>1<br>1<br>1<br>-<br>1<br>2 |
| 8   | Laboral     | 4  | 8-1 Adaptación laboral.                                   | 8-1 Localización trabajo.<br>8-2 Trabajo inadecuado.<br>8-3 Poco rendimiento.<br>8-4 Descontento clase de trabajo.<br>8-5 Ambiente inadecuado.<br>8-6 Escasa remuneración.  | 1<br>2<br>-<br>-<br>-<br>1           |

131.-

| Nº. | Problema:                 | T. | Objetivos:                     | Dificultades:  |
|-----|---------------------------|----|--------------------------------|--|
| 9   | Inadaptación social.      | 4  | 9-1 Modificación de actitudes. | 9-1 Problemas familiares.<br>9-2 Estructura familiar psicopatológica<br>9-3 Falta de estímulos.              |
| 10  | Traslados                 | 4  | 10-1 Situación estable         | 10-1 Necesidad objetiva del traslado.<br>10-2 Dificultades para el mismo.<br>10-3 No conveniencia del mismo. |
| 11  | Hospitalario              | 2  | 11-1 Reconsideración del caso. | 11-1 No recuperados.   |
| 12  | Instalaciones de interés. | 2  | 12-1 Obtención de las mismas.  | 12-1 Dificultades económicas.<br>12-2 Ilegalidades:  |

| Etapas                | Actuaciones, Técnicas y Etapas utilizadas por Problemática | 1             | 2         | 3             | 4        | 5        | 6           | 7         | 8       | 9                   | 10        | 11           | 12                   | Totales horizontales |
|-----------------------|--|---------------|-----------|---------------|----------|----------|-------------|-----------|---------|---------------------|-----------|--------------|----------------------|----------------------|
|                       |  | Subnormalidad | Económico | Institucional | Familiar | Vivienda | Educacional | Sanitario | Laboral | Inadaptación social | Traslados | Hospitalario | Instalac. de interés |                      |
| 1- Contac, Inicial    | 1-1 Asesoramiento  | 8             | 7         | 2             | 6        | 1        | 1           | -         | -       | 2                   | -         | -            | -                    | 27                   |
|                       | 1-2 Ayuda burocrática                                      | 1             | 3         | 2             | 2        | -        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 8                    |
|                       | 1-3 Movilizar cliente                                      | 9             | 1         | 2             | -        | -        | -           | -         | 3       | -                   | 3         | 1            | -                    | 19                   |
|                       | 1-4 Orien. cons. me. ge.                                   | -             | -         | -             | -        | -        | -           | 3         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 3                    |
|                       | 1-5 Orien. con. psiqui.                                    | -             | -         | -             | -        | -        | -           | 3         | -       | -                   | -         | 1            | -                    | 4                    |
|                       | 1-6 Espera cliente   | 1             | -         | -             | -        | -        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 1                    |
| 2-Vi.Co.              | 2-1 A petición   | 4             | 6         | 3             | 2        | 8        | 7           | -         | -       | 1                   | -         | -            | -                    | 31                   |
|                       | 2-2 Por iniciativa A.S.                                    | 8             | 8         | 7             | 4        | 3        | 1           | 2         | 2       | 1                   | 1         | -            | 2                    | 39                   |
|                       | 2-3 Previa. concer. c.                                     | 1             | 1         | -             | 1        | -        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 3                    |
| 3- Tratamiento Social | 3-1 Movi. recur.comu.                                      | 1             | 2         | 5             | 2        | 1        | -           | 1         | 2       | 1                   | 1         | -            | 2                    | 18                   |
|                       | 3-2 Esclarecer situac.                                     | 1             | -         | -             | 2        | -        | -           | -         | -       | -                   | 1         | -            | -                    | 4                    |
|                       | 3-3 Sugerir aceptación                                     | -             | -         | 3             | -        | -        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 3                    |
|                       | 3-4 Motivar cliente  | 1             | -         | -             | 1        | 1        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 3                    |
|                       | 3-5 Integrar am, part.                                     | -             | -         | -             | 1        | -        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 1                    |
|                       | 3-6 Orien. a otro amb.                                     | 1             | -         | -             | -        | -        | -           | -         | -       | 4                   | -         | -            | -                    | 2                    |
|                       | 3-7 Res. volun. clien.                                     | 1             | -         | -             | -        | -        | 2           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 3                    |
|                       | 3-8 Apoyo  | 1             | -         | 1             | 2        | -        | -           | -         | -       | 1                   | -         | -            | -                    | 5                    |
|                       | 3-9 Transfer. de caso.                                     | -             | -         | -             | -        | -        | -           | 1         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 1                    |
| Totales verticales    |  | 38            | 28        | 25            | 23       | 14       | 11          | 10        | 7       | 7                   | 6         | 2            | 4                    | 175                  |
| 1 Etapa               |  | 27            | 22        | 8             | 9        | 9        | 7           | 5         | 2       | 2                   | 2         | 2            | -                    | 95                   |
| 2 Etapas              |  | 4             | 3         | 7             | 3        | 1        | 2           | 1         | 1       | 1                   | 2         | -            | 2                    | 27                   |
| 3 Etapas              |  | 11            | -         | 1             | -        | 1        | -           | 1         | 1       | 1                   | -         | -            | -                    | 6                    |
| 4 Etapas              |  | -             | -         | -             | 2        | -        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                    | 2                    |

| Gestiones y Problemática |             | 1                | 2              | 3             | 4        | 5        | 6           | 7         | 8       | 9                   | 10        | 11           | 12                | Totales |        |     |     |
|--------------------------|-------------|------------------|----------------|---------------|----------|----------|-------------|-----------|---------|---------------------|-----------|--------------|-------------------|---------|--------|-----|-----|
|                          |             | Subnormalidad    | Económico      | Institucional | Familiar | Vivienda | Educacional | Sanitario | Laboral | Inadaptación Social | Traslados | Hospitalario | Insta, de Interes |         | Varios |     |     |
| Nº Casos por problema    |             | 32               | 25             | 16            | 14       | 11       | 9           | 7         | 4       | 4                   | 4         | 2            | 2                 | 17      | 131    |     |     |
| Diputación               | Entrevistas | Cliente          | 15             | 15            | 13       | 24       | 9           | 1         | 12      | 14                  | 4         | 8            | 1                 | 1       | 8      | 125 |     |
|                          |             | Familia          | 48             | 6             | 6        | 30       | 3           | 6         | 4       | 2                   | 6         | 2            | 3                 | 4       | 6      | 126 |     |
|                          |             | Alcalde          | -              | -             | -        | 1        | -           | 1         | -       | -                   | -         | -            | -                 | -       | -      | 2   |     |
|                          |             | Parroco          | 1              | -             | 3        | 3        | -           | -         | 1       | -                   | -         | -            | -                 | -       | -      | 8   |     |
|                          |             | A.A.S.S.         | -              | 2             | -        | 1        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                 | -       | -      | 3   |     |
|                          |             | Otros            | 8              | 11            | 13       | 5        | 2           | 8         | 2       | 3                   | 4         | 6            | 1                 | 4       | 7      | 74  |     |
|                          | Teléf.      | Interior         | 2              | 3             | 2        | 2        | 2           | 1         | 1       | -                   | -         | 1            | -                 | -       | 3      | 17  |     |
|                          |             | Exterior         | 40             | 24            | 27       | 21       | 7           | 6         | 29      | 14                  | 13        | 14           | 1                 | 1       | 20     | 217 |     |
|                          | Interior    | Redacciones      | In.His. Social | 34            | 29       | 11       | 20          | 7         | 12      | 7                   | 14        | 2            | 4                 | 1       | 6      | -   | 147 |
|                          |             |                  | Infor. Social  | 15            | 9        | 10       | 3           | 1         | 4       | 3                   | -         | 1            | -                 | -       | -      | -   | 47  |
|                          |             |                  | Cartas         | 30            | 10       | 7        | 7           | 10        | 3       | 1                   | 8         | 2            | 1                 | -       | 6      | 75  | 160 |
|                          |             |                  | Instancias     | 1             | 1        | 1        | -           | -         | -       | -                   | -         | 1            | -                 | -       | 1      | -   | 5   |
| Oficios                  |             |                  | 2              | 1             | 1        | 2        | 1           | 1         | -       | -                   | -         | -            | -                 | -       | -      | 8   |     |
| Cierre del caso          |             |                  | 21             | 18            | 14       | 6        | 10          | 2         | 6       | 1                   | 1         | 2            | 7                 | -       | -      | 88  |     |
| Exter. Diputación        | Gestiones   | Centro Oficial   | 34             | 20            | 10       | 8        | 8           | 7         | 6       | 3                   | 2         | -            | -                 | 8       | 12     | 118 |     |
|                          |             | Empresa          | 5              | -             | -        | 2        | 2           | -         | -       | 1                   | -         | -            | -                 | -       | -      | 10  |     |
|                          |             | Visita Domicil.  | 16             | 21            | 18       | 14       | 8           | 11        | 4       | 8                   | 3         | 2            | -                 | 5       | -      | 110 |     |
|                          |             | A.A.S.S.         | -              | -             | -        | -        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                 | -       | 1      | 1   |     |
|                          |             | Otros            | 4              | 5             | 4        | 1        | 1           | 3         | -       | 6                   | 2         | -            | 1                 | 6       | 2      | 35  |     |
|                          |             | Acompañar clien. | 4              | -             | 1        | -        | -           | -         | -       | -                   | -         | -            | -                 | 1       | -      | 6   |     |
| TOTALES                  |             | 280              | 175            | 141           | 150      | 71       | 66          | 76        | 74      | 41                  | 41        | 15           | 44                | 134     | 1308   |     |     |

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

POENCIA: "La investigación en Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 4: ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO Y FAMILIAR DE LOS CHICOS INGRESADOS EN EL INSTITUTO SAN JOSE.

PRESENTADA POR: Josefina Antolín Jimeno y Magali Dalisme de Hornillos.  
Asistentes Sociales. Madrid.

INTRODUCCION

PRESENTACION DEL ESTUDIO

- A) Datos familiares.
- B) Situación laboral.
- C) Nivel cultural.
- D) Habitat
- E) Escolaridad anterior
- F) El muchacho en relación con el Instituto y el medio ambiente.
- G) Preocupación por el futuro.
- H) Asociaciones de Protección a Subnormales.

ESTADO ACTUAL DEL ESTUDIO

Este estudio fué realizado por las Asistentes Sociales del Instituto -- San José, de los Hermanos de San Juan de Dios, durante el curso 1969-70.

Este Centro fué Fundación del Marqués de Vallejo, con la finalidad de atender a muchachos epilépticos. Debido al avance de la medicina, hoy día no se considera deficiente a una persona que sufre sólo esta enfermedad. Por esto en la actualidad el Centro atiende epilepsias acompañadas de deficiencias mentales, trastornos de conducta, etc.

La Institución es un centro hospitalario que utiliza como medidas terapéuticas fundamentales, la pedagogía y la formación profesional.

El estudio se llevó a cabo por medio de una encuesta aplicada a las familias de los alumnos, que de 7 a 23 años, se encontraban allí ingresados.

La intención de las Asistentes Sociales al aplicarla, no era sólo completar la historia social, sino ofrecer un informe completo de la situación socio-económica y familiar de cada muchacho, a los médicos, psicólogos, profesores, hermanos de San Juan de Dios y de todas aquellas personas que de alguna forma se ocupan de su tratamiento y formación.

Se tuvo en cuenta al realizar el cuestionario, que se iba a aplicar en -- entrevista y por correspondencia, y se procuró, debido a la extensión del estudio, intercalar preguntas sobre los diferentes temas, a fin de no cansar excesivamente al entrevistado.

Pasamos a dar una visión general sobre este estudio.

A) Referente a los datos familiares tenemos que el 75,8% de los encuestados son familias numerosas, con lo cual estos niños tienen la posibilidad de estar y relacionarse con otros niños normales (los hermanos), que de otra manera sería muy difícil.

El 4,5% son huérfanos de padre. El 2,2% son huérfanos de madre. El 1,1% -- corresponde a padres separados.

B) Con respecto a la profesión de los padres el 71,9% son trabajadores -- manuales, la mayoría peones. El 14,1% funcionarios subalternos y administrativos. El 2,4% titulados superiores. El 2,4% mutilados. El 1,2% jubilados. El -- 3,8% enfermos. El 2,8% en paro.

De los que trabajan, tan sólo lo hacen por cuenta propia el 8,1% y el -- 91,8% lo hacen por cuenta ajena; de estos el 89,2% son trabajadores fijos y el 10,8% eventuales.

Los ingresos que reciben por todos los conceptos son en el 81,3% de los -- casos menores de 10.000 ptas. mensuales.

Pertenece a Mutualidades Laborales el 84% de los cuales el 32,1% son de -- la Construcción. No pertenecen a ninguna el 16%.

Sólo el 27,9% saben las ayudas que pueden percibir de dichos organismos.

Que pertenezcan al S.O.E. tenemos el 85% de la población.

C) Solamente el 2,4% de los cabezas de familia tienen estudios superiores, -- siendo analfabetos el 8,6% y el restante 89% tienen estudios primarios, -- con una ausencia notable de estudios medios.

Todo lo expuesto anteriormente nos lleva a la conclusión de que la -- mayoría de nuestros alumnos pertenecen a la clase baja, tanto en el aspecto económico como cultural.

D) Estudiando su "habitat" nos encontramos con un 62,7% que vive en el -- extrarradio de grandes ciudades y en la ciudad el 20,9%. En zonas rurales tenemos un 16,1% de las familias.

Con respecto a la sectorización de la asistencia a enfermos, este centro -- todavía no ha llegado a realizarlo, debido por un lado al elevado número de -- internos y por otro a que la existencia de centros se debe más a la iniciativa privada que a la planificación estatal.

Una parte del estudio más dedicada a las condiciones de la vivienda en -- sí, nos dice que el 63,8% viven en bloques de pisos en casas de una planta el 17,4% y en casas de tipo rural el 10,4%.

Tienen la vivienda en propiedad el 36,7%, en alquiler el 37,9% y de -- protección estatal y propiedad de las empresas el 21,8%.

De las viviendas en alquiler el 59,7% paga menos de 1.500 ptas. mensuales -- y el 31% no paga nada, bien por tenerla en propiedad o préstamo.

Reunen condiciones normales de habitabilidad el 86,2% y el 13,8% restante -- las tienen en pésimas condiciones.

E) Otra parte del estudio la dedicamos a conocer los años de escolaridad -- con que nos llegaban los niños, el número de centros por los que habían pasado y la adecuación de los mismos a su deficiencia.

El 80,4% de los niños habían tenido una escolaridad anterior, lo cual -- indica una preocupación de los padres por su educación.

De éstos el 58,5% asistieron anteriormente a un sólo centro, el 34,2% a -- dos y el resto a tres o más centros. Vemos con ello que aproximadamente la mitad de ellos, tienen que cambiar con frecuencia de centro.

Sabemos que el problema de adaptación, aunque el centro sea especializado, -- es muy difícil, debido al carácter de prueba con que son admitidos y las dificultades que encuentran los muchachos para encajar en las instituciones.

El 48,6% de los centros por los que habían pasado anteriormente eran de -- carácter estatal y el 51,4% privados. A su vez de los estatales sólo el 22,6% eran de enseñanza especial y de los privados el 25%. Demostrándose con ello -- que la mayoría de estos niños no habían recibido una enseñanza adecuada.

F) A continuación se estudia al niño en relación con nuestro Instituto -- y con el medio ambiente familiar.

Opina un 66,6% de las familias, que su hijo ha mejorado desde que ingresó en el Instituto. El 9,1% considera que ha empeorado. El 17,2% que continúa igual que cuando lo ingresaron. El 3,4% no sabe y el 3,4% no contesta.

Con respecto a las vacaciones hemos obtenido los siguientes resultados - que el 68,1% pasa las vacaciones en la casa de los padres. El 5,6% fuera del hogar, en casa de algún familiar. El 23% de las familias se van de veraneo. - El 5,6% van a campamentos y el 1,2% se queda en el colegio.

Una vez en vacaciones, el 31% de los muchachos pasan el día dentro del hogar, debido a la superprotección familiar. El 63,2% hacen vida normal, jugando con sus hermanos y otros niños. El 2,2% sale a la calle, pero no llega a relacionarse con nadie. Un 3,4% se incorpora al trabajo durante este periodo de tiempo.

Los padres observan en su hijo un comportamiento peor al de otros niños de su edad, en un 51,7%. Consideran que es igual a los otros en un 22,9%. El 18,3% consideran que son mejores que los otros chicos. Encontrándolos diferentes el 6,8%.

Se hicieron preguntas sobre la suposición de que estos niños crean una serie de problemas a la familia, en este tiempo de vacaciones. Dando como resultados las siguientes respuestas:

Tan sólo el 18,3% impiden a la madre la realización de sus labores, debido a los trastornos de conducta; mientras que el 81,7% no estorban más que cualquier otro hermano, e incluso algunos ayudan en la casa.

El 60,9% encuentran dificultades para relacionarse con sus hermanos, y el 39,1% se relacionan con normalidad.

Fuera del hogar a veces, el muchacho sigue planteando problemas. Un 34,4% a otros familiares y vecindario. Mientras que el 65,6% dicen que no.

G) Una cuestión que preocupa mucho a las familias, es el futuro de sus hijos.

Ven la solución en su incorporación a la sociedad a través de un trabajo en un 66,6%. El 18,6% se encuentra desorientado. Ve la solución en un intermedio de adultos tan sólo el 1%.

Es clara la contradicción entre los deseos de los padres y la realidad social, que invierte los términos, dándose una gran mayoría de enfermos que acababan internados en centros asistenciales y en cambio una pequeñísima minoría se incorpora al trabajo.

La situación familiar influye notablemente en el futuro del chico. Siendo más fácil la incorporación al trabajo para aquellos cuyos padres tienen talleres, tierras, negocios propios, etc.

H) Por último, se hicieron una serie de preguntas sobre las Asociaciones de Protección a niños subnormales, por considerarse a la hora de la formación de los padres una eficaz ayuda.

Pertenece a diferentes Asociaciones el 28,3%. El 71,7% no pertenece a ninguna, pero de estos conocen su existencia el 20,9% quedando un 79,1% que las desconocen.

Del 28,3% que pertenecen a las asociaciones, han recibido ayuda un 15,7% y el restante 84,3% no la han recibido.

A la pregunta ¿qué espera usted de estas Asociaciones? únicamente contestaron un 41,3%. De estos no esperan nada de ellas el 38,7%. Esperan una utilidad para el futuro en forma de residencias, colegios y trabajo un 19,3%. Como solución al presente, esperan becas y colegios el 14,5%. Piensan que se preocupan y dan información a los padres, aunque a ellos no les ha beneficiado, el 4,6%. Conocen las actividades de las Asociaciones, pero no desean beneficiarse el 2,3%. A pesar de contestar, no saben lo que son las asociaciones el 12%.

Esta experiencia se encuentra interrumpida, debido a que el trabajo del Servicio de Asistencia Social excede en mucho al número de horas que ésta puede dedicar al centro.

