

La intervención de Trabajo Social con grupos en las instituciones gubernamentales mexicanas de atención a la salud: realidades y posibilidades

[307]

Social work intervention with groups in Mexican governmental health care institutions: realities and possibilities

A intervenção do Serviço Social com Grupos em instituições de saúde governamentais mexicanas: realidades e possibilidades

Adriana Ornelas Bernal*

Universidad Nacional Autónoma de México

María Luisa Brain Calderón**

Universidad Nacional Autónoma de México

Nelia Tello Peón***

Universidad Nacional Autónoma de México



CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ornelas Bernal, A., Brain Calderón, M.L. y Tello Peón, N. (2025). La intervención de Trabajo Social con grupos en las instituciones gubernamentales de atención a la salud mexicanas: realidades y posibilidades. *Trabajo Social*, 27(2), 307-344. <https://doi.org/10.15446/ts.v27n2.II4872>

Recibido: 4 de junio del 2024. **Aceptado:** 21 de marzo del 2025.
Artículo de investigación

* adrianao2000@yahoo.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9011-2900>

** luisabraincalderon@yahoo.com.mx; ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1628-153X>

** neliatello@me.com; ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1628-153X>

[308]

Resumen

En este artículo se recupera la intervención con grupos que se realiza en el área de la salud, abordando los niveles y las modalidades en las que se organiza en México y elaborando una propuesta para su redireccionamiento, teniendo como centro del quehacer profesional la especificidad disciplinar: la intervención en lo social. Emerge de una investigación cualitativa con trabajadores sociales adscritos a clínicas y hospitales que desarrollan trabajo con grupos. Los resultados muestran escasas intervenciones grupales, sobre todo tras la pandemia por covid-19; centralidad de la visión médica en la formación de grupos y en las temáticas abordadas; e instauración de vínculos y creación de redes de apoyo en Trabajo Social.

Palabras claves: intervención; Trabajo Social con grupos; Trabajo Social en Salud; experiencia profesional con grupos; intervención en lo social; especificidad disciplinar.

Abstract

This article aims to examine group interventions in the healthcare field, addressing the three levels and modalities in which they are organized in Mexico. Based on this, a proposal is developed for their redirection, placing at the center of professional practice what is considered the specificity of our discipline/profession: social intervention, which additionally constitutes one of the three dimensions of health. To this end, a qualitative research study was conducted based on semi-structured interviews with fourteen social work professionals assigned to primary, secondary, and tertiary healthcare clinics and hospitals, where they work with groups. The results show the scarcity of group interventions, especially after the COVID-19 pandemic; the centrality of the medical perspective both in the formation of groups and in the topics addressed; as well as the characteristics of specific professional work in social interactions, through the establishment of various ties and support networks.

Keywords: intervention; Social Work with groups; Social Work in health; professional experience with Groups; social intervention; disciplinary specificity.

[309]

Resumo

O objetivo deste artigo é recuperar a intervenção com grupos que se realiza na área da saúde, abordando os três níveis e modalidades em que está organizada no México, com base nos quais se elabora uma proposta para seu redirecionamento, na qual se coloca no centro do trabalho profissional o que se considera a especificidade de nossa disciplina/profissão: a intervenção social, que adicionalmente constitui uma das três dimensões da saúde. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa, baseada em entrevistas semiestruturadas com quatorze profissionais de serviço social vinculados a clínicas e hospitais do primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção à saúde, nos quais trabalham com grupos. Os resultados nos mostram a escassez de intervenções grupais, especialmente após a pandemia da COVID-19; a centralidade da visão médica tanto na formação dos grupos quanto nos temas abordados, bem como as características do trabalho profissional específico nas interações sociais, por meio do estabelecimento de diversos vínculos e da criação de redes de apoio

Palavras-chave: intervenção; Serviço Social com grupos; Serviço Social na Saúde; Experiência profissional com grupos; intervenção social; especificidade disciplinar.

La intervención como objeto de estudio

[310]

La construcción de conocimientos disciplinares supone la articulación de diversas dimensiones, sin embargo, desde nuestra perspectiva es la intervención que despliegan las y los profesionales del trabajo social la que habrá de recuperarse para ser reflexionada, conceptualizada y repensada para construir conocimientos teóricos y metodológicos que abonen al bagaje disciplinar.

