



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Presupuestos teórico-prácticos en la formación de la Asistente Social

Dr. Aquilino M. Polaino-Lorente

En la actualidad estamos ante una serie de procesos que se caracterizan por ser absolutamente innovadores y por darse el cambio en ellos a una velocidad vertiginosa.

Dentro de este marco histriónico, un punto importante que solicita nuestra atención, es el de las nuevas profesiones. Entre éstas, están las especialidades. Es noticia, la aprobación de la especialidad en Psiquiatría dentro de los Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Ante todos estos hechos, nosotros no nos sentimos marginados, sino que pensamos debemos comprometernos en su evolución contribuyendo así a «hacer» la Historia, aunque sea de un modo modesto.

Dentro de la Asistencia Social, y en concreto, en el campo psiquiátrico, se me ocurre que debemos extremar nuestros cuidados en lo que respecta a la formación de sus candidatos. El hecho de que sea una especialidad que está por hacer nuestro país, debe ser un estímulo que nos anime a pensar en el «cómo» encauzarla.

Parece, según van evolucionando los saberes psiquiátricos, que las fun-

ciones de las Asistentes Sociales, son imprescindibles y en cierto modo concretas.

Pues bien, ello debe tenerse en cuenta al programarse los estudios que le capaciten para cumplir con las funciones señaladas.

Una vez introducidos en el tema, quisiera concentrar mi esfuerzo en un solo plano: el de la formación personalística de estos futuros especialistas. En concreto, me interesa ahora más, el «cómo» que el «qué». Las materias que deban ser aprendidas es otro capítulo importante en el cual no entraré para no hacer más extensa esta breve comunicación.

Todas las funciones de las Asistentes Sociales, tienen una base común: Las relaciones humanas. Sin embargo, éstas no pueden ser interpretadas de una manera general. Las relaciones públicas, también son un modo de relaciones humanas, y sin embargo, no entran en esta especialidad. Por tanto no se tratará de darles una formación tal, que hipertrofe sus capacidades de relaciones sociales «a se», sino más bien otra cosa un poco distinta.

Es verdad que todos los que se dediquen a este quehacer, deberán

umentar sus niveles sociofílicos, pero ello de un modo particular.

La concreción de las relaciones humanas en este campo, viene dada por el enfermo fundamentalmente. El enfermo mental, a través de su evolución patógena, ha llegado a cristalizar en una nueva situación: Se ha producido una neoidentificación patológica. Su personalidad con esta situación ha cambiado radicalmente. Su arquitectura personal se ha convertido en una individualización distinta, cuantitativa o cualitativamente, que es preciso corregir para que vuelva a recuperar su papel de persona.

En este proceso de readaptación del enfermo a la realidad —conversión de «individuo» en «persona»— es vital el papel de la Asistente Social.

No se llevará a cabo este, si la personalidad de la A. S. no se compromete de alguna manera en dicho proceso.

El secreto de la curación estará muchas veces, en introducirse en la intimidad del enfermo, y compartirla con nuestra propia intimidad. Luego, andando el tiempo, le iremos arrebatando de su irrealidad, para llevarle a la realidad de todos: la realidad social.

Para este quehacer no hay más remedio que compartir de alguna manera el «comundo» (MITWELT, de los autores alemanes) del enfermo, con el nuestro; de tal manera que nuestro coeficiente de libertad personal se proyecte en el enfermo y sea aprendido por él.

Hemos venido hablando, entre otras cosas, de compartir la intimidad. No cabe duda que dicho proceso es difícil y que su operación exige tiempo. Quiero decir, que en la misma raíz de la operatividad —allí donde va a nacer la curación— está siempre un compromiso existencial.

Se trata de dejar parte de la vida allí consumiéndose. Porque siempre que el tiempo se vive con una intencionalidad —aquí la de curar— se transforma en tiempo vital, es decir en vida.

Hablo pues, de ocuparse del «otro», más que de preocuparse. Y ocuparse de muy distintas maneras. El «como» ocuparse, ha de ir variando según las diferencias individuales que ya están supuestas en el enfermo. Por citar algunos, entre otros muchos, tomaremos las siguientes a modo de ejemplos:

La terapia de grupo, que debe ser entendida más como un «recubrir», como diría el Prof. SARRÓ BURBANO. No se trata de que el Asistente Social «movilice» o «dinamice» en la profundidad del enfermo, sino que proteja su desarrollo.