Se considera, no obstante, que el trabajo realizado fue muy positivo y que debe reanudarse en cuanto este problema quede subsanado.

-----

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONEANCIA: "La investigación en Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 5: INVESTIGACION, EN EL PAIS VALENCIANO, SOBRE EL METODO DE TRABAJO SOCIAL.

PRESENTADA POR: Asistentes Sociales componentes del Seminario de "Revisión del Método Profesional". Valencia y Alicante.

Con la presente comunicación pretendemos dar a conocer determinadas cuestiones fundamentales sobre la profesión de A.S. que ha formulado el "Seminario de Replanteamiento del Método Profesional" de la Asociación de Valencia.

Dicho Seminario surgió en el año 70, fruto de la inquietud de varias profesionales valencianas que veían urgente replantearse el Trabajo Social hoy y aquí, marcándose dos niveles de actuación:

- crear conciencia de la problemática profesional mediante la participación responsable en el Trabajo de Investigación del mayor número de profesionales.
- Obtener una visión global de la problemática profesional actual.

Concretamos nuestra aportación en la Investigación en común del País Valenciano (Valencia - Alicante) mediante encuestas a las profesionales en activo. Dicho trabajo se inició en Octubre de 1971.

Planificación

=====

El objetivo previsto para el presente trabajo era: conocer la realidad profesional a dos niveles.

a - lo que nos proponemos las AA.SS.

- lo que nos pide la Sociedad.

Programaron el trabajo conjuntamente los equipos de Alicante y Valencia, elaborando el siguiente directorio:

- 1.- Finalidad del T.S. ( - que marca la Entidad al Departamento de T.S. -  
( - que marca el propio Departamento.
- 2.- Objetivos ( - que pide la entidad al Departamento de T.S.  
( - que determina el propio Departamento.  
( - las que pide al Departamento de T.S.  
( - las que ejecuta el Departamento
- 3.- Funciones ( Entidad ( - las que realiza  
( Departamento T.S. (- las que cree debería realizar
- 4.- Situación y límites: localización en el organigrama de la entidad y dependencia del Departamento de T.S.  
( A) Donde incide (acción directa  
( (especialización  
( B) Personas con quien trabaja  
(  
( C) Formas de actuación  
(  
( D) Problemas que se atienden (Entidad  
( a nivel de (Departamento  
( (Estructuras  
(  
( E) Problemas que se detectan (Entidad  
( a nivel de (Departamento  
( (Estructuras
- 5.- Ambito de actuación ( A) Técnicas (que se aplican  
( (que se ven convenientes  
( (aunque no se usen
6. Método Profesional ( B) Actividades que realiza el Departamento  
( A) Problemática Profesional  
( B) Metodología Profesional
7. Prospectiva Profesional

Se adopta el Método siguiente:

- 1.- En Valencia se puso en conocimiento de la Junta de la Asociación la finalidad de la Investigación y se pidió su participación.
- 2.- Se concretó el equipo de trabajo responsable. Existía ya un Seminario Profesional del curso pasado que trabajaba sobre la revisión del Método Profesional y a él se incorporaron nuevas profesionales como miembros de dicho Seminario. En total 16 personas.

- 3.- Se elaboró un esquema-base para la formulación de la encuesta de acuerdo con los objetivos que se perseguían. Se formuló el cuestionario (Anexo - nº 1).
- 4.- Los cuestionarios a las profesionales en activo se entregaron personalmente por miembros del equipo de trabajo. Con ello intentábamos promover su participación y aclarar el contenido de algunas preguntas.
- 5.- Se confeccionó un esquema-guía para la tabulación y análisis de las encuestas.
- 6.- Se elaboraron unos cuadros con las respuestas cerradas y una relación correlativa con las respuestas abiertas. Este material básico lo tiene cada miembro del equipo.
- 7.- Para conseguir una mayor efectividad en la tarea de análisis se ha subdividido el equipo en 5 subgrupos los cuales analizan la encuesta por campos de trabajo.

Sanitario - Psiquiátrico  
 Empresa - Seguridad Social  
 Barrio - Parroquia - Cáritas  
 Escolar - Escuela de AA.SS.  
 Instituciones Marginadas

Cada semana ha habido una puesta en común de los 5 subgrupos, siguiendo punto por punto el Directorio. Se trata de aportar todo cuanto han sugerido las respuestas obtenidas. No se intenta agotar el contenido ideológico sino conseguir una visión global.

#### Análisis: Observaciones preliminares.

Ante la labor de análisis, vemos la necesidad de que de él se desprendan nuevos interrogantes, nuevas hipótesis, que una vez comprobadas puedan servir de base a estudios más profundos sobre temas más concretos del T.S. y a formulaciones que puedan llevarnos a una reconceptualización del T.S. desde nuestra propia realidad.

Iniciadas las sesiones de análisis, la dinámica del diálogo nos llevó a salirnos del directorio previsto, llegando a incidir fundamentalmente sobre los siguientes puntos:

#### Análisis de forma:

##### a) Fiabilidad de las encuestas:

Se detecta el fallo en algunas de las preguntas. Se formularon abiertas con el fin de conseguir una máxima espontaneidad e iniciativa, y el resultado ha sido una dispersión en las respuestas y cierto confusiónismo en los

conceptos que apuntan. No obstante, para comprobar si el fallo viene dado por las preguntas o depende solo de las respuestas, sería interesante que estas encuestas las contestaran otros profesionales de ramas más aceptadas en la sociedad.

##### b) Clarificación de los conceptos.

Se observa un confusiónismo entre las profesionales respecto a finalidad, objetivos, funciones, etc. Este hecho, puede llevarnos a la conclusión de que existe falta de método entre las encuestadas.

Con el fin de clarificar los conceptos que vamos a utilizar en el análisis, vemos necesario formularlos claramente:

- finalidad: fin último que se propone a cualquier realización.
- objetivos: concreción de la finalidad a corto plazo.
- funciones: formulación de las tareas a realizar para el logro de la finalidad, por medio de actividades.
- actividades: instrumentación de la acción, medios concretos que se vale la acción para el logro de los objetivos.
- técnicas: el modo de realizar las actividades.

#### Análisis de fondo:

##### a) Finalidad, objetivos y funciones del Trabajo Social:

Finalidad: Comparando la finalidad que la entidad marcó al departamento de T.S. con la que él mismo se marcó, vemos que pueden darse estos tres casos:

1. la entidad marca al Servicio una finalidad más promocional que las propias AA.SS.
2. Ambos se proponen la misma finalidad.
3. El departamento de T.S. se propone finalidades más ambiciosas que las que marca la entidad.

En cuanto al punto 1, "la entidad marca al Servicio una finalidad más promocional que las propias AA.SS." apuntamos como hipótesis que en algunos casos las entidades contratan AA.SS. esperando de ellas funciones que les lleven a la consecución de esa finalidad de promoción que marcaron en un principio, y son las propias AA.SS. las que fallan. ¿Por qué fallan? ¿es acaso que no saben planificar esas funciones?

En otras entidades se observa cierto confusiónismo entre la finalidad que marcaron al departamento de T.S. y las funciones concretas que le pidieron, pero ¿hasta qué punto conocen nuestras funciones? ¿hasta qué punto las hemos dado a conocer nosotras?

En cuanto al punto 2, "ambos se proponen la misma finalidad", esta identificación de líneas entre ambas finalidades, puede estar motivada por: - una mal entendida fidelidad a la entidad que ha contratado, desviando en algunos - casos, el sentido (que) de una auténtica ética profesional.

- comodidad para no crearse problemas.
- en el mejor de los casos, a una visión adecuada del T.S. por parte de la entidad.

El punto 3, "el departamento de T.S. se propone finalidad más ambiciosas que - las que marca la entidad", viene marcado por aquellas profesionales que, dada - su situación dentro de la entidad, tratan de clarificar los verdaderos objeti- vos del T.S. y lograr un reconocimiento de la profesión.

Funciones: Nuestro status profesional no tiene standardizadas unas funcio- nes, sin embargo, de la encuesta se desprende que las AA.SS. están realizando - preferentemente, funciones de atención a casos concretos con carácter paliati- vo. ¿Deben ser estas nuestras funciones? ¿estamos preparadas para hacer otras?

Actuando de esta manera vamos marcando un perfil incorrecto de la profe- sión. Esta es la respuesta que nosotros damos, la imagen que hemos creado.

Creemos que debemos replantear nuestra profesión, pero el interrogante es ¿en nuestra sociedad concreta, con nuestros condicionamientos, esto es posible?

Quisiéramos constatar aquí la grave responsabilidad que tenemos como cuer- po profesional, respecto a la imagen que hemos creado y la tarea que nos corres- ponde de cara a una reconceptualización del T.S. para una proyección profesional adecuada.

b) Ambito de actuación.

- Acción directa: La gran mayoría de las profesionales coinciden en se- ñalar su actuación profesional a niveles de acción directa, preferentemente - atención de problemas individuales.

- Especialización: Un 55% de las profesionales afirman trabajar en las - tres aspectos señalados: Investigación, Planificación y Organización. Según - estos datos se observa un alto grado de especialización en las AA.SS. encuesta- das. Nivel este, que choca con las funciones, actividades, etc. que en otras - respuestas dadas dicen desempeñar.

Cabe plantearse si se entiende por investigación, planificación y orga- nización las etapas metodológicas del T.S. en cuyo caso, el análisis de la - realidad existente nos estaría mostrando la urgencia de dar a la formación pro- fessional un carácter unificado. Así, puede resultar de las contestaciones da-

das la existencia, aunque inconsciente, del método único, por cuanto demues- tran la utilización de técnicas similares en los distintos campos de actua- ción.

Debemos plantear el Método único a nivel de relaciones profesionales: in- diduo, grupo, comunidad, teniendo en cuenta otro sujeto de la relación profe- sional que nunca nos hemos planteado: las propias Instituciones. Hecho que - queremos resaltar por su importancia y con vistas a una perspectiva del T.S.

En cuanto al concepto de Investigación, para las posibles interpretacio- nes que puedan darse a este término, vemos la necesidad de distinguir tres ti- pos de investigación:

- Investigación como parte del Método Profesional.
- Investigación psico-social (problemas causales sociológicos)
- Investigación especializada sobre el T.S. (método, funciones, tareas, etc. de la realidad profesional).

Prospectiva del T.S.  
=====

Remitiéndonos a los objetivos propuestos en esta investigación:

- ¿Qué queremos las AA.SS.?
- ¿Para qué nos quiere la sociedad?

creemos que tras este análisis previo de las encuestas en cuanto a finalidad, objetivos y funciones, que se marcó el A.S. por una parte, y la finalidad que - nos proponen las Entidades y el nivel de participación que nos permiten por - otra, hemos llegado a formular una serie de cuestiones e interrogantes a los que es preciso dar una respuesta, para ver de integrar nuestra profesión dentro del contexto en que nos movemos, y en función de qué ha de estar la teoría del T.S.

Debemos "partir de la realidad". Pero esta realidad nuestra profesional - si bien es científico constatarla no podemos decir que solo una realidad sea - lo científico y lo profesional, porque las contestaciones recibidas, se des- vian incluso de lo poco que mundialmente se reconoce como T.S.

Llegaremos a concluir que nuestra realidad profesional no responde a unos planteamientos de cambio, pero ni siquiera a una filosofía social clásica: Va- lores Universales, Teorías científicas de la sociedad, Mari Richmond, Princi- pios de la UNESCO, etc. Puesto que estas Teorías filosóficas que pueden tener vigencia dentro del contexto neocapitalista en el que nos movemos.

Formular esta constatación, aunque conocida por todas las profesionales pero no concienciada a niveles colectivos, plantea interrogantes muy graves a la hora de actuar consecuentemente como cuerpo profesional.

Proponemos pues que este hallazgo marque un punto de partida para un estudio profundo de cual es nuestra verdadera tarea profesional.

- continuar tal y como lo venimos haciendo hasta ahora, es decir, colaborar en el mantenimiento de una organización que ella misma es la causa de -- los problemas objeto de nuestro trabajo profesional.

- o, colaborar en el nacimiento de una nueva sociedad, en la cual los principios de T.S. puedan tener vigencia.

Conclusión

=====

No somos comprometidas en esta tarea de concienciación profesional y dispuestas a acelerar el cambio de actitud colectiva imprescindible -- para iniciar acciones encaminadas a la humanización de la sociedad. No se -- trata solo de un cambio de estructuras sociales, aunque sea urgente promoverlo, sino de algo mucho más profundo y radical, un cambio de visión social, de teoría de la sociedad, y con el hombre como centro.

-----

## ANEXO I

### ENCUESTA SOBRE EL TRABAJO SOCIAL

- 1.- ¿En qué campo trabajas?
- 2.- ¿En que entidad, organismo, etc...?
- 2.1.- ¿Que características le definen?
- 2.2.- ¿Qué finalidad persigue?
- 2.3.- Dentro del organigrama de funciones de la entidad (1) ¿Cómo se sitúa el Departamento de Trabajo social?
- 2.3.1.- ¿Esta supeditado a otro departamento dentro de la entidad? Si ¿a cual o cuales? No ¿porque?
- 2.3.2.- ¿Colaboras en tareas de dirección y organización dentro de la estructura de la entidad? Si. A nivel de: Informar, coordinar, intervención ejecutiva, otros... No ¿porque?
- 3.- ¿Cuanto tiempo lleva funcionando el servicio?
- 3.1.- ¿Cómo surgió? Por iniciativa del centro como entidad. Iniciativa personal de algún componente de la entidad. Como consecuencia de un trabajo de practicas. Por gestión personal. Por decreto (oposición, etc.) - - Otros...
- 3.2.- ¿Con que finalidad crearon el servicio?
- 3.3.- Las funciones iniciales del Servicio: las señaló la entidad ... ¿Cuales fueron? Las señaló la A.S.... ¿Cuáles fueron?
- 3.4.- Cuando se inicio el servicio ¿qué finalidad se propuso la A.S.?
- 4.- Actualmente ¿realiza el Servicio estas funciones? Si. No. ¿Porque?
- 4.1. ¿Realiza otras?
- 4.2.- ¿Ves otras funciones a realizar por el servicio? Si. No. Porque?
- 4.2.1. En caso afirmativo ¿cuáles son estas funciones? A corto plazo. A largo plazo.
- 5.- ¿Donde incide tu actuación profesional? Acción directa: Individuos, Grupos Comunidad. Otros... Especialización: Investigación. Planificación, Organización, Otros... Especialización: Investigación. Planificación, Organización, Otros...
- 5.1.- ¿Cuáles son las características concretas de los sujetos a quienes va dirigido el trabajo social?
- 5.2.- ¿Que tipo de problemas concretos llegan con mas frecuencia a tu servicio?
- 5.2.1.- A través de estos problemas mas frecuentes ¿analizas el problema raiz que los origina? Si... ¿Cuáles? No. Porque?
- 6.- ¿Hay otras A.S. en tu departamento?
- 6.1.- ¿Y en la Entidad? Si... ¿Cuántas? No.
- 6.2.- ¿Trabajas en equipo? Si. No. ¿Porque?
- 6.2.1.- En caso afirmativo ¿a que niveles? De departamento; De Entidad. A los dos. Otros.

- 6.2.2.- ¿En que áreas? Investigación, Planificación. Coordinación. Supervisión. Seminarios. Otros...
- 6.3.- Cuales son tus relaciones con otros profesionales.
- 6.3.1.- ¿A que niveles?
- 6.3.2.- ¿En que áreas?
- 7.- ¿A que esquema de organización responde tu trabajo?
- 7.1.- En la organización del Servicio ¿qué actividades realizas?  
(Numerales en orden de importancia y en orden de tiempo dedicado).
- 7.2.- Tu actividad profesional ¿se ve condicionada en alguno de estos niveles Departamento; Entidad; Estructuras, Otros...
- 7.3.- En caso afirmativo, señala, si puedes, en cada nivel las dificultades que encuentras.
- 7.4.- ¿Cómo crees que se pueden afrontar estas dificultades?
- 7.4.1.- ¿A que niveles? En el departamento. En la entidad. Dentro del cuerpo profesional: local, regional, nacional e internacional. Otros..
- 7.4.2.- ¿En que áreas? Investigación. Planificación. Coordinación. Supervisión. Seminarios, Comunicaciones. Otros...

-----

PS 140-148

Pag 111

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "La investigación en Trabajo Social".

COMUNICACION Nº 6: MOTIVACION PARA LA MATERNIDAD EN LA MADRE SOLTERA. INVESTIGACION DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA INFANTIL Y FAMILIAR DEL HOSPITAL INFANTIL DE LA CIUDAD SANITARIA VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA.

PRESENTADA POR: Margarita Sánchez Salas. Asistente Social. Sevilla.

- Introducción
- Motivación del estudio
- Planificación
- Objetivos
- Métodos y técnicas
- Evaluación del trabajo
- Conclusión final
- Bibliografía

"Motivación para la maternidad en la madre soltera"

Investigación del Servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar del Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria Virgen del Roc'io, de la Seguridad Social. Sevilla.

Esta investigación se realiza con la dirección y supervisión del Dr. Castellón Psiquiatra y Psiconalista. Director de la Clínica Universitaria de Madres Solteras, Montreal (Canadá), durante dos años.

Asistente Social: Margarisa Sánchez Salas.  
Fue iniciado este trabajo en septiembre de 1971.

Introducción

Si se mantiene un control en un centro maternal de la Seguridad Social, observamos que el fenómeno de la madre soltera se produce con más frecuencia de lo que a primera vista pudiera imaginarse.

Se detecta en principio que dichas madres no tienen las características fijas que se le asignaban tradicionalmente.

La procedencia es variada, así como su nivel económico, cultural... además no aparece hasta ahora deficiencia mental.

Hay otro dato: surgen profesionales entre ellas, lo que no resulta extraño ya que como tales están acogidas a la Seguridad Social y utilizan sus prestaciones.

Antes de que los regímenes de la Seguridad Social tuvieran un campo de aplicación amplio y que la mujer se hubiera incorporado de forma masiva a la vida laboral, solo conocíamos las madres que acudían a la Beneficencia Pública, por lo que era fácil afirmar que "toda madre soltera pertenecía a un nivel económicamente bajo".

Es posible afirmar igualmente que si el control pudiera ejercerse en clínicas privadas, también encontraríamos madres solteras.

El hecho de la madre soltera es corriente atribuirlo en la actualidad, a una mayor libertad sexual que conduce a relaciones extramatrimoniales; pero hay que señalar igualmente como factor importante, el conocimiento, uso generalizado y variedad de anticonceptivos que pueden evitar embarazos en las mujeres que así lo deseen; también al margen de la ley, la provocación de abortos es relativamente corriente. En nuestro país, puede achacarse a diversos factores fundamentalmente de índole religiosa o sencillamente por miedo; la no utilización de anticonceptivos, pero también puede especularse que los factores apuntados van perdiendo influencia y que la realidad con que tiene que enfrentarse la madre soltera, la obligue a utilizar cualquier medio para evadirse de esta realidad a menos que existan otros motivos sean de la índole que sean que la motiven a desear la maternidad.