Esta apuesta tiene su origen en el trabajo precursor de Mary Richmond, quien precisamente recuperó múltiples experiencias del trabajo desarrollado por las visitadoras sociales para someterlo a procesos de reflexión, conceptualización y reconfiguración, y así presentar su propuesta sobre cómo habría de entenderse la profesión de trabajo social y su intervención, junto a una serie de recomendaciones para su ejercicio en la realidad concreta:

Retomé, por segunda vez, este proyecto en el invierno de 1910 [...] con la determinación de llevar en la medida de lo posible, mis indagaciones más allá de los límites marcados por mi propia experiencia personal [...] Francis H. Mc Lean, compañero en la Rusell Sage Foundation, me prestó una ayuda excepcional en el desarrollo de esta tarea, al solicitar a un grupo de trabajadores sociales de casos (en su mayor parte, aunque no todos, ligados a organizaciones benéficas) una descripción breve e informal de sus métodos y experiencias a la hora de tomar las medidas que, en su trabajo, preceden a la elaboración de un plan de tratamiento. Este grupo se incrementó posteriormente y algunos de sus trabajos acerca de las cuestiones como las fuentes vecinales actuales, las relaciones con los empleadores en el análisis de un informe laboral, los métodos de realización de una primera entrevista, etc. Se imprimieron con carácter privado y se facilitaron, de forma limitada, a los miembros de organizaciones benéficas. (Richmond, 1917, pp. 20-21)

Como se aprecia, Richmond alude a la importancia de recuperar la experiencia de las y los trabajadores sociales para repensarla, e indica que ello puede convertirse en conocimiento que retroalimente a otros colegas en su quehacer. A partir de ese momento y a lo largo de la construcción histórica de nuestra disciplina, diversos autores se unieron a esta visión, como hemos señalado:

Kisnerman (1998, p. 85): “Al no investigar ni sistematizar su práctica, no produjo teoría”; García (1998, p. 70): “aunque la sistematización de la práctica profesional es un interés y una preocupación generalizada, en este sentido, representa un tipo de análisis que pretende la confrontación de la experiencia con ciertos ‘marcos teóricos’ o supuestos ideológicos, más que un esfuerzo de teorización acerca de los procesos de intervención, en sus diversas formas y niveles de atención”. Cifuentes (2004): “En la profesión existen diversos niveles y fuentes de desarrollo: la academia y lo que se está haciendo en la práctica [...] es necesario promover la convergencia de las lógicas en pro de la consolidación de la profesión, la formación y la construcción disciplinar”. Rozas (2007, p. 83): “La intervención profesional es una dimensión constitutiva del campo disciplinar”. Tello (2010, pp. 70-71): “lo que estudiamos nosotros y, por lo tanto, es el conocimiento que nos constituye como disciplina, es la manera en cómo intervenimos [...] Tenemos que estudiar nuestros modos, nuestras maneras, nuestros *peros* y nuestros aciertos y en la medida que lo hagamos generaremos conocimiento propio, acumularemos experiencias profesionales, enriqueceremos nuestra disciplina como un espacio del saber”. Estrada (2011): “la apertura conceptual que tiene que darse en el lenguaje profesional contemporáneo [...] tiene que ser resultado de una profunda y sistemática reflexión sobre la naturaleza y el sentido de la intervención en lo social”. (Ornelas, 2013, pp. 46-47)

[311]

Como se aprecia, todos estos autores/as señalan la importancia de recuperar las experiencias del ejercicio profesional, de convertirlo en nuestro objeto de estudio, para ampliar el bagaje disciplinar. Estas maneras de verlo, nos dan tres pistas sobre algunos de los aspectos centrales que habrán de considerarse en una recuperación de la intervención profesional:

La necesaria relación entre la teoría y la práctica, concebida como una unidad que se construye y reconstruye en una relación dinámica.

Esta construcción de conocimientos no se limita a la recuperación de la experiencia, sino que supone procesos de análisis, reflexión, interpretación y caracterización.

