ACCIÓN SOCIAL. REVISTA DE POLÍTICA SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES.

ISSN 2341-4529

Número I/3. Febrero 2017.

Revista coeditada por el IPS. Instituto de Política social y SocialMurcia.

UNA PROFESIÓN TAN SIGNIFICATIVA PARA EL DESARROLLO DE LA SOCIEDAD Y TAN POCO RECONOCIDA POR ÉSTA: EL TRABAJO SOCIAL

Somaya Ayadi

Resumen

Este artículo realiza una breve descripción de la evolución del Trabajo Social citando algunos autores precursores y reconocidos en cuanto al origen de la profesión. Posteriormente se plasma una serie de ámbitos de actuación del trabajador social con colectivos en situación de exclusión social y la intervención general que ejecuta en cada uno de ellos. Por último, se pretende evidenciar el desconocimiento y la poca valoración que sufre la profesión, a pesar de la importancia que posee la intervención del trabajador social para la sociedad.

Palabras clave: *colectivo, desconocimiento, exclusión social, marginación social, trabajo social.*

Abstract

This article presents a brief description of social work citing some precursors and authors as regards to the origin of the profession. Subsequently it showns a series of policy areas of the social worker with groups in situations of social exclusion and general intervention that runs on each of them. Ultimately, it aims to show the ignorance and the low appraisal which profession suffers, in spite of the importance that has the intervention of the social worker for society.

Keywords: *collective, lack of knowledge, , social exclusion, social marginalization, social work.*

1. El Trabajo social como disciplina.

El origen del trabajo social tiene lugar en la inspiración de diferentes autoras consideradas precursoras de la disciplina como M.Richmond, Addams, Hamilton..., que se convierten en la raiz de la profesión.

Las obras de mayor antigüedad sobre el Trabajo Social se muestran con evidencia en el humanista Juan Luis Vives, el cual centra su atención en la preocupación del ser humano, destacando el *Tratado del socorro de pobres* basado en el abordaje político-social del derecho de la propiedad. Asimismo destaca *La comunicación de bienes*, en la cual defiende el derecho de la propiedad privada contra la colectividad o cualquier tipo de comunismo.

Otra autora considerada precursora del Trabajo Social, Concepción Arenal, es reconocida por sus dos obras consideradas de gran relevancia en cuanto a los orígenes de la disciplina; por una parte *El visitador del pobre* utilizado como guía por las

voluntarias de la asociación benéfica *Conferencias de San Vicente de Paul,* y por otra parte, es preciso nombrar *Manual del visitador del preso* similar a la anterior obra, la cual aborda un conjunto de conceptos relacionados con los aprisionados en instituciones penitenciarias como delito, delincuente, arrepentimiento... con la finalidad de conseguir por parte del visitador la adaptación de los presos al entorno, uno de los principales objetivos del Trabajo Social.

Considerada igualmente como una de las precursoras del Trabajo Social, Addams, a partir de la creación de su obra *Twenty years at Hull House: with autobiographical notes*. A través de la Hull House, centro de acogida destinado a la atención de inmigrantes y otros colectivos como infancia o juventud, logró llevar a cabo la "primera intervención" en el terreno de la pobreza desde una perspectiva participativa teniendo en cuenta la importancia de la comunidad como un sujeto más para la ejecución de la intervención, sin considerarla como el "sujeto sobre el que hay que intervenir".

Según Mary Richmond (1922), una pionera de la disciplina, el Trabajo Social se trata de un arte realizado con la finalidad de promocionar y conseguir, al mismo tiempo, el desarrollo y progreso de la sociedad en su conjunto, centrándose en el caso social individual por el cual el individuo desarrolla su personalidad, reajustándose a su medio a través de la aplicación de diversos métodos. A partir de la definición que propone M. Richmond, se aprecia la importancia de la inclusión del individuo en su entorno como una idea clave para lograr el desarrollo de la persona en sus diferentes ámbitos (laboral, personal, familiar, educativo...).

Además de los autores ya mencionados, se ha de hacer especial referencia a otros autores que igualmente se consideran precusores del Trabajo Social como Dorothea Lynde Dix, Octavia Hill, Henrietta y Samuel Barnett, Anna Laurens Dawes, Beatrice Potter Webb, Margaret Frances Byington. Otros considerados pioneros innovadores son Edward Thomas Devine, Eduard Christian Lindeman, EdRichard Henry Tawney, Jessie Taft, Virginia P. Robinson, Charlotte Towle, Saul Alinsky, Florence Hollisith Abbott.

1.1 Antecedentes del Trabajo social.

Los antecedentes del trabajo social en España poseen un largo recorrido, por el cual se muestra una transición desde una acción benéfica y asistencial realizada en los monasterios (s. XIII, XIV y XV) hacia la institucionalización en Casas de Misericordia, hospitales especializados así como albergues (s. XVI- XVII).

En el siglo XVIII, la acción asistencial o caritativa abandona a la Iglesia como protagonista de dicho rol convirtiéndose en competencia del Estado, transformándose

así en un servicio público. Según los autores Alonso y Gónzalo (1997) esta trasformación no hubiera sido posible sin los movimientos e ideas de la Ilustración y del Liberalismo.

El fenómeno de la industrialización durante el siglo XIX tendrá consecuencias nefastas sobre la condición de la clase obrera española, agravándose a causa de los diversos hechos políticos (sucesión de diferentes gobiernos, así como la forma de los mismos (monarquía, dictadura...)) que afectan al país. Además de la situación política nacional, se unen una serie de factores que dificultan el sistema de beneficencia.

Según Azcárate, la cuestión social de la España del S. XIX tendrá sus repercusiones en diferentes ámbitos que conforman la sociedad. Para este autor, *"El problema social, bajo el aspecto económico, es el problema de la miseria; bajo el científico, es el de la ignorancia; bajo el religioso, el de la impiedad o de la superstición; bajo el moral, el del vicio, etcétera. La cuestión está planteada en todas las esferas, sólo que en unas con más energía que en otras"*.(G. De Azcárate, 1876)
Se aprobó la Ley de Beneficencia de 1822 proclamada bajo el marco constitucional (liberal) de 1812, la cual se manifiesta como un avance decisivo para la consideración de la Beneficencia como un servicio público, estableciendo la obligación de todos los españoles a ser justos y benéficos (art. 3), así como delegar la competencia del cuidado y gestión de los diversos establecimientos de Beneficencia (hospitales, hospicios...) en los Ayuntamientos (art. 321.6) a través de las Juntas Municipales de Beneficencia.

Aunque la Ley de Beneficencia de 1822 defendía la creación de un servicio público destinado a los ciudadanos, contemplaba, de igual modo, la continuidad de asociaciones caritativas y religiosas que hubieran desarrollado una labor asistencial positiva y beneficiosa para los distintos colectivos a los que atendía. Desgraciadamente, pese a la gran transformación que propone dicha ley, no pudo llevarse a cabo, pues la llegada de la década absolutista en 1823 tuvo como consecuencia su abolición.

Durante el reinado de Isabel II, en la Constitución de 1845 se incluye la Ley de Beneficencia de 1849, la beneficencia se convierte en competencia exclusiva del Estado, ejecutándola a nivel estatal, provincial y municipal. El Estado, ante la dificultad de efectuar por si solo el sistema asistencial debido a la escasez de recursos económicos e instituciones asistenciales, provocó que la asistencia pública se vea complementada por la asistencia privada y eclesiástica. A diferencia de la Ley de 1822, ofrece mayor importancia a la iniciativa privada participando en la gestión de establecimientos públicos.

A principios del S.XX se pretende trasformar el sistema benéfico utilizado anteriormente, por lo que ello dará lugar a la creación del Instituto Nacional de Previsión en 1908.

Posteriormente la sucesión de la guerra civil y consecuente victoria de F. Franco, el nacional-catolicismo se apodera del control político (la Iglesia católica y la Falange Española), conformándose como única fuerza socio-política que implicó la práctica de un estilo benéfico asistencial en los servicios sociales y en el Trabajo Social en España hasta los años ochenta.

A segunda mitad del S. XX, a partir de los años setenta, se produce en España una expansión económica, la cual conlleva la apertura hacia el mercado exterior tras varias décadas de ensimismamiento de los años cuarenta y cincuenta, así como el incremento de las migraciones de nacionales a otros países europeos en busca de mejores condiciones de vida y trabajo. Durante este periodo se sucedieron diversas reformas en materia de seguros sociales y asistencia sanitaria destinada a la protección de los trabajadores activos y a sus familias.

1.2 La Asistencia Social y los Servicios Sociales.

La Asistencia Social goza de importancia en los años sesenta, manifestándose como una actividad de financiación pública que complementa a los Seguros Sociales, ascendiendo un escalón más en relación al desarrollo de la asistencia, pues no sólo centra su atención en los indigentes como lo hacia la Beneficencia sino que va más allá, dirigiéndose igualmente a las personas con dificultades para sostener sus gastos considerados básicos para su supervivencia.

Los Servicios Sociales surgen a partir de los años sesenta, destacando la aprobación de la Ley de Bases de Seguridad Social en 1963, que, junto a las prestaciones económicas y sanitarias, conforma los Servicios Sociales y la Asistencia Social.

Los Servicios Sociales se refieren a prestaciones técnicas en las áreas de higiene y seguridad en el trabajo, medicina preventiva, reeducación, rehabilitación y acciones formativas, mientras que la Asistencia Social, es utilizada únicamente en situaciones de urgente necesidad. Aunque se inmoviliza el desarrollo práctico de los servicios sociales debido a la continuación de la línea asistencialista y paternalista instaurada en años anteriores, es preciso destacar la relevancia que se ofrece al desarrollo teórico con la finalidad de hallar soluciones a las necesidades humanas.

Entre las innovaciones que se producen en España, destaca en 1.977 la creación del Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Sin embargo, un paso importante para el desarrollo de los servicios sociales, lo constituye la Constitución de 1978, la cual logra configurar al país como un Estado Social. Es necesario remarcar que, desde la proclamación de la Constitución Española de 1978 hasta la situación actual, se han llevado a cabo una serie de avances decisivos en tres direcciones que han favorecido el desarrollo de este proceso: (C. Alemán Bracho, 1995)

1. La consecución de diferentes progresos en el ámbito normativo destacando algunas novedades legales como la Aprobación de los 17 Estatutos de Autonomía (haciendo referencia a los servicios sociales); la Aprobación de la Ley de Bases de Régimen Local de 1985; la Aprobación de las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales...

2. El plano de la reordenación administrativa se lleva a cabo a través de un proceso de instalaciones, transferencias, personal y créditos económicos desde la Administración Central a las autonómicas. Asimismo se produce un cambio en las administraciones (central, autonómica y local) así como la creación del Ministerio de Asuntos Sociales a nivel central.

3. Otros avances se muestran en el ámbito de los planes de actuación y coordinación administrativa como la elaboración del Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, o la creación de otros planes destinados a resolver problemas específicos (Plan Nacional contra la Droga, Plan para la Igualdad de Oportunidades de la Mujer, Plan para la Juventud...).

Desde el S. XIII la acción benéfica y asistencialista de la Iglesia da lugar a la Beneficencia, basada en la caridad a los pobres. Pero el enorme recorrido histórico y hechos políticos que se sucedieron en España, se dio un giro en el planteamiento de la asistencia de la que precisaban las personas más desfavorecidas, apareciendo la asistencia social en el ámbito público como símbolo de la preocupación por la sociedad española, y posteriormente nacen los servicios sociales, que, si bien son de ámbito público, juegan un papel trascendental para las personas necesitadas en sus diferentes necesidades específicas.

Estos avances desarrollados han provocado una trasformación en la orientación adquirida por los servicios sociales en España. A pesar de los avances que se han obtenido en cuanto al desarrollo de los servicios sociales, todavía es un sistema de

protección social joven, por lo que precisa aún de desarrollo y crecimiento, así como de reconocimiento.

No obstante, aunque es innegable la importancia de los servicios sociales en la profesión del Trabajo Social, es preciso resaltar el papel que juegan otros campos de actuación del Trabajo Social ajenos al sistema público, destacando el ámbito privado, el Tercer Sector que, en la actualidad, a través del conjunto de entidades que lo conforman, genera una gran variedad de empleo para dicha profesión.

2. El reconocimiento de la disciplina y de sus profesionales.

El trabajo social es una profesión de múltiples definiciones, las cuales pretenden ofrecer una visión de su esencia, su actividad... Según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW) se define el Trabajo Social como la profesión *"que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social"*. (Federación Internacional de Trabajadores Sociales -IASSW-)

Como bien expone la anterior definición, el Trabajo Social es una profesión que pretende conseguir una transformación en la sociedad, así como la resolución de las diferentes problemáticas que afectan a la integración del individuo en su entorno con la finalidad de conseguir su adaptación a éste.