Ahora bien, si observamos esta problemática en los países "superdesarrollados" donde existe libertad sexual, educación al respecto, aborto legalizado etc. la frecuencia de madres solteras es notable hasta el punto que la sociedad establece servicios para estas madres, como residencias, clínicas, legislación especial... y lo que es muy importante: estudios sobre la causalidad de este fenómeno, como el realizado por el Trabajador Social Leontine Young, autora del libro "Out of Wedlock".

Esto nos puede hacer pensar que quizás existan también en España, causas determinantes de la maternidad fuera del matrimonio distintas de las aceptadas hasta ahora.

#### Motivación del estudio.

- Conocer cual es el conflicto que determina la maternidad en la mujer soltera.

- Promover un cambio de actitudes que lleve a una toma de conciencia de la realidad psicosocial de estas madres, entre los profesionales que por su campo de acción - médicos, asistentes sociales, abogados, sociólogos, enfermeras- tengan contacto con la madre soltera.
- Educación social ante esta problemática, con objeto de lograr actitudes maduras de aceptación y comprensión, basadas en un conocimiento de los hechos y sus causas, desterrando tabúes y prejuicios que en la actualidad conducen a un rechazo y marginación de la madre soltera en nuestra sociedad.
- Promoción de una adecuada orientación profiláctica y terapéutica a esta madre, en los aspectos: familiar, social y profesional.

#### Planificación

Para llevar a cabo esta investigación, se establecen relaciones con los servicios internos del Centro Maternal de esta Ciudad Sanitaria, previa autorización de la dirección de este centro, así como de la del Hospital Infantil con lo que logramos detectar los casos.

#### Objetivos de la investigación

- Demostrar si es falso o no el concepto actual de las causas de esta maternidad, tales como: oligofrenia, psicopatía, deficiente nivel cultural, procedencia de zonas subdesarrolladas y bajo nivel económico, influencia del ambiente en general: ciertos trabajos como camareras, "artistas", modelos, etc., tendencia a una "vida fácil"...
- Establecer una formulación dinámica que es la única técnica que nos lleva a determinar si hay conflicto y la etiología de este. Sin intentar esta formulación es imposible llegar a un diagnóstico causal.
- Cubrir las necesidades de la madre soltera: adaptación a ella misma, aceptación de su estado, adaptación familiar y social.

#### Métodos y técnicas.

- Historia Social
- Supervisión
- Formulación dinámica.

La Historia Social que realizamos abarca una historia familiar completa, con historias personales de los miembros: descripción de los padres, hermanos etc.

Los aspectos psicológicos de la infancia donde recogemos sus recuerdos, características de su personalidad, traumas, vivencias.

Se investiga la dinámica e integración familiar, situación de la historia en ella, las relaciones que ha mantenido y mantiene con los diferentes miembros.

La socialización a través del periodo escolar, amistades, preferencias por juegos, diversiones...

La adaptación laboral o sus frustraciones.

Historia de su desarrollo biológico; fecha de menarquia, sus reacciones ante ella.

Las distintas experiencias afectivas en su familia o fuera de ella.

La orientación y formación sexual recibida en la familia, especialmente en lo que respecta a la madre: avisos, recomendaciones, etc.

Historia sexual detallada, con sueños, fantasías, masturbación, impulsos deseos, etc. Descripción de la personalidad del individuo que elige para la relación sexual y como se desarrolla esta, su actitud pasiva o activa. Cuando y como terminan las relaciones sexuales, frecuencia de las mismas, conciencia del embarazo, novio y familiares ante el mismo, cuando lo comunica a quién.

Investigación acerca de si sabía que podía quedarse embarazada; conocimiento de los métodos anticonceptivos, intento de aborto.

Preferencia por tener hembra o varón; nombre que piensa ponerle y razones para hacerlo; si los nombres pertenecen a padres, hermanos, novio, etc.

Actitud ante la adopción; proyectos para el futuro, deseos de matrimonio..

Esta historia va precedida de una indentificación donde consta: nombre, edad, profesión, domicilio, procedencia, nivel cultural, económico y social.

Se realiza la historia en el postparto, momento apto para la entrevista: la habilidad emocional, apetencia y necesidad de descarga afectiva que existe en esos momentos, en cuanto se sienten solas y rechazadas. Es obvio que se realiza a solas, tiene una duración de hora a hora y media y se le garantiza a la entrevistada el secreto profesional.

#### Evaluación del trabajo.

Desde el inicio de la investigación, la medida registrada es de 27 casos al mes, siendo entrevistadas en una proporción de una por cuatro.

Los resultados obtenidos en la investigación, haciendo hincapié una vez más, nuestra orientación fundamentalmente psicodinámica, son los siguientes por orden de importancia:

- Dependencia masiva, inmadurez, infantilismo.
- Deprivación afectiva en la infancia.
- represión y negación de la sexualidad.
- Celos
- Identificación con la madre.
- Identificación con el niño.
- Mensaje transmitido por la madre y en ocasiones por el padre.

Estas son las constantes en la muestra observada, siendo factores variables los que tradicionalmente se consideran como determinantes.

La dependencia, inmadurez, etc. se manifiesta en una vida social pobre, preferencia por permanecer en casa, falta de iniciativa, excesiva adaptación familiar en la infancia, relación conflictiva con los padres pasada la adolescencia.

La deprivación afectiva, por falta física del padre o la madre: enfermedades, trabajo, prisión, muerte. Descripción de los padres y especialmente de la madre como cariñosos "pero sin demostrarlo", actitud de rechazo, inseguridad, inconsistencia, deformación de la disciplina, evasión de sus papeles, etc. por parte de los padres.

Rechazo y negación de la sexualidad: ausencia de impulsos, deseos, sueños, orgasmo... quizás influenciadas por sentimiento de culpa; aceptación de un papel pasivo; falta de interés por la información sobre la materia, que puede achacarse quizás a que en muchas familias el tema es tabú. Ignorancia, sobre la masturbación. Por lo general puede afirmarse que en el 90% de los casos corta las relaciones sexuales al saberse embarazada.

Celos: de algún hermano, hermana, tanto mayores como pequeños; de la madre..

Identificación con la madre: "ella es desgraciada como yo, las dos hemos sufrido juntas", "mi madre sola nos sacó adelante, yo también soy capaz de cuidar mi hijo", "ella es madre, yo también"...

Identificación con el hijo: no se ve a este con personalidad propia, sino como una prolongación de ella misma, por medio del cual va a gratificarse a obtener lo que no tuvo en su infancia. En ninguno de los casos aceptación de la adopción, dando lugar esta pregunta a respuestas como "Ahora que tengo quién me quiera?", o "Sé que estaría mejor, pero lo quiero para mi".

Mensaje transmitido por la madre: es regla general en los casos observados que la única conversación sobre la sexualidad es en el momento de la menstruación y la información que suele recibir la niña es que ya es una mujer, acompañada de los consiguientes avisos sobre lavados, tocar plantas, cuidado con los hombres sin especificar que hay que temer en concreto, recomendación de que se oculte el hecho, advertencia de que ahora pueden ocurrir accidentes, etc., que curiosamente nunca despiertan curiosidad en la oyente, que jamás pregunta.

#### Casos.-

Presentamos a continuación muy resumidos, cuatro historias para facilitar juicios sobre los casos.

Caso A: 19 años, auxiliar administrativo, medio urbano; la menor de 6 hermanos, vive con unos tíos desde los 9 meses de edad; su padre murió cuando ella tenía unos meses. Ve con frecuencia a su madre, pero no la une a ella una íntima relación. Tía descrita como muy dada al consejo, siempre con avisos en contra de los hombres, sin aclarar jamás nada de tipo sexual; rígida respecto a las salidas, exigiendo siempre explicaciones. Tío brigada de la guardia civil retirado, haciendo alarde de la que fué su profesión, por su severidad, disciplina... Prácticamente sin relación con sus hermanos.

Mediopensionista es un colegio religioso de los 7 a los 17 años. Se describe como tranquila, obediente y tímida; entrega su sueldo a su tía y ha aceptado la libertad que se le da sin exigir más.

En el trabajo acepta de forma pasiva las muestras afectuosas de su jefe, casado y con cuatro hijos, por quien sentía un temeroso respeto. Dice ignorar cuando quedó embarazada, no recuerda haber mantenido relaciones sexuales. No ha sentido impulso o deseo sexual, no sabía lo que era. Nunca se ha masturbado. Le diagnosticaron el embarazo a los cuatro meses sin que antes sufriera la menor molestia. No acepta los apellidos del padre del niño, aunque este estaba dispuesto a reconocerlo; no le ha visto más. Jamás pensó el abortar o en la adopción. La tía cuidará del niño y ella trabajará. Preguntada sobre si cree que podría ocurrirle un accidente parecido, da una respuesta que sabotea toda su amnesia: "Ya no me pasará más, ya no buscaré más el peligro".

Caso B: 19 años, dependiente en unos grandes almacenes; medio urbano, la menor de 3 hermanos. Describe a su padre como hombre sencillo, agradable, aunque riñe cuando hay necesidad. Se lleva bien con su mujer. Madre costurera, a domicilio, dejando a la historiada con la mayor de sus hijas. Hermana de 27 años que en su infancia y adolescencia hizo la función de madre de nuestra joven y esta la utilizaba como intermediaria entre ella y su madre. Esta hermana se casó hace aproximadamente un año, quedándose embarazada poco después (según la joven les ocurrió a la vez).

Colegio de los 6 a los 14 años. Tuvo menarquia a los 12 años y su madre le advirtió que tuviera cuidado con los chicos, que todo lo que quisieran de cintura para arriba, pero nada de cintura para abajo. La madre no aclaraba más y ella no entendía nada, ya que jamás experimentó el menor deseo sexual; jamás se masturbó. Su primer contacto fué en un chalet invitada por su novio. Accedió a las relaciones sin la menor duda, ni vacilación, ni vacación, ni deseo, y sin tomar ni exigir precauciones. No pensó que se quedaría embarazada. Tuvo cuatro contactos más. Diagnosticado el embarazo termina el noviazgo. Comunica este en el 4º mes, primero a su hermana que es la encargada de transmitirlo a los padres y en el 5º va a vivir con aquella. La hermana aborta y el embarazo de ella, según propia expresión es perfecto. Jamás pensó en abortar ni en la adopción. Cree que en su familia están contentos con el primer-nieto y que lo esperaban con ilusión, aunque añade: "delante de mí no decían nada".

Caso C: 19 años, sirvienta hace dos años en capital, medio rural, la tercera de cuatro hermanos. Padre descrito como rígido, severo, incapaz de mostrar afecto, violento en ocasiones; es el dictador del hogar. Madre siempre preocupada por los hijos varones -ella es la 'única hembra-.

Dice que su niñez fué difícil: se llevaba mal con el padre y los hermanos, se sentía desplazada. Castigos físicos muy frecuentes.

Menarquia a los 16 años, la madre no aclara nada: ella sabía algo por amigas. El padre le repetía continuamente que no la quería ver con chicos. A los 18 años tiene novio y a los 4 meses tuvieron por primera vez y única, relaciones sexuales; según ella porque con una vez es suficiente para quedarse embarazada. En el 5º mes y a causa de una indisposición, es diagnosticado el embarazo, informado el médico a su madre, que no cambia de actitud respecto a ella; sus padres y hermanos dejan de hablarle. No muestran interés en casarse, el noviazgo terminó al mes de la relación sexual, no teniendo durante este -- mes ningún nuevo contacto, según ella porque no era necesario.

Ni se le ha ocurrido la idea de abortar o de dar el niño para adopción. Piensa que lo cuidará su madre y esto le alegrará pues le gustan los niños. Al final de la entrevista dice que no comprende la actitud de su padre y sus hermanos, "al fin y al cabo, no ha hecho nada contra ellos, si acaso con ella -- misma".

Caso D: 21 años, empleada en una wisquería, medio urbano; es la 5ª de 8 hermanos y ha dado a luz su segundo hijo. Padre descrito como tímido, apocado, pasivo, siempre ha dejado la responsabilidad de sus hijos en manos de la madre. Esta es descrita como persona alegre, enérgica, relativamente temida por los hijos a causa de su rigidez. Tanto para el padre como para la madre, la preferida es la pequeña de 15 años. Habla poco de su niñez y solo dice que -- era muy mala y desobediente. A los 7 años, y gracias a una "influencia" del Tribunal Tutelar de Menores, fue enviada a un colegio de felipenses, en un pue--

blo de la provincia de Cádiz y durante dos años; de aquí a otro colegio de la misma orden, en la provincia de Córdoba, durante tres años; por último en un colegio de trinitarias hasta los 16 años. Solo veía algunas veces a su madre, - pues estaba en régimen de absoluto internado.

Dice que desde pequeña y por las compañeras de colegio, sabía todo respecto a la sexualidad, pero a pesar de eso no tuvo interés por el tema; nunca - se masturbó. La madre no le habló directamente, pero le solía decir que la -- que quiere guardarse, se guarda, éste donde esté.

Tuvo novio a los 18 años y tuvo con él exactamente, relaciones sexuales, en tres ocasiones. Cuando le diagnosticaron el embarazo, el novio resulta que es casado. No pensó en aborto ni en adopción.

Pocos meses después, encontró a otro hombre, casado y con dos niños y al que toma cariño porque era amable y afectuoso. A los 5 meses esta nuevamente embarazada; de nuevo no ha pensado en el aborto ni en la adopción.

Como se puede apreciar en estos cuatro casos, -así como en los restantes hay hechos que se repiten inexorablemente. Aunque ya están mencionados vamos a repetirlo de nuevo.

- la negación o no aceptación de todo impulso o apetito sexual. No hay - masturbación.

- Las relaciones sexuales no están en función de un futuro matrimonio -- (casados).

- Como el padre de la criatura deja de ser importante en cuanto la joven se sabe embarazada.

- Como la joven al saberse embarazada no piensa en el aborto ni en la -- adopción y quiere el niño para sí.

- Cómo en las relaciones sexuales ninguna toma precauciones.

- Como cuando se saben embarazadas no expresan sorpresa, ni contrariedad, ni choque emocional, sino que lo aceptan muy bien, tan bien que se podría decir que lo esperaban.

#### Conclusiones finales:

El embarazo de la soltera es un acto psíquicamente determinado a nivel - inconsciente, como solución neurótica de conflictos emocionales infantiles y familiares.:

No está condicionado por razones de tipo social, cultural, ni económico- y acontece de igual modo en las tres esferas sociales.

Si el conflicto emocional queda resuelto con la maternidad, esta madre - no volverá a quedarse embarazada fuera del matrimonio; pero si no quedase resuelto, la madre soltera buscará igualmente un segundo embarazo.

La madre soltera está mal equipada emocionalmente para la crianza, desarrollo y estabilidad psíquica de su hijo.

La madre soltera necesita ayuda para resolver sus conflictos emocionales a fin de que no busque en la maternidad la solución de los mismos.

Solamente después de una concienciación de ésta problemática, la sociedad podrá promover la profilaxis y terapéutica de la madre soltera.

La psicoterapia, la orientación, le deben ser prestadas a la madre, desde el principio del embarazo, pues hay que tener en cuenta que independientemente de sus conflictos, la madre soltera, se encuentra aquí con una dura realidad: o es condenada o se practica con ella un paternalismo que no resuelve nada.

Esta labor profiláctica entra en el campo de la Psiquiatría Infantil y Familiar por dos vertientes:

- El conflicto de la madre soltera parte de la infancia y es provocado en la familia.

- Sus hijos serán clientes de las consultas de Psiquiatría Infantil por la ausencia de un vínculo familiar, una familia integrada lugar donde el individuo aprende a adaptarse a sí mismo y a la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

- HELEN DEUTCH, "Psychology of Women".  
American Handbook of Psychiatry. Vol. III, capítulo "on Motherhood.
- KAREN HORNEY, Psychology of Women, y obras completas.
- LEONTINE YOUNG, "Out of Wedlock.
- LEONTINE YOUNG, "Unmarried Mother's Decision about her Baby", JOURNAL OF SOCIAL CASEWORK, January, 1947.  
"Personality Patterns in Unmarried Mothers", JOURNAL OF SOCIAL CASEWORK, December, 1945.
- MELITTA SCHMIDBERG, "Psychiatric-Social Factors in Young Unmarried Mothers" JOURNAL SOCIAL CASEWORK, January, 1951.
- SCHERZ "Taking Sides" in the Unmarried Mother's Conflict", JOURNAL OF SOCIAL CASEWORK, Febrero 1947.
- JANE JUDGE "Casework with the Unmarried Mother in Family Agency", SOCIAL CASEWORK, January 1951.
- DOROTHY HUTCHINSON, "The Use of Foster Homes in the Care of Unmarried Mothers", THE FAMILY, October, 1939.
- RUTH BRENNER, "Case work Service for Unmarried Mothers". THE FAMILY, november december, 1941.  
"What Facilities Are Essential to the Adequate Care of the Unmarried Mother?" (NACIONAL CONFERENCE OF SOCIAL WORK PROCEEDING New York: Columbia University Press, 1942.
- BLETHEM, "A Foster Home Program for Unmarried Mothers" THE FAMILY, December, 1942.
- BABETTE BLOCK, "The Unmarried Mother: Is She Different?", in NACIONAL CONFERENCE OF SOCIAL WORK PROCEEDINGS, New York: Columbia University press, 1945.

- - -

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1972.

PONENCIA: "La investigación en Trabajo Social"

COMUNICACION Nº 7: PERFIL PSICOLOGICO DEL ASISTENTE SOCIAL.

PRESENTADA POR: Carmen Fernández de Arroyo y Efisina Sierra. Asistentes Sociales de Madrid.

En el año 1968, nos propusimos hacer el perfil profesional del Asistente Social. En aquella época teníamos también la ambiciosa meta de saber el número de profesionales en activo, localización geográfica y campos de trabajo de los mismos.

Pensábamos que aquel especie de "censo" podría ayudar a los datos que necesitaba entonces la FEDAAS en orden al futuro Colegio profesional.

Enviamos los cuestionarios (de intereses y actitudes) por medio de las Asociaciones de AASS, y en aquellas provincias en las cuales no existían a las Escuelas pidiéndolas las enviaran a las antiguas alumnas.

Entonces conocíamos por medio del Ministerio que el número de AASS que habían revalidado o convalidado era de 6.000; desconocíamos las que estaban en activo en la profesión.

Mandamos 1250 encuestas ya que eran los datos de A.S. que entonces tenían las Asociaciones y Escuelas. El resultado fue descorazonador. La falta de interés por el cuestionario o por la profesión hizo que recibiésemos contestadas 135. Esta cifra que en términos estadísticos es aceptable a nosotros nos desilusionó. ¿Qué pasaba? ¿Eran las Asociaciones o los profesionales quienes carecían de interés?

Con estos datos prescindimos de hacer el estudio geográfico y por campos de trabajo e hicimos otros como el de "Frustraciones y tensiones del AS en su trabajo" y éste que hoy os damos a conocer.

