

# La intervención social con familias en situación de cronicidad en los servicios básicos de atención social

Social intervention with families in a situation of chronicity in basic social care services

**Alba Pirla Santamaria**<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0003-2028-2378

**Ramon Julià Traveria**<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0002-6984-0337

**Xavier Miranda Ruche**<sup>3</sup>

ORCID: 0000-0002-2224-0393

---

Recepción: 23/05/19. Revisión: 12/07/19. Aceptación: 22/07/19

---

**Para citar:** Pirla Santamaria, A., Julià Traveria, R., y Miranda Ruche, X. (2019). La intervención social con familias en situación de cronicidad en los servicios básicos de atención social. *Revista de Treball Social*, 216, 11-27. DOI: 10.32061/RTS2019.216.01

---

## Resumen

Las familias en situación de cronicidad y dependencia de los servicios sociales son uno de los perfiles que a menudo tratamos los y las profesionales de los equipos de servicios básicos de atención social. El riesgo de dependencia de estas familias a menudo viene dado, por un lado, por su progresiva delegación de funciones básicas en estructuras institucionales y profesionales, y por el otro, por el desconocimiento o la dificultad por parte de las profesionales de encontrar los modelos y métodos más adecuados para la intervención. Junto con estos aspectos, se añaden factores contextuales asociados con la precariedad económica y la desigualdad, que desencadenan procesos de exclusión social y, a la vez, de cronicidad. Este artículo presenta los elementos más relevantes establecidos en la investigación “La intervención social con familias en

---

1 Diplomada en Trabajo Social. Jefa de la Unidad Técnica de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social del Ayuntamiento de Lleida y profesora asociada en el Grado de Trabajo Social de la Universitat de Lleida (UdL). [apirla@paeria.cat](mailto:apirla@paeria.cat)

2 Diplomado en Trabajo Social, licenciado y doctor en Sociología. Coordinador del Grado de Trabajo Social de la Universitat de Lleida (UdL). [rmjulia@geosoc.udl.cat](mailto:rmjulia@geosoc.udl.cat)

3 Diplomado en Trabajo Social y doctor en Educación, Sociedad y Calidad de Vida. Docente en el Grado de Trabajo Social de la Universitat de Lleida (UdL). [xmiranda@geosoc.udl.cat](mailto:xmiranda@geosoc.udl.cat)

situación de cronicidad en los servicios básicos de atención social (SBAS)", que se enmarca en la 8.ª edición del Premio Dolors Arteman, otorgado por el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya al equipo de profesionales de trabajo social del Ayuntamiento de Lleida y la Universitat de Lleida.

---

**Palabras clave:** Cronicidad, dependencia, intervención social, empoderamiento.

---

## Abstract

Families in situations of chronicity and dependency on social services constitute just one of the profiles professionals forming basic social care services deal with. The risk of dependence on the part of these families often stems from two aspects: firstly, the gradual delegation of basic functions onto institutional and professional structures; and, secondly, lack of knowledge or difficulties for professionals when it comes to determining the most suitable models and methods for intervention. In addition to these aspects there are contextual factors relating to financial vulnerability and inequality which trigger processes involving social exclusion and, furthermore, chronicity. This article sets out the foremost elements established in the research project "Social intervention with families in situations of chronicity in basic social care services", which was conducted on the context of the 8th edition of the Dolors Arteman Prize awarded by the Official Association of Social Work of Catalonia to the social workers team of Lleida City Council and the University of Lleida.

---

**Keywords:** Chronicity, dependence, social intervention, empowerment.

## 1. Contextualización

La motivación para llevar a cabo la investigación “La intervención social con familias en situación de cronicidad en los servicios básicos de atención social”, surgió de las mismas profesionales de los servicios básicos de atención social (SBAS) de la ciudad de Lleida. Estas constataban el deterioro de situaciones familiares en las cuales estaban interviniendo de forma permanente en el tiempo, sin que la situación evolucionara favorablemente hacia su autonomía, generando, además de dependencia, malestar en las mismas profesionales.

Partiendo de esta situación inicial, nos planteamos llevar a cabo una investigación desde la investigación-acción participativa, para conocer los aspectos clave que nos ayudaran a reflexionar y comprender el fenómeno con más profundidad. Los elementos a conocer se focalizaban en aspectos como el perfil de las familias crónicas en los SBAS, el tipo de intervención practicada a lo largo del tiempo por parte de las trabajadoras sociales, y la percepción de las mismas familias sobre su situación de dependencia. El objetivo de este conocimiento sería proponer nuevas estrategias de intervención que permitieran obtener unos resultados más positivos.

Según Ginesta, Civit, Rivera y Rodríguez (2017) las personas o familias definidas como crónicas requieren una intervención de muy larga duración por el hecho de tratarse de situaciones de alta complejidad. A menudo son personas y familias en situación de exclusión social, que presentan diferentes tipos de dificultades o necesidades y que, según las autoras, se pueden definir en:

- Falta de autonomía (relacionadas con la dependencia funcional o social, con la salud –dolencias físicas o mentales y adicciones–).
- Dificultades del ámbito relacional (relacionales o de integración social, con una insuficiente, inadecuada o inexistente red de apoyo social).
- Necesidades materiales e instrumentales (de subsistencia).

