

## Anexo

### La entrevista de trabajo social en algunos contextos especializados

La atención de los trabajadores sociales en servicios especializados en el tratamiento de personas con determinados tipos de problemas tiene características comunes: por un lado, un conocimiento profundo de la temática que les ocupa; por el otro, una amplia experiencia en la observación de las características tanto de los usuarios como de sus familiares y en la utilización de abordajes técnicos de tratamiento. La especialización en la temática específica corresponde a todo el equipo asistencial que trabaja en el servicio especializado, así como la filosofía y los objetivos de atención, lo cual fomenta entre los profesionales el interés por intercambiar nuevas observaciones y conocimientos que favorece en gran medida la atención a los usuarios.

Ya hemos mostrado a lo largo del libro que las entrevistas que realizan los trabajadores sociales se caracterizan por ser muy diversas en relación con: a) las características propias de la edad y la situación familiar, laboral o social de los consultantes; b) el tipo de problemas o necesidades que presentan —enfermedad, discapacidades psíquicas, físicas o sensoriales, trastornos mentales, etc.—; c) los estadios de la relación profesional con el trabajador social —primeras entrevistas (las más frecuentes en muchos servicios), entrevistas de tratamiento o seguimiento, cuando el profesional y el consultante establecen un plan de ayuda psicosocial, entrevistas individuales o familiares, etc.—; d) aspectos legales, económicos, éticos o sociales, entre muchos otros.

En cada entrevista el trabajador social trata de atender las necesidades que el consultante presenta, pues son competencia del ámbito del servicio donde se desarrollan y de las finalidades del trabajo social como profesión. En este sentido, la respuesta del trabajador

social ha de integrar tanto la comprensión como la satisfacción de las dificultades actuales de los consultantes; asimismo, considerar y atender, con visión prospectiva y preventiva, la situación y las demandas de los propios consultantes.

Este anexo, además de ubicar las entrevistas en contextos determinados de intervención especializada, ofrece ejemplos de entrevistas con algunas particularidades interesantes para estudiantes y profesionales, entre ellas, las entrevistas a domicilio, las entrevistas telefónicas, las que tienen por objetivo motivar o incentivar conductas positivas en el consultante, o plantear cuestiones éticas y de responsabilidad.

#### AI. INTERVENCIÓN SOCIAL DESDE SERVICIOS DE SALUD

El trabajo social está presente en los servicios de salud en la medida en que la salud se entiende desde una perspectiva integradora y biopsicosocial. En el capítulo I nos referíamos a la importancia del concepto de salud expresado en el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (1976), en la Carta de Ottawa (1986) y en la Declaración de Yakarta (1997). La Declaración de Alma Ata (1978) también incluye el concepto.

Las entrevistas de los trabajadores sociales tienen que adaptarse a las características del ámbito y el lugar en el cual las realizan, ya sea un servicio de urgencias, un despacho, el domicilio, la habitación de un hospital o un centro sociosanitario —con la persona postrada en la cama, con el familiar y el trabajador social sanitario a su lado e incluso con otro acompañante en la misma habitación—, atendiendo al tiempo destinado a ella, que por lo general es poco, para que sea efectivo en la resolución de las problemáticas que se presentan en los ámbitos descritos.

Las dificultades sociales presentes en los servicios de salud siempre se hallan asociadas a procesos de enfermedad o a importantes disfunciones de salud. Unas veces es la situación de salud la que ocasiona dificultades sociales de índole personal, familiar, laboral, etc.,

otras es al revés, es decir, el funcionamiento social anómalo —los conocidos determinantes sociales— de la salud es el que da lugar a importantes problemas de salud.

Veremos a continuación dos ejemplos de entrevista característicos de atención primaria de salud. La primera, desarrollada en el domicilio de una pareja con problemas de cronicidad, refleja la sobrecarga extrema a la que se ve sometida la hija de la pareja; la segunda, presenta a una tercera persona que alerta de una situación de riesgo sobre la que la persona objeto de intervención no efectúa ninguna demanda.

#### Caso 1. visita al domicilio de los padres de Marta

En el capítulo 7 (pp. 205-211) se describe la situación de Marta, una mujer joven emocionalmente desbordada por su situación familiar y la de sus padres. En la entrevista, la trabajadora social propone una visita domiciliaria del equipo médico y social que trata al padre de Marta, para valorar su estado de salud en particular y la situación psicosocial de la familia en general en este momento de crisis.

Tras la entrevista con Marta descrita en el capítulo 7, la trabajadora social contacta con el equipo médico, y juntos deciden realizar una visita a domicilio con el objetivo de valorar la situación social y sanitaria del Sr. Carlos y ofrecer alternativas. Al llamar a la puerta del domicilio, es Marta la que atiende.

TRABAJADORA SOCIAL: Hola, Marta, ¿qué tal? Vengo con la doctora Ponce y Mabel, la enfermera de tus padres. Os conocéis ¿no?

MARTA: Sí, sí, claro, por mi padre. Adelante, pasen.

TS: (*mientras avanzan por el pasillo*) ¿Sabe tu madre que veníamos?

M: Sí, os está esperando.

TS: Hola, señora Pura, soy la trabajadora social, vengo con su doctora y la enfermera. Ya le había dicho su hija que veníamos ¿verdad?

SRA. PURA: Sí, ya me lo ha dicho.

(*La Sra. Pura está sentada en una silla, con expresión seria, vestida con ropa de calle, mientras la doctora y la enfermera la saludan*)

DRA. PONCE: Usted, señora Pura, es paciente de mi cupo, pero la he visto muy pocas veces. No suele venir por el CAP...

SRA. P.: No, es que yo me encuentro bien de salud; además, cuando necesito alguna cosa, voy a la mutua, y solo vengo alguna vez por recetas, pero normalmente tampoco las necesito, me encuentro bien. Y ahora, por lo de mi marido, es mi hija la que lo acompaña porque no quiere ir conmigo, además yo lo prefiero porque me pone muy nerviosa.

DRA. P.: Ya... está muy bien no ir mucho al médico, es verdad..., de todos modos ahora me da la impresión de que usted está muy cansada, ¿no es así?

SRA. P.: Claro, porque no me deja dormir, he pasado una noche horrible, no ha parado de querer levantarse, pero cada vez anda peor, tropieza, o se cae, o forcejeamos, me grita... hoy por poco no me da un golpe, y yo porque lo he esquivado... ya no puedo más. Siempre estoy sola con él, y yo ya soy mayor, aunque no lo parezca.

M: Mamá, últimamente vengo todas las noches...

SRA. P.: Cuando te llamo, que si no, no vienes...

M.: (*con ansiedad*) Bueno, estoy en casa con los niños, ya lo sabes, que yo no me puedo mover así como así; vengo de día y luego me voy, pero no sé si me sale a cuenta porque cuando me voy tengo que volver y es una locura.

SRA. P.: (*provocativa*) Pues que quieres, ¿que no te llame?

M: No, mamá, yo no te digo eso, pero tienes que entender que no es fácil para mí.

SRA. P.: Claro, ni para mí. (*dirigiéndose a los tres profesionales*) además, cuando viene, viene con los niños, se pasan aquí el día y me vuelven loca, ¡eso ya es lo que faltaba!

M: (*angustiada*) Mamá, no puedo hacer otra cosa (*explica a las profesionales*). Esta misma noche me acababa de acostar después de que el bebé comiera y me llamó, tuve que venir con él porque mi marido no se quería quedar solo con él por si yo tardaba y lloraba. Claro, a la hora que era cuando he conseguido tranquilizar a mi padre ya era demasiado tarde para volverme a mi casa así que me he quedado a dormir aquí, pero es que a las ocho de la mañana ya estaba aquí mi marido con los otros dos porque no tenía con quién dejarlos. Eso es

así, ahora están en la habitación del fondo, le he pedido a una vecina que se quede con ellos allí para poder enterarme yo; si no, es imposible.

ENFERMERA: Y cuando llegaste ¿cómo estaba tu padre? ¿Qué hacía?

M: Estaba muy nervioso, le di unas gotas de haloperidol; me costó mucho que se calmara y creo que me pasé porque todavía duerme.

DRA. P.: ¿Cuántas le diste?

M: Quince, el neurólogo nos dijo que diez, pero esta noche no había manera.

DRA. P.: No, no hay problema.

SRA. P.: Además ahora se ensucia, antes no era así, pero ahora se lo hace todo encima y mancha las sábanas, mete las manos y se marraña y lo tengo que cambiar. Es un desastre, no puedo, no puedo.

DRA. P.: Bueno, vamos a verlo ahora, y hablamos.

TS: Id vosotras con Marta y yo me quedo aquí hablando con la señora Pura, (*a ella*) si le parece bien... Así adelantamos...

(*Marta, la dra. y la enfermera se dirigen a la habitación del padre de Marta*)

TS: Señora Pura, esta es una situación bien complicada, ya lo veo, y también que usted está muy cansada y que su hija no es la persona más adecuada en estos momentos para darle toda la ayuda que usted necesita.

SRA. P.: No, no lo es... y nunca lo ha sido.

TS: Ya, pero ahora, es que además acaba de dar a luz, hace muy poco tiempo... son tres hijos y en esos casos normalmente las mamás necesitan que las ayuden a ellas y no al revés.

SRA. P.: Sí, pero eso le pasa por tener tantos hijos, ya ve con los tiempos que corren para qué y con lo mal que le va con su marido, después los chiquillos... es una pena... y ahora siempre nerviosa perdida, ella y nosotros.

TS: Usted solo tuvo una ¿no?

SRA. P.: Sí. Para qué más. Y mire...

TS: Bueno, pero usted la tiene aquí y aunque sea verdad que está aquí con los niños y todo, imagínese si no la tuviera, todavía sería mucho peor...

SRA. P.: Tendría que pedir ayuda a alguien, está claro, o ingresarlo en una residencia.

TS: Claro. De todas formas ahora, tal y como están las cosas, me parece que es un momento para pensar en pedir más ayuda porque parece que tal y como está su marido, en esta casa faltan manos. Es una pena que las ayudas sociales tarden tanto. Podríamos pedirle la ley de dependencia y algún servicio de ayuda a domicilio, pero claro, desde que lo pedimos hasta que llega pasa bastante tiempo y creo que usted no puede esperar.