Los perfiles profesionales están hechos de todas las profesiones universitarias medias y superiores. Se han hecho a partir del temario vocacional del prof. Dr. García Yagüe. Este cuestionario consta de 86 preguntas las cuales se pide valoren de 1 a 5 según el menor o mayor valor que personalmente se concede.

El plan de enfoque del trabajo es desde tres 'angulos: teórico, aplicado y estético, pudiéndose dentro de cada uno de estos valores enfocarlos desde - el area fisico-matemático, biológico o humanístico y aun matizando mas con -- una preocupación terapeutica, personal o de negocios. A algunas cuestiones - se les puntúa simultáneamente según el plan (teórico, aplicado, estético), el area (matemático, biológico, humanístico) y la preocupación (terapéutico, ne- gocios, personal).

De las 86 cuestiones puntuamos 78 y conseguimos:

21 valores teorico especulativos  
 19 aplicados  
 18 estéticos  
 17 fisico matemáticos  
 14 biológicos  
 22 humanísticos  
 14 terapéuticos  
 18 negocios  
 16 personales.:

En cada valor puntuamos los máximos obtenidos (4 y 5), indiferentes (3), y mí- nimos (1 y 2), obteniendo luego la diferencia entre los máximos y los mínimos, Esta diferencia se considera la frecuencia (F) de cada valor, de donde obtene- mos la Z.

Las contestaciones recibidas han sido tabuladas y tratadas estadística- mente. La forma de trabajo ha sido ordenarlas por F,  $F_a$ ,  $\frac{F}{Z}$ , Z.

Dividimos las contestaciones recibidas en cinco grupos según los campos- de trabajo, dichos grupos fueron:

Polivalemente; que agrupa a las A.S. que trabajan en parroquias, centros - sociales, etc.

Sanitario, aquellos que trabajan en hospitales, dispensarios, etc.

Educativo, tanto de S.S. escolar, orientación profesional, educaciones - especial, reeducación, etc.

Empresa, los que desempeñan su trabajo en la industria.  
 Y formación de profesionales.

Hemos hecho la gráfica según los nueve valores estudiados y finalmente hemos hecho un perfil unico de AS, ya que como veis las diferencias no son signifi- cativas según los campos de trabajo.

En los valores se observa:

Teóricos, 0'6  $\sigma$  parecidos a los de Medicina, Derecho, Ciencias, Arquitec- tura e Ingeniería Industrial.

Aplicados: -1  $\sigma$ , como en Medicina, Derecho y Filosofía y letras.

Esteticos: 0'7  $\sigma$ , igual que Medicina.

Áreas.

Fisico-matemática, -1,2  $\sigma$ , como Filosofía y letras y Derecho.

Biologico, -0,6  $\sigma$ , como Derecho, Filosofía, Economicas, Arquitectura e Ingeniería del ICAI.

Humanístico, es el que dá el máximo valor en nuestra profesión 1,6 . Se asemeja a Medicina, Filosofía y Arquitectura.

Preocupaciones.

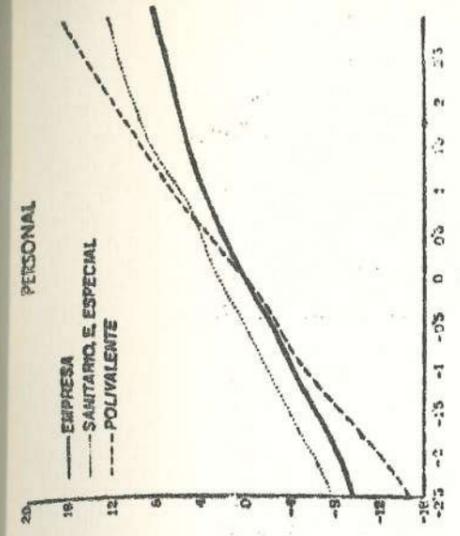
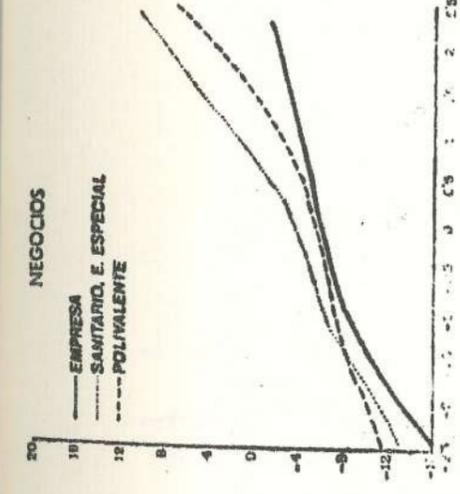
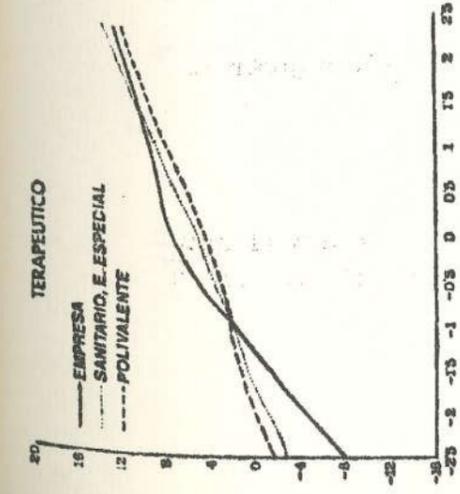
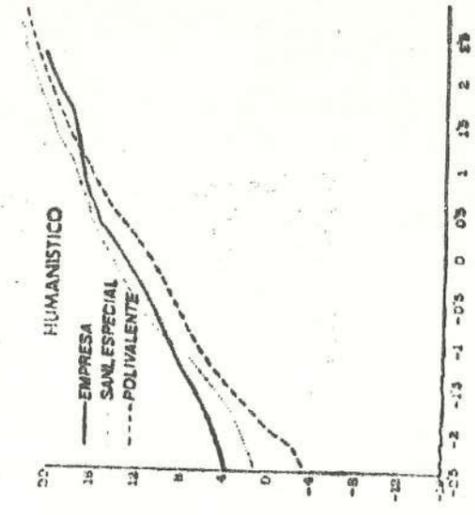
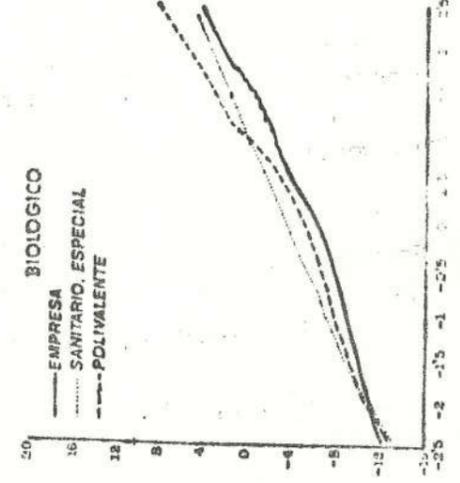
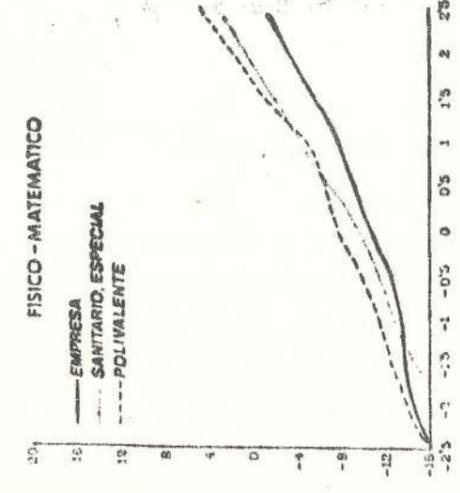
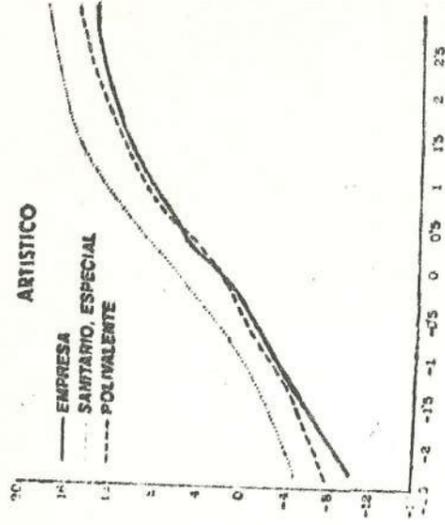
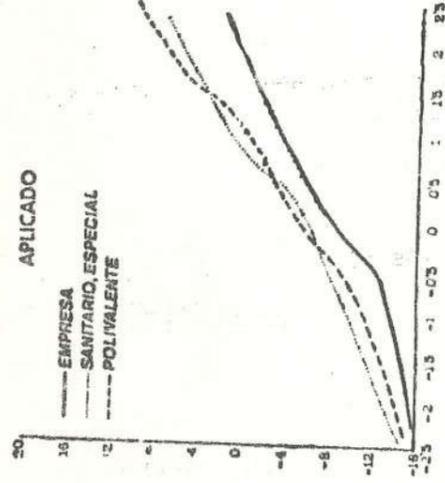
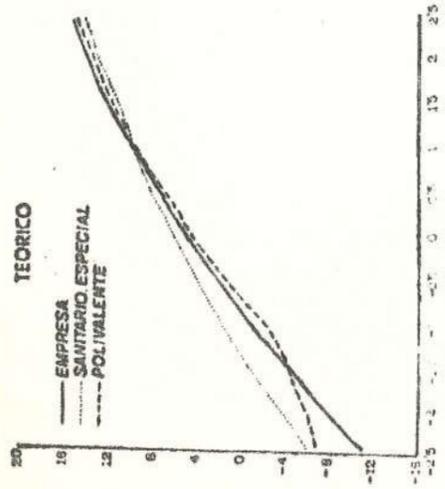
Terapeutico, 0,8  $\sigma$  Medicina dá un valor más alto, parecidos son Farmacia y Economicas.

Negocios, -0,8  $\sigma$ , como Farmacia y Arquitectura.

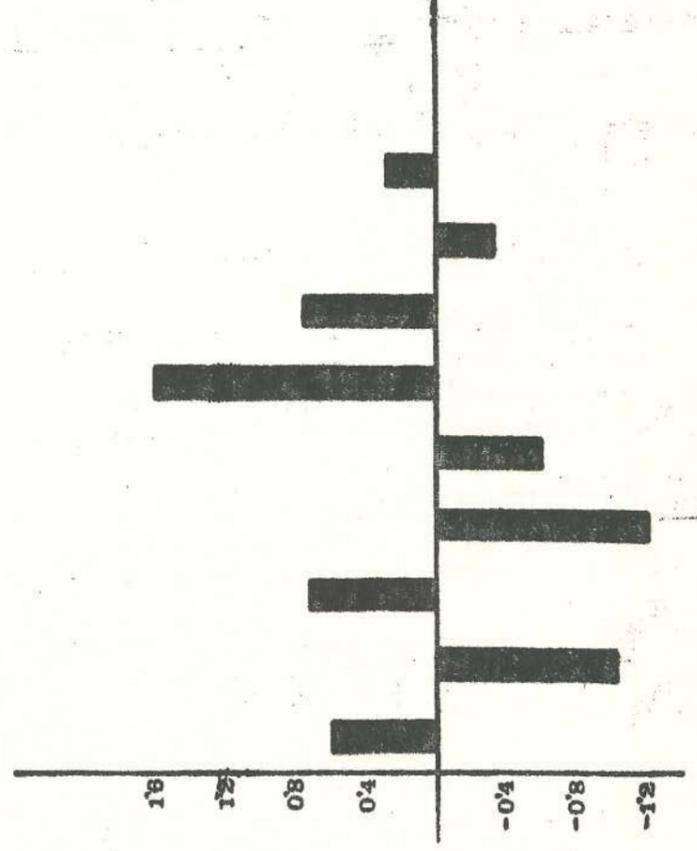
Personal, 0,3  $\sigma$ ,

En conjunto el perfil es parecido al de Derecho y al de Filosofía y le- tras, siendo sin embargo mas altos en nuestra profesión los valores terapeu- ticos. Y parecido es tambien a Medicina, siendo en esta profesión mas eleva- dos los valores biológicos y terapéuticos.

Cabe señalar en nuestra profesión como valores mas extremos los fisico- matemáticos, por defecto, y los humanísticos por exceso.



Perfil general de la Asistente Social



T A Ar F-M Bio Hu Ter Neg Per

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONERENCIA: "La investigación en Trabajo Social"

COMUNICACION: Nº 8: INVESTIGACION DEL METODO DE SERVICIO SOCIAL DE GRUPO

PRESENTADA POR: Julia Echenique Mercado. Asistente Social,. Madrid.

Después de terminar mis prácticas de S.S.G. realizadas:

- En la Parroquia del Espíritu Santo de la Paz (Bolivia)
- un grupo de 10 miembros
- adolescentes entre los 16 y 21 años
- hijos de obreros, con nivel social y económico medio bajo.

CARACTERISTICAS ESPECIALES

- grupo enormemente agresivo e inestable.

Causas: La edad y luego posteriormente y a través del trabajo de individualización se detectó que procedían de hogares con problemas conyugales, esto se traducía en:

problemas de conducta  
falta de colaboración y solidaridad con los proyectos de D.C. que se estaban desarrollando en su zona, éste dato fue aportado por el párroco.

- a partir de esto estudié la forma de armonizar los objetivos generales del método que son:

- aplicación social
- desarrollo personal

con los que la Institución me señalaba y eran:

- lograr proyectarlos hacia la comunidad, para que colaboren con el equipo de D.C. que necesitaba de ellos para acelerar su proyecto de acción comunal.

A medida que iba desarrollando esta experiencia, que a su vez iba simultánea a la teoría del método se me plantearon las primeras inquietudes que -- luego las pude elaborar en las siguientes hipótesis: las mismas que han sido comprobadas:

- después de 5 años de trabajo: 2 como Asistente Social ejerciendo directamente en una Parroquia y 3 como Supervisora y Profesora del Método.

PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

1.- Enunciado. Simone Paré en su libro titulado S.S. de Grupo; estructura la dinámica a partir de la aparición de seis aspectos que ella los denomina, - Elementos dinámicos y estos son:

- 1.- Elemento dinámico del Proceso de Formación de los Grupos.
- 2.- Elemento dinámico del proceso de aceptación e interacción.
- 3.- Elemento dinámico de la utilización del control social.
- 4.- Elemento dinámico del proceso de discusión y adopción de decisiones.
- 5.- Elemento dinámico del proceso de Formación del Espíritu de Grupo.
- 6.- Elemento dinámico de la aparición de valores y normas.

HIPOTESIS

Teóricamente quedan muy bien elaborados; pero ¿hasta que punto se puede evidenciar su presencia en las reuniones de grupo?

COMPROBACION

Creo que es mucho más demostrativo añadir uno de los informes de las reuniones mantenidas con un grupo de Madres Solteras de Nuestra Señora de la Almudena de Madrid, oscilando entre los 17 y 25 años.

Fecha de la Reunión 15 abril de 1971.

Reunión núm. 26

Nº de miembros presentes: 6

Nº de miembros ausentes: 1

Tiempo de duración: una hora.

Actividad realizada: leer y comentar un reportaje publicado por la prensa sobre la Institución.

Comentar el hecho del internado de la alumna durante 3 días en el Centro.

OBJETIVOS DE LA ALUMNA ASISTENTE SOCIAL

Dar a conocer el reportaje sobre el Centro.

Dar la posibilidad de elaborar una crítica constructiva sobre ello.

Conocer la opinión del Grupo sobre la convivencia de la alumna con ellas durante 3 días.

Tetar de explicar el motivo que tiene para ella  
 Dar mi opinión sobre los problemas más evidentes del funcionamiento del Centro; problemas que serían fáciles de solucionar si las internas fueran conscientes de ello.

#### OBJETIVOS DE LOS MIEMBROS

Continuar las reuniones tras la interrupción de las vacaciones.  
 Deliberar sobre lo que se hará en las próximas reuniones.

#### DESARROLLO CRONOLOGICO

La alumna se presentó en el Centro después de pasadas las vacaciones de Semana Santa; fué Pilar el primer miembro del grupo que la saludó y a continuación fué a llamar al resto. Rafaela vino y me explicó que tardaría 10 minutos, ya que debía preparar unas cosas en la cocina; puesto que está de cocinera. Seguidamente llegó Elvira, preparamos las sillas y esperamos al resto. Carmen no vino y Pilar nos recordó que esta tarde la visitaría su novio y posiblemente no vendría.

Al principio la participación del Grupo fue escasa; pero Elvira señala que hacía mucho tiempo que no la teníamos (quizá empieza a sentir necesidad por el Grupo); le expliqué que únicamente habíamos dejado de tener reunión una semana.

A continuación como a ninguno de los miembros se le ocurría nada como actividad, saqué el periódico en el que estaba el reportaje. Elvira lo reconoció rápidamente y dijo: ¡es el reportaje del periódico Pueblo! Explicó que ya lo conocía puesto que la Religiosas se los habían leído; pregunté entonces que les parecía y si estaban de acuerdo con lo que en él se reflejaba. Rafaela respondió que en algunas cosas, sí, pero que en otras no, ya que había producido un mal estar entre las internas y habían escrito a la redacción de Pueblo señalando que habían interpretado mal, pero al parecer no se les dió demasiada importancia.

A continuación leímos algunos puntos de este reportaje. Elvira explicó que al parecer no se refería únicamente al Centro de Peña Grande sino a otros Colegios; explicó que la Religiosa al leerse les había explicado esto; no estaban de acuerdo en la actitud del sacerdote que había empezado a recopilar las cartas de descontento para enviarlas a la redacción del periódico, ya que no reflejaban la inquietud de todas ellas. (Este reportaje se basaba en una crítica sobre la organización y funcionamiento del Centro, era bastante dura y lo más delicado era que ponía de relieve con notas bastantes alarmantes el problema de las internas).

Seguidamente al ver que el tema se había agotado comprobé que la atmósfera era de seriedad. Sugerí la idea de pensar en un lugar para nuestra próxima salida. Fué Pilar en este caso, quien recordó que anteriormente habíamos hablado de ir al cine, pero que también podíamos ir al campo. Elvira y Rafaela manifiestan que prefieren ir a pasar un rato al aire libre (un síntoma más de la necesidad de liberación y descarga de sus agresividades). Elvira señaló que sería necesario ir al cine, puesto que de esta manera también se podían divertir mirando una película cómica y así empezaron a deliberar. Ante esto les expliqué que nadie debería sentirse obligada ni presionada en la elección y que deberíamos esforzarnos en buscar alguna que fuera del agrado de todas. Ante lo cual respondieron que lo mejor sería visitar la Casa de Campo; ya que posiblemente la Religiosa no podría darles dinero para el cine, puesto que hay poco trabajo en el taller y por lo tanto pocos beneficios. Rafaela señaló que les podrían dar dinero del que particularmente tienen ingresado cada una. Elvira señala que la Religiosa ha manifestado en varias ocasiones su disconformidad con esto. Continúan la deliberación que ahora es un intento de ajustarse a los recursos económicos con los que se cuenta y a sus intereses. Rafaela recordó que podíamos ir al Parque de Atracciones para lo cual es necesario hablar con la Religiosa. Quedamos en hacerlo.