Es una disciplina que pretende conseguir un equilibrio en la sociedad a través de su acción, promoviendo el cambio con la finalidad de mantener una sociedad equitativa y justa, y poder disfrutar de los derechos humanos y sociales que corresponden a los individuos en igualdad de condiciones que el resto de personas sin realizar ningún tipo de discriminación que pueda perjudicar o atentar contra la consecución de este objetivo esencial.

2.1 Perfil del Trabajador Social.

En lo que refiere al perfil del Trabajador Social en España, se manifiesta la similitud del mismo respecto al resto de países europeos, es decir, se trata de una profesión feminizada. Aunque en la actualidad se puede apreciar un tímido incremento de la presencia masculina, la feminización de la profesión es evidente.

Otro rasgo caracterizador se basa en la transformación de la identidad ocasionada en dicho perfil, pues la presencia de la profesión no se centra exclusivamente en el ámbito público del bienestar social, sino que ha logrado insertarse en diferentes espacios profesionales realizando diversas actividades del Trabajo Social y complementando la función de otros profesionales.

A pesar del desarrollo de la profesión en diferentes campos de actuación, es necesario remarcar que un 63% de la población española tiene un escaso nivel de conocimiento del trabajador social y de la actividad que desempeña. Este hecho contradice el principio universalizador en la atención a la totalidad de la población.

Un 70 % de la población no se ha relacionado directamente con un profesional del Trabajo Social, lo cual supone especificar en los colectivos a los que se dirige la intervención llevada a cabo por el profesional, es decir, una atención e intervención comprometida con los más desfavorecidos, aquellos que se desconocen en la sociedad, los "invisibles".

Ello provoca la impresión de una escasa importancia que se ofrece a la profesión, se desvaloriza la disciplina, así como su acción. El principal problema de su desconocimiento está relacionado con la falta de publicidad, una profesión que no se ha sabido "vender". La utilización de diversas técnicas de promoción, marketing, publicidad, relaciones públicas... son instrumentos esenciales para conseguir una profesión conocida y valorada, cuyos mensajes puedan ser escuchados y aceptados por parte de la población.

La trascendencia del Trabajo Social es evidente, para diversos colectivos de la población, no sólo para las personas más desfavorecidas (colectivos excluidos) sino también para personas que, debido a la situación de crisis por la que ha trascurrido y trascurre el país, se encuentra en riesgo de exclusión y marginación social.

Personas que precisan satisfacer necesidades básicas para su supervivencia, debido a diversos hechos a los que se han podido enfrentar durante su vida, como una situación de desempleo que cada vez afecta con mayor intensidad a la población española y en mayor medida a los más jóvenes, las personas mayores, la drogadicción... diversas situaciones en las que se puede encontrar el individuo que pueden provocar la exclusión social del mismo.

3. La exclusión social en diferentes ámbitos de intervención del Trabajo Social.

La exclusión social es un término reciente aplicado como sustitución del concepto pobreza por la Comisión Europea de 1989 en el II Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza. La utilización del concepto exclusión social se produce debido a la necesidad de abordar el problema como algo multidimensional y heterogéneo. (FOESSA, 2008) Fenómeno que no se centra únicamente en la ausencia de recursos económicos, sino que implica la comprensión de otras variables como la educación, la vivienda, los vínculos familiares y sociales, la salud, el empleo... que inciden sobre el desarrollo personal del individuo.

La exclusión social afecta a diversos colectivos sociales, que debido al fracaso de una serie de variables en la vida del individuo como las anteriormente citadas, pueden alejar al mismo de su integración en el entorno en el cual habita y se desarrolla.

Se pasará a citar diversos colectivos que se ven afectados por el fenómeno de la exclusión social, y los cuales debido a su situación de marginación, precisan de una serie de acciones que les permita satisfacer sus necesidades básicas. A pesar de la importancia que se desprende de los sucesivos problemas por los cuales puede trascurrir la vida de estos colectivos, todavía hoy, se hace evidente la escasa importancia que se ofrece a su situación basada principalmente en la falta de profesionales dedicados a la atención de los mismos.

3.1 Trabajo Social con Personas sin hogar (sinhogarismo).

Como un gran ejemplo de la exclusión social, se presenta el fenómeno del sinhogarismo o personas sin hogar. Los cambios producidos tanto en la estructura ocupacional, mercado de trabajo, condiciones laborales... como la estructuración en las relaciones familiares y la vinculación social durante la crisis económica, son cruciales para comprender la complejidad y relatividad de este fenómeno, la exclusión social. (Cabrera, 2009)

Los cambios económicos y sociales producidos en los últimos tiempos muestran con especial claridad el incremento del número de personas sin hogar. La crisis económica ha desempeñado un rol fundamental dando lugar a una sociedad fragmentada, en la cual se aprecia la clara división entre un grupo integrado y otro cada vez más excluido y alejado de este primero.

Los investigadores sociales han demostrado la existencia de tres esferas a las que ha afectado de manera trascendental la crisis, y con ello el refuerzo e incremento del número de personas que sufren el fenómeno del sinhogarismo. En primer lugar, merece especial atención el incremento intenso y continuado de la precariedad laboral, uno de los factores de riesgo que afectan de manera decisiva a miles de españoles. (De la Riva González, P, 2014)

Otro factor determinante se basa en la importancia de la familia, destacando su función protectora y de apoyo. Especialmente en España la pérdida del apoyo familiar puede ser un indicio evidente de la exclusión social que en otros regímenes de bienestar, pues se trata de un país con mayor vinculación familiar en relación con otros países europeos en los que no se evidencia tal característica.

La última esfera que citan los investigadores sociales se centra en la limitación de las políticas públicas frente a la pobreza, por lo que son las entidades privadas las que intervienen, en mayor medida, con los colectivos más excluidos.

Una vez expuestas las causas que incrementan y siguen incidiendo en el sinhogarismo, se ha de hacer mención a la agrupación que se puede realizar de las múltiples definiciones actuales sobre las personas sin hogar. La primera, más literal, basada en la ausencia de un alojamiento propio (sinhogarismo restringido), y por otra parte, la otra definición recoge a las personas que no poseen un alojamiento que reúna las condiciones consideradas básicas para el desarrollo digno de la persona denominado sinhogarismo extenso. (Cabrera y Rubio, 2008)

En cuanto a la definición de persona sin hogar, es preciso destacar la definición de FEANTSA, (Federación Europea de Asociaciones) *"personas sin hogar se entinde aquella persona incapaz de acceder y mantener un alojamiento personal y adecuado por sus propios medios o con la ayuda de los Servicios Sociales, así como aquellas personas que viven en instituciones (hospitales, cárceles, etc.) pero no disponen de alojamiento personal donde ir al salir y personas que viven en alojamientos infrahumanos o en situación de claro hacinamiento".* (Fernández Felgueroso, 2009) Con ello se aprecia que el sinhogarismo se trata de una forma de exclusión grave, que puede afectar de manera decisiva a los individuos desde diferentes razones reuniendo un conjunto de factores.

Utilizando la encuesta del INE se muestran los datos que ofrecen información sobre el fenómeno de las personas sin hogar. En lo que refiere al género, es evidente el incremento de los varones desde 2005 y 2012 con un 82,7%, aunque se aprecia un ligero aumento por parte de las mujeres en el 2012 (19,67%).

En relación a la edad se observa un porcentaje minoritario (3 o 4%) el cual recoge a mayores de 64 años, mientras que el mayor porcentaje se encuentra en el intervalo anual 30-64. El bajo número de personas sin hogar mayores de 64 años, puede deberse al descenso de la esperanza de vida, debido a la supervivencia en la calle. Esta esperanza de vida puede llegar a acotarse a los 30 años. (Ruiz Farrona, 2007)

En cuanto a la nacionalidad, se muestra un incremento del número de españoles que carecen de una residencia (54,2%), mientras que los extranjeros conforman casi la

mitad de este colectivo, aunque se produce una disminución del número de extranjeros que se encuentran en tal situación en 2012 (45,8%), provocado esencialmente por las consecuencias de la crisis económica que generaron el retorno de los extranjeros a su país de origen.

El estado de salud se caracteriza por diferentes problemas que afectan directamente a la salud como el alcoholismo, toxicomanías... El sinhogarismo es perjudicial para la salud incrementándose las probabilidades de enfermar (falta de dieta saludable, higiene o insomnio) lo que provoca el descenso de la esperanza de vida. (Cabrera, 2008)

Una vez presentadas las características sociodemográficas del fenómeno de las personas sin hogar, es preciso destacar la intervención y servicios que están a disposición de las personas que se encuentran en dicha situación.

Es fundamental remarcar la dificultad de acceso a los servicios sociales debido a la saturación que experimentan cada vez con mayor intensidad los profesionales, los medios escasos para satisfacer las necesidades de alojamiento, las demandas del colectivo... En 2006 el papel de la sociedad civil y de las instituciones vinculadas a la Iglesia seguía siendo fundamental para las personas sin hogar.

Según afirmaba Cáritas en 1999, el 80 % de las personas que atendían eran voluntarias, por lo que se muestra la escasa importancia que se ofrece a los profesionales del Trabajo Social que trabajan y atienden a estos usuarios para reinsertarlos en la sociedad, teniendo en cuenta la formación técnica y teórica requerida por parte del profesional para llevar a cabo esta labor.

En lo que respecta a la intervención social con personas sin hogar es necesario remarcar una serie de fases que, llevadas a cabo ordenadamente, atienden a este colectivo. (Pérez Madera, D, 2011) La primera fase es la detección, es decir se trata de la localización de las personas sin hogar, ello se puede realizar a través de la intervención de los Equipos de Acción Social.

La segunda fase llevada a cabo en el proceso de intervención se centra en el contacto, es decir, estrechar una relación entre el profesional y la persona sin hogar. Ésta fase llevará a la posterior basada en la consecución de una vinculación del usuario que posibilitará el desarrollo de la intervención.

La fase de intervención cuya duración depende de las características de las personas con las que se interviene, conforma la articulación de prestaciones básicas como la alimentación, aseo..., las cuales complementan la intervención y acompañamiento social, que, en ocasiones, requiere la colaboración de otras redes especializadas como la red de atención a adicciones o la red de salud mental.

Para finalizar el proceso de intervención, se ejecuta la última fase, denominada derivación basada en la trasmisión por parte de los profesionales a los usuarios o personas necesitadas de atención a los centros de la red de acogida.

3.2 Trabajo Social con Personas mayores.

Las personas mayores se consideran otro colectivo en situación o riesgo de exclusión social, pues las personas mayores a medida que envejecen, comienzan a perder una serie de patrones considerados básicos para el resto de individuos como la pérdida de relaciones familiares, sociales, empleo... que provoca una desvinculación social de este colectivo en relación al resto.

España, al igual que toda Europa, envejece a un ritmo trascendental, y ello se debe a la progresiva caída de la fecundidad, así como el importante descenso de la mortalidad, provocando así el incremento de la esperanza de vida, situándose según los datos del Instituto Nacional de Estadística (2015) en 85 años para las mujeres y 79 para los varones.

A finales del S.XX tiene lugar un cambio en las relaciones familiares y sociales, el cual afecta a las prácticas y comportamientos dentro y fuera del ámbito familiar. En la actualidad, la diversidad de las formas familiares se hace evidente así como el incremento de la individualización y del valor de la autorrealización personal en la población.

Es preciso destacar el mantenimiento del mayor porcentaje del envejecimiento en el mundo rural respecto al urbano, por lo que se manifiesta claramente el acento de los desequilibrios territoriales.

Uno de los factores característicos de la exclusión social es el empleo, pues además de considerarse una fuente directa de ingresos económicos, no se puede ignorar que se trata de un gran foco de socialización, dando lugar a una serie de beneficios imprescindibles para el desarrollo personal y social del individuo, así como el reconocimiento social o prestigio, la mejora de la autoestima, o la integración social.

Otro indicador o variable a considerar en la comprensión de la exclusión especialmente desde este colectivo es la existencia de barreras arquitectónicas que imposibilitan el acceso a servicios fundamentales (servicios sociales, transporte público...) para satisfacer las necesidades esenciales. Es necesario remarcar la importancia de la discapacidad a medida que el individuo envejece, la cual provoca dependencia por parte de estas personas de terceros para la realización de actividades diarias, incluyendo aquellas tareas elementales que posibilitan al individuo moverse con un mínimo de autonomía personal, tales como el cuidado personal, la movilidad esencial, entre otras.

Según los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, a partir de los 45 años el número de mujeres que sufren una discapacidad es superior respecto al de los varones, pues se aprecia más de 720.000 mujeres con algún tipo de discapacidad respecto a 300.000 hombres que padecen dicha situación.