SRA. P.: No puedo, no.

TS: ¿Y cómo vería buscar a una persona que de manera privada viniera unas horas a casa para ayudarle? Entre tanto podríamos empezar a tramitar alguna ayuda.

SRA. P.: Pero cómo sería, ¿unas horas nada más?

TS: Lo que usted quisiera y pudiera pagar... cuando hiciera más falta... Muchas personas lo hacen por la mañana para hacerles la higiene y luego por la noche otra vez para ayudar a darles la cena y acostarlos.

SRA. P.: Sí, pero si viene por la mañana y se ensucia después ¿qué hago? Eso no me sirve, tiene que ser alguien todo el día (*se oyen los gritos del señor y cómo intentan calmarlo*). Y eso ¿cuánto costaría?

TS: Bueno, todo el día es bastante caro, es un tipo de trabajo que para quien lo hace siempre es poco y para quien lo paga representa un gran esfuerzo... no sé, habría que mirarlo, pero quizá podría encontrar a alguien por unos mil o mil doscientos euros al mes tirando barato.

SRA. P.: ¡Qué barbaridad! ¡Si él cobra mil!

TS: Ya... de todas formas, a lo mejor podemos pensar en alguien que venga unas horas y luego complementar entre usted y su hija, al menos organizarlo un poco más entre todos y con un poco de ayuda, y a medida que vaya evolucionando ir viendo nuevas posibilidades. También podríamos poner un servicio de teleasistencia para que si pasa algo urgente por la noche usted pudiera llamar y vinieran a ayudarla, por eso no le iban a cobrar nada.

*(Entran la doctora, la enfermera y la hija. Explican que desde la última visita el Sr. Carlos ha empeorado mucho, y que creen que presenta*

*una serie de síntomas que podrían intentar compensarse y que estuviera mejor o al menos no diera tantos problemas en casa)*

TS: Eso cambia las cosas de lo que estaba hablando con la señora Pura, quizá por lo que decís ahora lo conveniente sería buscarle un centro sociosanitario para personas con trastornos cognitivos y problemas de conducta para intentar compensar esos síntomas. Serviría ese ingreso también para que la señora Pura y Marta pudieran descansar y organizarse para cuando le dieran de alta del centro, con alguna ayuda privada en casa y luego paralelamente iríamos pidiendo las ayudas a las que pudiera acogerse. Eso o buscar otras alternativas...

M: ¿Y qué centro sería?

TS: Para estos casos tenemos uno muy bueno que nos toca por zona, allí trabajan muy bien, y el tiempo de su estancia lo cubre la seguridad social. Por otros casos sé que podemos conseguir el ingreso en breve, quizá tarde como mucho dos semanas. Luego nosotros trabajamos bastante con ellos y nos pueden mantener informados del proceso. Mientras tanto ¿creen que podrían buscar a alguien para ayudarles?

M: Sí, yo tengo una amiga que se dedica a esto. Rosa, mamá, ¿te acuerdas?

SRA. P.: *(conformada)* Sí.

TS: Pues podrían intentarlo, eso estaría bien. Nosotros podemos hacer los informes rápido ¿verdad? *(la dra. P. y la enfermera asienten y le dicen a Marta que se pase por el centro para buscar el volante de la ambulancia si así lo prefieren, también aprovechan para dar consejos sanitarios e instrucciones sobre la medicación)*.

TS: Bueno, pues ahora cuando nos vayamos haremos esa petición y les diré algo lo antes posible. Tendrán que marcarle la ropa con su nombre, preparar una bolsa con productos para la higiene, bata, pijama, zapatillas... ya les diré. Es importante que cuando ingrese puedan ir ustedes cuando les indiquen para que les informen de todo, y lo más importante, de ver qué pueden hacer para mejorar al señor Carlos. Si Marta va, es importante que vaya sola, o al menos solo con el bebé, los niños la distraen y no permiten que se centre, y esto es un tema importante. Eso o que, en vez de ir Marta, vaya usted, señora Pura.

SRA. P.: No, yo no. Que vaya ella y ya me quedaré yo con los niños.

M: ¿Seguro, mamá? (*desconfiada*) Mira que nunca quieres quedarte con ellos...

SRA. P.: Que si te digo que sí es que sí. Además no estará tu padre, yo no quiero quedarme con todos, pero con ellos, si no hay más remedio, sí.

TS: Vale, pues nosotras seguiremos hablando de cómo hacerlo en un futuro próximo. Pero ahora ¿hay alguna cosa que le preocupe, que quiera decirnos antes de que nos vayamos?

SRA. P.: No, no sé... estoy aturrida... no sé qué tengo que preparar ni cuándo se lo llevan.

M: No te preocupes, de eso ya me cuido yo, que lo he entendido, mamá.

(*Se despiden*)

La visita a domicilio por parte del equipo de atención primaria (médico, enfermera y trabajadora social) se produce con el fin de valorar la situación global del enfermo y es una actividad genuina de los servicios sanitarios. A menudo, las visitas domiciliarias aportan gran información para establecer el diagnóstico integral de la persona atendida.

La vivienda de las personas acostumbra a ser el reflejo de características personales y familiares. Repletas de objetos, cálidas, frías, austeras, ordenadas o caóticas, limpias, sucias, con barreras o dificultades de acceso, con riesgos de caídas o de incendios por instalaciones deficitarias, etc. También permiten la observación de las personas en su medio, cómo se mueven y se relacionan en el espacio; asimismo, el modo en que se lleva a cabo la higiene personal (si se está presente o nos muestran cómo lo hacen), la transferencia de la silla a la cama, de la alimentación (no solo por el contenido nutritivo ni la calidad de los alimentos, sino por el valor relacional del acto de dar comida a otro, esto es, lo ayuda, lo suple, lo complementa, le da fuerza, etc.).

La doctora Ponce y la enfermera asumen la función de evaluar el estado sanitario del padre de Marta. Mientras lo hacen, la trabajadora social, que valora el hecho de que Marta haya seguido sus indicaciones y haya pedido ayuda a una vecina para cuidar a sus hijos durante la

visita, opta por aprovechar para hablar a solas con la señora Pura y establecer una relación de confianza con ella, que como es lógico se muestra desbordada y se queja de la enfermedad del marido, ya que no parece comprender la situación en general ni aceptar la «poca» ayuda que le brinda su hija.

- La trabajadora social escucha a la Sra. Pura y, sin contradecirla, intenta, con poco éxito, que comprenda la situación de la hija, que valore la ayuda que le ofrece. La madre aprovecha para señalar el «mal hacer» de la hija por su matrimonio (quizá una mala elección) o por haber tenido tantos hijos, algo que le «parece irresponsable». La trabajadora social intenta que la madre empatice por un momento con la situación de la hija, con su reciente maternidad, aunque no puede conseguirlo por completo, pese a que, al final de la visita se ofrece (aunque sin demasiado entusiasmo) a cuidar de sus nietos.
- Por un momento la trabajadora social tiene la tentación de aproximarse a la maternidad de la señora Pura, pero se da cuenta de que no es el momento y abandona su intención. Probablemente interesarse por esa vivencia ahora, tendría que ver más con la curiosidad de la profesional que con la necesidad del estudio y de la intervención del caso, centrado principalmente en el padre.
- La trabajadora social explora con sumo cuidado las posibilidades económicas, a la vez que informa someramente de ayudas que no serán accesibles a corto plazo. Por ello, ofrece la posibilidad de servicios privados de ayuda a domicilio para complementar el esfuerzo de todos y que pueda cubrir tantas horas como sea posible pagar.
- Pese a todo, la situación sanitaria del señor Carlos parece requerir un ingreso sociosanitario, por lo que la visita se dirige a informar de este nuevo escenario y de fijar la dirección de las nuevas intervenciones que se sucederán a medio plazo.

Después de las dos visitas, da la impresión de que el caso de Marta y sus padres ha tomado una nueva dirección. En el seguimiento será posible *continuar* abordando muchos otros temas.

#### Caso 2. Entrevista con la señora Emilia

A la consulta de trabajo social de un equipo de atención primaria de salud acude una mujer sin cita previa, con aspecto angustiado, solicitando ser atendida de manera urgente.

La señora Emilia refiere que tiene una hermana mayor, Rosario, de 57 años, residente en el mismo barrio, con la que mantiene un trato esporádico porque siempre, dice, ha sido muy solitaria. A pesar de ello, la señora Emilia se preocupa por su hermana y cada dos semanas la llama; sabe que, si no lo hiciera, Rosario no lo haría nunca, y así lo ha aceptado.

Ahora se muestra preocupada porque una vecina le dijo que su hermana estaba muy delgada y desmejorada. La señora Emilia fue a verla y se quedó muy sorprendida, ya que realmente había adelgazado mucho. Intentó convencerla de ir al médico, pero Rosario se negó, dijo que no era nada y que ya le pasaría. La señora Emilia no se siente capaz de convencerla de que vaya al centro de salud, pero sabe que lo necesita y teme por lo que le pueda pasar. Comentó esta situación a su médico, quien le recomendó que hablara con la trabajadora social.

Tras varias averiguaciones, la trabajadora social comprueba que la hermana de la señora Emilia ha ido al centro de salud tan solo en dos ocasiones y de ello hace mucho tiempo. Actualmente ni siquiera tiene médico y enfermera asignados.

La trabajadora social da la siguiente indicación a la señora Emilia: «Muéstrole su preocupación por su estado, y la necesidad de que se visite en el CAP. Dígale que ha hablado conmigo y que yo la llamaré».

- A menudo, personas con dificultades de diversa índole se muestran reticentes a pedir ayuda a los servicios sanitarios, ya sea por no tener conciencia de malestar, por miedo, por incapacidad o por otras razones. Es entonces cuando perso-

nas de su entorno cercano (familiares, vecinos, amigos, etc.) ponen en conocimiento de los profesionales esas situaciones esperando de ellos una intervención.