Después de esto traté de conocer la opinión del grupo con respecto al Internado en el Centro durante 3 días.

Al principio ninguno de los miembros se decidía a hablar. Minutos después Elvira se decidía hablar explicando que ella se preguntaba cual sería el objetivo de la alumna. Esta manifiesta que es para conocer la convivencia entre ellas y el funcionamiento de la Institución y de este modo tendría mayores posibilidades de conocerlas y colaborarlas. Pilar no dijo nada y Rafaela se limitó a decir que le gustaba la idea.

El tema había terminado y Pilar sugirió la idea de salir al jardín donde estaban sus niños dando por finalizada la reunión.

#### EVALUACION DEL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

Lo importante es que se logró motivar al Grupo a una crítica constructiva aunque no fué del todo reflexiva. Esto es lógico puesto que el nivel intelectual del grupo es bajo.

La alumna cree que sirvió como un medio de canalizar la atención que por este reportaje se había producido en los miembros. Admitiendo éstos que habían partes positivas y negativas.

No se forzó la situación ya que para ser la primera vez que el grupo evalúa una situación, los resultados han sido positivos. En próximas ocasiones aprovechando esta experiencia se podrá profundizar más.

ANALISIS DE LOS ELEMENTOS DINAMICOSElementos dinámico de la Formación del Grupo

Respecto a la necesidades sentidas son múltiples como puede verse a lo largo de la reunión. En cuanto a la etapa en la que se encuentra el Grupo es la estabilización, ya que los miembros han descubierto que sus necesidades sentidas se pueden cubrir en el grupo y no a nivel individual.

El rol de la Asistente Social ha sido de miembro especial, dotado de una autoridad que en ocasiones es colider; se vió como el Grupo valora situaciones independientemente de mi opinión.

ELEMENTO DINAMICO DE LA CONCIENCIA DE GRUPO

Apareció claramente cuando Rafaela señaló "somos un grupo pequeño y tenemos más posibilidades para elegir lugar para la próxima actividad".

Como presión interna fué evidente cuando Elvira indicó a Rafaela, que no podía ir a películas no autorizadas.

Ante el reportaje del periódico el grupo se defendió manifestando aunque veladamente que no eran prostitutas y que se unirían para protestar de esto que podemos calificar como presión externa.

ELEMENTOS DINAMICO DE VALORES Y NORMAS

Este elemento se dió de un modo casi continuo a lo largo de la reunión; se valoró el reportaje, los lugares para las actividades, la dificultad económica de cada miembro, el estilo de películas e igualmente el hecho de mi presencia allí durante 3 días.

Vemos que el Grupo vá adquiriendo criterios propios lo que no sucedía en las anteriores reuniones en las que se limitaban a dar el sí.

ELEMENTO DINAMICO DE LA ACEPTACIONPatrones verticales.

Hay una aceptación clara entre ellos; lo importante es que me sientan integrada y que ellos me aceptan.

Patrones horizontales.

El grupo permanece como tal sin la aparición de ningún subgrupo.

Interacción. Sería por acomodación. Los miembros están fusionados y se conocen entre ellos (favorecido por la situación de internado).

PAUTAS DE INTERACCION

Las areas positiva, negativa y neutral se han dado simultáneamente especialmente habría prevalecido la neutral con las características del intelectualidad que SPROT señala.

ELEMENTO DINAMICO DE LA DISCUSION Y ADOPCION DE DECISIONES.

Fuó la parte más importante de la reunión; hubo una participación democrática y las decisiones ya no fueron por "compromiso". Relacionado esto con la etapa en la que se encuentra el Grupo y con la calidad de la interacción.

ELEMENTO DEL CONTROL SOCIAL

Apareció muy marcado el control interno. El principio de este elemento ha sido "evidente". La fuente de control del grupo es el Grupo mismo; ellas mismas analizaron la situación del reportaje y dieron su crítica. El control externo habría contribuido a fortalecer la conciencia de grupo, puesto que como se pudo observar se sintieron mucho más unidas.

Este análisis nos demuestra que cada uno de los elementos dinámicos -- tiene una entidad y unidad propia, lo que me movió a profundizar en cada uno de ellos planteándome lo siguiente:

1.- Elemento dinámico de la Formación de los grupos. Enunciado.

Se considera en este elemento la presentación de 3 fases dentro del proceso:

- espectación o formación
- estabilidad u organización
- madurez

HIPOTESIS - ¿La presencia de este elemento supone verdaderamente un proceso? o por el contrario es simplemente la aparición de una fase detrás de otra?

COMPROBACION. - Como se podrá entrever en el análisis de la anterior entrevista es efectivamente un proceso. Unido a la evolución lógica y natural que sufren las personas que forman el grupo y éste en conjunto.

Como observa curiosamente Halaing B. Trecker, un grupo se asemeja a un recién nacido, cuyos movimientos torpes y mal coordinados de principio, necesitan de una guía que los oriente. La dinámica supone verdaderamente un proceso, de ahí que se presentan claramente tres fases en la formación:

- expectación
- estabilidad
- madurez

Los grupos pasan a través de etapas de desarrollo del mismo modo que lo hacen los individuos en general, que van creciendo y cambiando constantemente. De la fase de Expectación podremos ver como el grupo se estabiliza y va tomando conciencia de su propio cometido, hasta satisfacer su necesidad sentida.

Como cualquier ser humano nace y muere, porque es evidentemente dinámico.

3 - HIPOTESIS. ¿Las motivaciones inconscientes que los miembros de Grupo manifiestan en la etapa de la expectación pueden hacerse corrientes en la etapa de la estabilidad, cual su repercusión en la marcha del grupo y la consecución de sus objetivos.

COMPROBACION: Si admitimos que el proceso de grupo responde al desarrollo natural de cualquier persona, tenemos que aceptar que el grupo después de una fase de expectación donde el A.S. que maneja ese grupo debe responder a estas inquietudes, presentando con claridad y objetividad sus metas. Los miembros empezaran a estabilizarse o por el contrario podrían retirarse del grupo, por no convenir este a sus intereses.

Pasa como en un ciclo normal de desarrollo; si el adolescente logra pasar su etapa de crisis con la consecuente satisfacción de sus inquietudes podrá enfrentarse a una juventud equilibrada.

En el grupo si el proceso de conducción en esta fase de expectación no es adecuado, la estabilidad no podrá ser una realidad.

Tenemos que admitir como un AXIOMA que el paso de una etapa a otra es un PROCESO.

#### ELEMENTO DINAMICO DEL PROCESO DE ACEPTACION E INTERACCION.

HIPOTESIS.- La interacción admite tres dimensiones:

- oposición
- fusión
- acomodación

¿Entonces qué relación habría entre éstas y cada una de las fases de formación?

COMPROBACION.- Tenemos que partir de que los miembros en la fase de la expectación se enfrentarán con sus relación del "yo con el tú" que es lo que genera su "ser social".

Este encuentro supone una oposición, es decir lo más importante y dinámico que es "descubrir al otro", con toda su riqueza admitiendo en él sus contradicciones que chocarán con las mías hasta que por el roce habré aprendido a conocerle y admitirle. Lo que supone la acomodación, que podría ser un simple tolerarle, pero si se admite el proceso y la fase de madurez que precipitará la presencia de la tercera dimensión que es la  fusión, donde cada miembro reconce que su desarrollo personal y su adaptación social se habrá en base a la interacción con el Tú.

#### 3.- ELEMENTO DINAMICO DE LA UTILIZACION DEL CONTROL SOCIAL.

HIPOTESIS. La presencia del A.S. en el grupo supone un estímulo y una orientación.

¿Entonces es verdaderamente portadora del control inherente y personal?

COMPROBACION. Antes es necesario captar el verdadero sentido del control social en el grupo. Entendamos por esto no una fuerza coheritiva sino un medio que utiliza el A.S. para ayudar al grupo a no desviarse de sus metas fijadas. De esto se deduce que efectivamente el A.S., por el sólo hecho de ser A.S. y representante de una Institución llega al grupo investido de un status que utiliza para ayudar al grupo a centrar sus motivaciones, especialmente en la fase de la expectación, donde el grupo espera de ella una respuesta.

Pero este control supone también un proceso ya que en la fase de la estabilidad su rol es de "miembro especial", puesto que dá paso al proceso de formación y en la etapa de madurez es coolider, ya que el grupo a adquirido una vida propia.

HIPOTESIS. Constituye la Institución en la que el grupo se desarrolla un grupo de control externo? ¿Entonces cual es su repercusión en el control interno del grupo?

COMPROBACION.- Es lógico que el grupo deberá enfrentarse con unas limitaciones como todo ser humano durante el proceso de su formación, se va equilibrando en función a unas condicionantes.

La Institución marcará unas normas que según su rigidez podrán ayudar a la formación del grupo o desfavorecerla.

La A.S. juega aquí un papel importantísimo, ya que habrá de "puente" - entre el grupo y la Institución, tratando de equilibrar ambos objetivos.

#### ELEMENTO DINAMICO DEL PROCESO DE DISCUSION Y ADOPCION DE DECISIONES.

4.- HIPOTESIS. Este elemento admite dos aspectos:

- discusión
- adopción de discusiones.

A partir de esto, podemos admitir que este elemento dentro de la dinámica, se dé parcialmente

COMPROBACION.- Debemos diferenciar ambos.

1º.- El nivel de discusión que supone un proceso de Formación ya que - mientras más oportunidades tengan los miembros del grupo de participar en la discusión que supone también "planificación" estarán preparados para:

2º Toma de decisiones que significa un proceso de capacitación.  
Deben necesariamente darse ambos procesos ya que se complementan.

#### 5.- ELEMENTO DINAMICO DEL PROCESO DE FORMACION DE LOS VALORES Y NORMAS=

HIPOTESIS: Cada miembro aporta al grupo unos valores y más normas propias ¿puede el grupo crear unos nuevos que sean específicamente propios?

COMPROBACION - Esto está muy claro, ya que a partir de la fuerza que supone la interacción y la comunicación se crea una vida de grupo propia y este desarrollará valores como la comprensión, la solidaridad, etc.

Normas como la responsabilidad, orden, etc.

Adviértase que son normas y valores específicamente producto de una dinámica de grupo.

#### A NIVEL DE LIDERATO

Se me han planteado las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS: ¿Hay verdaderamente relación entre la estructura del grupo y el tipo de liderazgo que aparece?

#### COMPROBACION

La estructura es el conjunto de características que forman la naturaleza del grupo. Por lo tanto, es esta estructura la que configura el tipo de líder.

"No es el líder autocrático el que existe, es la estructura autocrática la que lo reclama y elige".

#### A NIVEL DE TRATAMIENTO SOCIAL EN EL GRUPO

El tratamiento social a nivel de los objetivos generales del método exige dos puntos:

- adaptación social
- desarrollo personal

¿Requiere de un grupo homogéneo estable y limitado por el número de miembros?

¿Por el contrario se les puede aplicar a un grupo secundario y obtener - los mismos resultados?

COMPROBACION.- Adviértase que se habla de objetivos evidentemente formativos y se sabe que un grupo pequeño se presta verdaderamente a la creación y surgimiento de las fuerzas de interacción. Es aquí donde radica la fuerza del grupo. Admitimos que el control emerge como resultante de la presión que hacen - en el grupo la satisfacción de las necesidades sentidas, por lo tanto en un grupo secundario, por el número de miembros que no está limitado, estos objetivos son difíciles de conseguir.

#### A NIVEL DE LA INTEGRACION DEL SERVICIO SOCIAL INDIVIDUALIZADO EN EL SERVICIO-SOCIAL DE GRUPO.

HIPOTESIS: + La presentación del S.S.I. en el S.S.G. supondría un desbordamiento en la condición del grupo? ¿podemos definir claramente las situaciones en las que este método se presenta?

COMPROBACION: Sí; quedan claramente determinadas, serían:

1. Casos transitorios. En los que un miembro de un grupo por razones de salud u otro motivo, debe ausentarse del grupo. El papel de la A.S. debe ser; el de mantener la continuidad de este miembro, ya que se trata como su nombre lo indica, de un problema transitorio.

2. Casos graves. La naturaleza del problema cambia; son casos en los que el miembro debe retirarse del grupo, por lo menos hasta que su problema sea resuelto. Ejemplo. Un miembro con "tuberculosis". Este puede ser perjudicial en el grupo (dependerá del grado). Debe ser transferido o atendido fuera del grupo, como verdadero sujeto del S.S.I.

3. Casos agudos. Estos ya quedan fuera de la acción del A.S. por si sola no puede hacer nada, necesitará de un equipo que la colabore, ejemplo ¿Un miembro de inteligencia límite, cuya integración al grupo (partimos de niveles) no se puede dar, por un impedimento de capacidad mental.

Podrá como en el anterior caso transferirlo o hacerse cargo pero fuera del grupo.

-----

Para documentarme realicé una investigación bibliográfica; mi objetivo fundamental al utilizarla y realizarla ha sido: "no desviarme del método", -- "aceptar que debo implicar a la Psicología a la Sociología, a la Antropología pero que ante todo tiene el método del S.S.G. una entidad propia y esto es lo que trato de defender y fortalecer".

La bibliografía es:

SERVICIO SOCIAL DE GRUPO

Natalio Kisnerman. Editorial Humanitas (Asistente Social)

MANUAL DE DINAMICA DE GRUPOS

Jack R. Gibb. Editorial Humanitas. (Psicólogo)

EL TRABAJO SOCIAL EN GRUPOS

Harleing B. Treckes y Andrey R. Trecker (Psicólogo)

PRINCIPIOS PARA LA PRACTICA DEL SERVICIO SOCIAL EN GRUPO

Robert D. Vinter. Editorial Humanitas. (Asistente Social)

GRUPOS HUMANOS

W.J. Sprott. Editorial Paidós. (Sociólogo)

GRUPOS Y SERVICIO SOCIAL

Simone Pare. Editorial Humanitas (Asistente Social)

TRABAJO SOCIAL DE TRABAJO

Gisela Kenopa. Editorial Católica S.A. Madrid. Asistente Social.

CONDUCCION Y ACCION DINAMICA DE GRUPOS

J.M. Bohlen. Editorial Kapeluz M/Beal (Sociólogo).

EL INDIVIDUO Y EL GRUPO

Henri Johannot. Editorial Aguilar (Psicólogo)

Además de esta Bibliografía el material utilizado ha sido:

- El programa y esquemas de cada una de las lecciones siguiendo el orden que he descubierto que tiene este proceso del S.S.G. (Pedagógicamente hablando)

Mi asesoramiento en seis tesis cuyos títulos son:

- elementos dinámicos del grupo
- tratamiento social de grupo
- el líder como miembro especial
- técnicas auxiliares del trabajo social de grupo
- el dirigente juvenil
- el grupo y el ser humano.

En cada una de éstas se podrá apreciar una recopilación de datos extraídos de la bibliografía específica del método, en una síntesis ordenada cuya reflexión nos ayudará a comprender los fundamentos en los cuales he formulado y comprobados mis hipótesis.

Todas estas experiencias están ilustradas con el siguiente material:

- informes de cada una de las reuniones.
- evaluaciones finales y parciales sujetas a pautas especiales.

Hasta aquí los aspectos referentes al método en su conjunto.

Teniendo en cuenta la naturaleza de los grupos mis experiencias se han basado en los siguientes tipos de grupos:

- jóvenes y adolescentes
- escolares.
- madres solteras
- ancianos (hombres y mujeres)

A través de cada uno de estos he podido comprobar las hipótesis ya comprobadas; y a su vez me han suscitado nuevas inquietudes a partir de las cuales he formulado tras que son las que en este momento ocupan mi investigación y son:

A NIVEL DE LOS ELEMENTOS DINAMICOS

¿Los patrones de interacción verticales que miden el status, pueden condicionar a los patrones a los patrones de interacción horizontales que miden la constelación de los sub-grupos?

El principio del elemento dinámico del control social dice: La fuente de control del grupo es el grupo mismo.

¿Podemos entonces cifrar en este elemento la fuerza y la importancia del grupo y del método?

-----

En la etapa de la expectación el grupo ve en el A.S. un miembro aglutinante ¿puede entonces ésta convertirse en un líder impuesto y ¿cuál es la trascendencia que tendría esto en la formación del grupo?

-----

#### A NIVEL DE LIDERATO

¿Puedo afirmar que la trascendencia del líder natural o espontáneo es decisiva en la dinámica del grupo? ¿por qué contrario depende de la naturaleza del grupo y de la etapa de formación en la que se encuentre?

-----

El líder democrático es el ideal en cualquier proceso. ¿Pero se puede dar en todo tipo de estructura de grupo? ¿Por el contrario es específico de algunas ¿depende de la etapa de formación del grupo?

-----

#### A NIVEL DEL TRATAMIENTO SOCIAL DE GRUPO

Por el papel del A.S. su influencia puede ser de servicio social indirecto o de servicio social directo. ¿Podemos afirmar que indirectamente tiene más eficacia su actuación? ¿Es necesario especificarla según el tipo de grupo? -- ¿por qué?

-----

"Jimone Parè" manifiesta que cada una de las reuniones deberá tener una duración máxima de una hora en atención a las capacidades y limitaciones del A.S. de los miembros.

¿Esto puede ser válido y podemos tomarlo como una norma? ¿Dependerá de la naturaleza de las actividades a realizarse?

-----

#### A NIVEL DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES

¿La selección del programa de actividades puede verdaderamente condicionar el logro de los objetivos generales y específicos del método?

-----

#### A NIVEL DEL DIAGNOSTICO SOCIAL DEL GRUPO

¿Es necesario formular previamente el diagnóstico individual para obtener el diagnóstico genético, dinámico y clínico del grupo? ¿dependerá de la naturaleza de cada diagnóstico?

-----

#### A NIVEL DE LA EVALUACION

Las técnicas de la evaluación son muy importantes.

¿suponen una nueva concienciación en las personas que van a evaluar? ¿los resultados de la evaluación espontánea son tan importantes y demostrativos que no requiere esta etapa previa?

-----

Con esto termino mi comunicación, invitando a cuantas la lean a continuarla; porque en verdad necesitamos de la investigación.

Quiero dejar claras mis motivaciones:

"Sostengo abiertamente y puedo en cualquier momento dar fé, de que nuestro método del S.S. de G. es válido, y tiene una unidad y entidad propia".

He trabajado y continué esforzándome por utilizarlo. No descarto la importancia de la Psicología, la Sociología y la Antropología, pero lo que no admito es que se piense que sólo se puede hacer dinámica desde la Psicología.

Habría podido seguir demostrando la eficacia del método, pero por las limitaciones de espacio y tiempo en la limitación, no puedo.

Sin embargo estoy dispuesta a intercambiar ideas con quienes de verdad se interesen, ofreciéndoles todas mis experiencias y mi material, lo importante es tener fé y creer en las posibilidades de nuestra profesión.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
 Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "La Investigación en Trabajo Social".