Resulta imprescindible generar conceptualizaciones propias y con ello avanzar en la producción de la teoría del Trabajo Social.

[312]

Con el propósito de aportar en abonar en este sentido, decidimos desarrollar una investigación sobre la intervención de Trabajo Social con grupos en el campo de la salud y, con base en ello, presentar un esbozo de algunas posibilidades para fortalecer esta intervención profesional.

El trabajo social con grupos es definido por Konopka (1973) “como un método del trabajo social, que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social, a través de experiencias de grupos planeadas y a hacer frente de forma efectiva a sus problemas personales, de grupo o de comunidad” (p. 42); y destaca que lo que habrá de trabajarse dentro de los grupos es el sentido de pertenencia, la confianza y el reconocimiento de la reciprocidad. Es decir, todo aquello que alude a las relaciones y los vínculos entre los sujetos que conforman un grupo y comparten un objetivo. Kisman (1969), por su parte, señala que la intervención con grupos “Implica investigación en tanto requiere analizar los hechos conectados con el problema, determinar áreas de ataque y técnicas de estrategia, identificar vacíos en los sistemas de servicios y establecer medidas de control” (p. 27); es decir que interviene en los diversos conflictos que experimentan los sujetos para, mediante su conocimiento y análisis, encontrar soluciones colectivas. Russell (1998, p. 103) refrenda los postulados antes expuestos, retomando a Vinter (1967), quien señala:

El sentido y el valor del trabajo de grupo radica en la relación que establecen los miembros entre sí dentro del grupo, y en la situación de grupo en sí misma, que actúa como “contexto y medio de ayuda” para el individuo y para el propio grupo.

Estos postulados coinciden con los de la presente investigación, cuando nos referimos a que el centro de la intervención profesional con grupos tendría que ser la situación relacional conflictiva que viven los sujetos en determinados contextos.

Metodología

Se trata de una investigación cualitativa con orientación fenomenológica que recupera las formas, propósitos, percepciones e intenciones que tienen las y los trabajadores sociales cuando intervienen con grupos en el ámbito

de la salud, así como las condicionantes y normatividad institucional con respecto a este tipo de intervención.

Es importante señalar que, en México, el sector salud se organiza en tres niveles de atención:

El primer nivel se caracteriza por ser el contacto inicial con la población, con tareas de atención general, prevención y promoción de la salud y está conformado por clínicas, unidades de medicina familiar y centros de salud, en donde se brinda atención ambulatoria.

[313]

El segundo nivel, lo integran todos los hospitales de referencia, tiene como propósito brindar servicios de atención hospitalaria y de urgencias, que suponen una permanencia institucional transitoria al encargarse de los padecimientos de baja y/o mediana complejidad.

El tercer nivel, constituido por hospitales e institutos nacionales de alta especialidad, cuyo fin es atender problemas de salud de alta complejidad, que suelen requerir periodos de atención institucional más largos. (Secretaría de Salud, 2024)

Además, existe una división de este sector relacionada con la derechohabencia:⁴ para los trabajadores de la iniciativa privada se cuenta con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); para los trabajadores del Estado con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y La Secretaría de Salud (ss) atiende al resto de la población que no cuenta con seguridad social.

En este contexto, la investigación tuvo como objetivo general recuperar los procesos de intervención con grupos que desarrollan las y los profesionales del Trabajo Social en los tres niveles de atención de salud, para responder las preguntas de acercamiento relacionadas con los sustentos teórico-metodológicos que los guían; el proceso metodológico que se desarrolla; los conocimientos formativos con los que cuentan y los que se requiere reforzar o incorporar, así como la pertinencia e importancia de este tipo de intervención.

La selección de informantes se realizó mediante muestreo por bola de nieve, bajo los siguientes criterios de inclusión: contar con formación de trabajadores/as sociales de nivel licenciatura; laborar en alguno de los tres

4 En México se utiliza este término para referirse a las personas que tienen derecho a recibir servicios de salud.

niveles de atención a la salud del sector público; contar con una experiencia profesional de por lo menos 3 años en la intervención con grupos; se realizaron entrevistas a un total de 15 colegas, distribuidas en los tres niveles de atención a la salud como muestra la tabla 1.