- Son típicos los casos de personas con problemas de salud mental, adicciones, en situación de gran aislamiento o con síndrome de Diógenes, por ejemplo.
- En estas situaciones el profesional tiene que hacer una primera valoración de la demanda, ya que, si bien la mayoría de las personas solicitan una ayuda real, en algunas ocasiones la demanda incluye y expresa situaciones de conflicto de dominio o de manipulación que pueden manifestarse en expresiones verbales de descalificación, agresión o desprecio hacia la persona que presentan como necesitada de ayuda.
- La trabajadora social ha de establecer una estrategia de aproximación que posibilite el contacto con la persona y la vinculación con los servicios de salud. Esto no es fácil.
- Del relato de la señora Emilia sobre su hermana se desprende una serie de indicadores de riesgo que sustentan la intervención (pérdida de peso notable, persona solitaria y aislada, rechazo de cualquier tipo de ayuda), indicadores que pueden ser una alerta sobre un problema de salud de cierta gravedad.
- El primer contacto es fundamental y por ello la trabajadora social recomienda a la señora Emilia que le explique a su hermana que ha pedido ayuda al centro de salud y que la llamarán por teléfono. Con ello la trabajadora social pretende presentarse ante Rosario desde una práctica ética, sin engaños y motivada por la preocupación de personas de su entorno, como la hermana y la vecina.

Llamada telefónica de la trabajadora social a la señora Rosario

Una semana después, la trabajadora social llama por teléfono a Rosario, la hermana de la señora Emilia.

TRABAJADORA SOCIAL: ¿Señora Rosario? Buenos días. Soy la trabajadora social de su centro de salud.

ROSARIO: Hola, dígame...

TS: Su hermana Emilia ha debido decirle que la llamaría ¿verdad?

R: Sí, algo me dijo (*parece molesta*).

TS: Bueno, señora Rosario, yo la llamo porque su hermana está preocupada por su salud; parece que últimamente usted no se encuentra bien...

R: Bueno, ella exagera, no es para tanto, es que no tengo hambre.

TS: Sí, pero parece haber perdido mucho peso y he visto que usted no viene nunca por aquí, no tiene médico asignado...

R: Es que no me ha hecho falta.

TS: Ya, de todas formas ¿le molestaría a usted que nos conociéramos? ¿Quizá podría venir un día a verme o ir yo a su casa si usted no puede venir?

R: No me molesta, pero creo que no hace falta. Es que mi hermana siempre me mete en líos y no sabe estarse quieta.

TS: Señora Rosario, yo creo que más allá de la preocupación de su hermana, quizás estaría bien que al menos nos conociéramos, le asignáramos un médico y una enfermera para cuando los pudiera necesitar y al menos tenerlo usted arreglado para cuando quiera utilizarlos, ¿qué le parece? ¿Viene usted a verme? o quizá si le cuesta salir de casa yo también puedo visitarla a domicilio...

R: Bueno, ya voy yo...

Entrevista con la señora Rosario en el CAP

El día de la visita Rosario, una persona de aspecto muy frágil y un poco descuidado, parece mucho mayor de lo que es.

TRABAJADORA SOCIAL: Hola, señora Rosario, le agradezco mucho que haya venido. ¿Había estado aquí alguna vez?

R: Ya no me acuerdo, creo que hace tiempo vine alguna vez de urgencias... pero bueno, ya estoy aquí, dígame.

TS: Me gustaría conocerla, ya sabe. Su hermana se preocupa por

usted y veo que es cierto que está usted muy delgada, no parece que se encuentre bien...

R: Es que no me encuentro bien, pero es que últimamente la comida no me sienta bien, pero no es nada, ya se pasará.

TS: Rosario, he visto que no tiene médico asignado. ¿Eso quiere decir que nunca está enferma o que va a otros servicios?

R: No, no voy a ninguna parte; es que no me gusta ir a los médicos, siempre te encuentran algo.

TS: Sí, es verdad, a veces es así... ¿ha tenido malas experiencias?

R: Bueno, mi marido murió joven, de un infarto. Había ido al cardiólogo la semana anterior y le dijo que estaba bien. Le dio visita para revisión dentro de seis meses y al día siguiente se murió. Ya ve de que sirve ir al médico... *(entre triste y molesta)*.

TS: Oh, vaya... debió usted enfadarse mucho y sentirse muy mal...

R: Claro, ¿cómo se sentiría usted? Un hombre joven y fuerte, si lo hubieran ingresado, o lo hubieran operado a lo mejor no habría pasado.

TS: Debió ser muy duro para usted, entiendo que de eso hace mucho y que él era joven, ¿no?

R: Si, él tenía 42 años y yo me quedé muy sola.

TS: ¿No tuvo hijos?

R: No. Solo tengo a mi hermana.

TS: Y la ve muy poco...

R: Es que en realidad no veo a nadie.

TS: Cuénteme un poco eso...

*(La Sra. Rosario refiere que cuando murió su marido ella quedó muy sola, no entendía lo que había pasado y no quería hablar con nadie. Poco a poco fue perdiendo la relación con familiares y amigos; sus padres habían muerto hacia mucho y ella dejó de trabajar; cobraba una pequeña pensión de viuda y como tenía el piso pagado tenía suficiente para vivir; ella no necesita apenas nada, vive en su mundo, dice, la única que la llama y que sigue insistiendo es su hermana, pero nadie más)*

TS: Los duelos a veces pueden ser muy complicados, pero además me da la impresión de que usted está sufriendo mucho, quizá dema-

siado. No hay duda de que la pérdida fue muy dolorosa, pero parece que usted la vivió de una manera muy intensa y que eso ha afectado mucho a su vida.

R: Claro. Es que yo no tengo interés en vivir, a mí ya todo me da igual, desde que él se murió me da igual...

TS: Sí, sí, ya veo. Usted seguramente se deprimió mucho, y sigue deprimida, y su poco interés por la vida la lleva también a no querer relacionarse con otros, o no preocuparse por su salud y visitarse, pero eso ocurre porque hay algo que no funciona bien.

R: ¡Es que lo que yo quiero es morirme!

TS: Ya, mujer, ¡pero tampoco hay que sufrir más de la cuenta! Además, eso de morirse llega cuando llega, y hay maneras de morirse que son mejores que otras. Al menos cuando llegue el momento hay que intentar morir bien.

R: Sí, es que yo nunca he tenido el valor de suicidarme. Además soy creyente y sé que no estaría bien.

TS: Pero además es que ya ha sufrido usted bastante, ¿no le parece? No sé si ahora está muy enferma o no, quizá no lo esté, pero es importante que se visite y que podamos ver qué le ocurre. Si no es nada, mejor; y si lo es, a lo mejor se puede coger a tiempo. Creo que usted no está acostumbrada a que la cuiden...

R: No, yo siempre estoy sola, me cuido a mí misma (*muestra cierta emoción controlada*).

TS: Bueno, pensándolo bien, creo que su hermana también la cuida cuando la llama o cuando me pide que la ayude... a mí me gustaría poder ayudarla, si me lo permite...

R: Sí, y yo no se lo pongo fácil a mi hermana... pobre... pero ¿qué quiere hacer usted? (*sonrisa tímida*).

TS: Tengo la impresión de que hacía mucho que usted no hablaba con nadie de estas cosas como hoy y me parece que no le ha ido mal.

R: No, no hablo con nadie, tampoco sé para qué sirve remover...

TS: Bueno, creo que usted está muy removida con estas cosas, casi siempre, pero que solo habla de ellas consigo misma, y a veces hablarlas con otra persona ayuda, y más si es con un profesional.

Le voy a proponer una cosa: me gustaría seguir viéndola, ir conociéndonos, poco a poco, e intentar mientras tanto que un médico la visite; si hay algo que tratar, ya lo veremos, quizá no haya nada... en cualquier caso ya irá decidiendo usted lo que quiera o no quiera hacer. ¿Le parece bien?

R: Bueno, no sé...

TS: ¿Se siente mejor con una médica o con un médico?

R: Mujer, con una mujer es más fácil para mí.

TS: Vale, pues tenemos una doctora muy buena y agradable que la pueda visitar.

- Podemos clasificar las dos entrevistas anteriores como «entrevistas motivacionales», ya que la trabajadora social propone atender el estado de salud de la señora Rosario, y enfatiza «ahora o cuando lo necesite», le comunica que «estaría bien conocernos» y regularizar su situación sanitaria; en este sentido, le propone un encuentro personal, lo cual puede ser más motivador para la señora Rosario que ir directamente al médico.
- También podemos considerar que se trata de entrevistas «asertivas», ya que la profesional, a partir de los datos que le ha proporcionado la hermana de la señora Rosario, piensa que esta última debería visitar al médico para controlar su estado de salud, por lo cual la trabajadora social, mediante propuestas motivadoras, insiste en la conveniencia de que se desplace al centro de salud y se entreviste con ella, mostrando su interés y proponiendo incluso una visita a domicilio.
- En la llamada telefónica, y durante la entrevista, se percibe una relación respetuosa por parte de la trabajadora social que intenta no resultar agobiante o intrusiva, pero firme en su intención de conseguir que la señora Rosario vaya al CAP. Si su actitud fuera más laxa, con toda probabilidad no conseguiría que se dejara visitar por su médico.
- El resultado es la aceptación por parte de la señora Rosario de acudir al CAP.

- La trabajadora social valora y agradece con empatía el hipotético esfuerzo que ha realizado la señora Rosario al vencer su inercia y retraimiento y acudir al centro médico.
- La trabajadora social abre una vía de comunicación sobre lo que piensa y siente la entrevistada, una persona siempre aislada y poco comunicativa. La profesional posibilita la expresión del duelo por la pérdida del marido, así como la manifestación de la desesperanza y de las ganas de morir; ante lo que la trabajadora social no se asusta, sino que lo recoge de forma comprensiva.
- Con la colaboración de la trabajadora social la entrevistada verbaliza el dolor vivo y encapsulado durante muchos años. De forma sutil, pero directa, la profesional señala el rechazo que la señora Rosario manifiesta ante los cuidados y el afecto que le ofrece su hermana. Realidad que ella acepta.
- La trabajadora social le sugiere que sufre demasiado y le muestra cómo el hecho de hablar parece sentarle bien. Le asigna médico y enfermera así como la cita para otra visita.
- Para un primer encuentro, la trabajadora social está satisfecha; considera que es más que suficiente.