La combinación de diferentes necesidades puede producir situaciones complejas con tendencia a la cronificación si no obtienen una respuesta o un tratamiento adecuado. Tal y como refiere Rodríguez (2003), la cronicidad es una de las características de estas familias multiproblemáticas y de la relación que se establece entre ellas y los servicios. Sin embargo, Rodrigo, Máiquez y Martín (2011) señalan que denominar o etiquetar estas familias como multiproblemáticas, multiasistidas, desestructuradas o disfuncionales de manera sistemática, predispone negativamente sus posibilidades de recuperación. Al mismo tiempo, se favorece un traspaso de responsabilidades parentales y familiares hacia las profesionales, como producto de la multiasistencia sostenida en el tiempo y la invasión progresiva en todas las áreas de la vida familiar.

Hay que tener presente que el factor tiempo es un elemento que juega en contra. Según Escudero (2013), este es un exponente que multiplica negativamente el resultado final, puesto que el tiempo cronificado de una situación de desequilibrio lo agrava. De manera inversa, menos tiempo en este estado se asocia a más resiliencia y más garantías de equilibrio. El mismo autor hace referencia a dos estructuras que afectan la cronicidad. Por un lado, aquella formada por condicionantes biopsicosociales que impiden que la familia avance, resuelva o supere su situación; y por otro lado, la estructura de recursos biopsicosociales que se pueden activar dentro del ámbito familiar para favorecer el cambio.

También es imprescindible tener en cuenta aspectos que tienen que ver con la cronicidad, más allá de los factores intrafamiliares, y que condicionan en gran medida la cronificación de las familias vulnerables. Nos referimos a la precariedad económica continuada, que puede desencadenar procesos de exclusión social y de dependencia de los SBAS. El contexto de crisis de los últimos 10 años ha conllevado situaciones de cronificación de familias que se han visto abocadas a la precarización de su situación laboral, hecho que ha derivado en problemas económicos y residenciales, entre otros. Estas no eran familias tradicionalmente multiproblemáticas, ni existían indicadores de riesgo o aspectos transgeneracionales previos que hicieran previsible su relación inicial y posterior dependencia de los servicios sociales.

En relación con estas “nuevas familias” vinculadas a los SBAS, la pobreza económica las ha llevado a una situación de complejidad social y de deterioro progresivo de sus capacidades y potencialidades latentes, llevándolas al desarrollo de problemáticas sobrevenidas que empeoran y hacen que el círculo de cronicidad se inicie y se consolide.

Las dificultades para abordar estos casos genera efectos nocivos en las profesionales de los SBAS, como el *burn out* (Lázaro, 2004), la *fatiga por compasión* (Campos, Cardona y Cuartero, 2017) o la *angustia de la espera* (Coletti y Linares, 1997), que se convierten en alertas que hay que tener en cuenta en el trabajo que se hace con esta tipología de familias. Estos sentimientos que afectan a las profesionales van ligados a estrategias fallidas que no producen efectos positivos en las familias ni en ellas mismas, lo que se une a la impotencia por parte de todos en poder obtener respuestas del contexto para combatir la situación de precariedad sostenida en el tiempo.

Si cambiamos de perspectiva y ponemos el énfasis en las fortalezas, la intervención sobre ellas puede equilibrar ciertos elementos que generan complejidad en las intervenciones, como por ejemplo la asimetría en las relaciones de poder. Hay que tener en cuenta que la falta de poder es inherente a la razón por la cual buscan ayuda las familias en situación de cronicidad. Si el enfoque se hace solo en los déficits, se refuerza la vulnerabilidad y se pone de relieve la relación desigual. En cambio, según Paz, Rodríguez y Mercado (2014), si las prácticas profesionales se llevan a cabo desde la potenciación de las fortalezas, sin olvidar los problemas reales, se podrá proyectar una visión diferente del otro. Así, aplicado al trabajo social, el empoderamiento sería un proceso de mutualidad y colaboración

mediante el cual las familias y sus miembros, de forma individual, y con la trabajadora social, logran la toma de conciencia y el aumento del poder propio, a lo largo de un proceso en el cual se formulan unos objetivos y se desarrolla un trabajo para llegar a cumplirlos.

En este sentido, Richmond (2005) afirmaba que se puede paralizar a las personas si se las trata como seres a adiestrar y la profesional se sitúa como benefactora. La actitud compasiva es un gran obstáculo en el desarrollo, puesto que, en definitiva, la percepción positiva aumenta si se consigue el bienestar a partir de elementos ya presentes que se puedan desarrollar, y no tanto si son los otros los que aportan el bien.

Situados en este difícil entramado, nos apoyamos en Brugué (2016) para indicar que la lucha contra la pobreza reclama nuevas respuestas, y la innovación resulta una necesidad. Las ideas y las herramientas que hasta ahora hemos utilizado para combatir la pobreza, manifiesta este autor, se muestran insuficientes cuando tienen que enfrentarse a la complejidad de este nuevo fenómeno. También, dice, han fracasado las herramientas utilizadas con las familias en situación de cronicidad y dependencia tradicionales. Necesitamos, pues, generar ideas y herramientas renovadas. De este modo cualquier proceso de innovación tiene que iniciarse asumiendo el problema y reconociendo la incapacidad para solucionarlo tal y como lo hemos abordado hasta ahora. Se trata de un cambio radical de planteamiento, tanto por las profesionales como por las instituciones.