Las pensiones de jubilación conforman un gasto de gran importancia para la Seguridad Social. No obstante, respecto al gasto en protección social, España es uno de los países europeos con menor Producto Interior Bruto (P.I.B) dirigido a la protección de sus ciudadanos, siendo un 20,3% frente a Francia con un 29,3%.

En cuanto a las prestaciones dirigidas a la tercera edad, es preciso remarcar las prestaciones residenciales (residencias, programas de respiro familiar…), prestaciones no residenciales (centros de día, teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio…), prestaciones técnicas (ayudas técnicas…), programas de ocio y salud (programa de vacaciones para personas mayores, de termalismo social, turismo social…) (Cal Crespo, 2003)

La tercera edad, es considerada como un sector de población en situación de exclusión social debido a diversas variables que inciden en su desarrollo personal como la pérdida de empleo o la jubilación, la pérdida de relaciones sociales, el distanciamiento familiar, el aislamiento social, la soledad, el estado de salud… Por lo que se pretende intervenir para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, realizando desde el Trabajo Social una serie de funciones: (Fontanals de Nadal, M.A Y Bonet Llunas, R., 2003)

Las funciones se dividen en dos grandes grupos según la atención requerida por parte del usuario; por una parte, se encuentran las funciones de atención directa, las cuales son función preventiva, promocional, asistencial, rehabilitadora e informativa. Por otra parte, destacar las funciones de atención indirecta haciendo referencia a la coordinación, trabajo comunitario, gestión destinada a la tramitación de recursos, documentación (ficha social, historia social, informe social y registro), planificación y evaluación, docencia e investigación, y dirección, gestión y organización de centros de mayores.

3.3 Trabajo social e Inmigración.

El proceso migratorio ha tenido un largo recorrido a lo largo de la historia. En 1985 España firma el Acta Única, por el que se integra en la Unión Europea, tal hecho coincide con el incremento de la inmigración en el país. La UE encarga a los países fronterizos una serie de funciones destinadas a velar por la seguridad del espacio interior, ello se ha reflejado claramente en las diversas leyes y normas que se han sucedido en el marco migratorio desde 1985.

Diversos dramas humanos conocidos y producidos por el cumplimiento de estas leyes, tales como muertes en el mar, persecuciones, represiones... de aquellos que intentan infringir las leyes pretendiendo mejorar sus condiciones de vida migrando a países europeos, para llegar al "paraíso europeo".

También se debe mencionar otras variables que inciden en la inmigración como colectivo, las cuales se relacionan con las maneras en las que la "sociedad de acogida" trata a la población inmigrante, las relaciones sociales y étnicas entre la población autóctona y extranjera, los distintos modos de discriminación (de género, étnicas, religiosas...) provocando hechos o actos extremadamente xenófobos, y dando lugar en muchas ocasiones a procesos de marginación o exclusión social.

Debido a las diversas circunstancias que puedan derivar del proceso migratorio, estas personas deben gozar de una atención en igualdad de condiciones que los demás, así como de una protección social para que puedan satisfacer sus necesidades básicas. Por lo que el Trabajo Social, como disciplina ha de contribuir desde la perspectiva de reforma social en las políticas sociales explicitando valores esenciales que han de ser cumplidos. (Ortíz Duque, A. M, 1996)

En lo que refiere a la intervención social destinada al colectivo inmigrante, se tiene en cuenta tres fases características que la definen. (Ortíz Duque, A.M, 1996) La ejecución del proceso de intervención social en la inmigración, se inicia en la fase de acogida. Esta fase se centra en la atención del inmigrante que proviene de un país diferente al receptor (distinta cultura, costumbres, lengua y religión).

A esta fase se asocian una serie de características como el cambio de las expectativas de destino del inmigrante, lo cual les hace desistir de llegar al lugar deseado, quedándose en los lugares a los que han conseguido llegar. Una vez que se mantienen en el lugar en el que se encuentran, suelen optar por el máximo ahorro en la vivienda, por lo que conviven en edificios que prescinden de las condiciones mínimas de convivencia o habitabilidad.

A ello hay que añadir las dificultades idiomáticas que se suceden en muchos casos, lo que conlleva a la necesidad de aprender unos mínimos de comunicación. Poseen grandes dificultades para acceder al mercado laboral, consiguiendo puestos de trabajo en los que se ejecuta actividades marginales (precariedad, dureza, falta de remuneración...) y rechazados por la población autóctona.

Las funciones del trabajador social en inmigración se dirigen principalmente a cubrir las necesidades básicas de este colectivo, así como la orientación de los mismos en las diferentes gestiones que les permitan regularizar su residencia en el país receptor.

La legalidad de los inmigrantes será clave para posibilitarles el acceso a un conjunto de recursos. Papel importante poseen las asociaciones y ONGs de inmigrantes, pues amplían su campo de intervención dirigiéndose de igual modo a personas que todavía no han obtenido el permiso para residir en el país legalmente. Estas entidades reciben una serie de subvenciones para la realización de programas de acogida como la tramitación de documentación o clases de idioma, así como programas de prevención y asistencia.

La fase tutelada es la siguiente etapa por la cual trascurre el proceso de intervención. El trabajador social actúa desde esta fase proporcionando información sobre temas relacionados con la vivienda, posibilita la inclusión del inmigrante en el mercado laboral a través de las "Bolsas de Empleo", proporciona medidas de apoyo en su núcleo familiar (becas de comedor, clases de apoyo), facilita al inmigrante el uso de prestaciones sanitarias preventivas y asistenciales, trabaja el conocimiento del idioma.

La fase autónoma, última fase del proceso a partir de la cual se consigue la integración del inmigrante en la sociedad de acogida. No obstante, se debe mencionar que la integración no tiene lugar cuando es únicamente el inmigrante quien experimenta el proceso de adaptación, dado que ese proceso de cambio y adaptación se debe llevar a cabo también por la propia sociedad receptora, y ello se consigue a través de una valoración positiva de la diversidad.

En esta fase, importante es la promoción de la integración desde la corporaciones locales, pues se considera la administración más cercana a los ciudadanos, tener en cuenta la colaboración de las ONGs dado que su función es clave en relación a este colectivo, potenciar las medidas y actuaciones que fomenten la interculturalidad y, por último, entender los recursos sociales como medio y no como fin.

Según Luis Solana existen diferencias sustanciales en cuanto al trato e intervención social con inmigrantes, ya se consideren con permiso regularizado o sea población inmigrante irregularizada jurídicamente. Ésta última, en los últimos años, ha sido competencia de las ONGs, las cuales han ofrecido una asistencia especialmente caritativa y graciable. (Solana, J.L ,2002)

Este autor defiende igualmente el encarecimiento por parte de los servicios sociales comunitarios de los medios necesarios para la ejecución de programas. Asimismo se muestra una falta de planificación en lo que refiere a la intervención en dos ejes considerados fundamentales para la misma: la inserción laboral y residencial.

Expone la importancia que se ofrece a la consideración de una inclusión satisfactoria del inmigrante en la sociedad receptora, hecho el cual ha dado lugar a dificultar o facilitar el acceso de los mismos en relación a su situación económica. Ello ha supuesto

fundamentalmente considerar a la población inmigrante como mano de obra olvidando el objetivo integrador o inclusivo de dicha población.

Según Solana, diversos estudios y autores han demostrado con claridad que la propia legislación de extranjería y el racismo institucional que se le acusa de conllevar, constituyen los principales obstáculos de integración de este colectivo. (Solana, J.L, 2002)

La reflexión del autor sobre la intervención social se basa principalmente en la integración de la población inmigrante. La intervención social no presenta ninguna característica propia, diferente, programada. Ello ha dado lugar a que muchos autores categoricen los problemas de la intervención social con la población inmigrante como "dilemas". En este contexto es necesario hacer mención a los autores Francé, Casellas y Gregorio, los cuales han identificado cinco tipos o clases de dilemas: (Francé Mundano, L. Casellas López y Gregorio, C.,1999)

1. Dilemas de financiación. La financiación del colectivo inmigrante "no legalizado" no se contempla en el gasto social público, aunque se realizan diversas acciones para esta población desde las instituciones públicas del bienestar y sus profesionales. Sin embargo, aquellos inmigrantes con permiso regularizado legalmente no se incluyen en la acciones públicas relacionadas con la garantía de derechos de la ciudadanía como población receptora, considerándose semiciudadanos, por lo que no entran en la contabilidad general del gasto ordinario destinado a la ciudadanía.

2. El dilema público- privado. Se muestra una desresponsabilidad por parte del Estado de bienestar en lo que refiere a la atención de este colectivo al derivar las administraciones públicas sus funciones en materia de inmigración a las organizaciones no gubernamentales.

3. Potenciación del asistencialismo, la dependencia y del paternalismo. El Sistema Público de Servicios Sociales incrementa las contradicciones entre los planes o discursos formales y las prácticas que se llevan a cabo.

4. Dilema entre la acción generalista y la acción especializada. Ello hace referencia a la posibilidad de crear servicios especializados en materia de inmigración o simplemente atender a la población desde los servicios sociales generales.

5. La cultura como la principal dimensión de intervención o considerarla como uno más de los diferentes elementos que inciden en el colectivo. El dar una mayor importancia al concepto de cultura en la intervención social con inmigrantes contradice la idea de una acción adaptada a cada caso y circunstancia determinada.

3.4 Trabajo Social con Reclusos y Exreclusos.

Refiere gran mención otro colectivo preso del fenómeno de la exclusión social, los reclusos y, una vez conseguida su libertad, exreclusos. En el ámbito profesional del Trabajo Social, la intervención social relacionada con la reinserción social se refiere a un proceso por el cual se pretende adaptar a los usuarios que estén o hayan estado privados de libertad en la sociedad, a través del tratamiento penitenciario cuya finalidad se centra en la adquisición de determinados valores básicos para cualquier ser humano que permitan mejorar su convivencia con los demás, así como la eliminación de los hábitos que les han conducido a tal situación.

Además de la reinserción social, se ha de destacar la importancia de la reinserción laboral, pues el proceso por el cual el individuo se incluye en el mercado laboral, junto a la adquisición, mantenimiento o refuerzo de relaciones familiares y sociales, es clave para conseguir la adaptación de este colectivo desde el Trabajo Social.

Uno de los grandes avances en relación a la atención de reclusos y exreclusos se muestra en la Constitución Española de 1978 aprobada el 29 de diciembre, que establece una serie de principios orientativos del funcionamiento del sistema de justicia como la prohibición de la pena de muerte o la tortura, la finalidad resocializadora, el desarrollo y aseguramiento del cumplimiento de los derechos fundamentales, entre otros.

Diversos artículos de la Constitución defienden los derechos que por ley les pertenece, citando por ejemplo el artículo 25, el cual señala que las penas de libertad y medidas de seguridad se orientarán a la reeducación y reinserción social, sin pretender la ejecución de trabajos forzosos o el artículo 15 que establece el derecho a la vida y a la integridad física de todo ser humano.

En este contexto se impulsa la creación de una ley penitenciaria, la Ley Orgánica General Penitenciaria, aprobada el 26 de septiembre de 1979, la cual se considera de fundamental trascendencia, pues anteriormente esta materia se regulaba a través de reglamentos.

Dentro de la legislación española proclamada en esta materia, es necesario nombrar el Código Penal español, aprobado mediante la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, en el cual se establece los diferentes delitos existentes y las penas que han de cumplir los presos por la ejecución de un delito. Otra norma importante en dicha materia es el Reglamento Penitenciario, aprobado por el Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero, por el cual se desarrollan y concretan de manera más detallada algunas normas y facilitan posibilidades de tratamiento penitenciario.

El preso ha de adaptarse al nuevo espacio, establecimientos penitenciarios ordinarios de gran rigidez de horarios y actividades programadas. Aunque no es tarea fácil debido

a las dificultades que pueda acarrear la prisión debido al desconocimiento, desconfianza, la vigilancia de los funcionarios, la aceptación de la privación de libertad y la adaptación del interno se convierte en un objetivo fundamental para la intervención que se va a ejecutar, y conseguir su reinserción social.

Existe un perfil masculinizado de reclusos en España, pues nueve de cada diez internos son varones. La principal explicación a esta cuestión puede derivarse de los roles y funciones que la sociedad ha asignado a mujeres y hombres.

No hace muchos años la función de las mujeres se basaba en el cuidado del hogar, así como la atención a los hijos. Ello explica, que debido a los estereotipos, los roles o funciones que han desempeñado a lo largo de su vida la ausencia de actividades delictivas. En la actualidad, aunque las mujeres han accedido al mercado laboral, todavía se muestra un porcentaje minoritario en cuanto a la ejecución de actividades delictivas por parte de las mismas. El periodo decisivo en el cual tiene mayor representación en prisión tanto mujeres como hombres se encuentra entre 31 y 40 años.