## A2. LA INTERVENCIÓN EN PROCESOS DE INCLUSIÓN SOCIAL CON PERSONAS SIN HOGAR

Las bases fundamentales de la intervención con personas sin hogar son la proximidad y el acompañamiento social. Entendiendo la proximidad como

una forma de intervención proactiva que se construye «con» y lo «más cerca posible» de la persona, y el acompañamiento social como un avanzar «al lado de» una persona que durante mucho tiempo ha vivido «al margen» de la dinámica social y en una situación de exclusión social. (Matulič, 2015)

M.V. Matulič, que ha profundizado en el estudio de este tema en su tesis doctoral, indica que en el proceso del acompañamiento social se producen tres fases:

1. *Construir la relación*: la vinculación (comprensión, confianza, toma de consciencia, cambio de posición);
2. *el compromiso del acompañamiento*: el plan de trabajo compartido (soporte social y emocional, recuperación de vínculos, fomento de la autonomía);
3. *la participación social*: la ciudadanía inclusiva (reconocimiento de derechos, participación activa).

Construir la relación en clave de acompañamiento social supone generar un vínculo centrado en la comprensión y la confianza.

En estos casos, estamos frente a personas que han tenido diversas pérdidas y que se encuentran en situaciones de impacto emocional. El tiempo que han pasado en la calle se suma a las consecuencias no solo en relación con las pérdidas materiales, sino también emocionales, sociales y de calidad de vida. La acción de comprender supone reconocer y dar lugar al otro generando de esta forma un vínculo que hará posible la transformación hacia el cambio (Howe, 1997). A partir del cambio, se establece el compromiso de acompañamiento que le permitirá a la persona atendida iniciar una segunda fase más proactiva. En esta fase se inicia un trabajo compartido entre acompañados y acompañantes en el que se articulan diversos tipos de apoyo social y emocional. Howe afirma que la relación de apoyo del trabajador social con las personas con una historia de privación emocional o rupturas traumáticas tiene que demostrar consistencia y afecto (1997). Debe ser atento e importante para la persona al mismo tiempo que claro y firme en sus compromisos. Desde el inicio de la relación el profesional debe situarse «al lado de», facilitando el apoyo necesario en cada situación, respetando los ritmos y fomentando las capacidades que presentan las personas acompañadas.

Los elementos básicos que conforman las respuestas profesionales permitirán recuperar identidades, tanto las que integran el sentido

de pertenencia (entre otras, las redes de apoyo o la comunidad) como aquellas que ayudan a la reconstrucción de identidades personales (centradas en las capacidades y potencialidades) que permitirán la reconstrucción emocional para generar cambios. Este proceso rehabilitador se sustenta en dos elementos clave: la recuperación de vínculos y el fomento de la autonomía. Ambas contribuyen a la reparación social y personal necesaria que dignifica dichos procesos.

### Caso 3. Manuel. Vínculo profesional y acompañamiento social

El Sr. Manuel se encuentra desde hace tres años en una situación de calle. La muerte de su mujer desencadena un consumo excesivo de alcohol que ocasiona la pérdida del empleo y de la vivienda. Desde entonces ha solicitado ayudas en servicios de necesidades básicas y de alojamiento temporal en diversas ciudades catalanas. Mantiene una relación intermitente, pero estable, con una entidad de la red de atención a personas sin hogar de la ciudad de Barcelona. En la actualidad presenta un importante deterioro de salud física y mental que lo motiva a solicitar ayuda en este centro de referencia (al que acude en momentos puntuales y críticos de su proceso).

La entrevista que se detalla a continuación se desarrolla en el despacho de la trabajadora social que lo había atendido en otras ocasiones.

El Sr. Manuel entra en el despacho de la trabajadora social; su aspecto general es descuidado, tanto en la higiene y en la vestimenta como en su estado físico. Parece preocupado y, antes de sentarse se queda de pie, abstraído, mirando por la ventana. La trabajadora social se acerca a él, lo saluda y le dice:

TRABAJADORA SOCIAL: Buenos días, Manuel, ¿qué me cuentas? Hace tiempo que no nos vemos, ¿no?

*(Manuel reacciona a las palabras de la trabajadora social y se sienta)*

MANUEL: Sí, perdona, ¡es que estas vistas son tan bonitas! Me quedaría mirando hacia fuera todo el tiempo... me relaja mucho y por un momento no pienso...

TS: Sí, ¡son vistas preciosas! Pero nos has venido a visitar nuevamente y eso está muy bien.

M: Sí, claro, creo que ahora necesito un alojamiento, pero de esos que son más definitivos... (*silencio*).

TS: Bien, eso me parece adecuado para mejorar tu situación, Manuel. Pero me gustaría saber qué ha pasado en estos seis meses que no nos hemos visto...

M: Como siempre, ya sabes... de comedor en comedor, de albergue en albergue, recorriendo toda Cataluña en estos hoteles de cinco estrellas (*risas*). El último que estuve fue hace ocho meses en Tarragona. Allí comencé a encontrarme mal de salud y por eso me dejaron estar un poco más...

TS: ¿Qué tipo de problema de salud?

M: Problemas de estómago, estuvieron a punto de ingresarme. Allí encontré a una trabajadora social que me puso las cosas claras. Me propuso iniciar un tratamiento en el centro de alcoholismo con la posibilidad de poder volver al albergue.

TS: ¿Y cómo fue?

M: Lo hice y allí me di cuenta [de] que necesitaba ayuda para salir. Ya que no solo era el alcohol, también era el consumo de coca. Estuve casi un año en tratamiento en un centro de Tarragona, pero no volví al albergue...

TS: Tu decisión fue muy valiente, Manuel. Pero ¿por qué no has vuelto al albergue de Tarragona si allí te estaban ayudando?

M: Tuve miedo de continuar, de que las cosas se volvieran a torcer... (*silencio*). Entonces me vinieron ideas extrañas que no podía controlar. Pensé que, si me ponía enfermo, no tenía familia a la que acudir. Y me volvían recuerdos tristes, de cuando mi mujer se puso enferma y yo la tuve que cuidar... (*silencio*). Creo que no he superado su pérdida y eso me sigue causando mucho dolor (*comienza a llorar*).

(*Se produce un largo silencio y la trabajadora social se levanta para ofrecerle un pañuelo de papel y un vaso de agua. Después de unos minutos, Manuel se repone y la entrevista continúa*)

TS: Entiendo, quizá sea bueno para ti que podamos hablar de todo eso ahora.

M: Sí, no lo he hablado con nadie y creo que ahora necesito compartirlo. Yo estaba muy bien con mi mujer. Por primera vez sentía que tenía una familia... (*silencio*). Cuando la perdí, creo que también me perdí yo entre el alcohol y las drogas... (*silencio*).

TS: Debe ser verdad... Pero, Manuel, ¿no crees que ya has comenzado un camino que puede ayudarte a encontrar nuevas respuestas?

M: Sí, sí, por eso estoy aquí. Porque este camino no lo puedo seguir yo solo. Porque ni tengo las fuerzas suficientes, ni sabría por dónde comenzar (*silencio*).

TS: Bueno, ¿creo que ya has comenzado, Manuel, y por la parte más difícil! Parece que te fue bien en el centro de desintoxicación, ¿no?

M: Sí, no he vuelto a beber desde entonces...

TS: Por lo tanto, ¿cómo te parece que puedes continuar?

M: Pues eso... tener un sitio donde alojarme y comenzar a pensar qué quiero hacer con mi vida y cómo comenzar a cuidar mi salud...

TS: Bien, pues creo que deberíamos comenzar por tu salud, ya que me explicas que no te encuentras bien desde hace unos meses. Y también continuar con la rehabilitación del alcohol.

M: Sí, es verdad, ¿debería continuar con el tratamiento ya que me ha costado mucho dejarlo! Una cosa tengo clara: no quiero volver a la calle. Me gustaría volver a ser la persona que era... (*silencio*) y creo que podré conseguirlo... (*con tono reflexivo, como para sí mismo*). Ahora necesito que me acompañen, porque creo que no será fácil... (*silencio*).

TS: De acuerdo, pues; si te parece podemos volver a vernos mañana para concretar los primeros pasos. Deberías pensar en lo que hablamos hoy y cómo crees que tienes que continuar.

M: Gracias, ahora me encuentro más tranquilo. ¿Mañana tengo que volver a la misma hora?

TS: Sí, yo estaré aquí. Nos vemos mañana, Manuel.

En este caso podemos observar aspectos claves del proceso de intervención:

1. *La vinculación profesional*: esta entrevista deja ver que la trabajadora social ha creado el *setting* adecuado para que

Manuel pueda verbalizar sus emociones y deseos. Las siguientes frases expresadas por la profesional, «Tu decisión fue muy valiente, Manuel», «No crees que ya has comenzado un camino que te puede ayudar a encontrar nuevas respuestas?», identifican y potencian las capacidades de Manuel, ayudándole a tomar conciencia del cambio iniciado. A través de la comprensión y la confianza, la trabajadora social establece la vinculación necesaria que posibilita la transformación hacia el cambio. Uno de los objetivos básicos del acompañamiento social con personas sin hogar es la retroalimentación de la información relevante que ellas mismas nos facilitan. Mediante la retroalimentación, la trabajadora social debe estar atenta a la información que le devuelve la persona en relación con su proceso y especialmente con sus expectativas y deseos. Cuando Manuel manifiesta su deseo de «tener un sitio donde alojarme y comenzar a pensar qué quiero hacer con mi vida y cómo comenzar a cuidar mi salud», está expresando a la trabajadora social su deseo de continuar el proceso de cambio a través de un acompañamiento compartido.

2. *El compromiso de acompañamiento:* la vinculación profesional establecida con Manuel permite iniciar una segunda fase más proactiva, en la que las expectativas expresadas por él se concretan en acciones futuras. La realización de un diagnóstico conjunto permitirá incorporar a la persona acompañada en la valoración de su situación, otorgándole un rol protagonista y de productor de cambios, y no solo de receptor de prestaciones (Aguilar y Llobet, 2011). Esta forma de intervención permitirá desplegar un plan de trabajo también compartido, que se sustenta en una relación horizontal y flexible generadora de cambios (Raya y Caparrós, 2014).