## 2. Metodología

Para desarrollar esta investigación hemos apostado por una metodología mixta, con una perspectiva basada en la investigación-acción participativa, puesto que creemos, como apuntan López de Ceballos (1998), Marchioni (1999) o Barbero y Cortés (2005), que en el ámbito social se requiere un abordaje colectivo donde todos los protagonistas implicados en la investigación sean sujetos activos.

Las técnicas utilizadas han sido cuantitativas (análisis estadístico) y cualitativas (coloquios familiares, autoevaluaciones y discusiones de grupo con profesionales). En cuanto a la vertiente cuantitativa, se ha realizado mediante el acceso a la base de datos que el Ayuntamiento de Lleida dispone para almacenar la información que se gestiona desde los SBAS. Estos datos han sido tratados estadísticamente mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). En relación con la vertiente cualitativa, más adelante se describen con más profundidad dos de las técnicas empleadas. En cuanto a la tercera, las discusiones de grupo, se han llevado a cabo un total de seis entre octubre del 2017 y mayo del 2018. Estas discusiones se han empleado para abordar, con las profesionales de los SBAS, las temáticas que iban emergiendo en las diferentes etapas del estudio.<sup>4</sup>

4 Para el tratamiento estadístico, se ha realizado un proceso de anonimización de la

### **El factor tiempo en la elección de la muestra**

Las familias consideradas en situación de cronicidad han sido seleccionadas a partir del factor tiempo. Esta decisión es fruto del consenso del equipo de la investigación, a partir de criterios fundamentados por Escudero (2013). Se consideró que el contacto de forma periódica a lo largo de 10 años o más era un plazo temporal adecuado para considerar una situación de cronicidad severa y dependencia de los SBAS. Aun así, también se podían tener en cuenta otras situaciones temporales en periodos más cortos, que presentarían una tendencia a la cronicidad severa.

Ateniéndonos a esta premisa, hemos llevado a cabo nuestro análisis partiendo de tres situaciones diferenciadas. Por un lado hemos trabajado con un total de 403 expedientes que han sido atendidos de forma ininterrumpida durante los 10 años anteriores al inicio de esta investigación. Se trata de personas que han estado beneficiarias de algún tipo de intervención por parte de los servicios sociales a lo largo de este tiempo. A este primer grupo lo hemos denominado “alta cronicidad”.

Por otro lado, hemos tenido en cuenta un total de 453 expedientes que integran aquellas personas con una intervención de entre 6 y 9 años, del global de los 10 años anteriores. Este grupo se lo ha denominado “cronicidad moderada”. El último grupo, integrado por 111 expedientes, incorpora personas beneficiarias atendidas entre 2 y 5 años de los últimos 10 años. A este lo hemos denominado “atención esporádica en los últimos 10 años”. En su conjunto, se han incorporado un total de 967 casos.

La asunción de una perspectiva comparada se hizo con el objetivo de obtener una visión más amplia del fenómeno, que nos pudiera informar con más concreción del proceso evolutivo que caracteriza las personas y familias que se inclinan hacia una situación de cronicidad en los servicios sociales.

### **Autoevaluaciones de las profesionales**

Una de las cuestiones que nos interesaba de forma especial para desarrollar los objetivos establecidos en la investigación-acción participativa, era la autoreflexión de las profesionales en relación con su tarea a lo largo del tiempo, conociendo el discurso que acompañaba sus valoraciones. Este aspecto se pudo llevar a cabo mediante el uso de la autoevaluación. Se trata de una herramienta que nos ayuda a pensar sobre nuestra tarea, puesto que nos permite tomar perspectiva, y al mismo tiempo, evidenciar la narración que acompaña la reflexión y el análisis, y mediante la cual se justifica y se da sentido a la manera como se ha intervenido. Se convierte en un autoexamen para poder aprender, puesto que permite pararse, pensar y potenciar los elementos o las buenas prácticas positivas y fortalecer lo

---

información de carácter personal integrada en la base de datos. En relación con la participación en los coloquios familiares, se ha seguido el procedimiento de consentimiento informado con los participantes. Por otro lado, el equipo de investigación ha llevado a cabo este estudio haciendo suya la indicación establecida en el código deontológico del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, en cuanto a la necesidad de velar para que los objetivos y resultados de las investigaciones que se lleven a cabo puedan tener un impacto positivo sobre las personas estudiadas.

que ha funcionado. En relación con la cronicidad, esta técnica nos aporta indicadores para poder identificar nuestra responsabilidad en los procesos de dependencia o autonomía de las familias.

La autoevaluación elaborada ha incorporado elementos e indicadores que, más allá de establecer relaciones con modelos, teorías y metodología propia del trabajo social y de las cuestiones éticas asociadas con la intervención, también pretende poner el foco en una serie de aspectos, como son: la implicación en el caso y la familia; las expectativas hacia las personas usuarias; la perspectiva de derechos; la promoción de la autonomía y la participación; y la perspectiva de género, entre otros.