COMUNICACION Nº 9: ESTUDIO DE UN GRUPO DE ENFERMOS ALCOHOLICOS. EXPERIENCIA EN INVESTIGACION DE TRABAJO SOCIAL.

PRESENTADA POR: Doña Emma Alonso Bretón. Asistente Social.  
 Dr. Don Francisco Freixá Santfeliu  
 Doña María Pons Bartrán  
 Don Jorge Puig de la Bellacasa.  
 de Barcelona.

OBSERVACION Y FORMULACION DE HIPOTESIS

Durante nuestra práctica de tres años, desde abril de 1969, como Asistente Social de un "Grupo de Discusión" para pacientes alcohólicos, que se realiza en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Prof. J. Obiols Vié, observamos que el tipo de pacientes que acuden al mismo, lo hacen durante su permanencia en régimen de internado en la Clínica Psiquiátrica Universitaria y que otra parte su asistencia al grupo venía condicionada por factores de carácter social, con toda probabilidad predominantes sobre la problemática de carácter psicológico personal:

1º.- Venían condicionados por razones administrativas de la Clínica Universitaria Psiquiátrica que funciona como Centro de Urgencias de la Excm. Diputación Provincial desde Octubre de 1969. Es decir, hasta entonces los enfermos solamente tenían la posibilidad de ingresar a través del Centro de Observación y Diagnóstico, de la Corporación anteriormente citada, por un Convenio con el Hospital Clínico Provincial, previo el trámite del expediente correspondiente. O bien, directamente a través de la Administración del Hospital -- por indicación del Departamento de Psiquiatría Universitario. Significando esta circunstancia que los enfermos al ingresar por este medio no pueden proceder de la ciudad de Barcelona, pues es condición ineludible residir en Municipios de la Provincia. En consecuencia la mayoría de los pacientes proceden de Municipios que no son de la ciudad de Barcelona (de estos se hace cargo otra Institución Municipal.

2º.- Que aumentando el número de enfermos ingresados con carácter de urgencia por presunto alcoholismo, el número de pacientes que ingresan motivados para tratarse, ha disminuido notablemente. Esta circunstancia se debe a -- que el ingreso viene indicado por orden judicial, orden público, indicación médica o jefatura del municipio. Y por lo tanto en muchas ocasiones se tramita sin intervención del interesado ni de la familia.

3º.- La media de estancias en régimen de internado ha disminuido por tener que dar una mayor agilidad al Servicio. En muchas ocasiones hay que forzar el alta de los enfermos alcohólicos antes de finalizar el tratamiento de desintoxicación y deshabitación alcohólica ante la presencia de una urgencia que tiene que ser atendida.

De ello dedujimos, como ya han insinuado otros autores, que los factores sociales condicionan las posibilidades de recuperación y rehabilitación del enfermo alcohólico, y probablemente condicionan la iniciación del hábito y el establecimiento de la dependencia con el consiguiente proceso de la adaptación. Sin pretender negar los probables factores "psicógenos" lo evidente es que con las técnicas actuales estos escapan o son mucho más difíciles de cuantificar que los factores de interacción psico-social.

La metodología técnica que se sigue en el tratamiento del alcoholismo, -- emanada del "Centro de Estudios de Alcoholología y Toxicomanías" del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de Barcelona (C.E.A.T.), implica el concepto admitido universalmente de que la recuperación y rehabilitación en el paciente alcohólico sólo es posible mediante la abstinencia. Observamos que -- un predominio de los trastornos se traduce en la esfera social, y que la técnica utilizada para la recuperación y rehabilitación tiene que fundamentarse en técnicas de tipo social. En consecuencia las técnicas de psicología social a nuestro alcance son muchas, pero ante las experiencias, realizadas en otros Centros, se escogieron las técnicas de grupo, y dentro de éstas, dado el volumen de enfermos no era posible la realización de psicoterapia de grupo estricto, por lo que hacemos "Grupos de Discusión". Valoramos la asistencia al grupo y abstinencia como vectores de la rehabilitación social del alcohólico.

En resumen:

Al ser conscientes que los factores anteriormente expuestos condicionaban en forma material la posibilidad de asistencia al grupo, las hipótesis -- a investigar, como punto de partida, fueron:

- Residencia
- Forma administrativa de ingreso: Urgencias. Centro de Observación y -- Diagnóstico. (Cátedra)
- Forma de ingreso (actitud): voluntaria. Negativista. Presión familiar -- Presión social. Indicación médica, etc.
- Asistencia al grupo: en régimen de internado. Externo.
- Abstinencia.

A partir de estas observaciones, intentamos proseguir analizando mayor -- número de datos.

PLANIFICACION DE LA INVESTIGACIONMaterial

Se parte de 402 enfermos, de los cuales 15 se han rechazado por insuficiencia de datos, y 21 por tratarse de bebedores esporádicos.

Quedan como grupo especial los alcohólicos sintomáticos que por error clínico, o por mejorar el diagnóstico precisamente por su asistencia al grupo constituye el grupo de 38 alcohólicos sintomáticos en las cuales la valoración de la abstinencia tiene que partir de otros datos.

En resumen se elabora el trabajo con 366 pacientes, de los cuales 38 son sintomáticos.

Se ha considerado como caso susceptible de estudio de nuestra investigación todo paciente alcohólico (teniendo en cuenta los datos anteriores) que por cualquier circunstancia haya asistido al Grupo II de Discusión, aunque sólo lo haya sido en una sola ocasión, teniendo en cuenta que el seguimiento y los resultados terapéuticos obtenidos, aunque haya asistido a otros grupos, proceden de los datos facilitados por la estrecha colaboración existente entre los distintos grupos.

EQUIPO DE INVESTIGACIONDirección

Doña Emma Alonso Bretón.- Asistente Social de la Excm. Diputación Provincial de Barcelona, con destino en el Centro de Observación y Diagnóstico, y Centro de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica Universitaria del Hospital Clínico Provincial. Y Asistente Social del Grupo II de Discusión, dirigido por el Dr. don Ricardo Pons Bertrán. Este Grupo está subvencionado por la Asociación "GRUP TERAL".

Asesor médico.- Dr. don F. Freixa Santfeliu, Coordinador del Centro de Estudios de Alcoholología y Toxicomanías (C.E.A.T.) y Médico del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (P.A.N.A.P.)

Auxiliares.- Doña María Pons Bartrán

Don Jorge Puig de la Bellacasa, alumno interno de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Laboratorio de Cálculo de la Universidad de Barcelona, bajo la dirección del Dr. don Carlos Cuadras.  
Programadores: Sres. Alonso y Ocanya.

MÉTODOS UTILIZADOS

Se elaboran una serie de apartados de carácter clasificatorio estadístico en relación con datos demográficos: edad, estado, naturaleza, etc. y se hacen teniendo en cuenta la discriminación que habitualmente se realiza de forma "standarizada" a los presuntos enfermos alcohólicos mediante:

- El cuestionario operativo de Jellinek.
- La prueba clínica de discriminación terapéutica elaborada por Le-Go-Bogani.
- Y el cuestionario inventario de datos para enfermos alcohólicos hospitalizados (I.B.E.A.H.) Este se aplica desde hace tres meses.

Adjuntamos facsimiles números, 1, 2 y 3.

De los datos facilitados y obtenidos mediante los instrumentos descritos anteriormente, se reelaboran los datos que definitivamente servirán para la cuantificación del trabajo.

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCION DE DATOSProceso seguido

- 1º.- Revisión del fichero social del Grupo.
- 2º.- Recopilación de historias.
- 3º.- Lectura de los informes psico-sociales y valoración de los datos procedentes de la historia clínica convencional. Esta parte se ha realizado con la colaboración del equipo médico.
- 4º.- Elaboración de un resumen en la ficha social con los datos obtenidos de mayor interés como son:
  - antecedentes biográficos del paciente, y problemática psico-social.
  - antecedentes psicopatológicos y sociales familiares
  - situaciones sociales, o conflictivas en el momento de inicio de la ingesta y aumento de la misma.
  - consecuencias familiares, sociales y laborales de la ingesta de alcohol.
  - diagnóstico médico, y tratamiento seguido.
  - actitud de aceptación o rechazo por parte de la familia ante el paciente alcohólico.

- conciencia de enfermedad en relación al enfermo y a su familia
- consecuencias somáticas.

Asimismo, se prestó especial interés en recoger ciertos datos en que se había observado una mayor incidencia con son:

- celotipia (muchas veces consecuencia de la impotencia sexual)
- inestabilidad, absentismo y degradación laboral.
- ex-legionario
- agresividad
- inmigración, etc.

5º Preparación de la documentación necesaria para facilitar el trabajo como son listas por orden de ingreso en el Grupo; por orden alfabético; fichas etc.

5º.- Para la obtención del dato fundamental ABSTINENCIA, hemos escrito a los pacientes, cuya dirección constaba en el fichero del Grupo, que llevasen más de 6 meses de alta en la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Se les ofrecía la posibilidad de establecer contacto a nivel personal, verbal, o por escrito. Se acompaña facsimil nº 4.

En principio estaba previsto visitar a domicilio a los pacientes que no diesen una respuesta (operación rescate), pero se tuvo que descartar esta posibilidad por carecer de los recursos necesarios para este tipo de trabajo.

Además se detectan los datos de abstinencia a través del Médico encargado o de la Asistente Social del equipo.

Se han considerado "abstemios fiables" a los pacientes que ha habido una contestación por parte de algún familiar.

Se atienden 98 respuestas. Esta cifra representa un 41% teniendo en cuenta los enfermos ingresados en una Institución Psiquiátrica, y las cartas devueltas.

6º.- Pasar los datos obtenidos a un cuadro clasificatorio previo.

7º.- Construcción del Código, consistiendo en sustituir los datos que aparecen en el documento de base, mediante un número clave, es decir, cada respuesta ha sido traducida en x número. Previamente se tuvo contacto con el Laboratorio de Cálculo de la Universidad de Barcelona para tener conocimiento de las normas a seguir, Adjuntamos el código de los datos.

#### EXPLORACION DE LOS DATOS

Se ha utilizado el equipo mecánico del Laboratorio de Cálculo de la Universidad de Barcelona para la compilación y tabulación de datos. Dicho Laboratorio dispone de una IBM 360/30, Lenguaje PL/1.

Las tareas realizadas son las siguientes:

- Programación
- Perforación de fichas con arreglo al código adoptado
- Verificación
- Clasificación y
- Tabulación

#### LA REDUCCION DE DATOS

Están previstas dos etapas:

1ª Determinación de parámetros de posición: porcentajes, medias y combinados, Módulo (máxima unimodal). Distribución de frecuencias relativa o absoluta, según el caso.

2ª.- Prueba Ji cuadrado en tablas de contingencias, y cálculo de un coeficiente de asociación entre variables cualificativas de

- Lugar nacimiento y años de residencia, y las regiones que son emisoras de emigrantes.
- Categoría laboral y naturaleza.
- Años de residencia y rechazo.
- Rechazo y asistencia al grupo
- Rechazo y abstinencia
- Favorece la ingesta y abstinencia
- Desajuste laboral y desajuste familiar
- Separación conyugal y conducta antisocial menor.
- Separación conyugal y problemas policiales-legales.
- Problemas legales policiales con inestabilidad laboral.
- Ingreso por urgencia y abstinencia.
- Ingreso por Convenio Diputación y abstinencia.
- Ingreso Cátedra y abstinencia.
- Delirium tremens y estado confuso onírico subagudo y abstinencia.
- Media estancia y abstinencia.
- Conciencia de enfermedad y abstinencia.
- Cirrosis y esteatosis hepática y tiempo de ingesta.
- Alcoholomanía sin alcoholización y abstinencia.
- Alcoholomanía y alcoholización y abstinencia.
- Alcoholización sin alcoholomanía y abstinencia.
- Enfermos sintomáticos y abstinencia.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HECHOS

Pendiente de la reducción de datos elaborado por el Laboratorio de Cálculo de la Universidad de Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO, E.- Investigación sobre Enfermos Alcohólicos en el Preventorio Municipal Psiquiátrico de Barcelona, 1965.
- ANUARIO INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, edición año 1971.
- ATHENAU, A. "Au Service de Malades Alcooliques". Ediciones Sociales, 1969.- Paris.
- ATMELILLA, M. Investigación Psicométrica sobre un Grupo de Enfermos Tesina. Director: F. Freixa. Escuela Profesional de Psicología. Clínica. Departamento Psiquiatría Prof. J. Obiols. Ed. CEAT. Barcelona, 1971.
- BAYES, R.- "Análisis socio-económicos de la publicidad de bebidas alcohólicas en T.V." en "Alcoholismo y Medios de Información". Seminario P.A.N.A.P.- Valencia junio 1971.
- BOGANI, E.- "L'Apprentissage de l'Alcoolisme chez l'enfant espagnol". Alcohol ou Santé nº 5 1970 nº 102.
- BRUNGE, M.- "La Investigación Científica". Ed. Ariel. Barcelona, 1969.
- CARMAN, R.S.-Expectations and Socialization Experiences Related to Drinking among U.S. Servicemen" Q.J. Stud: Alcohol pp. 1040 nº 4 december 1971. Rutgers University. N.Jersey. USA.
- DALLAYRAZ, D.Dossier Alcoolisme. Ed. Robert Laffont. Paris 1971.
- EIDG. ALKOHOLVERWALTUNG. Statistische Angaben uner Kartoffeln, Obst und Alkohol. 1970.
- "Esquema previo para una sistematización de los datos a valorar en los Enfermos alcohólicos" (Sin autor) Dispensario Antialcohólico de la J. Provincial de Sanidad de Valencia, 1969 (Ciclostil).
- ESTEVEZ, J.- Repercusión Laboral del Alcoholismo Ensidesa. Seminario P.A.N.A.P. Bilbao. Junio 1969.
- FOUQUET, P.- Notas sobre la Información en Alcoholología. Seminario P.A.N.A.P. Valencia 1971.

- FREIXA, F.- "Una experiencia pilot en el tractament de l'alcoholisme a Barcelona". Qüestions de Vida Cristiana. Ed. Abadia de Montserrat-Estela 1969.Barcelona.
- FREIXA, F.- Tratamiento del Alcoholismo en una Unidad Psiquiátrica situada en un Hospital Clínico y facultad de Medicina (Barcelona) Seminario del P.A.N.A.P. Pamplona 1970.
- FREIXA, F.- BACH, L. "DISPENSARI ANTIALCOBOLIC" (En règim de Comunitat Terapèutica) Estudi tècnic per Grup TERAL. Febrero 1972 (pendiente de publicación).
- FREIXA, F.- LARIOS, C. "Alcoholismo y medios de Información". Seminario Alcoholismo y Toximanías. Valencia. P.A.N.A.F. Junio 1971.
- FREIXA, F. y MAYOL, C. "Socioterapia del Alcoholismo. Barcelona. Anales de Medicina. Vol. LVI marzo 1970 nº 1.
- KENNETH GRANVILLE-GROSSMAN. Recent Advances in Clinical Psychiatry Ed.Churchill-London 1971 (pp 71-174).
- KESSEL, J. "Alcohólicos anónimos". Barcelona. Ed. Plaza y Janés, 1964.
- NOELLE, E.- "Encuestas en la Sociedad de Masas". Alianza Editorial.Madrid,1970.
- O.M.S.- Informe Técnico 363 Ginebra 1967. Servicios de Prevención y Tratamiento de la Dependencia causada por alcohol y otras drogas.
- PITTMAN, David J. "Alcoholismo, un enfoque indisciplinario". Horne Psicología - de hoy. Buenos Aires, 1966.
- POLANSKY, Norman A. "Metodología de Investigación del Trabajo Social". Ed.Euramerica. Madrid, 1966.
- SALUD MUNDIAL O.M.S. Enero, 1966.
- SANTO DOMINGO, J. "Coloquio sobre Alcohol y Alcoholismo". Ed. Dpto. Farmacología de la Universidad de Madrid, 1969.
- SANTO DOMINGO, J. y otros ALCOHOLISMO Y OTRAS TOXICOMANIAS P.A.N.A.P. Madrid Monografías XII, 1970.
- QUART J. STUDIES ON ALCOHOL.- "The Problem of Normal Drinking in Recovered Alcohol Addicts" 1963 t "Attitudes toward Alcoholisme Before and after a Training Program for Social Casewaers". September 1970. Volume 31 número 3 Rutgers University N. Jersey USA.
- WELTI, F.- La Consomation des Boissons Alcooliques en Suisse. Régie Fédérale des Alcools. Ed. SD 197. 1968.

CONCEPTOS TECNICOS UTILIZADOS:

**ALCOHOLISMO.-** Todo trastorno o desajuste en la esfera Familiar Laboral o Social, puede atribuirse a la ingesta de cualquier substancia que contenga alcohol (en nuestros medios etilicos o etanol).- Independientemente de la motivación, forma del inicio del hábito, o etiopatogenia.

**ALCOHOLISMO SINTOMATICO.-** Alcoholismo secundario o atribuible a enfermedad psiquica preexistente, psicosis, neurosis grave, psicopatía grave, etc. El alcoholismo se inicia "después" de la presentación de los signos propios de los grupos de enfermedades citados. "No están enfermos porque beben sino que beben porque están enfermos" como un síntoma más de un trastorno psiquico.

**ALCOHOLIZACION-ALCOHOLIZADO.-** Individuo con signos y síntomas médicos de impregnación tóxica alcohólica y que presenta adicción (dependencia física). En general el alcoholómano progresivamente se alcoholiza (signos de intoxicación crónica alcohólica).

**ALCOHOLOMANO.-** Sujeto que establece una relación "psicológica" anormal con el alcohol. "Cuando un individuo ha perdido la libertad para usar las bebidas alcohólicas. En inglés habituation. No presenta manifestaciones de trastornos físicos, médicos, de carácter crónico. Esporadicamente puede presentar intoxicaciones alcohólicas aguadas (embriagueces).

**DESHABITUACION.-** Técnicas que pretenden crear en el alcohólico un rechazo psico-fisiológico a las bebidas alcohólicas. (Reflejos condicionados con apomorfina; condicionamiento operativo con parádicas, etc.)

**DESINTOXICACION.-** Técnicas médicas que, juntamente con la abstinencia de bebidas alcohólicas en régimen de internado, intentan mejorar el estado psico-físico del paciente con medicaciones adecuadas; control con análisis clínicos, etc.

**REHABILITACION.-** Cuando el alcohólico readaptado socialmente, y que había sufrido el proceso de Degradación (pérdida de status y estrato socioeconómico) recupera el nivel perdido.

**READAPTACION.-** La Sociopatía alcohólica se expresa con desajustes a nivel Familiar, Laboral y Social y conduce antisocial cuando el trastorno progresivo se llega a la marginación.

Crear en el sujeto motivaciones para que su conducta a todos los niveles sea normativa socialmente, es el proceso de Readaptación que en el alcohólico es individual y grupal.

NOTA:

Adjunto un modelo de la ficha e historia psicosocial utilizada en nuestro Servicio.

Asimismo adjunto unos cuadros sinopticos sobre psicoterapia y diagnósticos. (1)

---

(1) Por imposibilidad técnicas no se incluyen estos documentos, estando a disposición de los Congresistas, en la Secretaría del Congreso.