Será a través del soporte social y emocional que el profesional ayudará a la persona a articular sus propuestas. Cuando la profesional ma-

nifiesta, «Ya has comenzado, Manuel, por la parte más difícil», o cuando le dice «Parece que te fue bien en el centro de desintoxicación, ¿no?», le está ayudando a reconocer los avances y ofreciendo la posibilidad de continuar en el proceso de rehabilitación. Seguidamente, cuando pregunta a Manuel, «Por lo tanto, ¿cómo te parece que puedes continuar?», está fomentando su autonomía y dignificando el proceso de recuperación individual y social. A través de esta forma de intervención los profesionales hacen efectivos los derechos básicos de las personas a reconocerse y ser reconocidas como personas valiosas, contribuyendo así a avanzar en la consecución de una ciudadanía inclusiva (Miller y Keys, 2001).

### A3. INTERVENCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES:

#### DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS RESIDENTES Y PROMOCIÓN DE SU BIENESTAR

Algunas entrevistas que realizan los trabajadores sociales en centros residenciales, hospitales o centros de día para usuarios gravemente afectados por una enfermedad o discapacidad, tienen por objetivo promocionar las relaciones de los residentes con sus familiares con el fin de que los visiten regularmente o los acompañen cuando están enfermos. Cada centro, debido a la problemática que acoge, presentará distintas situaciones frente a las que el trabajador social debe estar atento para promocionar un mayor bienestar del residente y la defensa de sus derechos.

Si cuando nace un niño con una discapacidad grave la familia sufre un choque emocional difícil de asimilar y superar, cuando este hijo o hermano tiene que internarse en un centro residencial porque es muy difícil atenderlo en el domicilio, la angustia, los sentimientos de culpa y de ambivalencia aparecen de nuevo con fuerza, y con frecuencia la agresividad y la crítica fruto de la incapacidad que sienten para atender al hijo o al hermano, se proyectan en la residencia y en los cuidadores (Fortuny, 1999). Tales sentimientos se expresan en las quejas sobre la falta de limpieza, el vestido, la comida o el

descuido de la persona que es cuidada. En este sentido, los técnicos tendrán que tener la capacidad y la disponibilidad para contener aquellos aspectos que la situación de internamiento de los hijos despierta en los padres, aunque hayan decidido que es la mejor opción y que la residencia funciona suficientemente bien.

En centros sanitarios en los que se atienden enfermos oncológicos o con otras dolencias en fases avanzadas, el trabajador social podrá ayudar a que los miembros de la familia se unan ante la pérdida de uno de ellos. Un ejemplo es la intervención del profesional que promovió que un padre y su hijo enfermo se reencontraran tras largo tiempo de mantener malas relaciones. En fase terminal, cuando el hijo estaba muy grave, este pensaba que su padre, como estaba enfadado con él, no quería verlo; a su vez cuando al padre se le propuso visitar a su hijo enfermo, manifestó que no lo había hecho porque seguramente este no quería verlo. El trabajador social percibía en estas atribuciones del uno hacia el otro muchos sentimientos dolorosos que los unían, y que no sabían cómo salir de las posiciones tomadas desde hacía mucho tiempo. Ante esta situación el profesional propuso una entrevista entre ambos, que ellos aceptan. En dicha entrevista, muy emotiva y dolorosa, llena de recuerdos de la infancia del hijo, del recuerdo de la madre, etc., pudieron conciliarse años de reproches, culpas y malentendidos, especialmente cuando el hijo se hallaba ante una muerte inminente.

Por otro lado, algunas veces es necesario clarificar situaciones en las que los familiares no ejercen sus responsabilidades con la persona residente, y exigir que respeten y satisfagan sus derechos. A lo largo del tiempo algunas familias atraviesan por situaciones difíciles relacionadas con la enfermedad, por problemas económicos, por separaciones de pareja, entre otras, que el trabajador social del centro conoce por lo que trata de orientar a la familia hacia otros profesionales y centros donde pueden atenderlos mejor.

Los profesionales no deben confundir ambos aspectos, es decir, las dificultades de la familia y los derechos de los residentes, quienes, por otro lado, no pueden defenderse por sí mismos. En este sentido, algunas veces los profesionales han de actuar por ellos, intentando

preservar las relaciones y contactos familiares tan importantes para los residentes. P. Cabiscol, experta en el tema que tratamos, indica con firmeza que los profesionales deben intentar preservar los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad, exigir que se cumplan las normativas existentes y proponer nuevos espacios legales para promover la inclusión social en todas las facetas de la vida de esos ciudadanos. En este sentido, no podemos olvidar el papel proactivo que los trabajadores sociales han tenido en Cataluña, desde la década de 1960, en la defensa y consecución del reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

Caso 4. Entrevista con el Sr. Fernando, hermano de Rosa,  
una persona con discapacidad psíquica severa

En un centro residencial para personas con discapacidad y trastorno del desarrollo graves, de titularidad pública, reside desde hace ocho años Rosa, quien presenta una discapacidad psíquica severa.

Rosa recibe una prestación económica de la cual una parte la debe pagar como contraprestación al centro donde reside y el resto se destina a cubrir sus necesidades personales (ropa, cuidado personal, ocio, acompañamiento cuando sea necesario, etc.). La gestión de dicha prestación corre a cargo de su hermano y tutor, el Sr. Fernando, con quien Rosa mantiene una buena relación y se alegra de recibir sus visitas.

Sin embargo, desde hace mucho tiempo el Sr. Fernando ha dejado de pagar las cuotas que corresponden a la residencia y no aporta ningún dinero para las necesidades de Rosa. En diversas ocasiones la trabajadora social del centro ha mantenido entrevistas con él para recordarle las necesidades de Rosa y su responsabilidad como tutor. El Sr. Fernando reconoce este hecho, pero se excusa aludiendo problemas de salud, de tiempo y una situación económica familiar difícil. En la actualidad las visitas se han hecho más esporádicas y ya no atiende ninguna necesidad de Rosa, es la residencia la que debe cubrir puntualmente sus necesidades más acuciantes.

En la última reunión de equipo la trabajadora social plantea de nuevo la situación de Rosa. La nueva directora del centro considera

que esta situación no puede continuar, ya que la deuda acumulada asciende a unos ocho mil euros y además se están vulnerando los derechos de la residente. Propone al equipo plantear a la Fiscalía un cambio de tutor para Rosa, ya que en este momento la situación es lesiva en relación con los derechos básicos de la residente.

La trabajadora social, aunque se muestra de acuerdo con la decisión del equipo, prevé que el Sr. Fernando volverá a exponer la difícil situación social en la que se encuentra, la cual es para él la justificación de no satisfacer las cuotas a la residencia y las necesidades de Rosa. El Sr. Fernando es una persona que inspira una cierta compasión a la trabajadora social por sus problemas de salud, de poca energía y dependencia y resulta fácil caer en su propuesta relacional. En este sentido, para la residencia, aunque las necesidades y la situación social del Sr. Fernando sean reales, ello no justifica que disponga de los bienes de su hermana y desatienda la responsabilidad del ejercicio de la tutela. (Podemos observar que la trabajadora social, al dudar de la capacidad del Sr. Fernando para hacer frente a sus responsabilidades —justificada por la conducta y defensas que muestra— entremezcla la comprensión de las dificultades del entrevistado con la obligación ineludible de satisfacer los gastos de la residencia y cubrir los de Rosa con el dinero que ella recibe, y que él debe gestionar como tutor).

Dado que el tema sobrepasa las funciones de la trabajadora social de la residencia, acuerdan que sea la nueva directora del centro (también trabajadora social) junto con la trabajadora social quienes mantengan una entrevista con el Sr. Fernando.

Le comunican por teléfono la necesidad de hablar con él. Tienen que llamarlo varias veces porque, aunque no trabaja, manifiesta que no puede ir a la residencia. Por último, es él quien propone una fecha, durante las vacaciones de Navidad.

La nueva directora no conoce personalmente al Sr. Fernando, solo por las referencias de la trabajadora social así como de otros profesionales del centro, quienes ofrecen una imagen de él como un hombre débil, amable y afectuoso con su hermana y con su madre, pero muy centrado en sí mismo, en sus enfermedades y sus problemas. Parece que confían poco en sus capacidades y han caído en un círculo

vicioso al tratar únicamente de las incapacidades de la familia en estos momentos.

Los objetivos de la entrevista con el hermano y tutor de Rosa son:

- Informar de la actual situación económica de Rosa, de la cantidad que debe a la residencia y de las carencias que presenta en los gastos habituales (algunos de ellos prescindibles, en opinión de la directora, por ejemplo algunas de las actividades que realiza, como la terapia con perros o las excursiones, pero que al estar establecidos prefieren que sea el hermano y tutor quien autorice su suspensión).
- Plantear posibles soluciones a la situación económica que se ha agravado con el paso del tiempo.
- Explicar y proponer al Sr. Fernando la posibilidad de renunciar a la tutela de Rosa para pasar esta función a una institución tutelar que gestione el dinero de su hermana, aunque su función como hermano y persona a la que Rosa está muy vinculada y quiere mucho, puede y ha de continuar igual.

Desde un punto de vista técnico, se trata de separar los problemas del Sr. Fernando (que parece han invadido a la trabajadora social en sucesivas entrevistas) y la comprensión de tales asuntos, de la situación de deuda económica generada y de la cual él es el responsable. Asimismo, apelar y confiar en las capacidades de comprensión y responsabilidad del entrevistado.

El Sr. Fernando acude en la fecha acordada y la entrevista comienza.

*(La directora y la trabajadora social entran al despacho, se acomodan y saludan)*

DIRECTORA: Buenos días, señor Fernando, no nos conocíamos. Soy la nueva directora de la residencia y quería conocerlo y hablar con usted (*actitud amable*). Finalmente hemos encontrado un día para poder tratar sobre algunas cuestiones importantes que nos preocupan. Vamos a ver...