Las autoevaluaciones, según Julià y Pirla (2017), hay que llevarlas a cabo bajo los principios de honestidad, de ética, visión crítica, holística y objetiva, basada en razonamientos teóricos y metodológicos del trabajo social. A pesar de que parte de las informaciones planteadas se podrían obtener a partir de la base de datos existente, lo que se pretende es que las profesionales revisen, releen y reflexionen sobre los datos que ellas mismas van obteniendo, para tomar conciencia del trabajo que hace años que llevan a cabo con normalidad, muchas veces sin una perspectiva crítica. En total, se realizaron 71 autoevaluaciones, realizadas por trabajadoras sociales de las diferentes zonas de los SBAS de la ciudad de Lleida.<sup>5</sup>

### Coloquios familiares / diálogos apreciativos

Hemos incorporado la técnica de los *coloquios familiares* planteados por Marchioni (1987) para conocer la visión que las familias tienen sobre su realidad desde una perspectiva más realista y sin prejuicios. Según Marchioni, “el trabajador social se dirige a las personas para que ellas mismas indiquen problemas y soluciones, dificultades y posibilidades, para que el cambio salga de lo que ellas mismas ven, comprenden y quieren modificar” (Marchioni, 1987, p. 92).

Marchioni nos recuerda que los coloquios familiares nos preparan para la intervención, para la acción del cambio. Añadimos a esta técnica otros elementos que la complementan y que provienen de la *indagación apreciativa* (Subirana y Cooperrider, 2013) y los *diálogos apreciativos* (Barranco, 2011). La indagación apreciativa cambia una visión tradicional de investigación basada en la identificación de deficiencias, e indica otra de opuesta, basada en la ecología de las fortalezas. Para empezar, su denominación nos anticipa dos elementos de su esencia: indagar la investigación de las fortalezas y apreciar lo que es relevante y significativo. Esta técnica hace emerger a la superficie los recursos de las personas a partir del reconocimiento de los factores de éxito existentes. Al mismo tiempo, se promueve que ellas mismas indiquen problemas y soluciones, dificultades y posibilidades, para que el cambio salga de lo que ven, comprenden y quieren modificar.

5 Las autoevaluaciones y los coloquios familiares se han realizado en relación con familias consideradas de alta cronicidad, es decir con una atención continuada desde los SBAS en un periodo de 10 años o más.

En cuanto a los diálogos apreciativos, nos sumamos a la siguiente propuesta indicada por Barranco (2011, p. 63), en la cual estos:

[...] nos brindan a las trabajadoras y trabajadores sociales las estrategias por saber como promover las buenas prácticas de calidad, contar con herramientas positivas para realizar las acciones de acompañar y promover la participación de cada participante, en los momentos individuales y colectivos, impulsando los procesos dialógicos apreciativos potenciadores de visiones y acciones compartidas y prácticas exitosas en los grupos, organizaciones y comunidad.

Otro elemento sobre el cual basamos esta técnica cualitativa lo recogemos de Campanini (2016), que plantea la necesidad de dar poder a las familias en la resolución de sus problemas mediante el uso del cuadro de evaluación dialógica. Esta técnica es una herramienta que permite la participación directa de la familia, tanto en la fase de recopilación de la información, como en la definición de las áreas sobre las cuales se orientan los objetivos del proyecto.

A lo largo de la investigación, se han realizado 31 coloquios / diálogos apreciativos. Se han llevado a cabo en los domicilios de las personas, y han incorporado todos los miembros significativos del núcleo familiar. El objetivo ha sido obtener una información transgeneracional, de género, cultural, cognitiva y emocional en relación con su situación familiar y personal a lo largo del tiempo. Se consideró muy significativo poder crear y aportar este nuevo marco de trabajo conjunto con la familia y definir el futuro de la intervención a partir de este encuentro en forma de coloquio. Por este motivo, la responsabilidad de emplear esta técnica recayó en las mismas profesionales de los SBAS referentes de las familias.

### 3. Análisis del perfil de las familias y variables significativas

Mediante el análisis de clúster del conjunto de datos vinculados a los 967 expedientes trabajados, obtenemos tres perfiles diferentes en situación de cronicidad:

- Mujeres de edad avanzada, con dolencias orgánicas, pensionistas, que viven solas, que son autóctonas y que han sido atendidas una media de 8 años, y que hemos denominado “ancianas resistentes”.
- Hombres que viven solos, que son autóctonos, con una media de edad de 56,8 años, que están en el paro o cobran la renta garantizada a la ciudadanía (RGC), y han sido atendidos una media de 8,9 años, llamados “hombres dependientes”.
- Mujeres con una media de edad de 46 años, autóctonas, en el paro, que no cobran ninguna prestación, que tienen una familia nuclear y han sido atendidas una media de 8,4 años, que hemos denominado “madres coraje”.

Si nos focalizamos en los clústeres de alta cronicidad, aparecen dos perfiles, uno de los cuales se repite en el análisis general, y el otro incorpora el factor de etnia gitana de un barrio concreto de la ciudad:

- Mujeres de edad avanzada, con dolencias orgánicas, pensionistas, que viven solas, que son autóctonas y que se encuentran residiendo, en un número significativo, en el Barri Antic Oest. A este grupo lo hemos denominado “ancianas resistentes”.
- Mujeres de mediana edad (50,5 años) paradas, miembros de una familia nuclear, que no tienen dolencias, que actualmente son perceptoras de la RGC y que en un gran número son de etnia gitana y residentes en el barrio de la Mariola-Blocs. Este perfil lo hemos denominado “madres coraje gitanas”.