[314]

Tabla 1. Distribución de informantes y claves de referencia

Nivel	IMSS	ISSSTE	SS
10.	Unidad de Medicina Familiar 28 (UMF28) (E1, E6, E10)	Clínica de Medicina Familiar Chapultepec (CMFC) (E4, E7) Clínica de Medicina Familiar Guerrero (CMFG) (E2, E3, E9, E11, E12, E13)	
20.			Hospital General de Xoco (HGX) (E15)
30.	Hospital de Gineco Obstetricia (HGO) (E5)		Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) (E8) Hospital Infantil de México (HIM) (E14)

Fuente: elaboración propia.

La información se obtuvo a través de entrevistas semiestructuradas que se apoyaron en una guía de preguntas que se fue modificando de acuerdo al discurso de los sujetos entrevistados, contando con la autorización para grabarse y realizándose de manera presencial dentro de sus centros de trabajo. Una vez concluidas, se transcribieron, categorizaron, analizaron e interpretaron, con base en 3 categorías de análisis: la primera relacionada con la formación y actualización en trabajo social con grupos; la segunda vinculada a la recuperación de los procesos de intervención en esa materia; y la tercera referida a la valoración de esta intervención y sus alcances.

Recuperar la experiencia de intervención supone reconocer las dimensiones que la conforman y que se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Categorías de análisis

1. Formación y Actualización	2. Procesos de intervención con grupos	3. Valoración de la intervención y alcances
Formación académica: conocimientos y habilidades adquiridas	Fundamentos teórico-metodológicos	Evaluación de la intervención con grupos
Capacitación y actualización profesional: conocimientos y habilidades requeridas	Procesos metodológicos	Importancia de la intervención con grupos
	Dimensiones de la intervención	Cambios generados con la intervención grupal
	Condicionantes institucionales	

[315]

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se presentan los resultados de dichas categorías, articulados a su discusión, bajo la premisa de la complejidad que nos lleva a comprender el fenómeno de manera entrelazada.

Resultados y discusión

Actualmente, el área de la salud es el campo de intervención con mayor cantidad de profesionales ejerciendo el Trabajo Social en México, por ello se consideró pertinente realizar una investigación que se enfocara específicamente en cómo este perfil profesional interviene con grupos, por ser una estrategia que se privilegió durante algunos periodos y se desestimó en otros, sobre todo ante la creciente demanda de acciones administrativas que se han solicitado a estos profesionales y, recientemente, dado el aislamiento decretado por la pandemia por covid-19. Este minó muchos de los esfuerzos del trabajo grupal pues, aunque en el nivel primario de atención a la salud se han retomado, no ocurrió lo mismo en el segundo y tercer niveles de atención, como se verá más adelante.

[316]

Primera categoría: formación y actualización del profesional de Trabajo Social para la intervención con grupos

Esta primera categoría rescata aquellos conocimientos y habilidades con los que cuentan actualmente las profesionales de Trabajo Social para la realización de la intervención con grupos, tanto los adquiridos durante su formación, como aquellos que han obtenido mediante la capacitación y actualización.

Formación académica

La mayor parte de las trabajadoras sociales entrevistadas son mujeres, lo cual se corresponde con la trayectoria histórica de la matrícula escolar de la carrera, la cual tiene entre el 70 % y 90 % de población femenina. Todas las entrevistadas cuentan con estudios de nivel licenciatura, cursadas en universidades públicas como la UNAM, universidades estatales y el Politécnico, destacando que esta última instancia ofrece una formación de Trabajo Social con énfasis en el área de la salud; solo dos de ellas cuentan con estudios de maestría.

Con relación a los procesos formativos en materia de intervención, los y las trabajadoras sociales señalan que existe una predominancia en torno a los conocimientos relacionados con la intervención de caso o individualizada que, además, es la más demandada por la institución. En torno a los conocimientos adquiridos para la intervención con grupos, encontramos dos tendencias: la primera que hace referencia a conocimientos sobre manejo de grupos y técnicas grupales, es decir, a los aspectos operativos; y la otra que alude a los conocimientos generales sobre Trabajo Social que les permiten intervenir con grupos.