Sr. F.: (*corta*) Bueno, deje que le explique, porque [la trabaja-

dora social] ya sabe cuál es mi situación, que supongo que le habrá explicado. Tengo muchos problemas especialmente de salud. Desde hace tiempo todo va mal porque...

D: *(hace un gesto que indica una pausa)* Mire, señor Fernando, lo hemos citado para hablar del tema económico, de la deuda que su hermana ha contraído con la residencia y, dado que usted es su tutor, de cómo podemos encauzar y solucionar este problema. Sabemos que usted tiene dificultades, pero si acaso de esto hablamos más adelante.

SR. F: Sí, sí, ya sé que tenemos una deuda con la residencia, pero deje que le explique cuál es la situación. Desde que murió mi padre todo ha ido de mal en peor. Mi padre le dejó en herencia a mi madre unos pisos, pequeños, un garaje... y para poder pagar los impuestos de la herencia tenemos que vender los pisos que nos dejó mi padre y no tenemos dinero para nada, estamos ahogados... todo se ha complicado, yo he perdido el trabajo y como estoy enfermo no puedo buscar otro trabajo... *(manifiesta tensión y abatimiento, no puede salir de su percepción personal y negativa)*.

D: Sí, ya me ha informado la trabajadora social de alguno de estos problemas, pero hoy tenemos que centrarnos en el tema de su hermana, de la deuda de ocho mil euros que tiene contraída y de qué forma puede satisfacer esta cantidad, y al mismo tiempo evitar que vaya aumentando cada mes... *(silencio)* ¿qué piensa hacer, señor Fernando?

Es importante focalizar las entrevistas que tiene un objetivo concreto, como en este caso, e intentar evitar las reiteraciones o las fugas hacia otros temas. También es interesante preguntar «¿qué piensa hacer?», «¿Cómo lo puede solucionar?», ya que, al reconocer esta capacidad de encontrar soluciones, se presentan posibilidades para reflexionar. Por el contrario, no es adecuado acusar, culpar, exigir, pues la persona entrevistada puede cerrarse, defenderse y entrar en conflicto con el entrevistador, en vez de buscar y encontrar diálogo y soluciones. La entrevista continúa:

SR. F.: (*con actitud deprimida*) Sí, sí, ya lo sé, yo no puedo dormir. Vivimos de la pensión de mi madre y de una pequeña paga de paro. Todo está colapsado porque el patrimonio está en venta. Puede estar segura [de] que el primero que pague yo pagaré, porque yo estoy enfermo... (*vuelve sobre su situación de incapacidades*)

D: Yo puedo entender que usted esté preocupado y no se encuentre bien, pero usted no puede gastar el dinero que es de su hermana, ¿entiende?, es ilegal, y ella no puede reclamar nada. Usted está incurriendo en un delito al gastar un dinero que corresponde a su hermana, y tiene que encontrar la forma de parar inmediatamente esta situación, ¿comprende?

SR. F.: Tiene razón, tiene razón... Pero es que además tantos gastos... ¿Por qué tantos gastos? La piscina, la terapia de los perros, todo esto es mucho dinero... (*se muestra muy agobiado*)

D: En este caso, señor Fernando, es importante priorizar. Vamos a ver: lo prioritario es pagar primero los gastos fijos y luego ver qué puede hacer Rosa, si no puede hacer actividades adicionales, ella lo entenderá... Pero hay que clarificar las actividades y los gastos de cada una de ellas...

SR. F.: Sí, tiene razón, tiene razón, yo no puedo dormir con tantos problemas, tanto gasto... (*repite*) la piscina, la terapia de los perros... tanto dinero no podemos pagar... yo no sé, no sé...

D: Es verdad, esta situación debe ser muy agobiante para usted... pero podemos revisar los gastos adicionales para ver qué es lo más importante, lo que se debe pagar y no se puede suprimir (*a continuación, revisan el coste de las actividades y las cantidades que obligatoriamente debe pagar*).

SR. F.: (*calculando las cantidades*) Mire, tal vez puedo pagar la cuota base de la residencia, pero la deuda no... de ninguna manera... ahora no... (*angustiado*).

D: Muy bien, de momento pague la cuota que recibe Rosa para la residencia y gastos básicos, nosotras (*la directora y la trabajadora social*) aceptamos su palabra y quedará reflejada en su documentación.

SR. F.: (*repite*) Pero la deuda no la puedo, esto no...

D: Mire, señor Fernando, podemos hacer lo que se llama un

«documento de confianza» hasta que usted pueda pagar la deuda, sino tendríamos que iniciar trámites legales ante esta situación de ilegalidad que se ha producido, ¿me entiende? Se trata de «aparcar» la deuda hasta que pueda pagarla dentro de un plazo determinado.

*(El Sr. Fernando se muestra más tranquilo y agradece a la directora la información y la solución que de momento puede tomarse. Se produce una pausa)*

D: Otro tema del que queríamos hablar con usted es sobre la responsabilidad que tiene como tutor de su hermana. No sabemos si conoce lo que ello significa y si está en estos momentos, y por lo que usted manifiesta, en condiciones de ejercer dicha tutela. Venir a verla a menudo, observar sus necesidades particulares, acompañarla fuera de la residencia para visitas médicas o de rehabilitación o en caso de tener que hospitalizarla si fuera necesario. Todo ello requiere una disponibilidad que no sabemos si puede asumir, especialmente si vive con su madre y tiene que cuidarla y acompañarla...

SR. F.: *(interrumpe)* Es que fue mi madre quien me obligó a coger la tutela porque ella decía que ya era mayor, y si moría... bueno, me lo pidió, pero yo con tantos problemas, y sin estar bien de salud... en este momento no puedo hacer nada más, no puedo.

D: Mire, señor Fernando, no sé si usted está informado de que existen fundaciones tutelares que asumen todas las funciones en relación con el cuidado de la persona tutelada: reciben la cuota que la Generalitat destina al residente, como su hermana, y ellos pagan los gastos de residencia y los gastos adicionales que creen convenientes, sean actividades o vestido, peluquería, etc. En momentos de enfermedad o de tomar decisiones importantes siempre consultan y piden la opinión de la familia. Por otro lado, su papel y su función como hermano seguirán siendo los mismos: visitarla, dar paseos, etc., todo continúa igual sin el peso de tener que gestionar todos los temas económicos...

SR. F.: Ah pues yo no sabía nada de esto, no lo había pensado... no lo había pensado.

D: Podría hablar con su madre a ver qué opina ella...

SR. F.: Bueno, sí, estaría bien... No sé qué dirá mi madre... pero sí, estaría bien...

D: Yolanda (*la trabajadora social*) dice que usted ha sido siempre un buen hermano, y que Rosa lo quiere mucho, esto no tiene que cambiar... Traer a su madre y estar con Rosa una tarde...

SR. F: Sí, sí. Si yo venía con ella y estábamos bien, pero ella se hace mayor, y como yo estoy tan mal ahora, solo podemos venir una vez al mes... ya me sabe mal por Rosa... (*parece avergonzado y manifiesta una cierta culpa*) antes veníamos muy a menudo, pero desde que murió mi padre y yo enfermo y sin dinero... (*se muestra deprimido y culpable*)

TRABAJADORA SOCIAL: Mire, señor Fernando, lo que podríamos hacer es que Rosa, desde la residencia, les llamara una vez por semana, que llamara a su madre, y al menos pueden hablar y será mejor para todos si de momento no pueden venir tan a menudo, ¿qué le parece? Así mantienen el contacto, y la llamada desde la residencia no tiene que pagarse...

SR. F: Sí, mi madre estaría muy contenta de poder hablar con Rosa más a menudo... (*parece más animado*)

D: Pues hable con su madre del tema de la función tutelar, de las cuotas que hemos acordado, y nos volvemos a ver, ¿qué le parece?

(*El Sr. Fernando se muestra muy agradecido y parece aliviado al poder afrontar y resolver el tema de su hermana. Pasa de una actitud defensiva, de un «no poder» sistemático, a la capacidad de escuchar y reflexionar*)

- La directora (que también es trabajadora social) tenía la información sobre el señor Fernando que le habían transmitido la trabajadora social de la residencia y otros miembros del equipo, quienes habían llegado a un cierto consenso sobre la incapacidad del hermano de la usuaria, absorbido por sus problemas de salud.
- La directora escucha con amabilidad al señor Fernando, quien inicialmente intenta contar sus problemas de salud, y no deja invadirse por ellos, al contrario, aborda directamente el objetivo que se había propuesto para la entrevista: reclamar la cancelación de la deuda que Rosa tiene contraída con la residencia, regularizar los pagos y proponer que una institución tutelar lo sustituya.

- Por lo que el señor Fernando cuenta, no se trata de falta de medios económicos sino de una situación difícil porque tiene que pagar los gastos de la transmisión de bienes del testamento de su padre, e intentar vender algunas propiedades que poseen. La directora se hace cargo de la situación, e insiste en saber qué cantidades pueden pagar, o cómo cree que pueden resolver la situación. Es importante no exigir, sino pedir que el entrevistado proponga una solución total o parcial, pero que sea suya. El señor Fernando acepta que de momento puede pagar las cuotas de la residencia y revisar los gastos extras de Rosa (con el dinero que recibe Rosa a causa de su discapacidad) y que cuando vendan alguna propiedad podrá pagar la deuda.
- Podemos observar que la directora no aborda al mismo tiempo el tema de la deuda y el de la tutela de Rosa. Se trata de aspectos distintos de la responsabilidad del señor Fernando que, si se juntaran, podrían colapsar al entrevistado.
- Sobre la tutela de Rosa, parece que el señor Fernando aceptó la propuesta de su madre de que fuera él, aunque no sabía exactamente de qué se trataba la figura legal del tutor y cuáles son sus responsabilidades; se muestra agobiado por sus problemas y acepta hablar con su madre del tema para que sea una institución la que se encargue de la tutela de Rosa.
- Al final de la entrevista, parece que el señor Fernando se encuentra mucho más tranquilo, pues no se ha sentido culpado ni criticado por la situación, y ha llegado a unos acuerdos con la directora y parece que tiene la intención de solucionar el asunto de la deuda cuando tenga dinero. El contacto periódico con Rosa que se había espaciado mucho podrá reanudarse a través de conversaciones telefónicas o visitas al centro, a la espera de que el señor Fernando cumpla con sus compromisos económicos y éticos respecto a su hermana.