Así en muchos enfermos queda una solución de continuidad entre los roles aprendidos en la comunidad terapéutica —un grupo, pero siempre especial, que no es el real—, y el que debe desempeñar en la real comunidad, si allí está presente la A. S., podría ayudarle, recordándole la adecuación entre el rol, que el enfermo representaba en el grupo terapéutico y el que ahora debe desarrollar en la comunidad social. De esta suerte, puede realizarse mejor el impase en el enfermo, entre el grupo real y el terapéutico.

Al igual ocurre en otros sectores. Piénsese en la geriatría psiquiátrica. Resulta paradójico que se intente prolongar la vida a toda costa, y que una vez conseguida la meta, se abandone a la propia vida, que late apenas, en el hombre anciano enfermo.

Y por citar el otro extremo, habría que pensar en la labor preventiva que las A. S., tendrían que realizar con los niños. Como dice CLIF-

FORD
de or
mos
rar a

As
siona
las c
ma
ferm
pres

To
nos
supu
form

1.—N
m
c
le
n
q
d
q
la
P
d
s
d
2

2.—D
d
s
c
s

3.—F
q
p
l
2

4.—E
ti
t
s
p
u

FORD BEERS, «la infancia es la edad de oro de la higiene mental». Ayudemos al niño y no tendremos que curar al adulto.

Así pues, el entorno de su profesionalidad, va a estar marcado por las coordenadas de las relaciones humanas, tanto las tenidas con los enfermos, como con sus familiares, empresarios, etc.

Todo lo anteriormente expuesto, nos invita a formular los siguientes supuestos teórico-prácticos en toda formación de las asistentes sociales:

- 1.—No se debe hipertrofiar su formación teórica. Aunque al principio aquella sea necesaria —el lenguaje técnico es siempre un medio de conocimiento efectivo, que hay que aprender—, enseguida, sin pausa ni prisa, tendremos que pensar en las funciones para las cuales se están preparando. Propongo que en el primer período de la formación, la enseñanza sea administrada, según un 75% de conocimientos teóricos y un 25% de conocimientos prácticos.
- 2.—Después, en el segundo período, la distribución entre los métodos pasivos (teóricos) y activos (prácticos), deben tender a un equilibrio siendo respectivamente del 50%.
- 3.—Finalmente, en un tercer período que deberá prolongarse ya siempre, la distribución de la metodología teórico-práctica sería del 25% y 75% respectivamente.
- 4.—Entiendo por metodología operativa, aquella en la que el alumno toma una participación activa. No se trata, en el caso que nos ocupa, de que siempre esté presente un enfermo durante la enseñanza,

sino que muchas veces, sin enfermos, se pueden programar seminarios, cursillos, entrevistas, grupos activos, grupos de discusión, reuniones bibliográficas, encuestas, etc., que hacen que el futuro candidato pierda el miedo a poner su intimidad en acción. Algo de esto, siquiera sea un balbuceo, ya lo hemos comenzado a hacer en esta Escuela de Psiquiatría de Sevilla, que dirige el Profesor ALONSO-FERNÁNDEZ.

- 5.—Se trata pues, y con esto acabo, de «hacer-hacer» y no de «explicar-hacer». En definitiva, la lección magistral, es necesaria, pero, lo vivenciado directamente, deja más peso experiencial y por tanto modela mejor a la persona. No creo haber planteado una disociación entre teoría y práctica. Y ello porque, además, no creo que exista. En mi opinión todos los conocimientos teóricos ya llevan apuntados en sí mismos un germen de potencialidad próxima de lo pragmático.

Este método operativo, va a significar:

- a) Un coste mayor de la educación, ya que exige mayor número de profesores.
- b) Una renuncia por parte del profesor a su hipertrofiada actividad, ya que en muchas ocasiones, su papel será el de «dejar-hacer» orientando.
- c) Una mayor dedicación del profesorado a la enseñanza.

Todo esto creo que se lo merece sobradamente el enfermo, y discrepo

radicalmente de quien pensara que tales presupuestos son un lujo. Lujo será, en todo caso, no devolver el enfermo a la sociedad, en donde puede desarrollar un servicio, por falta

de A. S., o lo que es peor, por carecer estas de la debida formación. Ello sí supondría un gasto superfluo de energías o de vida humana, que de ninguna manera se puede justificar.