Las variables estadísticamente significativas en cuanto al tipo de cronicidad son: el barrio; el tipo de familia (la convivencia en pareja en la cronicidad moderada y, sobre todo, la situación de la mujer monoparental en la alta cronicidad); y el número de miembros de la familia (en la alta cronicidad encontramos más miembros que en las otras situaciones). También es significativa la presencia de menores en el núcleo familiar (observamos que la alta cronicidad va unida a la existencia de más menores a cargo).

El origen o grupo etnoterritorial también tiene que ver con la cronicidad. Especialmente en el caso de las familias gitanas, en la alta cronicidad, y en el caso de familias latinoamericanas, en la cronicidad moderada. El nivel de estudios también es significativo en relación con la cronicidad. En la alta cronicidad lo es el analfabetismo.

La situación laboral también es significativa. Destaca el hecho de ser pensionista en la cronicidad moderada y el trabajo asalariado en la atención esporádica. En la alta cronicidad resulta relevante la situación de paro. La dolencia también tiene que ver con el tipo de cronicidad, destacando sobre todo la dolencia mental en la alta cronicidad. La percepción de la RGC también es una variable significativa en la alta cronicidad.

En este sentido, se puede señalar que la coexistencia, en las familias de alta cronicidad, de situaciones de pobreza económica, cargas familiares, problemas de salud, bajo nivel formativo, situaciones de paro de larga duración o con relaciones de dependencia respecto de prestaciones como la RGC, exige de manera urgente una atención prioritaria y diferenciada desde los SBAS.

## 4. Análisis de elementos relacionados con la intervención profesional y la cronicidad

Si tenemos en cuenta las problemáticas asociadas a la alta cronicidad, podemos afirmar que estas aumentan de forma gradual. La alta cronicidad ha hecho disparar en los últimos años los recursos empleados en la intervención, sobre todo los recursos materiales en especies. La respuesta a esta tipología se afronta a partir de más intervenciones,

más visitas a domicilio, y sobre todo con la provisión de más recursos en especies y económicos.

En paralelo, hay que apuntar que el número de profesionales referentes para las familias aumenta de forma muy significativa en la alta cronicidad, situándose en 6,6 de media. Este es un elemento que resulta distorsionador en la relación de ayuda y el vínculo, dados los cambios constantes que representa esta rotación.

Las visitas a domicilio se sitúan en una media de 5 (en la moderada es de 3,4), siendo un número muy bajo si lo comparamos con el uso de otras técnicas. Así, las intervenciones realizadas (principalmente entrevistas en el despacho) se encuentran en una media de 120 en la alta cronicidad (cifra que representa 10 intervenciones el año).

En cuanto a las fortalezas de las familias y de las personas en situación de alta cronicidad, estas se han visto infravaloradas, teniendo en cuenta que no se han puesto en juego –en la mayoría de casos– intervenciones dirigidas a potenciarlas. En cambio, las debilidades han estado en el punto de mira prioritario, lo que ha favorecido la baja autoestima y ha dificultado la potenciación de los recursos biopsicosociales activables para salir adelante.

Las familias acaban depositando el locus de control en factores externos que no les permiten progresar de forma autónoma. Este hecho comporta la falta de responsabilidad sobre sus vidas y su autonomía. La afectación llega también a las mismas profesionales, que tienen que hacer intervenciones múltiples sostenidas en el tiempo que a veces se traspasan a las nuevas generaciones que se incorporan a los SBAS, para que las continúen.

En esta lógica, las familias depositan la culpa de su situación en aspectos como la dificultad para conseguir o conservar el trabajo, en su salud, o en el contexto de crisis, lo que no les ayuda a superar su situación. Así, depositan en el sistema, en las profesionales, o en la administración pública, sus expectativas de “salvación”. Así mismo, la tendencia de las profesionales también es la misma: culpamos al sistema, a la organización o a las familias de su dependencia.

Otro elemento a considerar es el hecho que las intervenciones profesionales llevadas a cabo han obtenido resultados negativos en términos de autonomía. Se hace evidente que las estrategias seguidas no han sido útiles para mejorar este elemento en las familias y personas atendidas. Sin embargo, se pueden rescatar aspectos positivos, en la medida que el vínculo ha proporcionado seguridad para salir adelante, a pesar de que por sí mismo y con los recursos provistos, no ha favorecido otras mejoras o cambios sustanciales

Si la autonomía es el objetivo del trabajo social, los recursos que ofrecen los SBAS no lo consiguen. Se observa un fracaso de los servicios sociales en este sentido, y en general de los sistemas de bienestar, lo que tiene efectos negativos sobre las profesionales del trabajo social y sobre las familias. Otra idea a la cual llegamos es que el sistema organizativo y la propia institución han favorecido la implementación de modelos de

intervención basados en el prestacionismo. La fuerte burocratización de los servicios sociales hace que se destaque el paternalismo de los profesionales como consecuencia de la lógica administrativa en la que se ven inmersas.