#### A4. INTERVENCIÓN SOCIAL EN SITUACIONES DE INMIGRACIÓN, PÉRDIDA Y DUELO

Hemos escogido tratar en este apartado el tema del dolor y del duelo entre los emigrantes porque los trabajadores sociales conocen y se relacionan con el tema desde que la profesión existe. Y, principalmente, porque en los últimos años el caso de los emigrantes y de los refugiados ha tenido y sigue teniendo un impacto dramático en el Mediterráneo.

Si el hecho de emigrar, incluso en las mejores condiciones, ya supone una situación de sufrimiento por la separación, la pérdida y la adaptación que implica para toda persona, hombre o mujer, que migra, cuando alguien se ve obligado a hacerlo ilegalmente, en las peores condiciones sociales, económicas, jurídicas y de seguridad, el sufrimiento emocional se incrementa.

Palacín (2009) se refiere al imaginario del emigrante gestado en el país de origen, que comienza a deteriorarse por las dificultades que implica llegar a destino y que termina destruyéndose cuando, además del hambre, el frío y la incertidumbre del viaje, al lograr su objetivo se encuentra en una situación de ilegalidad, marginación y persecución. Muchos jóvenes, que llegan con 16 años y no saben que no podrán trabajar hasta los 18 años, son captados por traficantes de drogas y detenidos por la policía. Durante este tiempo no se comunican con la familia, ya que para ella el imaginario inicial continúa intacto y no podrían comprender ni aceptar que el hijo se encuentra detenido. Si se les da tiempo y confianza, muchos jóvenes lloran cuando hablan de la madre, de su pueblo, de su país, y si además encuentran el apoyo y la contención de un profesional con experiencia, pueden empezar a identificar la situación real, el antes y el ahora, y empezar a elaborar el duelo por las distintas pérdidas que sufren.

F. Calvo (1977) considera que el duelo migratorio tiene unas características especiales, ya que si cualquier persona afectada por una pérdida importante cuenta con la ayuda de su entorno habitual, al emigrante no lo acompañan ni las personas ni el entorno (ya que él es el objeto de duelo). Esto explica, por lo menos de forma parcial,

que la realización y la elaboración del duelo no tenga lugar entre los emigrantes, a veces durante el resto de su vida y tenga que posponerse generacionalmente, o, como señala Achotegui, el duelo no elaborado pueda transferirse a los hijos.

Presentamos a continuación dos registros de entrevista relacionados con dos casos diferentes: el primero, un joven procedente de Gambia; el segundo, una familia de origen sirio atendida en un centro de atención primaria de salud.

#### Caso 5. Ibrahim, un joven de Gambia

El siguiente es el fragmento de una entrevista con un joven de 19 años de edad, a quien llamaremos Ibrahim, que procede de Gambia.

IBRAHIM: Hace un año que llegué. Estoy en la calle, no encuentro trabajo. Al principio estuve en Andalucía y podía trabajar, pero ahora, con eso de la crisis, la gente del campo son españoles. En esta ciudad, además, todo el mundo en paro. Españoles y extranjeros. Con papeles y sin papeles. Somos muchos extranjeros aquí.

TRABAJADORA SOCIAL: ¿Trabajabas? Sin papeles ¿no?

I: Sí. Pero allí se podía. En Lérica más difícil, mucha policía.

TS: ¿Cuánto tiempo llevas en la calle?

I: Dos meses. Vivía con un amigo. Pero no podía pagar la habitación. Hasta hace poco en la calle no hacía frío, pero ahora mucho frío. Yo enfermo. No puedo estar en la calle.

TS: Hace días que bajó la temperatura. ¿Por qué has tardado tanto?

I: No me atrevía. No papeles. Pasé mucho frío. Ahora no puedo más. Yo enfermo.

TS: ¿Qué te pasa?

I: Me duele todo, espalda, cabeza. Tengo frío.

TS: ¿Has ido al médico?

I: No. No tengo médico.

TS: Tienes tarjeta sanitaria.

I: Sí.

TS: Te asignarán un médico. Tienes derecho a que te designen un médico, además, como todo el mundo, necesitas asistencia sanitaria. ¿En Andalucía tenías tarjeta?

I: Allí más fácil. No hace falta padrón. Pero hablé con una asistente social. No como tú. Tú escuchas. Ella no escuchaba. Solo pedía papeles. Un amigo me dijo que tú buena persona. Ayudas a extranjeros. Cuando la iba a ver, me hacían esperar horas. Aquí no.

TS: ¿Cómo llegaste a España?

I: En barca a Canarias... (*pensativo*) Después aquí...

TS: ¿Fue un viaje difícil?

I: No sé. Estuvimos cuatro días. Mucho frío y sed. Después en la isla bien. Pero cuando llegué aquí, otra vez frío. Otra vez hambre.

El encuadre que ofrece la trabajadora social, que ya posee una ventaja transferencial positiva, por el comentario que otro usuario hizo a Ibrahim sobre ella, facilita la expresión de las dificultades que presenta el joven, no solo desde la perspectiva médica y social, que son las más llamativas, sino al cuestionar los resultados del proceso. De alguna forma, uno de los interrogantes planteados por la profesional permitió conectar a Ibrahim con su expectativa originaria y establecer una comparación con su cotidianidad actual, hecho que podría considerarse una toma de consciencia o *insight* por parte de él (Salzberger-Wittemberg, 1970; Tizón, 1993, 2013).

TS: No esperabas esto, ¿verdad?

I: (*pensativo*) No. Es verdad, creí que todo sería distinto. Creí que llegaría aquí y empezaría a trabajar. Esto es una carrera de obstáculos cada vez peores.

TS: Los primeros años de la migración son difíciles. Todo parece una carrera de obstáculos. Pero hay algo diferente de lo que dices. Los obstáculos más grandes están al principio. No sabes el idioma bien, no conoces los recursos, no tienes papeles. Poco a poco esto cambia. Ahora estás en un momento difícil, pero hay posibilidades de mejorar. Muchos inmigrantes lo hacen con el tiempo. Un viaje muy duro. El peor obstáculo. Tres años sin papeles. Difícil, pero no tanto como el

anterior. Una vez tienes papeles, permiso de un año. Hay que mantenerlo. Difícil también, pero cada vez menos. Siguiente permiso de dos años. Ya no es tan complicado.

La conexión con las propias carencias derivada de las dificultades del proceso requiere verbalizar, poner palabras a las ideas y al sentimiento; en concreto, Ibrahim utiliza como significado la expresión «carrera de obstáculos», utilizada a su vez por la profesional, que ha aguantado el discurso del usuario, a pesar de la contundencia, y es capaz de retornarlo más elaborado, sin dejar de reconocer en ningún momento la experiencia del joven.

De hecho, en este punto es pertinente referirnos a lo que Bion (1990) llama «función alfa», mediante la cual el malestar o los elementos poco tolerables para el psiquismo, denominados «elementos beta», susceptibles de evacuación, siguiendo la terminología del psicoanalista británico, son transformados en la infancia, y por mediación de la relación materna, en instrumentos susceptibles de integración y de uso en nuevas situaciones en las que pueda hallarse inmerso el sujeto.

Asimismo, podemos observar que la profesional afronta la decepción o la ruptura, resquebrajamiento del imaginario gestado en los orígenes, para resituarlo en un proceso imaginario, pero no separado, desligado, en el momento de la experiencia real. Para esta construcción utiliza el significado sobre el cual el usuario hace pivotar la decepción, lo desglosa y lo clarifica.

En una entrevista posterior la profesional sostiene las dificultades del proceso migratorio, el cual se ve inscrito en un marco legislativo que puede resultar arbitrario.

TS: ¿Cómo te va, Ibrahim?

I: Estoy en la casa de acogida, pero se me acaba el tiempo. No sé qué va a pasar.

TS: ¿Qué piensas que pasará?

I: Siempre tengo mucho miedo, sobre todo cuando me cruzo con la policía. ¿Crees que me expulsarían?

TS: Depende de varias cosas, pero siempre es un problema porque un expediente de expulsión, aunque no te expulsen, te pone muy difícil el tema de papeles.

I: Pero yo no hago nada malo. Solo me busco la vida.

TS: Está claro, Ibrahim, pero hay cosas que están en nuestras manos y otras que no. La ley no la podemos cambiar. Intenta no ir por sitios donde pidan documentación a extranjeros. Lo que tenemos que ganar es tiempo, alcanzar los tres años para que puedas intentar la vía del arraigo.

I: Es mucho tiempo. En mi familia esperan. Yo no puedo mandar dinero. Ya no digo nada a nadie, se darán cuenta de que todo ha salido mal...

TS: Todo ha salido mal...

*(La trabajadora social reconoce por un lado la arbitrariedad de la ley y posteriormente abre la posibilidad de que Ibrahim exprese su propia visión negativa del proceso migratorio en lugar de buscar elementos positivos que negarían u ocultarían el discurso del usuario en relación con lo que a él más le preocupa. En este sentido se limita a repetir la última frase de Ibrahim con la finalidad de poder continuar hablando de las preocupaciones del entrevistado)*

I: Allí se creen que aquí todo va bien. Que llegas y ganas dinero. Además, mi madre enferma. Tengo miedo de no poder verla más *(empieza a llorar y los dos permanecen en silencio durante unos segundos)*. Perdona, me da vergüenza, pero cuando me acuerdo de mi madre...

TS: No te preocupes por eso... Háblame de tu madre, de tu familia, si quieres...

I: Claro...

*(La profesional recoge la posibilidad de trabajar el duelo, y la distancia del origen, especialmente centrada en la figura materna, agravada por la falta de contacto y unida al sentimiento de fracaso, no comprendido desde el país de origen donde el imaginario inicial continúa vigente. Lo hace como invitación con la finalidad de darle opción a rechazarla, si para Ibrahim el momento no es el mejor y requiere otra temporalidad o timing)*

La siguiente entrevista, realizada en un centro de atención primaria de salud, muestra una situación familiar muy actual, de emigración forzada a causa de la guerra.