España cuenta con 68 centros, junto a una serie de unidades específicas. Las unidades, también denominadas departamentos específicos pretenden la reinserción de los internos (Centros psiquiátricos penitenciarios, Unidad de Madres, Departamento para Jóvenes, Unidades de Custodia Hospitalaria, Centros de Inserción Social, Secciones Abiertas o Unidades Dependientes Módulos de Respeto, Módulos Terapéuticos).

Algunos de estos departamentos se sitúan dentro de prisión, en cambio otros se ubican fuera con la finalidad de acercarse al entorno próximo al interno. En cuanto a la clasificación según la gestión, se puede diferenciar entre aquellos que dependen directamente de prisión, y otros totalmente autónomos.

La intervención en el sistema penitenciario se concibe como tratamiento, en el cual se ejecuta una serie de actividades terapéuticas, asistenciales, formativas, educativas, socioculturales, laborales, recreativas y deportivas. Según Jiang y Winfree *"la cárcel favorece una socialización mediante la cual el recluso asume los hábitos y la cultura penitenciaria; valores y normas que, en gran parte, derivan de socializaciones previas, y en parte del propio sistema penitenciario, potenciando hábitos que permiten resistir las acciones de reinserción, en y tras la reclusión"*. (Jiang y Winfree, 2006)

El tratamiento que se ejerce en prisión tiene como finalidad lograr el crecimiento y superación personal, preparando a los internos para la resolución de sus diferentes problemáticas, conseguir la mejora de sus capacidades laborales y educativas, así como el reforzamiento, aprendizaje o mantenimiento de habilidades sociales.

La intervención social en establecimientos penitenciarios se puede abordar desde tres niveles: (Alonso García, V, 2014)

El nivel individual, el cual se inicia desde el ingreso del recluso en prisión. Intervención que se lleva a cabo a través de actuaciones, actividades y programas. La función del profesional se basa en la observación, seguimiento y evaluación de la adaptación del interno, así como el nivel o grado de participación del mismo en las actividades propuestas de los programas de tratamiento.

El nivel familiar es el principal recurso de apoyo para el recluso, así como para ejecutar el seguimiento y lograr la reinserción del mismo. El principal inconveniente que se muestra en la intervención a nivel familiar se centra en la ausencia o carencia de vínculos familiares del interno o que la familia sea el factor desencadenante de los problemas del mismo.

Según Ayuso (2003), a nivel comunitario se contemplan dos perspectivas:

1. Como mecanismo de cooperación y colaboración en la ejecución del tratamiento. Las unidades dependientes pueden ser un ejemplo claro de esta perspectiva, es decir, la convivencia de los internos en una vivienda normalizada para su adaptación al entorno.

2. Como forma de cogestión. Los centros penitenciarios han pasado a tener una gestión compartida con organismos no gubernamentales y asociaciones religiosas, entre otras, pues gran parte de las actividades de enseñanza y reiserción social y laboral se ejecuta a través de estas organizaciones.

El trabajador social penitenciario es un profesional que actúa en diferentes momentos y/o distintos modos. Desde el ingreso del recluso a prisión, el trabajador social atiende al interno y a su familia de manera individualizada y realiza un trabajo post-penitenciario con la finalidad de conocer la eficacia del tratamiento, así como la orientación y seguimiento del mismo.

Según Curbelo y Ledesma (2007) el objetivo de la intervención es solucionar y prevenir posibles necesidades de las personas privadas de libertad, teniendo en cuenta la reeducación y reinserción del recluso.

Según estos autores, las funciones del trabajador social son: (Curbelo y Ledesma, 2007)

- Colaboración en el diseño, así como la ejecución de los Programas Individualizados de Tratamiento según las necesidades que presente cada interno.

- Conocimiento de los problemas y atención de las demandas de cada interno.

- Propuesta de medidas consideradas necesarias para solucionar las carencias detectadas en los internos.

- Atención peticiones de los internos presenten en cuanto a clasificación, tratamiento o programa de intervención.

- Evaluación de la eficacia en la ejecución de los diferentes Programas Individualizados de Tratamiento a cada interno.

- Orientación y asesoramiento a los internos para la integración laboral en los talleres o escuelas de formación del centro penitenciario.

- Ejecución de las tareas que sean encomendadas por parte de la Junta de Tratamiento y asistencia a las reuniones oficiales y a las habituales de equipo.

La inserción social del exrecluso depende de una serie de factores o aspectos de cada uno de los internos como los procesos de socialización, la edad, duración de la condena, relaciones familiares y sociales, expectativas de acceso a un empleo, formación del exrecluso, el lugar de origen... Después de la puesta en libertad, los exreclusos se enfrentan a una serie de obstáculos.

Como se ha comentado con anterioridad, se hacen imprescindibles las relaciones familiares y sociales tanto para el recluso como para el exrecluso, pues se convierten en el principal mecanismo de apoyo y afecto del individuo, lo cual le permite conseguir transformar aquello que le es perjudicial para su desarrollo personal y que impide su convivencia en la sociedad. Ello demuestra que los exreclusos que hayan logrado conservar o mantener los vínculos sociales y familiares tendrán mayores posibilidades de reinserción que aquellos que carezcan de dichos lazos afectivos.

Desgraciadamente el mantenimiento de vínculos familiares o sociales no es habitual en las personas encarceladas, pues este colectivo suele tener graves dificultades de acceso a una vivienda digna, y con frecuencia sufre problemas mentales, derivados del consumo de drogas o el desarraigo que pueden llegar a padecer en ocasiones por cumplir condena lejos de su ciudad de origen. A causa de estos factores, junto con la duración de la condena, pierden los vínculos familiares y sociales, lo cual afecta emocionalmente al interno provocando en éste un sentimiento de soledad y miedo, llegando a sentirse posteriormente indefenso tras la recuperación de su libertad, algo que puede afectar negativamente a su reinserción.

Como expone Manzanos las necesidades consideradas básicas a cubrir tras la puesta en libertad del exrecluso se centran en tener a alguien cercano (amistad o familiar), disponer de una vivienda a la que poder acudir una vez puesto en libertad, y por último, acceder a un trabajo que le permita satisfacer sus necesidades y poder alcanzar una vida digna con los frutos del mismo. (Manzanos C, 2011).

3.5 Trabajo social con Mujer.

Se alude al concepto género para referirse a la construcción cultural que realiza la sociedad teniendo en cuenta las diferencias biológicas de ambos sexos. Ello da lugar a la aparición de roles sociales, aptitudes y actitudes diferenciadas para hombres y mujeres. Este hecho se aprecia claramente en las sociedades patriarcales cuya finalidad se centra en el mantenimiento de la hegemonía de los hombres en el poder, así como favorecer la dependencia de las mujeres respecto de éstos.

Estas construcciones culturales determinan la desigualdad de oportunidades en el ejercicio de los derechos que les corresponden como ciudadanos y ciudadanas. El proceso por el que transcurre la vida del individuo en el cual aprende diversos comportamientos que se consideran "necesarios" para su inserción en la sociedad se denomina socialización. Asimismo poseen gran importancia los estereotipos de género debido a la manifestación de una serie de ideas impuestas que están fuertemente asumidas sobre las características, actitudes y aptitudes de varones y mujeres. Dentro de este proceso de socialización incurren diversos agentes destacando entre ellos a la familia, la escuela, los grupos de pares, los medios de comunicación...

El modelo patriarcal todavía se evidencia en la sociedad española, provocando diferencias en el uso del tiempo y espacio por parte de mujeres y hombres. Por ello es preciso enumerar los diferentes espacios existentes que influyen en las desigualdades que se perciben en hombres y mujeres.

Por un lado, se encuentra el espacio público, está estrechamente relacionado con el ámbito productivo, donde tiene lugar la vida laboral, política, social y económica. Se considera el espacio de la participación y del reconocimiento, el ámbito en el que se ha enmarcado tradicionalmente a los hombres.

Por otro lado, el espacio doméstico alude a la "inactividad", se trata del espacio en el que se produce el cuidado y atención de los hijos, del hogar, los afectos, así como la atención a las personas dependientes.

Por último se ha de hacer mención del espacio privado, considerado *"El lugar del tiempo singular, de lo propio, la condición de estar consigo mismo/misma de manera crítica y reflexiva, es el culto a la individualidad y responde a la cualidad de ocuparse de sí mismo/misma"*. (Murillo, 2009) Se confunde, en el caso de las mujeres, ese espacio con el espacio doméstico.

Esta estructuración de los espacios existentes en la sociedad acentúan las desigualdades entre mujeres y hombres. A pesar de la eliminación de las distancias en la participación, así como el fomento de la igualdad de oportunidades a través de los objetivos realizados por parte de la Unión Europea, el Estado Español y las

administraciones autonómicas y locales, todavía hoy persiste una brecha importante entre ambos sexos.

En lo relacionado a los estudios, las mujeres alcanzan mejores resultados educativos en la mayoría de las sociedades, pero todavía continúa siendo una meta la eliminación de diferencias en la remuneración, el escaso porcentaje de mujeres en puestos de dirección...

En la actualidad, teniendo en cuenta los cambios que ha sufrido la sociedad española, las mujeres continúan asumiendo gran parte del trabajo doméstico y cuidado de la familia (espacio doméstico) reduciendo la probabilidad de acceder a puestos de responsabilidad. También se aprecian dificultades en cuanto a la conciliación de la vida familiar y laboral debido a los escasos recursos sociales que puedan mitigar dicha situación.

Los derechos de la mujer han tenido un reconocimiento tardío, pues los primeros signos que se forman sobre la creación y reconocimiento de los derechos de la mujer se remontan al año 1791 en que Olympe de Gouges integrante del grupo feminista francés expone la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadanía.

En 1902 en la Convención de la Haya se llevan a cabo medidas relacionadas con el matrimonio, el divorcio y la tutela de menores. El primer texto jurídico que refiere exclusivamente a los derechos de la mujer es la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer aprobada en 1952 por la ONU. La Convención otorgaba a las mujeres el derecho al voto en igualdad de condiciones que los hombres, así como la ocupación de cargos públicos y el ejercicio de funciones públicas según la ley nacional.

En 1975, el Año Internacional de la Mujer de Naciones Unidas, se realizó por primera vez una reforma del Código Civil Español, surgiendo en el mismo por primera vez la idea de Igualdad de la Mujer.

Sin embargo, la verdadera transformación en el tratamiento legal de los derechos de la mujer en España se produce con la creación de la Constitución Española de 1978, destacando artículos como el 9.2 por el cual se declara la igualdad real y efectiva del individuo, la igualdad de los españoles ante la ley sin ningún tipo de discriminación (art. 14), el acceso de los ciudadanos a las funciones y cargos públicos en igualdad de condiciones (art. 23.2), entre otros.

Las mujeres constituyen otro colectivo de exclusión social, debido a las desigualdades que sufren en relación a los hombres. La socialización de las personas, los roles impuestos por la sociedad para cada sexo, así como los estereotipos que castigan injustamente a la mujer, dando lugar a la exclusión social de la misma, conformando un colectivo más necesitado de protección y atención social.

Dentro del colectivo de las mujeres, se pueden diferenciar distintos grupos en función de las problemáticas de las mismas. (Fundación EDE, 2010)

3.5. 1 Mujeres pertenecientes a minorías étnicas.

En España, la mayoría de estas mujeres son gitanas. Estas poseen una serie de características específicas que han de tenerse en cuenta para la intervención con las mismas:

- La importancia del concepto de familia extensa y construcción de redes sociales.

- La prevalencia del patriarca o cabeza de familia.

- La solidaridad de la comunidad gitana ante situaciones de extrema dificultad como dificultades económicas, enfermedad o fallecimiento de un miembro de la familia.

- Bajo nivel formativo y baja incorporación al mercado laboral normalizado.

3.5.2 Mujeres inmigrantes.

Las mujeres inmigrantes pueden sufrir una doble discriminación, por el hecho de ser mujeres y pertenecientes a otro país distinto, así como a la regularización en el país de acogida. Esta discriminación puede verse plasmada en el disfrute de los derechos fundamentales como la educación o la protección social. Además, las mujeres inmigrantes son afectadas por los estereotipos, no sólo de la cultura receptora sino también por los propios de la cultura de origen.