Se corre el riesgo que la profesión se esté decantando mayoritariamente por la identificación del trabajo social con la gestión “eficaz y eficiente” de los recursos sociales. Aun así, no hay que olvidar que la gestión de recursos está vinculada a los derechos sociales y a su distribución equitativa, función fundamental en un estado social y de derecho, en el cual habrá personas que, por su situación, pueden necesitar estos apoyos toda su vida. En estos casos, hay que entender que el sistema no es generador de dependencia sino que resulta un valor en cuanto que el acompañamiento que se pueda realizar desde los servicios sociales será un elemento clave y positivo para poder ayudar las personas a sostenerse y resistir a lo largo de la vida. Es decir, ser acompañado por los profesionales, a través de la cura, de la protección y de la seguridad, les ayudará a tener una calidad de vida mejor.

Es necesario encontrar un equilibrio entre la intervención profesional empoderadora y la provisión de los recursos materiales para la cobertura de necesidades. Esta provisión tiene que permitir paliar los efectos precarizadores del sistema actual. En este sentido, nos parece importante recuperar el planteamiento de Cardona y Campos (2009) en relación con la idoneidad de diferenciar los contextos de intervención que podemos establecer con las familias. Según los autores, un contexto de intervención se construye mediante un acuerdo explícito entre el sistema de ayuda y la familia. De este modo, según el momento de la intervención en que nos encontramos, esta se podrá situar en un contexto asistencial, informativo, de asesoramiento, clínico, evaluativo, o de control. A partir de esta idea, pensamos que hay que definir de forma participativa y pactada con las familias cuáles son sus necesidades y la forma más adecuada de cubrirlas, llegando a pactos a medio plazo que generen seguridad material y que nos permitan avanzar en la intervención hacia contextos de ayuda relacionales que fomenten la autonomía.

Por otro lado, el estudio ha recogido las preocupaciones profesionales respecto a una percepción extendida de normalización alrededor de la precariedad que afecta al colectivo objeto de este estudio, así como de la implementación de unas políticas sociales que alejan las familias y personas atendidas de una perspectiva basada en los derechos sociales. Se considera necesario que cada institución asuma sus competencias, y liberar los SBAS de la responsabilidad de actuar más allá de sus límites. Mantener esta tendencia solo aporta carencias y frustraciones por querer llegar allá donde es imposible a partir de las propias competencias. Así, se indica la necesaria apuesta por las políticas de ocupación, de vivienda y de garantía de rentas que den respuesta, desde la perspectiva de los derechos, a las familias en situación de precariedad.

Otro aspecto surgido de la investigación que se hace necesario remarcar es el hecho de que las mujeres son las principales interlocutoras de

las familias crónicas con los SBAS. Esta es una realidad a la cual hay que prestar especial consideración, puesto que se hace necesario replantear la intervención en clave de género, y a la vez tratar de implicar los miembros masculinos, si hay, en la mejora de su situación familiar. Mediante las autoevaluaciones y los coloquios hemos observado que la mirada de género en la intervención no está muy incorporada desde el trabajo social, ni el empoderamiento de la mujer de forma específica y proactiva.

Por otro lado, la diversidad cultural de las familias inmigradas en situación de cronicidad tampoco está bastante integrada, y no se utilizan activamente modelos comprensivos en la intervención social. En este sentido, si nos fijamos en la diversidad cultural, el colectivo gitano preocupa especialmente a las profesionales. Existe desesperanza en relación con su mejora y autonomía, traducida en dependencia transgeneracional hacia los SBAS y las instituciones.

Preocupan también, y de forma muy penetrante, las necesidades de los niños y adolescentes pertenecientes a los grupos menos favorecidos o que viven en situación de pobreza. Hemos visto en diferentes puntos de la investigación como el legado generacional se hace evidente en muchos de los casos, no solo en el colectivo gitano. Las profesionales ven, en su día a día, la transmisión generacional de la cronicidad, y las familias, a pesar de verbalizar esperanzas de un cambio favorable en sus hijos e hijas, no visualizan perspectivas tangibles para conseguirlo.

En este sentido, si queremos reducir la posibilidad de dependencia futura de los SBAS de los hijos e hijas de las familias crónicas en sus etapas de jóvenes o adultos, tenemos que establecer mecanismos de apoyo familiar y de intervención concreta sobre los menores. Esta vía tiene que ejecutarse a través del acceso a la formación y la educación, y en paralelo estableciendo los mecanismos necesarios para que sean los mismos núcleos familiares los que proveen de los elementos significativos para la crianza, tratando de evitar la delegación a terceros.

## 5. La mirada de las familias en situación de cronicidad

A través de los coloquios familiares hemos podido captar qué sienten y piensan las familias en situación de cronicidad en relación con las profesionales, las instituciones, la ayuda que reciben y que han recibido a lo largo de los años, sus expectativas de futuro, y los factores causantes de su dependencia.

Por un lado, las familias valoran en las trabajadoras sociales el acompañamiento y el apoyo que les han facilitado a lo largo del tiempo. Un apoyo principalmente entendido, como ya hemos mencionado anteriormente, desde la provisión de recursos. Verbalizan respeto hacia las profesionales y su función social y muchas valoran el apoyo personal recibido al margen de las ayudas económicas, reconociendo las profesionales como puntales de sus vidas y situándolas en un rol más próximo al de familia que al de

trabajadora de la administración. En relación con los recursos y las ayudas económicas que han recibido a lo largo de los años, consideran que son adecuadas pero insuficientes, puesto que no pueden cubrir todas sus necesidades.