#### Caso 6. Una familia de Siria

Entrevista realizada en un centro de atención primaria de salud. La entrevista se mantiene con la traducción de la mediadora.

Se trata de una familia siria con tres hijos. La hija mayor tiene 10 años, el hijo mediano tiene 8 años y la menor 30 meses. Ninguno de ellos presenta una enfermedad crónica.

Esta es la tercera entrevista que la trabajadora social mantiene con la familia. A todas ellas han acudido la madre y los tres hijos, el padre se sumó al final de la primera entrevista, momento en que, además de recoger la demanda, se realizó la exploración sociofamiliar. Se detecta una situación de extrema pobreza. Aunque reciben ayuda de la red formal de servicios sociales, se hallan en una situación de precariedad económica.

La familia llegó a Barcelona hace unos 6 meses. Ninguno de ellos habla catalán ni castellano. Las entrevistas se realizan con la ayuda de la mediadora de árabe que trabaja en el servicio. Recientemente se ha ampliado su horario de trabajo en el equipo pediátrico, debido a que en los últimos meses el número de familias con barreras idiomáticas de origen árabe se ha incrementado, especialmente las provenientes de Siria.

TRABAJADORA SOCIAL: Buenos días, pasen por favor, adelante... *(señala dónde puede sentarse la madre y deja una mesita redonda donde pueden sentarse los niños, les entrega papel, lápices y plastilina).*

MADRE: Hola *(mira los niños y la pequeña T que como siempre hace ruido y lo toca todo)*. Mi hija mayor D ya tiene plaza en la escuela *(sonríe)* empezara a finales de marzo.

TS: ¡Muy bien! Será muy bueno para ella, se relacionará con niños de su edad, aprenderá mucho y tendrá una disciplina de horarios y actividades que será muy positiva.

TS: *(dirigiéndose a la niña)* ¿Estás contenta de empezar en la

escuela? (D. *sonríe y asiente*). Estoy segura de que encontrarás amigas y los profesores te ayudarán mucho, ya verás... (D. *coge un papel y un lápiz y empieza a dibujar con interés*).

M: No queremos ir al centro de inmigrantes...

(La mediadora explica que el CEAR les ha ofrecido una plaza para que toda la familia pueda vivir allí)

TS: ¿Habéis hablado con el técnico de CEAR para ir a un centro?

M: Sí, pero no queremos ir. Nos fuimos del Líbano porque no queríamos estar en un centro para inmigrantes.

TS: Ya... pero ahora no tenéis ningún ingreso económico y CEAR os está ofreciendo ayuda... Es una decisión importante. ¿Tenéis una nueva entrevista con el técnico del CEAR?

M: Sí, el jueves próximo...

(Silencio)

TS: Creo que es importante tener toda la información de lo que ofrece el centro, qué normas tienen, cómo es el día a día, los servicios que ofrecen, cuál es la situación legal y de ayudas en la que os encontraríais si rechazáis ir al centro... ver las alternativas...

M: No queremos ir al centro. Mi marido recoge chatarra...

TS: (comprensiva) Ya...

(Mientras tanto la niña pequeña coge las cosas del hermano con el que mantiene mucha rivalidad. A menudo chillan y se pegan y la madre tiene que intervenir para calmarlos)

TS: Habla de este tema con tu marido. Pensad en la situación que tenéis, las dudas, y el jueves plantead al técnico de CEAR los temores y las cuestiones que os preocupan. Es importante que podáis valorar las consecuencias de cada una de las opciones, tanto si decidís ir al centro como si lo rechazáis.

(La madre sonríe. Siempre sonríe y asiente. La trabajadora social señala a la hija pequeña y sus peleas con el hermano. Pregunta si siempre están así)

M: (sonríe) Sí, sí... La pequeña quiere mandar y salirse con la suya. Por la noche se despierta gritando y llorando.

TS: Debe ser agotador para ti. ¿Se despierta porque tiene sueños, con pesadillas?

M: Sí, no duermo bien. Cada noche me despierto.

TS: Vaya... Será importante que estos problemas de la niña se los expliques al pediatra, el médico de tus hijos os puede ayudar mucho.

*(La hija mayor muestra satisfecha a la trabajadora social el dibujo que ha hecho mientras hablaba con su madre)*

TS: ¡Muy bonito! Felicidades, en la escuela podrás dibujar, leer y escribir... aprenderás mucho, os irá muy bien a todos ir a la escuela, ya verás... ¿Puedo colgar tu dibujo, aquí en mi despacho? *(la niña asiente y sonríe contenta)*.

TS: Genial... *(Dirigiéndose a la madre)* ¿Te parece bien que nos volvamos a ver a finales de semana después de haber hablado con el técnico del cejar?

M: Sí.

TS: Muy bien. Podéis pedir hora, y también podrías pedir cita para vuestro pediatra y le consultas los problemas de sueño de tu hija, ¿de acuerdo?

M: *(sonríe)* Gracias, gracias...

- La trabajadora social saluda con amabilidad, organiza el espacio para poder comunicarse mejor con la señora, al tener los niños ocupados y distraídos.
- Tras un saludo y un primer contacto no verbal, es la señora la que comunica que la hija ya tiene plaza en la escuela. Esto indica el buen contacto que ha establecido con la profesional y una valoración de la escuela.
- La trabajadora social corrobora y refuerza la idea de progreso que supone ir a la escuela, y lo expresa verbalmente.
- La trabajadora social pregunta sobre la posibilidad de ir al CEAR, ya que la vivienda es una necesidad urgente para la familia, y tras la negativa de la señora de ir al centro de acogida, la profesional pone énfasis en la necesidad de considerar la oferta del CEAR y valorar las alternativas que tendrían si rechazan esta ayuda.
- También sugiere la conveniencia de que consulten al pediatra sobre los sueños o pesadillas de la niña.

- Valora y gratifica a la hija mayor por el dibujo que ha realizado y pide su asentimiento para exponerlo en el despacho.
- Finalmente plantea a la madre una nueva visita al cabo de pocos días.
- Parece que la madre ha establecido una buena relación con la trabajadora social. Parece una persona que sabe valorar pequeños progresos en su situación: el colegio de la hija mayor y el malestar de la niña pequeña a través del sueño.
- Ante el rechazo de ir al CEAR, la trabajadora social no presiona, ni muestra una actitud normativa pues, si lo hiciera, esta sería una postura poco ética y al mismo tiempo inútil. Solo indica la necesidad de que el matrimonio valore las posibilidades de ayuda de que disponen en este momento.
- La propuesta de visita dentro de pocos días muestra a la señora su interés por ayudarla, lo cual es muy positivo para la familia; asimismo, parece que la señora también valora esta relación de ayuda.
- La trabajadora social piensa en la posibilidad de que las pesadillas de la niña pequeña sean la expresión del malestar, la angustia y el dolor de la familia por la situación actual, sin demasiadas salidas y con casi ninguna alternativa viable de poder elegir. Como si la pequeña absorbiera la tensión familiar y la expresara a través del miedo inconsciente y de los sueños amenazadores que la acosan.

Esta experiencia nos hace recordar un artículo titulado «El miedo», en el que R. Argullol (2003) narra la muerte de una niña de 3 años llamada Lina Aisa en un campo de refugiados en la franja de Gaza, donde el ruido de los bombardeos se hacía insoportable. El resultado: muerte por *shock* neurológico que provocó una parada cardíaca. Según su madre, «la niña no dejaba de llorar y de repetir con voz más débil: “Mamá, tengo miedo, tengo mucho miedo”. Traté de protegerla, darle agua, abrazarla. De golpe sufrió un ataque de fiebre, mucha fiebre». Argullol concluye: «En lo que sintió Lina reside la esencia del miedo. La que debería gotear incesantemente sobre la mesa del poder».

Es altamente recomendable registrar algunas entrevistas de forma literal, especialmente aquellas que tienen elementos que escapan a nuestra comprensión, o por su complejidad, por ejemplo. A través del recuerdo de los trabajadores sociales, muestran la riqueza de datos que compone esta práctica profesional, y la necesidad de supervisión de las entrevistas para poder ampliar la observación mediante el recuerdo, así como establecer relaciones entre referentes teóricos y situaciones prácticas que permitan comprender, con más elementos, la problemática del consultante y la pertinencia de las intervenciones de los profesionales. De cada entrevista, especialmente las que han resultado difíciles para un trabajador social y se han podido analizar y supervisar, a nivel individual o en grupo, el profesional adquiere un aprendizaje que queda grabado en su archivo de datos e ideas profesionales, el cual subyace en su mente y puede iluminar otras situaciones parecidas, incrementando de esta forma su capacidad profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, M. y LLOBET, M. (2011). «Integralidad, acompañamiento, proximidad, incorporación: el papel de los servicios sociales». En *Guía de recomendaciones y líneas de actuación en inclusión social*. Madrid: Fundación Luis Vives.
- ARGULLOL, R. (2003, octubre), «El miedo». *El País*.
- BION, W.R. (1990). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Paidós.
- CALVO, F. (1977). *Qué es ser emigrante*. Barcelona, La Gaya Ciencia.
- FORTUNY, J. (1999). «L'atenció a famílies de persones amb greu disminució psíquica». *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 26(1): 111-122.
- HOWE, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social*. Barcelona: Paidós.
- MATULIČ DOMANDZIČ, M.V. (2015). *Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social* [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad de Barcelona.

- MILLER, A.B. y KEYS, C.B. (2001). «Understanding Dignity in the Lives of Homeless Persons». *American Journal of Community Psychology* 29(2):331-354.
- PALACÍN, C. (2009). «Tránsito e incertidumbre. Anotaciones para el abordaje de la cuestión migratoria». *Revista de Treball Social* 186: 30-39.
- RAYA, E. y CAPARRÓS, N. (2014). «Acompañamiento como metodología de trabajo social en tiempos de cólera». *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1):81-91.
- SALZBERGER-WITTENBERG, I. (1970). *La relación asistencial*. Buenos Aires: Amorrortu.
- TIZÓN, J.L. (coord.) (1993). *Migraciones y salud mental*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- (2013). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Herder.