Un ejemplo claro se evidencia en el acceso a la educación. Se presentan diversos obstáculos como los estereotipos de la propia cultura, pues, a veces, los estereotipos de género de la cultura de origen dificultan este acceso debido a la creencia de que las mujeres no precisan de un nivel formativo o educativo dado que su rol se sitúa en el ámbito doméstico. Al igual que los estereotipos de la cultura de origen, los de la cultura receptora considera que las mujeres inmigrantes poseen un nivel formativo menor clasificándolas en una tipología de formación básica o no reconociendo sus titulaciones universitarias.

En lo relacionado a la intervención social que se ejecuta en materia de mujeres inmigrantes, es preciso destacar cuatro modelos de intervención. (Pérez Grande, M.D, 2008)

Modelo paternalista-victimista. Este modelo percibe a la mujer inmigrante como un sujeto indefenso y vulnerable. La creencia de ser propensas a la marginación provoca que sean descritas como víctimas lo cual da lugar a la aparición de sentimientos de compasión y protección. Esta visión genera prácticas de intervención asistencialistas y caritativas.

Modelo de valoración social negativa. Se tiende a categorizar a las mujeres como "poco móviles", y por el hecho de emigrar a otro lugar abandonando la sociedad de origen son consideradas como extrañas que huyen del control de su sociedad de origen ya sea por ser víctimas o transgresoras. Estas desvaloraciones se acompañan de otros aspectos como ser portadoras de enfermedades venéreas.

Desde este enfoque, las prácticas de intervención social van destinadas a "rectificar sus desvíos" desde la represión de diferentes acciones consideradas impropias hasta la formación y educación con la finalidad de conseguir la normalización de sus comportamientos y obtener, de este modo, una mayor integración.

Modelo feminista salvacionista. Presenta a las mujeres como sujetos apresados en su sociedad patriarcal de cultura machista y una subordinación que afecta a su libertad y desarrollo personal. Este modelo ofrece una imagen de la mujer representada como débil, ignorante y sumisa, resignada al destino que le ha tocado. La interpretación de la intervención desde este modelo se basa en la necesidad de socorrer a las mujeres de su situación de subdesarrollo relacionándola con la situación de las mujeres en la sociedad española basada en el logro de los derechos, la democracia y la modernización, frente a las mujeres del "Tercer Mundo".

Modelo culturalista. Este modelo afirma que el "problema social" que afecta a las mujeres inmigrantes posee su causa en las diferencias culturales que aportan en relación a la mujer española. Ello da lugar a la utilización de programas específicos adaptados a sus diferencias culturales, actividades interculturales y conocimiento de la cultura española.

3.5.3 Mujeres prostituidas.

La prostitución ha tenido enormes cambios en España en los últimos años como las nuevas manifestaciones de prostitución, la incidencia de la inmigración ilegal y el incremento de la trata de mujeres, el número de mujeres prostituidas ofrece gran dificultad a la hora de cuantificarlo dado a la inexistencia de un número exacto de mujeres que la ejercen, entre otros.

En lo relacionado a la intervención social dirigida a mujeres prostitutas, será necesario tener en cuenta una serie de requisitos que orientan la intervención: (Gómez Capel, M.C; Plasencia Venys, F.; Abad Verdegay, J; Alomar Real, M. M; de León Reyes, N.)

- Partir de la realidad. Los agentes sociales deberán ofrecer un análisis de la realidad compleja y cambiante. Esta perspectiva permite reconocer y detectar los cambios sociales y las necesidades de las mujeres con la finalidad de priorizar proyectos y respuestas ante las diversas dificultades que puedan presentarse.

- Perspectiva de género. La vulnerabilidad y marginación que experimentan las mujeres que ejercen la prostitución o se encuentran en situación de exclusión social, está condicionada en ocasiones a las desigualdades producidas entre hombres y mujeres. Hecho este por el cual el profesional deberá ofrecer un acompañamiento a las mujeres en su proceso de reconocimiento de su igualdad y empoderamiento.

- Interrelación personal. Es necesario ofrecer un espacio de seguridad, de confianza, y afecto para que pueda sentirse escuchada con la finalidad de facilitar la interacción con el profesional y poder atender las necesidades de la misma.

- Atención integral. Dado la multidimensionalidad del proceso de exclusión social, es necesario tener una visión integral de la persona, desde la contemplación de sus dimensiones y necesidades, así como su interacción con el contexto.

- La persona como sujeto. Se pretende conseguir, desde los procesos de integración social, que la mujer sea protagonista de su proceso, fomentando la toma de sus propias decisiones e incrementando su autonomía personal.

- Sensibilización y trabajo comunitario. El trabajo con mujeres pone de manifiesto la necesidad del cambio social. Por lo que es necesaria la participación en espacios de diálogo (medios de comunicación, foros...) con la finalidad de mostrar a la sociedad la realidad, así como la lucha y defensa del reconocimiento de los derechos de las mujeres y el empoderamiento del grupo.

- Trabajo en equipo. Para el desarrollo de un proyecto de intervención se precisa de diversos profesionales que se complementan entre sí para la consecución de los objetivos propuestos. El trabajo en equipo requiere de coordinación y organización de los profesionales que conforman el grupo, así como una comunicación abierta de los mismos aportando lo mejor de cada profesional.

- Actualización permanente y formación. Las diversas acciones que ejecutan los profesionales requieren de la actualización de conocimientos y herramientas debido a la realidad cambiante que se presenta.

3.5.4 Mujeres con discapacidad.

Los roles tradicionales impuestos por el patriarcado, que todavía reina en la sociedad española, ha supuesto una limitación para las mujeres con discapacidad que les impiden ser consideradas como mujeres preparadas para la maternidad, el acceso al mercado laboral, la toma de sus propias decisiones...

Estas mujeres, además de su discapacidad, se han de enfrentar a múltiples obstáculos y barreras que les impiden su integración social, su participación social y su desarrollo personal.

Desde el Trabajo Social se tiene en cuenta a las personas, recursos y situaciones que se consideran facilitadores de rehabilitación y otros servicios básicos y protectores del desarrollo de la persona con discapacidad. Se tiene en cuenta una serie de facilitadores que se definen como estrategias de intervención que superan las barreras existentes por el hecho de padecer una discapacidad. Los más frecuentes:

- Aceptación de la discapacidad para la superación posterior de las barreras que puedan presentarse.

- Utilización de recursos materiales y humanos familiares, personales y comunitarios.

- Capacidad de hacer frente a situaciones de injusticia y resiliencia.

- Estrategia de red social: red social personal, redes institucionales y redes intersectoriales.

El abordaje grupal se considera una técnica utilizada en el Trabajo social, pues a través de la interacción de grupos de familiares de personas con discapacidad se puede compartir distintas actitudes y alternativas ante una problemática específica, lo cual conlleva derivar aquellas barreras que se generan e impiden la participación social de la persona. Además genera actitudes solidarias entre las familias con personas con discapacidad y se socializa información útil para el grupo.

También favorece la socialización de las personas con discapacidad y de sus familias a través de actividades grupales recreativas y culturales. Corresponde al trabajador social definir los objetivos del abordaje grupal y conseguir la participación activa de los miembros del grupo.

3.5.5 Mujeres víctimas de violencia de género.

Las mujeres víctimas de violencia de género se consideran otro colectivo en situación de exclusión social, ya que la dependencia económica y afectiva que tienen con su agresor les dificulta, en gran medida, acabar con esa situación.

En lo que refiere a la intervención con mujeres que sufren maltrato, el trabajador social realiza una serie de actividades:

- Informar sobre sus derechos y recursos existentes; orientar , derivar y/o tramitar prestaciones y recursos necesarios; soporte emocional; coordinarse con los servicios sanitarios y sociales; respetar decisiones de la mujer; valoración el riesgo; informar de la situación personal; elaborar conjuntamente con la mujer un Plan de Seguridad, y concertar seguimiento de la intervención ejecutada.

Si se tratara de situaciones de extremo riesgo o urgencia, entonces será preciso llevar a cabo las siguientes actuaciones:

Coordinarse con un profesional médico que ha atendido o atiende a la mujer y otros sanitarios para atender las posibles lesiones físicas y/o psicológicas; coordinarse con los servicios sociales o centro mujer 24 horas; soporte emocional; valorar la toma de decisiones de la mujer; ofrecer una atención social básica (Información, orientación, derivación y/o tramitación de recursos urgentes de apoyo y protección inmediata si es necesario), y valorar situación de riesgo o posible desamparo de menores.

3.5.6 Mujeres responsables de núcleos familiares.

En lo que refiere a familias monoparentales, los diversos informes realizados desde los años setenta en España se puede extraer que se ha incrementado el número de hogares monoparentales cada año, y las responsables en la mayoría de las ocasiones de estas familias son las mujeres (familias monomarentales), las mujeres divorciadas, separadas o madres solteras son grupos que deben asumir los roles tradicionales de mujeres y hombres, creando un nuevo modelo familiar alejado del tradicional, añadiendo la dificultad de los problemas socioeconómicos por los que suelen pasar.

En lo relacionado a la intervención de mujeres con responsabilidad familiar, se aprecia el asesoramiento en la gestión de las diferentes ayudas sociales a las que tienen derecho, contacto y seguimiento con los servicios sociales (derivación, servicios sociales generales o específicos, trabajo conjunto...).

3.6 Trabajo Social con Menores infractores.

Se ha de partir de la complejidad observable en la definición del menor infractor debido a la polémica que suscita este término en la sociedad actual.

Dicho problema ya se planteó por Cruz y Cruz (2007) :

"El conflicto se inicia en la denominación misma de menores infractores. Para muchos es ofensivo utilizar este calificativo; partiendo de la idea en boga actualmente, de que los menores, por estar aún en proceso de maduración psicológica, bajo ningún concepto puede considerarse que infrinjan las leyes penales, sino que sus acciones son el resultado de las influencias del medio social o de sus progenitores, quienes en la mayoría de las ocasiones los determinan a incurrir en actividades delictivas."

Según Cruz y Cruz (2007) los menores infractores son *"aquellas personas, menores de 18 años que realizan conductas tipificadas como delitos por las leyes penales vigentes,(...) surge la necesidad de someterles a un régimen especial de atención, el cual debe buscar protegerlos, tutelarlos"* . De este modo, se puede definir al menor infractor como persona mayor de 14 años pero menor de 18 que haya cometido

conductas tipificadas como delitos que tengan como consecuencia la reeducación del menor para impedir la repetición de tales conductas.

La exclusión social también está presente en menores caracterizados por la influencia de factores endógenos como las enfermedades psicológicas y/o exógenos como la influencia negativa familiar que provocan diversos problemas en el menor dando lugar a su marginación social.

Según los datos del INE (2013), en relación a los condenados menores de edad, se muestra que el 81,3% fueron varones y el 18,7% mujeres. En cuanto a la edad, se aprecia un incremento de menores con 17 años (32,5%) seguido del grupo de 16 años (28,6%).

Teniendo en cuenta el total de infracciones cometidas en España por menores infractores por Comunidades Autónomas, se puede apreciar que el 23,1% se registraron en Andalucía, el 15,1% en la Comunidad Valenciana, y el 12,3% en Cataluña. Por otra parte, los menores porcentajes se muestran en las ciudades autónomas de Melilla con un 0,6% y Ceuta con un 1,0%, y la Comunidad Foral de Navarra con el 1%.

En cuanto a la legislación a nivel estatal encargada de regular la justicia en materia de delincuencia juvenil destaca la Ley 5/2000 de 12 de Enero reguladora de la Responsabilidad penal del menor. Esta Ley recoge unos principios de naturaleza penal pero sancionadora-educativa del procedimiento y de las medidas aplicables, el reconocimiento de los derechos y el interés del menor, la flexibilidad en cuanto a la aplicación de medidas impuestas y la protección del menor en la aplicación de las mismas.

Ley orgánica 8/2006, de 4 de diciembre de 2006, modifica la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Esta Ley pretende la revisión de algunos aspectos de la anterior Ley, aunque se continúa primando el interés del menor. Su objetivo es la integración del menor infractor en la sociedad, así como la reeducación del mismo.

En cuanto a la intervención con menores infractores, se pueden apreciar diversos modelos de intervención: (González Tascón, M.)

A finales del S.XIX y principios del S. XX, surge el modelo de protección o tutelar coincidiendo con la sociedad industrial. En este contexto plagado de problemas sociales (pobreza, marginación…), siendo los menores los que sufrían las consecuencias de dichos problemas, se crearon movimientos que buscaban el cambio de estos menores en Norteamérica y Europa.

Como indica su nombre, este modelo describía a estos menores como personas que necesitan curación, entendiéndolos como un peligro para la sociedad aunque no eran juzgados como responsables penales. Es por ello que el pilar básico que sostiene este modelo se basa en la educación y tratamiento terapéutico de los menores para la corrección de su situación de infractores de la ley a través del internamiento de los mismos alejándolos de su entorno familiar y social considerado el principal factor que condiciona su situación de marginación.