CODIGO DE LOS DATOS

- 1.- EDAD 1 (15 a 24) 2 (25 a 34) 3 (35 a 44) 4 (45 a 54) 5 (55 a 64) 6 (65- )
- 2.- ESTADO 1 casado, 2 soltero, 3 viudo, 4 separado, 5 otras formas.
- 3.- NATURALEZA - 1 Málaga, 2 Almería, 3 Jaén, 4 Granada, 5 Sevilla, 6 Huelva, 7 Córdoba, 8 Cádiz, 9 Cáceres, 10 Badajoz 11 Murcia, 12 Albacete, 13 Valencia, 14 Castellón, 15 Alicante, 16 Madrid, 17 Ciudad Real, 18 Guadalajara, 19 Cuenca, 20 Toledo, 21 Burgos, 22 Palencia, 23 Valladolid, 24 Logroño, 25 Avila, 26 Segovia, 27 Soria, 28 Zamora, 30 Salamanca, 31 León, 32 Asturias, 33 Santander, 34 Coruña, 35 Orense, 36 Pontevedra, 37 Lugo, 38 - Vizcaya, 39 Alava, 40 Guipuzcoa, 41 Zaragoza, 42 Teruel, 43 Huesca, 44 Barcelona, 45 Lérida, 46 Gerona, 47 Tarragona, 48 Baleares, 49 Las Palmas, 50 Tenerife, 51 Navarra, 52 Ceuta, - 53 Melilla, 54 extranjeros.
- Partidos Judiciales de la Provincia de Barcelona
- 4.- RESIDENCIA - 1. Arenys, 2 Barcelona, 3 Berga, 4 Vich, 5 Granollers, 6 Mataró, 7 Manresa, 8 Villanueva y Geltrú, 9 Tarrasa, 10 Sabadell 11 Igualada, 12 San Feliú de Llobregat, 13 Hospitalet, 14 Vilafranca del Panadés.
- Distritos de la Ciudad de Barcelona
- 15 el I, 16 II, 17 III, 18 IV, 19 V, 20 VI, 21 VII; 22 VIII; 23 IX, 24 X, 25 XI, 26 XII, 27 XIII, 28 XIV, 29 XV, 30 XVI, 31 XVII y 32 transeunte.
- 5.- NUMERO DE HIJOS 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,
- 6.- PROFESION 1 construcción, 2 mecánica, 3 comercio, 4 administrativo, 5 industrias varias 6, metalurgia, 7 hostelería, 8 electricidad, 9 agricultor, 10 servicios públicos, 11 transporte, 12 carpintero 13 panadero, 15 artes varias, 16 militar, 17 no hace nada, 18 jubilado, 19 textil, 20 varios, 21 químicas, 22 portuario, 23 no consta.
- 7.- CATEGORIA LABORAL 1 alto personal directivo, 2 empresarios independientes. Trabajadores independientes o por cuenta propia de industria, servicios y comercio. Proprietarios agrícolas y trabajadores del campo, por cuenta propia, 3 administrativos. Dependientes y funcionarios de la administración de servicios públicos. Corredores y agentes comerciales, 4 militares 5 trabajadores, por cuenta ajena de la industria y del comercio. Trabajadores cualificados. Empleados de servicios. Chóferes.

- 6 trabajadores no cualificados de la industria y del comercio, 8 profesiones liberales, 9 jubilados, 0 no consta.
- 8.- ROTACION LABORAL - 1 si, 2 no, 3 no consta.
- 9.- NIVEL ECONOMICO 1 muy elevado, 2 encima de promedio, 3 promedio, 4 de bajo del promedio, 5 bajo, 6 muy bajo, 7 no consta.
10. TIEMPO DE RESIDENCIA 97 transeunte, 98 natural, 99 no consta y los años - por grupos.
11. CULTURA 1 analfabeto, 2 sabe leer y escribir, 3 primera enseñanza, 4 segunda enseñanza, 5 estudios superiores, 6 no consta.
12. ACTITUD FAMILIAR 1 no se conoce familia, 2 acepta, 3 rechaza, 4 indiferente, 5 se ha creado conflictiva familiar, 6 favorece, la ingesta, 7 otras y 8 no consta.
- 13.-CONSECUENCIAS SOCIALES PARA EL ENFERMO. 1 desajuste familiar, 2 separación conyugal, 3 desajuste laboral, 4 absentismo laboral, 5 incapacidad laboral, 6 inestabilidad laboral, 7 conducta antisocial menor, 8 conducta antisocial mayor, 9 degradación social total, 0 no hay trastornos.
14. OTROS DATOS BIOGRAFICOS EN RELACION CON EL ALCOHOL. 1 problemas policiales, 2 problemas legales, 3 donador de sangre, 4 ex legionario, 5 habito adquirido en el servicio militar, 7 servicio militar en Africa, 9 no consta.
15. ANTECEDENTES PSICO PATOLOGICOS FAMILIARES (CONSAGUINEOS) 1 no se conocen, 2 conducta social, anormal (psicopatía o neurosis) 3 esquizofrenia, 4 depresivo, 5 epiléptico, 6 alcohólicos, 7 alcohólicos familiares, no consanguíneos, 8 otros, 9 no constan.
- 16.-ANTECEDENTES SOCIALES FAMILIARES 1 padres separados, 2 desajuste familiar, 3 orfandad, 4 padres desconocidos, 5 no consta, 9 no existen.
17. ANTECEDENTES PERSONALES 1 sin importancia, 2 comicial, 3 tuberculosis, 4 enfermedad infecto contagiosas venéreas, 5 intervenciones quirúrgicas del aparato digestivo, 6 otras, 9 no existen.
18. FORMA ADMINISTRATIVA DE INGRESO - 1 urgencias, 2 convenio Diputación, 3 beneficencia, 4 externo.

- 19.- FORMA DE INGRESO  
1 síndrome de impregnación alcohólica probable,-  
2 sin alteraciones psicopatológicas agudas, 3 em-  
briaguez, aguda, 4 embriaguez patológica, 5 dili-  
rium tremens, 6 estado confuso onírico subagudo,  
7 síndrome paranoide, 8 síndrome celotípico al-  
cohólico, 9 alucinaciones alcohólicas A Korsahoff,  
B otros síntomas demenciales, C externo.
- 21.- DURACION DE LA ESTANCIA número de días por grupo de cinco.
- 22.- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD 1 sí, 2 no, 3 no consta
- 23.- RACIONALIZACION  
1 rutina, 2 ambiente, 3 no consta, 4 servicio mi-  
litar, 5 inmigración, 6 trabajo, 7 matrimonio, 8  
problemas familiares, 10 timidez, 11 problemas eco-  
nómicos, 12 sintomático, 13 la guerra, 14 proble-  
mas emocionales, 15 enfermedad o defecto físico.
- 24.- INTENTO DE SUICIDIO 1 sí, 2 no
- 25.- EDAD INICIO DE LA INGESTA la edad en años, 99 no consta.
- 26.- TIEMPO DE INGESTA el tiempo en años, 99 no consta.
- 27.- COMO BEBE  
1 solo, 2 acompañado, 3 solo y acompañado, 4 no  
consta.
- 28.- QUE BEBE  
1 vino tinto, 2 vino blanco, 3 cerveza, 4 coñac,-  
5 whisky, 6 cuba libre, 7 carajillo, 8 aperitivo,  
9 sidra, A anisados, B ginebra, C wodka, D ron,  
E otros F de todo, G otras drogas y el 0 no cons-  
ta.
- 29.- TRATAMIENTO  
1 apomorfina, 2 farácicas, 3 apomorfina y farádi-  
cas, 4 nada.
- 30.- ASISTENCIA AL GRUPO .59, 60 interno, 61,62 externo.
- 31.- ABSTINENCIA  
1 sí fiables, 2 sí no fiables, 3 no, 4 no contes-  
ta, 5 ingresado en centro psiquiátrico, 6 no ha  
escrito, 7 Devuelta.
- 32.- SOMATICIDAD  
1 alcoholización primaria, 2 síndrome neurítico, 3  
síndromemeningo-encefalítico, 4 síndrome gástrico  
5 síndrome ulceroso gastro-duodenal, 6 síndrome -  
pancreático, 7 síndrome cardio-respiratorio, 8  
ciarrosis hepática, 9 esteatosis hepática, A in-  
suficiencia hepática, B hepatitis alcohólica aguda,

- C miocardosis-miopatías, D disendocrinia gonadal  
E otras disendocrinias, F síndrome anémico y 0  
no consta.
- 33.- DIAGNOSTICO DE JELLINEK  
1 psicosis esquizofrénica, 2 psicosis maniaco  
depresiva, 3 epilepsia, 4 personalidad psicopá-  
tica, 5 neurosis, 6 oligofrenia, 7 beta, 8 gam-  
ma, 9 delta, 10 no consta, 11 epsilon.
- 34.- DIAGNOSTICO DE DEPENDENCIA E IMPREGNACION TOXICA.  
1 alcoholoman'ia sin alcoholización,  
2 alcoholomania y alcoholización,  
3 alcoholización sin alcoholomania  
4 no consta
- 35.- REINGRESO 1 sí, 2 no, 3 fallecido
- 36.- VA A OTROS GRUPOS 1 sí, 2 no
- 37.- MOTIVACION AUMENTO INGESTA 1 rutina, 2 ambiente, 4 servicio militar, 5 in-  
migración, 6 trabajo, 7 matrimonio, 8 problemas  
familiares, 9 no consta, 10 timidez, 11 proble-  
mas económicos, 12 sintomático, 13 la guerra, 14  
problemas emocionales, 15 enfermedad o dfecto -  
físico.

4

HOSPITAL CLINICO PROVINCIAL  
Clínica Psiquiátrica Universitaria  
Prof. Dr. J. Obiols.

Barcelona, Marzo 1972

Muy Sr. mio:

Me complazco en dirigirme a Vd. para tener noticias tuyas, pues estamos interesados en saber como sigue Vd. después del tratamiento a que fue sometido en esta Clínica, y como consecuencia se puso en relación con nuestro equipo.

Por lo tanto le agradeceríamos que nos comunicase su estado actual, bien visitándonos a esta Clínica Psiquiátrica Universitaria - todas las mañanas de 10 a 2, excepto sábados, y o lunes y miércoles de 7'30 a 8'30 de la tarde, o bien telefoneando al nº 253.58.81 a estas mismas horas o escribiéndonos.

Asimismo le recordamos que el grupo de psicoterapia para enfermos alcohólicos recuperados dirigido por el Dr. Pons Bartran, se reúne los lunes a las 7,30 y los miércoles a las 8. ¡Le esperamos!

Con gracias anticipadas, le saluda atentamente,

La Asistente Social

Firmado: Emma Alonso.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "formación"

COMUNICACION Nº 1: INTEGRACION TEORICO-PRACTICA DE ALUMNAS Y PROFESIONALES DEL SERVICIO SOCIAL EN EL CAMPO HOSPITALARIO.

PRESENTADA POR: Rosario Martinez Aparicio y M<sup>a</sup> Pilar González de Zúñiga.  
Asistentes Sociales. Madrid.

Equipo de alumnas de prácticas que han colaborado:

Pilar Pérez-Klett Maria-Tomé

Joana Escriu

María del Pilar Hevia González

Olga Santos

Gabriela Mateos Aparicio

Lydia Rodriguez Dorado

INTEGRACION TEORICO-PRACTICA DE ALUMNAS Y PROFESIONALES DEL SERVICIO SOCIAL - EN EL CAMPO HOSPITALARIO.

Introducción

A la vista de la evolución que el mundo actual trae consigo, a todos los niveles: familiar, social, cultura, etc. y dado que nuestra profesión abarca todos éstos campos, creemos que dicha evolución incide en nuestro trabajo, en nuestras escuelas y en la integración de las alumnas de prácticas en los Centros.

Por considerarlo de sumo interés para todos, hemos tenido una revisión - reflexión sobre nuestro actuar conjunto, de donde ha surgido una comunicación preguntas y respuestas

Las alumnas de prácticas aportan las siguientes dificultades.

- . Adaptación a la Institución donde se van a hacer las prácticas.
- . Choque de la concepción personal de como llevar la permanencia con la ya establecida.
- . Suplir puetos de las profesionales siendo la responsabilidad relativa porque en la realidad no se figura como Asistente Social.
- . Falta de aceptación por el personal de la Institución (trabajo en equipo, conocimiento del trabajo y del roll de la Asistente Social)

- . Flta
- . Realizar las tareas más ingratas.
- . No formar verdadero equipo con las Asistentes Sociales.
- . Excesivo número de niñas de prácticas en algunos Centros.
- . Necesidad de unos Centros Piloto donde se pudiera sin trabas del Centro aplicar las últimas teorías.
- . No tener unas sesiones asistenciales en las que se expusiera un caso y conjuntamente A.S. y alumnas en prácticas expresasen sus opiniones y puntos de vista para elaborar un buen diagnóstico social, de esta manera los alumnos, como tales, aprenderán, cosa que es fundamental para una completa formación en el terreno práctico.
- . El no encontrar siempre en las profesional aquella capacidad de empatía, que conlleva una actividad de profundo respeto para tratar con las personas (otros profesionales, clientes, alumnos de prácticas, etc.) que se traduciría en un saber escuchar, respetar la intimidad y capacidad de aceptar críticas y sugerencias activa y positivamente.

#### LAS ASISTENTES SOCIALES a su vez señalan:

- . Falta de conocimiento del campo de trabajo con la consiguiente pérdida de tiempo en explicarlo.
- . Ausencia de una visión global de la carrera: se polariza tendiendo cada cual hacia el aspecto más atrayente:
  1. Poner parches únicamente, solucionando el problema inmediato que el cliente presenta sin ninguna profundización y sin ninguna perspectiva de futuro para él, pensando en su educación y realización personal.
  2. Ver solamente lo psicológico, olvidando que el problema psicológico tiene como base, en muchos casos, el problema material dado que el hombre está formado de cuerpo y alma y el verdadero equilibrio solo se da al estar armonizados los dos aspectos.
  3. Limitarse al caso individual, dándose mucha importancia únicamente al trabajo directo e individual olvidando las distintas tareas y escritos generales que pueden repercutir en beneficio de la promoción de muchas personas y de la sociedad.
  4. Dispersarse solamente en la Organización, perjudicando aspectos fundamentales en la profesión.

- .- No coincidencia en el momento de la reincorporación de las niñas de prácticas, que lleva consigo otra pérdida de tiempo: a cada una se le ha de explicar, presentar....
- .- Desconocimiento o falta de práctica (según el curso. Se acusa más en primero), en la realización de informes, instancias, cartas....
- .- Falta de responsabilidad.
  1. Personal: inmadurez
  2. Por venir a "cumplir"
  3. Por no sentirse incorporada, aceptada, importante y por tanto responsabilizada.
  4. Edad, falta de aceptación del cliente y organismos debido (en algunos casos) al aspecto infantil que no les ofrece seguridad.
- == El que las alumnas de prácticas no se encuentren aceptadas puede ser un obstáculo para la integración en el trabajo.
- .- La falta de regularidad en la asistencia a las prácticas lo que impide realizar un trabajo con continuidad y a verse obligado a dar tareas rutinarias aisladas del proceso seguido.
- .- El problema reside en nuestra falta de tiempo para una discusión conjunta de casos de verdadero interés para la alumna, y la falta de tiempo para poner atención en ella debido a nuestras múltiples tareas y a la discontinuidad en la asistencia de las de prácticas.
- .- No consideramos excesivo el número de niñas de prácticas, lo que ocurre es que existe una falta de lugares adecuados e independientes para poder rendir sin interferencias mutuas.

#### CONCLUSIONES:

Sería necesario y conveniente contar con un Centro de Prácticas donde las Escuelas, en estrecha colaboración con las Asistentes Sociales de los Centros, pudieran supervisar a la alumna conjugando entre ambas teoría y práctica. Esta supervisión por parte de la Asistente Social sería en un tiempo aparte, exclusivo y regular para la alumna, requiriendo una subvención adecuada.

Las alumnas deberían ir adecuadamente informadas y con detalle de lo sobre lo específico del Centro para conocer el campo en el que va a realizar las prácticas y la forma de trabajar en él. Para ello podría contar con un detallado informe que éstos Centros les facilitarían extensa y responsablemente sobre lo que allí se realiza.

La alumna necesitaría para sus prácticas el poder ver conjuntamente con Asistentes Sociales y otros profesionales casos en los que se discutiría y se opinaría llegando a unas conclusiones que servirían como pauta a la alumna en casos posteriores y para ver como se realiza un auténtico trabajo en equipo - donde se discutirían los papeles para no interferirse los campos. Sería también muy conveniente el realizar distintos métodos: individual, grupo en los cuales se viera claramente el método realizado porque en la Asistente Social - se plasmaría todas aquellas aptitudes que se requieren para un auténtico trabajo profesional serio.

Las escuelas deberían evitar que las alumnas desempeñaran cargos de profesionales sin remuneración, quitando puestos a las Asistentes Sociales. De esta forma el Centro no siente la necesidad de crear un servicio fijo y permanente.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "Formación"

COMUNICACION Nº 2: CONTENIDO ENSEÑANZA TEORICO-PRACTICA.

PRESENTADA POR: Escuela de Asistentes Sociales de la Universidad de Navarra.  
Extracto del trabajo realizado por el equipo de Profesores de la Escuela con fecha 18-XII-1970.

La realización del plan de estudios vigente, por especialistas de cada una de las materias, ha traído como resultado la falta de unidad entre las disciplinas. La conexión vendría por el enfoque de todas ellas desde el trabajo social.

Aunque los temarios gozan de amplitud en cuanto a la materia específica, carecen de esa orientación al trabajo social y eso precisamente por haber faltado el asesoramiento de asistentes sociales.

Por otra parte y ante la posible inclusión de los estudios a nivel universitario es necesario destacar la eminente orientación humanística. El objeto de estudio principal es "el hombre en relación" y por tanto, los conocimientos estarán orientados a obtener una mayor profundización del hombre y su ambiente el hombre formador y creador de una cultura.

Además de la Ciencias Sociales, el Asistente Social debe poner una base humanística que comprenda todos los aspectos constitutivos del entorno del hombre: historia del pensamiento, acervo cultural... y principalmente tanto en cuanto estén inmersos en el presente, tiempo con el que estudia y trabaja el Asistente Social.

El contenido de la enseñanza para la profesión de Trabajo Social, debe partir de los conocimientos adquiridos en los cursos del COU, que serán seleccionados debidamente de entre los grupos de materias que tengan más relación con esta carrera. De acuerdo con la tendencia que parece va a existir dentro del anteproyecto del COU, se vería oportuno elegir el primero de los grupos, que incluye las asignaturas de Pedagogía, Psicología y Antropología Cultural conocimientos que son necesarios para que sobre ellos, se incorporen las específicas de la profesión.

Fomentar el progreso cultural, desarrollar la investigación en todos los niveles con libre objetividad y formar a científicos y educadores.