Otro aspecto a destacar es lo relacionado con las situaciones en las que la dependencia hacia los SBAS es producida por dolencias o algún tipo de discapacidad. Los problemas de salud son un elemento presente en las familias crónicas, y su empeoramiento pone en riesgo el resto del núcleo familiar, sobre todo cuando se produce en la referente familiar. Menos salud implica todavía más precariedad. La edad y la salud se identifican como elementos que limitan el cambio y el futuro. El adelanto en términos de edad conlleva inevitablemente un progresivo deterioro físico. Si a esto añadimos problemas de salud, la situación es vivida de forma más negativa, puesto que se ven a sí mismos viejos, enfermos, y solo.

Hemos observado que la cronicidad se integra de manera más cómoda por parte de las profesionales en los casos donde interactúan problemas de salud mental, adicciones o dolencias orgánicas crónicas, puesto que esto se convierte en un perfil donde se asume con cierta claridad la dependencia de terceros. Así, desde los SBAS, se integra con normalidad la tarea de apoyo en la gestión de su día a día y la ayuda en la satisfacción de sus necesidades básicas, que son funciones que nos son propias. Para este grupo, la cronicidad en servicios sociales podría considerarse como un elemento positivo a favor de las personas y familias que, con alta probabilidad, requerirán apoyos toda la vida.

Las familias y personas que han participado en los coloquios dicen que no se les había preguntado antes por sus puntos fuertes, y, en general, les cuesta identificarlos. Las familias realzan el hecho de estar unidas, como pilar para salir adelante, si se mantienen fuertes y juntos todos los miembros. Así, la vertiente relacional intrafamiliar se sitúa en el primer lugar, en términos de fortalezas.

En relación con la perspectiva de los derechos, a pesar de que las profesionales manifiestan que han trabajado para su garantía, las familias consideran que no saben muy bien qué significan. En varias ocasiones, esta cuestión se asimila únicamente al hecho de reclamar determinados recursos o prestaciones.

Por otro lado, verbalizan en la mayoría de casos como un deber el respeto hacia las profesionales, reconociendo la necesidad de cumplir aquellas indicaciones que emite la profesional, entendiendo que es su obligación, sobre todo las que están relacionadas con el cuidado y la escolarización de los menores. Nos encontramos de nuevo con la necesidad de intervenir con prudencia y con sensibilidad para no caer en un rol de abuso de poder, dado que las personas con las que trabajamos nos ven como ostentadoras de poder. En este sentido, Jiménez (2002) afirma que existen violencias en las que podrían incurrir las profesionales del trabajo social, como son: la discrecionalidad (dependencia que las personas usuarias tienen de la decisión de la profesional); la carencia de participación activa de las personas usuarias en las organizaciones; así como las

consecuencias de la burocratización (al centrarse en la tecnificación y el proceso administrativo del servicio se tiende a la falta de flexibilidad y deshumanización de la atención).

La carencia de relaciones es otra de las problemáticas que va apareciendo en muchos casos. A veces esta se presenta para las personas que forman el núcleo como una necesidad de relacionarse más intensamente con la familia, y en otras ocasiones se trata de un aspecto más centrado en la necesidad afectiva y de pareja. La ausencia de apoyo relacional es otra debilidad que se manifiesta en muchas ocasiones, y en este vacío de apoyo informal aparece la trabajadora social como puntal para la familia. Las familias valoran a la baja su participación en su proceso de intervención social, y no manifiestan sentirse participes, mientras que las profesionales la valoran como suficiente en sus autoevaluaciones.

Por otro lado, las familias se sienten víctimas de su destino, de las instituciones y del contexto social. Sienten que no pueden hacer nada para cambiar su vida. A pesar de que la mayoría apuntan a la necesidad de poder recibir prestaciones y recursos para sobrevivir, otros van más allá de los recursos materiales y señalan la necesidad de un referente en quién confiar, alguien que las acompañe, que las escuche y las haga sentir respetadas y dignas.

La confianza de poder tener un futuro mejor se dibuja negativamente y de forma poco esperanzadora en la mayoría de casos. Hay familias que asocian una vida mejor con una concepción de normalidad entendida dentro del marco de la familia tradicional: pareja con hijos, con las necesidades materiales cubiertas, con trabajo y una vivienda. Así, depositan las expectativas en la generación de los hijos, pero no en ellos mismos. Las familias, en su mayoría, quieren un futuro mejor para sus hijos e hijas, a quienes reconocen más posibilidades y sobre los cuales depositan deseos de vivir una vida digna, sin depender de nadie, ni repitiendo determinados patrones que reconocen que a ellas no les han favorecido. Aun así, tampoco tienen la certeza en estas expectativas más favorables, y no por falta de capacidades ni habilidades, sino por el contexto actual de crisis, que comporta limitaciones en el acceso a determinada formación y al mercado de trabajo.

En esta línea, se desprende una pobre autopercepción de las familias y una baja predisposición al cambio. Hablan de deseos de felicidad, de tranquilidad, pero también de sentimientos de soledad y de falta de apoyo así como de no ver una posibilidad de futuro sin la ayuda de los SBAS. Similar percepción tienen las profesionales respecto a las familias, a pesar de que manifiestan expectativas más altas que las que presentan las familias respecto de sí mismas.