Tras la II Guerra Mundial, la expansión económica posterior dio lugar a la creación del modelo educativo o rehabilitador. El objetivo de este modelo según González Tascón es *"encontrar la respuesta al problema planteado por el menor que comete un delito en una vía extrajudicial"*. (González Tascón, 2010) Es decir, se pretende alejar al menor del sistema judicial penal en la medida de lo posible. Además es la comunidad quien se encarga activamente del tratamiento educativo del menor infractor.

La falta de empleo y los recortes en las prestaciones sociales, dará lugar al impulso de un nuevo proyecto por el que se pretende conseguir una transformación del Estado Social que tiene como finalidad disminuir la delincuencia juvenil en aumento, naciendo así el modelo de responsabilidad o de justicia. El objetivo primordial de este modelo es "hacer tomar conciencia al menor de sus actos", es decir, la asunción del menor de la culpabilidad de los hechos cometidos.

Dentro de los aspectos que defiende este modelo, es preciso resaltar el reconocimiento de los derechos de los menores basándose en la Convención de Derechos del Niño de 1989, la desjudicialización con la finalidad de evitar someter al menor a un procedimiento judicial penal debido a los efectos negativos que para él pudiera irrogar , y la mediación entre el menor infractor y la víctima con el objetivo de conseguir la reparación moral o material del daño producido. (González Tascón, 2010)

Por último, el modelo de justicia reparadora que explica que el delito causa daño a la víctima pero también a la comunidad y a los propios menores infractores. En lo que refiere a la víctima se muestran dos formas de reparación del daño: dirigidas del menor infractor a la víctima o del menor infractor a la comunidad.

Es un modelo que pretende la resolución de conflictos por lo que utiliza diversos programas de mediación o reparación del daño.

La intervención del trabajador social con menores infractores comienza con la recepción de la notificación de un ingreso. En cuanto al ingreso o internamiento se pueden apreciar dos posibilidades: (Rodriguez Rodriguez, A, 2014)

- Si es el primer internamiento: Se traslada al menor al área de acogida donde permanecerá durante un periodo máximo de 3 días hasta que el Equipo Técnico

establezca el bloque donde deberá ingresar, elaborando asimismo la documentación relacionada con diversos ámbitos como social, legal, psicológico..., y el Programa Individualizado.

- Si no es el primer internamiento: El menor infractor se trasladará de igual forma al área de acogida, aunque ya se tendrá una orientación previa del menor así como su documentación.

Durante el periodo de acogida del menor, el trabajador social entrevistará al menor con la finalidad de recabar datos relacionados con su entorno, relaciones familiares...

Otra función que realiza el trabajador social es citar a la familia del menor con el objetivo de obtener la suficiente información sobre el contexto sociofamiliar del menor infractor. Asimismo se encargará de ejecutar la evaluación y diagnóstico de la situación del menor en el ámbito familiar y social.

Posteriormente se realiza una reunión con el Equipo Técnico en la cual se discute el módulo de ingreso del menor y los responsables de ejecutar el seguimiento del Programa Individualizado.

3.7 Trabajo Social con Familia.

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se plantea como *"el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado"*. (art. 16 Declaración Universal de los Derechos Humanos)

En las sociedades más primitivas se reunían varios núcleos familiares que se desplazaban conjuntamente con la finalidad de satisfacer sus necesidades básicas. La familia se consideraba una unidad económica en la que los hombres se encargaban de la caza, mientras que las mujeres se dedicaban a la recolección de alimentos y cuidado de los hijos.

En las sociedades industrializadas la familia continúa teniendo una base utilitaria centrada en la transmisión de capitales económicos, simbólicos y sociales.

En la actualidad, se ha producido una transformación de la familia en cuanto a las funciones, composición y rol de los progenitores. Ello se aprecia en los diferentes tipos de familias existentes (nuclear, extensa, monoparental...). La mujer posee mayores posibilidades de ingresar en el mercado laboral permitiendo la realización personal de las mismas, disminuyendo el número de familias numerosas como consecuencia de la transformación de la mentalidad de la sociedad.

Además del incremento de la participación de las mujeres en la sociedad, también destacan otras pautas de comportamiento que inciden en la diversidad familiar existente como el incremento de la calidad de vida, las pautas de consumo, la

educación, el alargamiento de los estudios (especialmente en las mujeres), la pérdida de la influencia religiosa...

A pesar de la heterogénea tipología existente en cuanto a la familia, se muestra en el informe *Evolución de la Familia en Europa* (2006) realizado por el Instituto de la Política Familiar, la importancia de la familia la cual ha actuado amortiguando los efectos dramáticos de los diversos problemas que se sufren en la actualidad a causa de la crisis y las dificultades que se derivan de la misma como el paro, la drogodependencia, las enfermedades...

La familia es una de las principales áreas de intervención del Trabajo Social considerándose la modalidad más antigua de actuación de esta profesión. En la actualidad, la familia está sometida a grandes presiones y demandas que debe afrontar. Estas exigencias dan lugar a situaciones de conflicto o riesgo familiar, y es aquí cuando la intervención del trabajador social se hace esencial.

Por lo que el Trabajo Social Familiar pretende atender los problemas psicosociales que acechan al grupo familiar intentando incrementar los recursos del mismo y las redes sociales.

La intervención del trabajador social se inicia en el momento en que se pretende involucrar a la familia en la detección de sus dificultades y sus recursos. Después de la demanda de ayuda por parte de la familia que precisa de asistencia ante los conflictos que pueden llegar a excluirla socialmente, se procede a las siguientes fases de la intervención: (Saldias Guerra, P, 1998)

En primer lugar se procederá a realizar un diagnóstico familiar en el que se dará conocimiento de las problemáticas tanto sentidas como no sentidas de la familia, así como sus recursos y habilidades. Esta primera fase de diagnóstico finalizará una vez recopilada la totalidad de la información considerada necesaria para la comprensión de la situación familiar.

Previamente a la ejecución de la intervención profesional, se realizará un acuerdo explicito ya sea escrito u oral entre el trabajador social y la familia. En dicho acuerdo se expresa las intenciones de cambio que se pretenden lograr por parte de la familia a través de la ejecución de unos objetivos destinados a mejorar la situación familiar.

En tercer lugar, se realizará la intervención familiar que tiene como objetivo eliminar las pautas disfuncionales de las relaciones familiares. Por último, para la finalización de la intervención se llevará a cabo la evaluación familiar y cierre. Con esta fase se pretende conocer la repercusión que ha tenido la intervención en la situación familiar. Esta evaluación deberá realizarse también cuando no se hayan producido cambios después de la intervención o que ésta haya evitado un mayor deterioro de la situación.

3.8 Trabajo Social y Educación.

La educación forma parte de la socialización del individuo, que, aunque al principio se inicia al mismo en la educación "informal" centrada en la transmisión de una serie de valores y costumbres de padres a hijos, cuando alcanza la edad adecuada, el menor se inscribe en un centro educativo por el que obtiene otro tipo de educación (formal) que tiene como finalidad ofrecer una formación necesaria y adecuada para su posterior inclusión al mercado laboral.

El sistema educativo no es capaz de modificar la totalidad de las problemáticas que el alumnado lleva consigo de forma individual. Es por ese motivo que, si se pretende conseguir que el alumnado tenga una situación que permita su desarrollo libre, es preciso tener en cuenta, además del papel que representan los educadores, a otros profesionales que complementan la labor de los mismos en la modificación o el cambio de los problemas que asolan al alumno (psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales...).

Según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (F.I.T.S.), el contexto escolar se convierte en el primer ámbito de detección de problemas familiares y sociales que afectan al menor. Por lo que se considera el medio escolar como el instrumento principal de prevención, así como el medio por el que se ejecuta una intervención temprana con la finalidad de modificar, en su caso, la situación problemática existente.

En el contexto educativo, el menor cuenta con tres subsistemas que le rodean: la familia, la clase social a la que pertenece y la escuela. En cada uno de estos subsistemas el menor desempeña una serie de relaciones, y la forma en que desempeñe éstas determinará en gran medida el desarrollo integral del mismo. Ello conduce a la importancia que ofrece la intervención a los diversos contextos en los que se desenvuelve el individuo.

Según Roselló Nadal, E., el Trabajo Social Escolar se define como *"la ayuda técnica que favorece el establecimiento y fortalecimiento de las relaciones entre el medio escolar, el familiar y el comunitario, la integración escolar y social de los niños que tienen dificultades de adaptación al contexto educativo por sus circunstancias personales, familiares o sociales y la intervención sobre todos aquellos obstáculos que impiden el desarrollo integral del menor"*. (Roselló Nadal, E, 1998)

La labor del trabajador social en el contexto educativo se basa en la integración de los menores al medio escolar teniendo en cuenta las diversas problemáticas que inciden sobre el menor e impiden o dificultan su desarrollo.

En cuanto a las funciones que realiza el trabajador social en el contexto educativo se centran en: (Roselló Nadal, E, 1998)

- La participación en la elaboración y el desarrollo de programas de prevención destinados a los menores.

- Asesoramiento del profesorado en la elaboración, seguimiento y evaluación de los P.A.T (Programas de Acción Tutorial).

- La realización del estudio y valoración sociofamiliar del caso detectado, con posterior seguimiento y evaluación.

- Realización de actividades de orientación educativa y sociolaboral.

- Colaboración con los diferentes órganos del centro educativo según las necesidades que presente el caso.

- Asesoramiento a familias y elaboración de documentos de intervención socioeducativa.

3.9 Trabajo Social y Salud.

Según la OMS -1946- (Organización Mundial de la Salud) la salud es *"un estado completo de bienestar físico, mental y social y no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad"* añadiendo que *"constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano"*. Como bien define la OMS, la salud es un estado de bienestar que constituye las tres dimensiones que conforman al individuo (biológica, mental y social) sin centrarse simplemente en la relación salud-enfermedad, dando importancia únicamente al estado físico de la persona. Se trata de un derecho destinado a la atención sanitaria de todas las personas sin realizar ningún tipo de distinciones o discriminaciones a un colectivo particular.

Esta nueva visión de la salud ha suscitado un cambio en la forma de pensarla. Además de la dimensión biológica del individuo, también se tienen en cuenta aspectos psicológicos y sociales que forman parte de la vida del individuo, y por ende inciden en la salud del mismo. Surge, de este modo, la importancia del rol del trabajador social en el área sanitaria, pues ofrece una visión de la dimensión social del individuo con la finalidad de complementar las dimensiones necesarias para lograr el estado de salud anhelado.

La principal referencia sobre el Trabajo Social en el área sanitaria se puede apreciar en la obra de M. Richmond "El diagnóstico social" (1917) en la cual transcribe un artículo de M. Cannon sobre la práctica clínica que realizaba el doctor Cabot y su equipo en el departamento de *servicios sociales del Massachussets General Hospital.*

Cabot destacó en su época por centrar la intervención social con el enfermo en la persona en sí y no en la enfermedad que sufría resaltando la importancia de la colaboración de médicos y trabajadores sociales para la obtención del resultado

deseado. Afirmaba que, aunque el médico podía conocer el estado físico y mental del enfermo, no era consciente del entorno de la persona y de las consecuencias que ese ambiente en el que vive pueden ocasionarle. Debido a ello, resaltaba la figura y papel del trabajador social, pues sostenía que sólo aquel poseía la información completa sobre el entorno personal del individuo.

El conocimiento de esta información se considera imprescindible para el diagnóstico clínico, pues condicionaban el tratamiento y recuperación del individuo. Por tanto, la dimensión social tiene un peso importante en lo que refiere a la salud del individuo ya que existen múltiples factores (personales, laborales, familiares...) que pueden afectar a la salud de éste.

En cuanto a la intervención que realiza el trabajador social en el ámbito sanitario se muestra en la ejecución de diversas funciones: (Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario, 2012)

- La creación de estrategias preventivas del riesgo social, de promoción de la persona enferma y su familia y de inserción social.

- Docencia destinada a nuevos profesionales del trabajo social y a otros profesionales del área sanitaria para la incorporación de la visión social que se han de tener en cuenta en los diagnósticos y la resolución de problemas.

- La coordinación para la ejecución de recursos necesarios que contribuyan a mejorar los resultados en salud.

- La mediación, favoreciendo la resolución de los posibles conflictos que puedan derivarse en el entorno de los pacientes con la finalidad de lograr que sean los propios pacientes a través de su intervención los que resuelvan dichos conflictos.