Integración.-

La tarea central de esta enseñanza es seleccionar y presentar el material de estudio, de tal manera que destaque el todo esencial del hombre, la continuidad sustancial de su desarrollo y la necesidad de que el individuo - aparezca en su contexto histórico-social" (G. Stewart "The teaching of Mental Health in Schools of Social Work").

El sistema educativo responderá a un criterio de unidad e interrelación. Se estructurará sobre la base de un régimen común y regímenes especiales para casos singulares y concretos, como modalidades de aquél.

Así, aparece como primer elemento, a considerar, la necesidad de conseguir la integración del aprendizaje, que proporciona el nexo de las experiencias adquiridas, y no se convierten en algo aislado, sino que se establecen vínculos de unión para conseguir el objetivo fijado. En el estudio del hombre, como ser individual en relación, la integridad adquiere un valor predominante, dado que lo consideramos como un todo, compuesto por distintos elementos, pero siempre con valor unitivo. Toda integración necesita de un núcleo que ejerza la función de elemento unificador, en el Trabajo Social, este núcleo lo constituyen el Método de Trabajo Social.

Es cuestión esencial e ineludible establecer el claro concepto de que - para la formación de asistentes sociales, el aprendizaje debe seguirse en - torno al núcleo formado por el trabajo social. La demás materias algunas de ellas fundamentales, tienen que estar de acuerdo con esos principios y subordinados a la enseñanza de los métodos. La necesidad de su estudio surge de - estos y no a la inversa.

Si no quedase fijado este objetivo, cabría el peligro de llegar a crear "especialistas capitivados de otras ciencias", v.g.: mini-abogados mini-psiquiatras... es decir, profesionales con cierta base en estas materias, que ha sido ingerida de forma sintética e intensiva.

"La fusión de los diversos cursos del plan de estudios en un todo coherente, de manera que el estudiante vea los conceptos que se le enseñan como parte de una unidad y advierta como se unen, cada una de las partes, constituye el problema de la integración"

La integración se estimula evitando la división de conocimientos en compartimentos estancos, procurando que los estudiantes conozcan las interrelaciones que existen.

Enseñanza teórico-práctica.-

Parece innecesario establecer el signo de coordinación entre ambas enseñanzas, dado que en realidad se trata de una sola, ya que para el aprendiza-

je de conocimientos que tiene una inmediata aplicación, se deduce que sea querida esta práctica o aplicación simultáneamente a la adquisición de conocimientos a modo de archivo. Si el centro de la enseñanza del trabajo social, son principios y técnicas conviene señalar la aplicación de las mismas, para que sea aprendido el manejo o habilidad. La división entre teoría y práctica debe ser evitada pues conduce al estudiante a establecer una separación que en la realidad profesional no existe.

En las materias correspondientes al trabajo social, la práctica será la situación del estudiante frente a los fenómenos sociales, ante el cliente, individuo o grupos o comunidades en relación y para ello necesitará de unos conocimientos, que adquirirá en clase colectiva o en el "laboratorio" de las humanidades, es decir de las fuentes bibliográficas. Al mismo tiempo debe familiarizarse con unas actitudes y habilidades que se concretarán a través de la supervisión de su trabajo. En cualquier caso, el binomio teoría-práctica forma tal unidad, que unas veces se partirá de la teoría para llegar a la práctica y otras a la inversa; conociendo un fenómeno social, se verá la necesidad de buscar las fuentes teóricas que le ayuden a resolverlo.

Departamentos.-

La diversidad de conocimientos que componen la carrera obliga a la creación de un sistema departamental, para que las asignaturas de ciencias afines tengan la mayor homogeneidad posible y sigan una línea de unidad. Al mismo tiempo estos departamentos de trabajo social, sociología, psicología, derecho... no rompen con la integridad del aprendizaje, ya que esto debe conseguirse mediante la comunicación de los diversos departamentos. Si los cauces están bien establecidos y funcionan como verdaderos canales, no existirá el peligro de la división y simultáneamente evitará la heterogeneidad.

La ordenación de cada curso responderá a un planteamiento preciso de objetivos, contenidos, métodos de trabajo y calendario escolar, y fomentará la utilización de medios modernos de enseñanza.

Sistema y técnicas educativas.-

El sistema educativo más idóneo para el aprendizaje del Trabajo Social, es la utilización de las técnicas activas, que por sus características ayudan al estudiante a la adquisición de habilidades y actitudes que pondrá en práctica en el ejercicio profesional, y no se limitará a impartir conocimientos. Las técnicas de enseñanza y evaluación son diversas: mesas redondas, panel, simposio... y en cada una de ellas se consigue la participación del estudiante conduciéndole a una mayor comprensión de sí mismo. Los medios audiovisuales facilitan el conocimiento de situaciones que no se presentan en la realidad práctica y que sin embargo deba conocer para saber afrontarlas - cuando llegue el momento.

La selección de técnicas debe dejarse a la libre elección de cada uno de los profesores, así como la programación de los conocimientos, que se coordinará mediante la información en cada uno de sus departamentos.

En cada uno de los departamentos se unificará el contenido o temario, pero la especificación en su programa concreto y diario, así como la selección de técnicas debe realizarla cada uno de los profesores encargados, teniendo en cuenta que tanto las propias teorías sobre el contenido como la personalidad, el modo incluso de impartir los conocimientos, influyen en la enseñanza.

Los profesores de educación universitaria la obtendrán en los referidos Institutos durante el periodo de doctorado o de su actuación como profesores ayudantes.

#### Evaluación.-

El análisis del rendimiento académico, se realiza mediante las técnicas que estime convenientes cada profesor, pero siempre traduciendo a criterios comunes de calificación numérica, acompañado de un informe descriptivo que indique las cualidades y aptitudes del estudiante para la materia correspondiente.

Dentro de los estudios, debe concederse especial atención a la evaluación de las prácticas que se realizan parcialmente a través de la supervisión. En la entrevista sostenida con el profesor, el estudiante ve con mayor objetividad la actuación que haya tenido para resolver las situaciones que se le han presentado. De esta forma comprueba como va adecuando los conocimientos teóricos a la experiencia que debe afrontar. Todo ello valorando la adquisición de actitudes y habilidades que se crean necesarias tales como:

#### Actitudes:

- apertura para recibir conocimientos.
- capacidad de observación
- capacidad de síntesis
- responsabilidades en sus decisiones
- seguridad en si mismo
- respecto a la opinión de los demás (escuchar, no dominar)
- capacidad de juicio.
- técnicas de estudio.

#### Habilidades:

- capacidad de iniciativa
- capacidad de organización

- trabajo en equipo
- mentalidad investigadora
- manejo de bibliografía

El informe de evaluación lo realizará el supervisor, en colaboración con el personal docente y además de los datos objetivos contendrá algunos puntos de interés.

#### Distribución del trabajo.-

Las clases teóricas y prácticas sobre el terreno, ocupan la mayoría del tiempo del estudiante, que necesita sin embargo, de un rato dedicado al trabajo personal. Se entiende por este término, las horas dedicadas al estudio de las materias, redacción de ejercicios y consulta de fuentes bibliográficas. Trabajo que pone el fundamento para que los conocimientos impartidos, descansen sobre algo propio y específico de cada estudiante, resultado de ese análisis y elaboración sin el cual la enseñanza perdería riqueza.

Este plan tiene como pauta el que un estudiante debe dedicar a su carrera un número de horas que oscile entre 40 y 45 semanales. Dividimos ese tiempo en las siguientes actividades:

- 1.- clases teóricas
- 2.- " prácticas
- 3.- estudio personal

Entendemos por esto último las horas dedicadas por el alumno al estudio de las materias y la redacción de ejercicios. Nos parece que la media debería ser de más de 10 horas semanales, durante todo el periodo electivo.

Se puede pensar en la distribución de cursos por cuatrimestres. La ventaja en la aplicación de este sistema, es de que hay algunas materias que tienen continuidad en los distintos cursos, pero que no es necesario emplear las ocho meses en su estudio, pueden de este modo cortarse en el momento oportuno y reanudarse cuando se crea conveniente, mientras que otras que se consideran más básicas pueden seguirse.

Se considera necesario el conocimiento de la lengua inglesa, para la lectura de bibliografía específica.

II CONGRESO NACIONAL DE ASISTENTES SOCIALES  
Madrid, 1 al 4 de Junio de 1.972

PONENCIA: "Formación"

COMUNICACION Nº 3: LA SUPERVISION COMO METODO DE SUPERACION PROFESIONAL

PRESENTADA POR: Julia Echenique Mercado y Rosario Rodríguez de Arias. Asistentes Sociales. Madrid.

INTRODUCCION

La Supervisión en Trabajo Social se entiende como el medio metodológico para ayudar al alumno a integrar la teoría a la práctica (S.S. Individualizado, Grupo y Comunidad)

Basándonos en la experiencia del ejercicio de la profesión en la supervisión durante el espacio de cuatro años con una media de 25 alumnos por año, un promedio de 10 supervisiones individuales por alumno, 8 de grupo y dos evaluaciones parcial y final por curso, supervisando tanto el método individual como el de grupo, podemos en este momento comprobar que los resultados de una supervisión planificada, realizada y evaluada con arreglo al método que la rige puede alcanzar resultados verdaderamente positivos, tanto en profundidad como en horizontes profesionales, dándose este resultado beneficioso profesional no solo en el supervisado sino en el supervisor. Por esto nuestro grado de satisfacción con este método ha motivado la visión de proyección que podría tener en el campo profesional como uno de los métodos de formación permanente.

No dejamos de darnos cuenta que existe una diferencia de base:

- a) En el alumno la Supervisión va encaminada a la asimilación y adecuación de la teoría a la práctica (Realidad que tratamos de reflejar - en esta comunicación)
- b) En el profesional partimos de que la asimilación y adecuación está ya realizada y la función de la supervisión en este caso va encaminada a la proyección y superación profesional con un asesoramiento técnico que entre otros fines nos ayude a la mayor objetividad en la constante de nuestro quehacer diario profesional.

El objetivo de que hayamos dirigido esta comunicación a la ponencia de Formación en su apartado de Permanente es porque estamos conscientes de que el A.S. necesita una constante puesta al día que le permita mantenerse en la

línea de una continua renovación. Esto sabemos es duro y a veces ofrece dificultades.

De aquí la necesidad de búsqueda que tenemos para llegar a desarrollar todo lo que la profesión y la sociedad nos exige.

Como base de nuestro trabajo aportamos el planteamiento de lo que supone la supervisión con los alumnos para de aquí poder partir al encuentro de la supervisión en los profesionales.

SUPERVISION

CONCEPTO.- Es un método cuyo medio de Realización son las Relaciones establecidas entre Supervisor y alumno, mediante la entrevista y su fin lo constituye el esfuerzo que hace el Supervisor para desarrollar en el alumno sus potencialidades de comprensión y sensibilidad social a través de la adaptación de la teoría a la práctica. Analizando este concepto, tenemos:

Los Objetivos Generales y Específicos

Generales.-

- a) El desarrollo personal )
- b) La Formación profesional( Del A.A.S.

Específicos.- Vienen dados en función de:

- a) El grado que cursa el alumno. 2º Curso.
- b) La teoría que se le haya podido dar.
- c) Del tipo o naturaleza de práctica que haga (caso, grupo, etc. En este Curso se aplicará el S.S.T. (se adjunta lista de alumnos)
- d) Otra de las funciones del Supervisor será ayudar al alumno a armonizar los objetivos del método con los de la Institución, en la que está realizando la práctica.
- e) Pensamos que el nivel a alcanzar hasta el final del Curso es el dominio del método de S.S.T. en sus cuatro vertientes fundamentales:
  - estudio
  - diagnóstico
  - tratamiento
  - evaluación (ver programa de la asignatura de S.S.T. adjunta)

El Método Específico.- Lo constituye la Inducción que supone en el Supervisor una capacidad de dirección del alumno hacia la comprensión y adaptación de la teoría, de suerte que su trabajo sea eminentemente profesional y no de voluntariado. Esto se efectuará a través de la reflexión que el mismo alumno haga de las situaciones y problemas que analice. Dependerá todo en -

gran medida de la habilidad y preparación que tenga la Supervisora.

Las Técnicas de Aplicación del Método son:

La entrevista individual  
La supervisión del grupo.

La entrevista individual. Plancada de la siguiente manera:

1. Una orientación clara del Supervisor para la redacción de informes.
2. La presentación previa de informes que hace el alumno sujeta a pautas especiales.
3. La lectura y corrección que hace la supervisora, teniendo en cuenta:
  - a) Consideración de actitudes y comportamiento del alumno frente al problema que trata.
  - b) Interpretación profesional de los hechos
  - c) Comprensión progresiva de sí mismo y de su papel profesional.
  - d) Progreso en la utilización de recursos, tanto físicos como humanos.
  - e) Desarrollo de su aptitud de autovaloración como futuro profesional.
  - f) Una valoración del progreso que hace en la relación de la teoría a la práctica.
  - g) Desarrollo de su capacidad de trabajo en equipo y la armonización del método con los objetivos de la Institución.
  - h) El control periódico de la adaptación y manejo de la documentación.

Supervisión o entrevista en grupo, plancada de la siguiente manera:

1. Es necesario que tenga por lo menos un grupo de cinco alumnos.
2. Que estén trabajando en un mismo campo.
3. Que tengan posibilidades de experiencias similares a fin de facilitar la dirección de la Supervisora. La misma supone:
  - a) En el Supervisor unos conocimientos de la dinámica, la conducción y organización de grupos.
  - b) Unos esquemas concretos y claros sobre la redacción de informes.
  - c) La lectura anticipada que hace el Supervisor de éstos, seleccionando aspectos comunes que motiven la discusión. Estos aspectos serán:
    1. De urgente solución
    2. Que incidan de una u otra manera en la marcha y funcionamiento de las prácticas.

- La organización dará lugar a una exposición buena del alumno y a la motivación que el Supervisor haga de las cuestiones que plantea.

- Sus objetivos de formación profesional implican siempre la capacitación del alumno, a través de la inducción fácilmente dirigida por el Supervisor.

- Tratar de cuidar dos aspectos:

- a) La visión de conjunto por los alumnos y el desarrollo de su espíritu de trabajo en equipo.
- b) Las consideraciones de las cuestiones planteadas con todas sus características individuales.
- c) La oportunidad de una iniciación en un trabajo de investigación social que desarrolle su capacidad de sensibilidad social y coordinación.

#### METAS EN LA SUPERVISION

##### Los de la Escuela

Es necesario:

1º Que el supervisor sea una persona preparada en todos los métodos y técnicas de la profesión complementada con un amplio nivel cultural acerca de todas las ciencias que le ayuden a comprender mejor al ser humano.

2º.- De esto se desprenderá:

- a) Una mayor eficacia en los Supervisores.
- b) La garantía que se puede ofrecer al alumno que se ponga en sus manos.
- c) El prestigio profesional y del Centro en que se trabaje.

3º.- Exige unos niveles para cada curso y deben ser presentados por el Supervisor correspondiente a la Dirección de la Escuela.

##### Los del Supervisor:

1. Desarrollo personal del alumno; profundizando en:

- objetividad
- equilibrio
- iniciativa
- seguridad
- espíritu de equipo

2. La movilización de sus potencialidades de comprensión y sensibilidad social.
3. La adaptación plena de la teoría a la práctica.
4. Debe quedar en el Supervisor la convicción plena de que aquel alumno queda preparado convenientemente para enfrentar y orientar profesionalmente todos los problemas que se le presenten.

#### Cara a las Supervisoras

- Toma de conciencia de los objetivos generales y específicos.
- Integración y asimilación de los objetivos generales y específico de los otros dos cursos para conseguir una unidad dentro de la individualización de cada uno.
- Respetar y participar en los sistemas que quedan señalados para el desarrollo de los objetivos.
- Investigar sobre la aplicación de dichos sistemas, y proponer cuantas formas o cambios puedan superarlo.
- Comunicación de las asimilaciones y validez del sistema cara a los alumnos.
- Comunicación de experiencias y dificultades surgidas en Supervisión.

#### Cara a la Escuela

- Compromiso del cumplimiento de objetivos
- Participación activa y preparada en Claustros, seminarios y cuantas actividades sean propuestas por la Escuela.
- Su equipo con la Cátedra correspondiente.
- Lealtad a los principios y criterios que rigen la Escuela.
- Fomentar iniciativas
- Dar a conocer experiencias que puedan beneficiar el desarrollo general de la Escuela.

#### Los del alumno

1. Espera una orientación clara y objetiva
2. Sabe que el Supervisor está preparado y exige respuestas a todas sus inquietudes profesionales.

3. Desea obtener un título con la seguridad de que los conocimientos impartidos por el Supervisor son ciertos y profundos.
4. Cuando el supervisor siente la presión del alumno, y la tirantez en sus entrevistas es posible que se deba a una falta de preparación y tacto.
5. Las Supervisoras de segundo curso conscientes de la importancia de la Individualización, se transferirán los casos de los alumnos que presenten problemas de relación en la Supervisión con el consiguiente beneficio para el alumno.

#### Lugar de la Supervisión

Será: 1. En la misma Escuela en el despacho del Supervisor

2. Se coordinará el trabajo con el Centro de prácticas mediante una visita del supervisor. Esta será necesaria para tener una visión más objetiva y real del rendimiento y comportamiento del alumno.

#### Evaluación, que deber ser parcial y final

La Parcial debe estar sujeta a:

1. Una revisión parcial de su trabajo sobre la base de:
  - a) Lo que ha enseñado y ha aprendido su alumno.
  - b) De las metas exigidas por la Escuela.

#### La Final

Considera en una misión global todo su trabajo de curso, teniendo en cuenta lo siguiente:

- a) La evaluación parcial y los resultados obtenidos en ésta.
- b) De los esfuerzos realizados por superar las dificultades, tanto en sus relaciones con el alumno como en su superación profesional.
- c) El resultado lo presentará en forma de Memoria a la Dirección de la Escuela.
- d) El alumno lo hará de acuerdo a una pauta aplicada al método que practica.

- e) A la hora de la evaluación final se contará con un informe del Asistente Social del Centro de Prácticas, a fin de tener una visión más objetiva del rendimiento del alumno.

En último término: Teniendo en cuenta el fin de la evaluación especificará:

- a) El balance de unos resultados obtenidos
- b) Las líneas y sugerencias a seguir en vista de los resultados positivos y negativos.

#### CONCLUSIONES

Los caminos y cauces para la formación del alumno a través de la supervisión están abiertos, comprobados y en continua línea de evolución-superación. Nuestro interrogante es ¿cómo podemos adecuarlo en el terreno profesional? Pensamos que así como a nosotras a muchas otras profesionales se les ha planteado esta misma inquietud.

Esta comunicación es una incitación para que entre todos lleguemos profundizando en ello a encontrar la forma y el contenido de una supervisión de profesionales que nos ayude a mantenernos al día, a descubrir e investigar sobre los métodos que aplicamos las necesidades que atendemos, etc.

Esperamos sinceramente que las que coincidimos en inquietudes seamos capaces de sacar este proyecto que podría mejorar de hecho nuestra formación permanente.