## 6. Apuntes finales

Como conclusión de los diferentes elementos que hemos destacado en el artículo, y que se encuentran desarrollados en profundidad en la investigación publicada por el COTSC, queremos apuntar la conveniencia de centrar las intervenciones sociales en las personas para luchar contra la dependencia institucional. Creemos que esta es la base sobre la cual tendría que pivotar cualquier innovación en la administración pública que tuviera como objetivo prevenir y paliar las situaciones de cronicidad.

Por otro lado, asumir la cronicidad en el diagnóstico es clave para comprender y reorientar las intervenciones, así como para adaptarlas a la especificidad de cada caso. Resulta conveniente tener en cuenta que habrá casos de especial complejidad en los que la trabajadora social y otras profesionales del mundo social y sanitario estarán presentes a lo largo de toda la vida. Este hecho lo podemos entender como un valor en beneficio de estas personas, y diferenciarlo de aquellas situaciones en las cuales los profesionales somos inductores o mantenedores de dependencia de los recursos y servicios, dada la realización de una praxis poco orientada a la autonomía, y en las cuales las instituciones obstaculizan los procesos de cambio.

En definitiva, resulta de nuevo pertinente impulsar la intervención y la metodología que le es propia al trabajo social: velar por la construcción o reconstrucción de vínculos y relaciones; fomentar la garantía de derechos; y promover el acompañamiento y el apoyo desde el trabajo individual y la orientación comunitaria. Entendemos que solo con un planteamiento crítico sobre el paradigma actual será posible retomar un trabajo social auténtico que pueda generar, desde los SBAS, efectos diferentes en las familias en situación de cronicidad. Así, las instituciones y las profesionales que formamos parte de esta realidad, tenemos que abogar, siguiendo los criterios de la ética organizacional, por esta nueva lógica, aportando nuestro saber en favor de la creación de condiciones que permitan el cambio.

---

## Referencias bibliográficas

- Barbero, M. y Cortés, F. (2005). *Trabajo comunitario, organización y desarrollo social*. Madrid: Alianza.
- Barranco, C. (2011). Buenas prácticas de calidad y trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 57-74.
- Brugué, Q. (2016). *Innovació i empoderament en la lluita contra la pobresa*. Barcelona: Entitats Catalanes per l'Acció Social (ECAS).
- Campanini, A. (2016). Nuevas perspectivas del trabajo con familias. En *European Trends in Social Well Being*. Jornada realitzada a la Facultat d'Educació, Psicologia y Treball Social. Universitat de Lleida.

- Campos, J., Cardona, J. y Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo social*, 24, 119-136. DOI: 10.14198/ALTERN2017.24.07
- Cardona J. y Campos J. (2009). Cómo determinar un contexto de intervención: Inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el trabajador/a social y el cliente durante la fase de estudio y evaluación de la situación problema. *Portularia, Revista de Trabajo Social*, 9(2), 17-35.
- Coletti, M. y Linares, J. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.
- Escudero, V. (2013). *Guía práctica para la intervención familiar II*. Castilla y León: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales.
- Ginesta M. (coord.), Civit, M., Rivera, J. y Rodríguez, A. (2017). *Els Serveis Socials Bàsics (SSB) a la província de Barcelona. Situació actual i propostes de millora. Una mirada des del treball social*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Jiménez, V. (2002). Violencia en organizaciones y profesionales: acciones, omisiones y reacciones en torno al poder, la participación, la burocracia y la discreción en los Servicios Sociales. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 10, 427-444.
- Julià, R. y Pirla, A. (2017). Propuesta de investigación-acción participativa para intervenir con familias en situación de cronicidad en los servicios sociales básicos. En E. Pastor y C. Verde (coords.). *Comunidades sostenibles: Dilemas y retos desde el trabajo social*. Thomson Reuters Aranzadi.
- Lázaro, S. (2004). El desgaste profesional (síndrome de burn out) en los trabajadores sociales. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 4, 499-506.
- López de Ceballos, P. (1998). *Un método para la investigación-acción participativa*. Madrid: Editorial Popular.
- Marchioni, M. (1987). *Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis*. Madrid: Editorial Popular.
- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid: Editorial Popular.
- Paz, P. de la, Rodríguez, V. y Mercado, E. (2014). Nuevas tendencias de intervención en trabajo social. *AZARBE Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3, 223-228.

- Pirla, A. y Julià R. (coord.), Bertran, L., Farré, A., Haro, L., Ibarz, I., Massana, M., Piñol, A., Siscart, E., Vilas, V., Villafranca, A. (2019). *La intervenció social amb famílies en situació de cronicitat en els serveis bàsics d'atenció social*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Recuperat de <http://www.tscat.cat/publicacio/viii-premi-dolors-arteman-millor-proposta-de-recerca-realitzar>
- Richmond, M. (2005). *Diagnóstico social*. Madrid: Siglo XXI.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. (2011). *Buenas prácticas profesionales de apoyo a la parentalidad positiva*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Recuperat de <https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/BuenasPractParentalidadPositiva.pdf>
- Rodríguez, A. (2013). La familia como recurso de la intervención. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 251-252.
- Subirana, M. y Cooperrider, D. (2013). *Indagación apreciativa: Un enfoque innovador para la transformación personal y de las organizaciones*. Barcelona: Kairós.