3.10 Trabajo Social y Discapacidad.

Las personas con discapacidad se convierten en otro colectivo o sector de la población víctima de la exclusión social, pues éstas constituyen un grupo vulnerable debido a las diferentes barreras que impone la sociedad. Por ello se precisa una protección singularizada de dicho colectivo en la ejecución de los derechos humanos y libertades básicas con la finalidad de facilitar su participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones que las demás personas que no sufren ningún tipo de limitaciones.

La vulnerabilidad del colectivo desencadenado por la sociedad, lo ha mantenido en situación de exclusión, lo cual ha demostrado la restricción de sus derechos básicos y libertades fundamentales. Tal condición ha obstaculizado su desarrollo personal y disfrute de los recursos y servicios destinados a toda la población.

Se plasma la relación directa existente entre los conceptos discapacidad y exclusión social. Ello puede derivar, por una parte, de la situación de precariedad y privación que sufren las personas, las cuales debido a estas circunstancias son más propensas a adquirir una discapacidad, y por otra parte, la discapacidad funciona como un factor que anima a la exclusión social debido a la limitación de oportunidades en el acceso a los servicios. (Huete, Díaz Y Jiménez, 2009)

Esta exclusión sufrida por el colectivo se debe principalmente a la discriminación permanente, el aislamiento y las limitaciones sociales que sufren estas personas por parte de la sociedad. A lo largo de la historia han surgido diferentes modelos que pretenden explicar la discapacidad u ofrecer una forma de entender al colectivo discapacitado, dando lugar a la formación de concepciones contradictorias en el modo de entender la discapacidad.

En primer lugar, se ha de mencionar el modelo de prescindencia, basado en la religión. Según el modelo de prescindencia, la discapacidad es el resultado del enojo de los dioses. Este modelo entiende a las personas con discapacidad como una carga para la sociedad, pues según dicho modelo, no pueden aportar nada a la comunidad y por ese motivo se deben "apartar" de la sociedad. (Muyor Rodriguez, J.)

Después de la II Guerra Mundial surge un nuevo modelo, el modelo medico-rehabilitador, el cual explica la discapacidad en términos de salud o ausencia de enfermedad. Este modelo pretende "normalizar a la personas con discapacidad" en la medida de lo posible asemejándola a la de las personas que no sufren ningún tipo de limitación física o psicológica. Por lo que el objetivo principal es lograr que la persona con limitaciones pueda adquirir el mayor número posible de habilidades y destrezas a través de la intervención interdisciplinar.

Un modelo que ofrece una actuación paternalista y asistencialista como consecuencia de la subestimación del colectivo. Se sitúa el problema en el interior del individuo, pues defiende que las causas de dicho problema derivan de sus limitaciones físicas o psicológicas pero no alude a los factores externos a él.

Por el contrario, el modelo social abarca una visión diferente al modelo anterior, pues centra el problema en las limitaciones producidas por la sociedad que impiden tener en cuenta en la organización social la prestación de servicios y la satisfacción de las necesidades de las personas con discapacidad. Un modelo que defiende que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad del mismo modo que las personas sin discapacidad. La discapacidad se define dentro de este modelo como una construcción, y al mismo tiempo, una opresión por parte de la sociedad.

En la actualidad ha surgido un nuevo modelo, el modelo de la diversidad funcional, creado por el propio colectivo. Dicho modelo pretende complementar la idea del anterior modelo con la finalidad de ofrecer una solución a las discriminaciones del colectivo con diversidad funcional. (Palacios y Romañach, 2006)

En lo que refiere al modelo del Trabajo Social para ejecutar la intervención con personas con discapacidad, se debe considerar que la acción llevada a cabo por el trabajador social comienza desde que contacta con la persona, sin necesidad de esperar a la recolección de datos (la mirada, la acogida, la manera de presentarse, la calidad de escucha...).

Por lo que la acción del trabajador social se remite a guiar al sujeto, pues éste conoce la situación, así como las soluciones más apropiadas para el mismo. Además el modelo de diversidad funcional centra su atención en los aspectos positivos y dinámicos de la persona a la que se atiende, en lugar de tener en cuenta los puntos "desorganizados" o "negativos" del individuo, centrándose en los cambios en curso, en sus potencialidades.

3.11 Trabajo Social y Drogodependencia.

La drogodependencia, en sentido amplio, se basa en una situación psicofísica de dependencia a las drogas. Pero esta definición ofrece una visión generalizada de este concepto que afecta a numerosas personas, y que debido a la situación que genera, impide al individuo su inserción social, quedando marginado y apartado de la sociedad.

En el S.XIX se consideraba que el consumo de drogas podía resultar un negocio beneficioso, llegando a pensar que el uso de determinadas drogas como el opio, las hojas de cocaína, la marihuana... provenían de hábitos arraigados a grupos sociales específicos en determinados países.

A finales del mismo siglo, se demostró totalmente lo contrario, pues se consideró que el tráfico y uso de estupefacientes era un problema internacional. A consecuencia de esto se creó la "Convención de Viena" en 1971 por parte de las Naciones Unidas con la finalidad de promover el control internacional de tales sustancias.

A lo largo de la historia se han considerado categorías múltiples y heterogéneas sobre la drogodependencia (Mayor, J, 1995)

- La drogodependencia como enfermedad. Se pretende denominar la adicción de las personas como una enfermedad con la finalidad de evitar el estigma ocasionado por denominarla "vicio" o "delito". Ello condujo a la necesidad de abordar este tema desde la perspectiva médica, pues el modelo médico defendía la idea de que la drogodependencia es una enfermedad, y por tanto posee una base biológica o bioquímica.

- La drogodependencia como conducta desviada. Se considera la adicción de la persona como una conducta que margina a la misma por no seguir los valores y normas que dicta la sociedad.

- La drogodependencia como conducta normal. Diversos autores defienden esta posición que se manifiesta como revolucionaria, la cual defiende que el consumo de sustancias es similar a cualquier otra conducta como el manejo del dinero o la conducta laboral. Se trata de una posición optimista (esta perspectiva niega el problema que puede generar la drogadicción en las personas) que se aleja de los patrones de la realidad, destacando los datos reales y las actitudes dominantes.

Según la OMS, la drogodependencia alude al *"estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) de forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación"*. La drogodependencia provoca consecuencias negativas para el individuo, pues aleja a éste de su entorno, siendo etiquetado por la sociedad como "desviado" dando lugar a su exclusión.

Es preciso tener en cuenta los condicionantes del ámbito social (familiares, personales, laborales...), además de los psicológicos y biológicos, que inciden en la actuación del individuo para someterse a la droga.

La dependencia a las drogas puede derivarse de tres vertientes diferenciadas:

- La dependencia física se produce por la supresión total del consumo de la droga dando lugar a intensos trastornos físicos. Según el *Manual Merck* esta dependencia se debe a la adaptación del individuo al consumo de la droga, por lo que no puede abandonar la ingesta de la misma.

- La dependencia psíquica, se manifiesta en la necesidad del individuo de consumir una sustancia para producir placer o evitar el malestar (ocasionado por el intento de abandonar su consumo), teniendo en cuenta los problemas sociales que se derivan de dicho consumo.

- La dependencia social, nace con la motivación del grupo social. El consumo de una sustancia provoca la aceptación de la persona por parte del grupo.

La drogodependencia se considera un fenómeno complejo y multidimensional, y por tanto ha de ser multiprofesional, siendo necesario que estas dimensiones y aportaciones de las diferentes disciplinas cooperen para la ejecución de una acción comprensible y eficaz.

Se precisa de una intervención considerando los diferentes niveles que afectan al individuo (biológico, psicológico y social), así como tomando en consideración los factores de riesgo del sujeto, de la droga y del contexto.

La intervención del trabajador social en este ámbito profesional se desarrolla en tres fases diferenciadas: (Mayor, J, 1995)

1. Prevención. Constituye la fase de mayor importancia ya que se aplica ampliamente y no se centra en individuos particulares, y evita el incremento de las dificultades y sufrimientos que puedan derivar de los trastornos sufridos por la adicción. En los diversos contextos en los que se puede desarrollar la prevención (escolar, laboral, social...) se inicia con la información, posteriormente se continúa con la modificación de las creencias, actitudes y comportamientos, y finalmente se implica a los sujetos en la evitación de factores de riesgo y la adquisición de habilidades de autocontrol.

2. Intervención propiamente dicha. Ésta tiene como finalidad la supresión total del consumo de la droga o la reducción del consumo de la misma (basada en la sustitución de la droga por otra sustancia con efectos más benignos).

3. Reinserción. Se trata de la fase final de la intervención en la cual ya se ha implantado la conducta abstinente, por lo que no se exige una intervención constante y próxima con el individuo. Además del mantenimiento de la situación que ha logrado el drogodependiente (supresión total o control del consumo) se pretende conseguir la readaptación del mismo en su contexto.

3.12 El Tercer Sector y Trabajo Social.

A pesar de los diversos ámbitos o áreas en las que puede estar presente la figura del trabajador social en el ámbito público, existen unos colectivos con problemas específicos que sufren de igual modo la exclusión social pero no se pueden clasificar en un colectivo general como los citados anteriormente. Pues se trata de entidades compuestas por individuos que sufren una problemática similar y se unen para la consecución de sus objetivos y la eliminación de dicha problemática.

Por este motivo nace el Tercer Sector que centra su atención en aquellas actividades que no ejecuta el mercado o el Estado. Éste está compuesto por entidades sin ánimo de lucro y no gubernamentales.

Según el equipo de la universidad "Johns Hopkins" de Baltimore para que una institución pueda ser incluida en el tercer sector, se deberá apreciar cinco rasgos esenciales: estar organizada formalmente, ser privada, sin ánimo de lucro, poseer una capacidad de autocontrol institucional de sus actividades, así como un grado de participación voluntaria.

Según el estudio realizado por el Ministerio de Trabajo, *"Las Entidades Voluntarias en España"* por el que realiza un análisis de las organizaciones que participan en actividades del Tercer Sector, define dos tipos de entidades:

- Entidades singulares. En España se muestran dos:

Cáritas, una fundación con fines asistenciales creada por la Iglesia Católica que tiene como objetivo el apoyo y promoción social de diversos grupos sociales en situación de exclusión social.

Cruz Roja, una asociación voluntaria que pretende, a través de sus servicios, satisfacer las necesidades básicas de personas excluidas de la sociedad.

- Entidades no lucrativas de carácter general.

Asociaciones basadas en una agrupación voluntaria de personas que pretenden conseguir un fin determinado en los diferentes ámbitos de la vida (social, educativo, sanitario...). Debe constituirse formalmente, existiendo un Acta de voluntad de constitución y unos Estatutos.

Fundaciones, se trata de organizaciones sin ánimo de lucro, que por voluntad de sus creadores, se destina el patrimonio a la consecución de fines de interés general. Para constituirse formalmente deberá inscribirse en el Registro de Fundaciones.

4. Conclusiones.

El Trabajo Social ejecuta una amplia intervención en lo que refiere a los diversos contextos profesionales que emergen en la actualidad en los que la labor del trabajador social tiene importancia. El Trabajo social, adaptado a sus principios y atendiendo a las demandas ciudadanas, interactúa en diferentes campos de acción, buscando la innovación, el cambio y el desarrollo.

Además de los contextos profesionales mencionados anteriormente en los cuales se ha señalado algunos matices generales de la intervención del trabajador social, se pueden citar otros campos profesionales emergentes en los que interviene el Trabajo Social como son el ámbito del medioambiente, las minorías étnicas, la juventud, el mundo rural, la bioética, la mediación, la orientación profesional, la responsabilidad social corporativa, el deporte..., etc.

El Trabajo Social constituye una actividad profesional de relevancia indiscutible para la sociedad, dado que su labor principal se basa en atender a los más desfavorecidos, a los que sufren el fenómeno de la marginación y exclusión social. La atención que reciben las personas que se encuentran en situación o en riesgo de exclusión social, no es

beneficiosa solamente para las personas atendidas, sino que tiene igual relevancia también para el país dado que mantiene su desarrollo al satisfacer las necesidades básicas de sus ciudadanos.

Su acción tiene como finalidad acabar con la situación de marginación, así como el "estigma" sufrido por determinados grupos sociales, pretendiendo conseguir su desarrollo personal, el aprendizaje de habilidades, fomentar las relaciones con su entorno, mejorar su calidad de vida..., es decir, lograr la inserción social de diversas personas que forman parte de la sociedad pero no se tienen en cuenta, los denominados "invisibles".

Este fenómeno de "invisibilidad" que padecen los colectivos en situación de exclusión social demuestra el poco conocimiento que la sociedad posee de la profesión, pues al centrarse, por lo general, en la atención de colectivos excluidos, grupos sociales que necesitan reconducir sus vidas para salir de diversas dificultades que les han obstaculizado una convivencia "normalizada" siendo marginados por parte de la sociedad, se desconoce. El trabajo con personas que no son escuchadas por la sociedad debido a la situación problemática en la que se pueden encontrar (drogodependientes, personas sin hogar, exreclusos...) no es reconocido.