Dada la experiencia profesional con que se cuenta, destaca el énfasis de las entrevistadas en que la formación académica para la intervención con grupos no solo sea de carácter teórico, si no que existan acercamientos prácticos:

Yo creo que, a lo mejor, ir más en lo práctico, a lo mejor una vivencia, pues es muy diferente algo teórico a cuando ya lo vives; así me pasó: cuando entré a trabajar recordé ¡ah yo creo que esto es así en la entrevista!, pero más que nada la vivencia. (EI, UMF28, 2023)

Las entrevistadas aluden a la importancia de que estos conocimientos no se limiten a la dimensión técnica, sino que se entiendan como la puesta en marcha de todos los contenidos teórico-metodológicos necesarios, pues de otra manera, expresan, si no encuentran la manera de articularlo, regresan a actuar solo por *sentido común*, por *imitación* o por lo que les *parece que podría ser* trabajar con grupos, desdibujándose la formación académica adquirida.

[317]

También cabe destacar la importancia que se asigna a la experiencia basada en el conocimiento, reconociendo que la enseñanza escolar suele hacerse sobre determinados “modelos” de actuación; sin embargo, afirman que no es posible abarcar la diversidad de circunstancias que en la realidad se presentan, y en ello radica la necesidad de propiciar acercamientos en los que se articule la teoría con la experiencia para que se reflexionen y reapiensen los contenidos teórico-metodológicos desde otro lugar y, con ello, abrir posibilidades de reformular las intervenciones profesionales.

A este respecto, Ornelas, Brain y Tello (2023) señalan que, en los planes de estudio de las escuelas mexicanas, la intervención con grupos se ubica en el núcleo básico de la formación, bajo el reconocimiento de que es algo propio y específico del Trabajo Social, aunque en la mayoría de los casos es considerada una asignatura teórica, cuando tendría que ser teórico-metodológica, con espacio para la puesta en práctica y su reflexión.

Del mismo modo, las entrevistadas destacan la importancia de contar con conocimientos para reconocer las características diferenciadas de los sujetos, dependiendo del sector social al que pertenece, la identidad genérica, o su grupo etario, entre otros, como señala una entrevistada:

En la parte teórica sí nos hace falta: sí tenemos el conocimiento sobre cuál es el desarrollo psicosocial del individuo, desde niños, las etapas, todo eso, pero de eso a ya enfrentarse con un grupo, pues no, no tenemos eso... no es que no tengamos el conocimiento, si no que no tenemos esas herramientas desarrolladas. (E4, CMFC, 2023)

Capacitación y actualización profesional

A pesar de que la capacitación y la actualización son fundamentales en cualquier contexto laboral, dados los múltiples cambios en las dinámicas

[318]

sociales en las que se interviene, los y las trabajadoras sociales entrevistadas informaron que han tenido un escaso o nulo acceso a estos procesos, ya que no han accedido a cursos recientemente y solo algunas han desarrollado actividades de consulta documental relacionadas con temas específicos de la profesión y de su intervención con grupos. Ante ello, se puede afirmar que la actualización y capacitación disciplinar de las y los trabajadores sociales es un tema pendiente en este campo de intervención. Es decir, es necesario fortalecer la formación y actualización en conocimientos disciplinares en general y en materia de intervención con grupos en particular, para que las y los colegas cuenten con las herramientas necesarias para esta intervención y con ello dejar de lado el actuar solo con base en la experiencia empírica.

Segunda categoría: procesos de intervención con grupos

Para dar contexto a esta dimensión, señalaremos que institucionalmente se ubica la labor del trabajo social en la educación y promoción de la salud. En México, los conceptos y prácticas de la educación y promoción de la salud que predominan se enfocan en los aspectos biológicos, en el nivel individual, en la enfermedad, en la curación y en la prevención de riesgos, aun cuando la Organización Panamericana de la Salud la define como:

Un proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y sus determinantes. [...] Esta idea se pone en práctica usando enfoques participativos; individuos, organizaciones, comunidades e instituciones que trabajan juntas para crear condiciones que aseguren la salud y el bienestar para todos. En sus términos más simples, la promoción de la salud promueve cambios en el ambiente que ayudan a promover y proteger la salud. Estos incluyen cambios en las comunidades y los sistemas —por ejemplo, programas que aseguran el acceso a servicios de salud o políticas que organizan parques públicos para actividades físicas y pasar tiempo con otros—. La promoción de la salud implica una forma particular de trabajar juntos. Es basado en la población, participativo, intersectorial, sensible al contexto y multinivel. (Organización Panamericana de la Salud., s. f.)

De ello, se destacarán dos aspectos, el hecho que alude a los conocimientos y habilidades de los sujetos para asumir la corresponsabilidad tanto del cuidado de su salud como de la salud de quienes le rodean, y la dimensión interaccional grupal y comunitaria. Aún así, en ocasiones desde Trabajo Social es entendida de la siguiente manera: “Entonces, nos toca prevenir enfermedades, prevenir complicaciones de la salud y promover el autocuidado” (E5, HGO, 2023), con lo cual se limita el carácter integral y se soslaya la importancia de la dimensión social.

Cabe señalar que algunos responsables de la salud reconocen la importancia de las denominadas “determinantes sociales”, pero estas casi siempre ocupan un lugar secundario. En este contexto se ubica la participación de Trabajo Social. Aun cuando la conceptualización del proceso de salud-enfermedad se ha reconstruido, incorporando elementos médicos, psicológicos y sociales, lo cierto es que existe una predominancia de los aspectos biológicos, fisiológicos y mentales. Por lo tanto, son los profesionales de la medicina y la psicología quienes problematizan las situaciones por atender, lo que conlleva a que los aspectos sociales queden casi siempre en un segundo plano.

A continuación, se abordan los procesos de intervención con grupos que se despliegan en los diferentes niveles de atención a la salud, destacando tres aspectos: los fundamentos teórico-metodológicos que sustentan la intervención; los procesos metodológicos y las condicionantes institucionales para su desarrollo.

Fundamentos teórico-metodológicos de la intervención con grupos

Toda acción profesional debiera estar fundamentada en conocimientos teórico-metodológicos propios de la disciplina. Sin embargo, en el desarrollo de sus acciones, la mayoría de las y los profesionales del trabajo social coinciden en que el fundamento de su quehacer está en los protocolos institucionales que señalan las acciones a desarrollar, junto con los temas, técnicas y tiempos de realización:

Ya están previamente establecidos en una guía que se llama “Guía técnica de estrategias educativas” ya vienen ahí, ya están en el manual. Existe la posibilidad de que, si nosotras vemos que no se adaptan, podemos

hacer una modificación, siempre y cuando sea avalada, pero en realidad las dinámicas que vemos ya vienen en esa guía. (E5, HGO, 2023)

[320]

Como se aprecia, la acción profesional ya se encuentra definida y delimitada en su aspecto más técnico-operativo, y cualquier cambio requiere autorizaciones institucionales, lo cual limita la creatividad profesional, convirtiéndola en un trabajo rutinario y repetitivo.

A pregunta expresa, solo algunos/as entrevistados/as hicieron referencia a fundamentos de Trabajo Social con grupos, mencionando a autores como Ezequiel Ander Egg y Natalio Kisnerman —quien ya es un clásico en la materia que nos ocupa—. Aun así, no se señalaron los conocimientos específicos que se retoman de dichos autores para fundamentar su intervención.

Otros entrevistados/as aludieron a fundamentos teórico-metodológicos provenientes de otras disciplinas como la psicología y la pedagogía:

Sí, yo me enfoqué para el trabajo con grupos en un método pedagógico, pragmático, que maneja seis momentos, uno de ellos pues es la transmisión del mensaje, la segunda era si el usuario escuchaba el mensaje, otros son si podía aceptar o no ese mensaje y podía tener una consecuencia ante su actitud para seguir persistiendo en no hacer algo, o bien se ejercía para que se pudiera hacer algo positivo en pro de su salud. (E8, INER, 2023)

Ello nos deja ver la importancia de la formación y actualización en torno a los fundamentos teóricos y metodológicos en materia de intervención con grupos, siendo esta otra tarea pendiente y urgente de atender. Al respecto se considera que los manuales y guías operativas orientan el actuar más de carácter administrativo, marcan el *deber ser*, y por ello es necesario para pensar en estrategias de intervención que pongan lo social en el centro de la intervención profesional y no de manera residual, colateral o secundaria como ocurre actualmente.