La marginación de estas personas, el etiquetarlas como personas "desviadas", colectivos que se alejan de la norma dictada por la sociedad, provoca una segmentación de las mismas entre aquellos que obedecen las normas y aquellos que no se corresponden con éstas, dando lugar a una marginación y posterior exclusión de los mismos.

Aunque este artículo se ha centrado en describir de manera generalizada matices de contextos profesionales en los que se expresa el origen de la intervención en el fenómeno de la exclusión social, el Trabajo Social también ejecuta su acción con personas que no se encuentran en esta situación, desde el ámbito de los servicios sociales de atención primaria destinados a toda la población sin ningún tipo de distinción. Pero la realidad es evidente, pues la actuación en general del trabajador social va destinada a colectivos que se encuentran en situación de exclusión social debido a los escasos recursos con que cuentan los profesionales del Trabajo Social.

La escasa importancia y poco reconocimiento que se otorga a los trabajadores sociales y a su actuación profesional, no sólo por parte de la sociedad sino también por parte de la política, limita la intervención de los mismos debido generalmente a:

- Los escasos recursos (materiales, técnicos, financieros, institucionales...) destinados a los trabajadores sociales para intervenir con los diferentes usuarios.

- El reducido número de profesionales del Trabajo Social en el ámbito público refuerza el desconocimiento y la escasa importancia que el poder público destina a éstos.

- El excesivo incremento del trabajo de estos profesionales. Estrechamente relacionado con el punto anterior, revela que la situación de crisis actual ha provocado el aumento del número de personas que se encuentran en riesgo o en situación de exclusión social, por lo que la saturación de la actividad de los trabajadores sociales es evidente. Ello se debe al poco número de profesionales existentes, debido a las plazas que ofertan los poderes públicos, provocando el incremento del trabajo de los escasos profesionales, realizando estos trabajos incompletos por la escasez de tiempo que ofrecen a los usuarios como consecuencia de la saturación sufrida.

Es preciso cambiar la mentalidad de la sociedad, la cual ha de familiarizarse con la labor del trabajador social, dado que el aumento de personas excluidas en la actualidad es un dato apreciable a simple vista debido a las consecuencias de la crisis. Ello está provocando el incremento constante del colectivo excluido. Un ejemplo claro que se desprende de las consecuencias de la crisis es el incremento de desempleados, incidiendo la pérdida de empleo en diversos aspectos de la vida del individuo (familiares, personales, sociales...) que conducen a la exclusión.

La tarea de cambio o transformación en cuanto a la visión que se tiene de la profesión debe ejecutarse también por parte de la política, pues aunque se ofertan plazas desde el ámbito público, no son suficientes en relación al trabajo que realizan y la cantidad de usuarios que reciben.

Asimismo, esta tarea también debe ser fundamental para los propios profesionales del Trabajo Social, pues éstos deben ser los primeros en transmitir la importancia de la labor que efectúan al resto de la sociedad.

5. Bibliografía.

AGRELA ROMERO, B., La acción social y las mujeres mujeres inmigramtes: ¿Hacia unos modelos de intervención? Portularia 4, 2004, pp. (31-42).

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de grado en Trabajo Social.

ALAMÁ SABATER, L., DE CASTELLÓ, J., ALGUACIL GÓMEZ , J., FERNANDO, A., ARREGUI GOROSPEGUI, B.,GONZÁLEZ DE DURANA, A...VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008, Móstoles: Madrid.

ALEMAN BRACHO, C. La política de la asistencia social desde la transición democrática. Revista de Estudios Políticos (Nueva Época) Núm. 87. (1995)

ALONSO GARCÍA, V. Reinserción social y laboral con reclusos y ex-reclusos (2014).

ASENSIO PÉREZ A., TOLEDO B., LIDÓN, CASTELLÓ CLORENT, BELÉN, CHESTE JIMÉNEZ, M. R... Intervención del trabajador social de atención primaria de salud con mujeres víctimas de violencia de género. (2012) Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario.

«Artículo 16. 3». Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948)

AYUSO, A. (2003.) Visión crítica de la reeducación penitenciaria en España. Valencia: Nau Llibres.

BABIKR MORENO, D. Indicadores de intervención con personas sin hogar. Una reflexión teórica.Documento Técnico del Instituto de Adicciones Edición digital Madrid, octubre de 2012 (2015). Trabajo Social Hoy, 74, 59-74

CALVILLO, M. J. Inicios del trabajo social en España (trabajo-social.es). Recuperado de http://www.trabajo-social.es/2013/03/inicios-del-trabajo-social-en-espana.html

C. (15 diciembre de 2012). Re: Antecedentes del trabajo social en España (Mensaje de Blog).Recuperado de http://fundamentostrabajosocial.blogspot.com.es/2012/12/antecedentes-del-trabajador-social-en.html

CAPILLA PÉREZ, A., VÁZQUEZ LIBRERO, M. J, GONZÁLEZ CEREZO, B., RÍOS VIZCAINO, B., GALVÁN MORENO, A., BANDA , T., PORTILLO MAYORGA, I. (2004). Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos.

CABRERA, P.J. Las personas sin hogar, hoy. Revista del ministerio de trabajo e inmigración 75, pp (51-74).

CAL CRESPO, A. Et. Al. Manual de cuidado de personas mayores. A Coruña: Diputación de A Coruña. 2003. pp (295).

CHAGAS LEMOS, E. Trabajo social con familias: un estudio comparado sobre la intervención en los CRAS de Fortaleza-CE-Brasil y en los CSS DE Barcelona- ES (2013) Unideversidad de Barcelona.

CURBELO, E., LEDESMA, J.M. (2007). Trabajo social y servicios sociales en el contexto institucional penitenciario. Aproximación a las cuestiones epistemológicas y metodológicas de la práctica profesional. Documentos de Trabajo Social. Revista de trabajo y acción social. pp. (40-42, 239-274).

CRUZ Y CRUZ, E. (2007). El concepto de menores infractores. Revista del Posgrado en Derecho, 3(5). UNAM.

COLOM, D. 2008. "El trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica". Colección Trabajo Social. Serie libros. Siglo XXI.

CALLE PASCUAL, I., MONTAÑÉS FANDOS, R., PALACIOS PÉREZ, R. Intervención del Trabajador Social en el servicio de Mediación con menores infractores y entrenamiento en habilidades sociales como sistema de reparación. Documentos de Trabajo Social, nº54.

DE LA RIVA GONZÁLEZ, P., Las personas sin hogar en España: perfiles y modelos de intervención. (2014)

DE FÉREZ, M. (8 de diciembre de 2009) Re: Evolución del trabajo social en España (Comentario en un foro de línea). Recuperado de http://trabajosocialya.mforos.com/1812470/9211748-evolucion-del-trabajo-social-en-espana/

DÍAZ, E. JIMÉNEZ, A. y HUETE, A. (2009). Sociología de la discapacidad: ciudadanía, diver- sidad e igualdad. Fundamentos teóricos y metodológicos.

Documento Técnico del Instituto de Adicciones. Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención en las drogodependencias del instituto de adicciones. Edición: digital Madrid (2012).

ESTEBAN, F; ALÓS, R; JÓDAR, PERE y MIGUÉLEZ, F. (2014). «La inserción laboral de ex reclusos. Una aproximación cualitativa». Revista Española de Investigaciones Sociológicas, (145: 181-204).

ESCARTÍN CAPARRÓS, M.J. Violencia y mujer. La intervención de crisis con mujeres maltratadas y sus hijos. pp (77-84).

ESTEBAN DE VEGA, M. Pobreza, beneficencia y política social. 1997, nº 25.

El trabajo social en el área de la discapacidad. Especificidades del rol profesional. (XXVII Congreso Nacional de Trabajo Social, 2014)

Fundación Peñascal y Federación Sartu, intervención social desde el enfoque de género. (2010) Cuaderno de trabajo Sendotu.

FILARDO LLAMAS, C. Mucho por hacer: el Trabajo Social ante la crisis en España. Documentos de Trabajo Social, nº 51.

FONTANALS DE NADAL, M.A., Y BONET LLUNAS, R. Una nueva visión del trabajo psicosocial en el ámbito asistencial. Herder: Barcelona. 2003. pp. (286).

FRANCÉ MUDANO, A., L. CASELLAS LÓPEZ y C. GREGORIO, "Intervención social con población inmigrante: peculiaridades y dilemas". En Migraciones, 5 (1999): pp.(9 - 16).

Fundación EDE (2010): “Claves de género para la intervención en exclusión”. Curso de formación presencial.

Guia de intervención de trabajo social sanitario Generalitat. Conselleria de Sanitat (2012).

GARCÍA NAVARRO, R. M, MARÍN MARTORELL, A, (2011). IX Congreso Estatal de Facultades de Trabajo Social “El Trabajo Social ante los desafíos de un mundo en cambio”.

GUTIÉRREZ RESA, A. Pasado presente y futuro de los servicios sociales españoles. Revista de acciones e investigaciones sociales.

GÓMEZ CAPEL, M.C; PLASENCIA VENYS, F.; ABAD VERDEGAY , J; ALOMAR REAL, M. M; DE LEÓN REYES, N. Intervención con mujeres de prostitución de calle.

GONZÁLEZ TASCÓN, M., (2010). El tratamiento de la delincuencia juvenil en la Unión Europea. Hacia una futura política común. Valladolid: Lex nova.

LACRUZ, C. (9 octubre de 2014). Concepción Arenal y el Trabajo Social en España (Mensaje de Blog). Recuperado de https://lascuatropiedrasangulares.com/2014/10/09/concepcion-arenal-y-el-trabajo-social-en-espana/

MUYOR RODRÍGUEZ, J. La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos. Documentos de Trabajo Social, nº49.

MURILLO, Soledad en Instituto de la mujer. 2009 (pp. 64)

MAYOR, J. Las drogoclependencias como objeto del Trabajo Social. Cuadernos de Trabajo Sociale.’ 8 (1995). pp (213-239).

MANZANOS C., et al. (2011). Políticas sociales para abolir la prisión. (1ª ed.) Vitoria: IKUSBIDE.

NAVARRO FERNÁNDEZ, M., DARDER MAYER, M. J, Trabajo Social en la calle con personas sin hogar con enfermedad mental. Vol. 23 (2010): 381-401.

ORTÍZ DUQUE, A. Fases de la intervención social con inmigrantes. pp (147-154).

PANIAGUA FERNÁNDEZ, R., LÁZARO FERNÁNDEZ, S., RUBIO GUZMÁN, E. Cambios y evolución del trabajo social en España en el final del siglo XX. Vol. 68 (2010), núm. 132 (pp. 161-184)

PÉREZ MADERA, D. (2011). Año europeo del voluntariado 2011. I jornada técnica sobre intervención social con personas sin hogar pp. (12-21). Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

PALACIOS, A. y ROMAÑACH, J. (2006). El Modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Espa- ña. Ediciones Diversitas-AIES.

ROSELLÓ NADAL, E. Reflexiones sobre la intervención sobre la intervención del trabajo social en el contexto educativo. 1998 pp (233-258)

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, A. Trabajo social y menores infractores. Propuesta de intervención con menores reincidentes. (2014) pp (2-60).

RAMIREZ DE MINGO, I. El trabajo social familiar, Universidad complutense: Madrid, pp (25-31)

RAYA LOZANO, E.E., La práctica del trabajo social con población inmigramte en España: responsabilidad etno-política, limitaciones de la perspectiva metodologísta y aportaciones de los modelos de intervención en medio pluriétnico. Universidad de Granada.

RUBIO NOMBELA, G. (1967), «Caridad, Beneficencia y Asistencia Social», en Problemas fundamentales de Beneficencia y Asistencia Social, Madrid: Ministerio de laGobernación, p. (76).

SALDIAS GUERRA, P., De la Paz Donoso Diaz, M. (1998). Modelo De Intervención Para El Trabajo Social Familiar, pp (2-22).

SOLANA, J.L (2002): Análisis y reflexiones en torno a una década (1990-1999) de intervención y trabajo social con población inmigrante. (Un ejercicio de antropología aplicada al trabajo social). En Checa. F, ed, Las migraciones a debate. De las teorías a las prácticas sociales. Barcelona: Icaria, pp. (300-3001).

SENDOTU: Intervención Social desde el enfoque de género, Fundación Peñascal y Federación Sartu, 2010

VELENZUELA, P. Colegio de trabajo social de burgos. Recuperado de: http://www.trabajosocialburgos.org/