Proceso metodológico para la intervención con grupos

Como se ha mencionado, la intervención de trabajo social con grupos está direccionada por protocolos institucionales que se plasman en manuales y guías que señalan las acciones a desarrollar y que de manera general se resumen en las tres siguientes fases:

Fase 1: Conformación del grupo.

Fase 2: Gestión para la vinculación de especialistas en determinados temas y la obtención de algunos recursos.

Fase 3: Impartición de pláticas sobre algunos de los temas señalados en los protocolos institucionales.

A continuación, se explica con mayor detalle cada una de esas tres fases del proceso metodológico de la intervención de trabajo social con grupos:

[321]

Fase 1. Conformación de los grupos

Los grupos se pueden formar tanto dentro de la institución (intrainstitucionales) como fuera de esta (extra-muros). Con relación a los primeros, se trabaja en cuatro modalidades:

Grupos de “pacientes” (usuarios, derechohabientes)

Grupos de familiares

Grupos mixtos, en los que convergen “pacientes” y familiares

Grupos informales que se conforman por personas no derechohabientes que solicitan alguna orientación.

La formación de estos grupos responde mayoritariamente a un criterio médico que es *el tipo de padecimiento*, como lo expresan las entrevistadas:

Básicamente son derechohabientes de la unidad con alguna patología en común. Generalmente son físicas pues hemos tenido pocos grupos con patologías psicológicas, pero en general, son con una patología en común: diabetes, obesidad, síndrome metabólico, tabaquismo, hipertensión, sobrepeso. (E2, CMFG, 2023)

El ingreso a estos grupos puede ser de tres maneras: por la referencia que hace el personal médico, por el grupo etario al que pertenecen los sujetos y por las necesidades identificadas por trabajo social:

Llegamos a tener grupos con enfermos de cáncer, en coordinación con el equipo de salud, considerando cuáles eran las principales enfermedades o patologías [...] En otros casos, la iniciativa es de Trabajo Social quien tuvo el interés de trabajar con grupos, porque así se aborda y atiende a mayor población, desde la prevención dirigida a familiares y amistades; para los que están enfermos, promoción de la salud para que no empeoren

y para los que están rehabilitándose o curándose y con proyección a la comunidad para que transmitan esa información. (E8, INER, 2023)

[322]

Bueno las estrategias educativas son por edad y están dentro del programa de PREVENIMSS. Yo le puedo decir que son nueve: Chiquitimss junior, Chiquitimss, Juvenimss junior, Juvenimss, Ella y él, Envejecimiento activo, Pasos por la salud, Yo puedo y Embarazo Prevenimss. (E4, HGO 60 IMSS, 2023)

De tal manera que las actividades de intervención con grupos se organicen por tipos de población, y las y los trabajadores sociales las desarrollan según el programa al que están asignados, orientándose por la política y los programas de salud. Ello hace que la concepción que se tiene del trabajo con grupos se centre en la prevención o seguimiento de enfermedades bajo una concepción biológica de los sujetos al dividirlos por edades, y una concepción médica al reunirlos según el padecimiento.

Sin duda alguna, la formación de grupos más allá del padecimiento amplía las posibilidades de la intervención profesional, pues no se restringen al seguimiento del apego al tratamiento médico, sino que sería posible definir situaciones-problema directamente relacionadas con la especificidad disciplinar, con lo social y lo relacional. Dicho aspecto sí es abordado pero al mismo tiempo es soslayado y minimizado, como se apreciará más adelante.

Para denominarse como *grupo* las instituciones establecen mínimos y máximos en el número de participantes:

La normatividad nos pide que mínimo haya 15 y un máximo de 30, pero para que sea así, bueno sabemos que el grupo tendrá su proceso “biológico” digamos, pero para cuando haya el momento de acreditación, por lo menos tendremos de 15 a 18. (E3, CMFG, 2023)

El resto de entrevistadas manifestó que sus grupos fluctúan entre los 13 y 20 participantes. Llama la atención entonces cómo desde la institución el concepto de grupo se reduce a la reunión de un determinado número de personas y no propiamente al proceso de construcción de colectividad que podría generarse.

Fase 2. Gestión para la vinculación de especialistas

La formación de los grupos suele ser una tarea asignada al profesional del trabajo social y la intervención con estos se presenta de dos maneras: en la primera solo interviene el trabajo social y la promotora (en caso de existir dicha figura): “Sólo es trabajo social y la promotora” (E1, UMF28, 2023) y en la segunda se incluye la participación de otros profesionales como el médico, nutriólogo, psicólogo, dependiendo de los temas que se abordarán en los grupos, como se aprecia en los siguientes testimonios:

[323]

En salud reproductiva yo invité a un médico, a un residente, por temas muy específicos de enfermedades de transmisión sexual o de los métodos, de los que yo tengo la visión general, pero muchas veces hay que dar consejería individualizada a los pacientes, pero hay situaciones que me pueden preguntar y desconozco. (E6, UMF28, 2023)

Nutrición, a ella le tocan lo que son hábitos alimenticios, lo que son dietas, igual, lleva sus notas en el expediente y seguimiento con el paciente. Activación física, les hace una rutina y acuden de tres veces a cuatro a la semana para desempeñar su actividad física y les hace sus pruebas de esfuerzo. Psicología si tienen alguna patología de depresión, ansiedad y pues todos, todos en términos generales, incluyéndome en pláticas educativas. (E7, CMFC, 2023)

Aun cuando se trata de un trabajo interdisciplinar, se aprecia la subordinación del profesional de trabajo social por considerar que no cuenta con una especialidad, como sí la tiene el resto de los profesionistas del equipo de salud. Al respecto, una de las entrevistadas señala:

No puede haber un grupo si no está atendido por un médico que se encargará de realizar el seguimiento mensual de las mediciones de acuerdo al padecimiento; un nutriólogo que es parte fundamental. Un psicólogo porque muchas veces hay resistencia de los mismos pacientes en cuanto a no querer aceptar que tienen el problema. Enfermería es la que toma las mediciones y es encargada de lo que corresponde a su área. Todo va de la mano, si no funciona uno, no funciona nada. (E9, CMFG, 2023)

Como se aprecia, somos nosotros mismos quienes nos invisibilizamos y menospreciamos la labor profesional que se desarrolla en este ámbito.

Fase 3. Impartición de pláticas

[324]

En lo que refiere a objetivos y propósitos de la intervención de Trabajo Social con grupos se identifican el autocuidado a la salud, la prevención a través de la educación para la salud y la promoción para la salud. De ahí que los profesionales asuman que su papel es el de un *educador* para mejorar las condiciones de salud:

Entonces, para trabajar en grupos tenemos que entrar en lo que es la educación para la salud, ésta se divide en dos: la que es la individualizada y la de grupos. Dentro de los grupos nos rige lo que es la estrategia educativa para la promoción de la salud. (E9, UMF28, 2023)

Con relación a las temáticas de las pláticas que se dan en este contexto, destaca lo referente a la alimentación, considerada como fundamental para mantener un buen estado de salud. Así, se alude a la alimentación “sana”, “adecuada”, que en su sentido más “biológico” supone el consumo de una serie de alimentos, en ciertas cantidades y con determinada frecuencia: “El objetivo aquí es reconocer la alimentación correcta, la actividad física, el consumo de agua simple como factor clave en la prevención y control de enfermedades y así mismo conocer las acciones del chequeo PREVENIMSS” (E1, UMF28, 2023), lo cual es materia de intervención de médicos y nutriólogos.

Se reitera el reconocimiento de que cuando en estas pláticas se abordan temas médicos o psicológicos más especializados, no se cuenta con toda la información y conocimientos necesarios, por lo que recurren a los especialistas de dichos temas para que los aborden en los grupos: “Esos grupos los hacemos con el apoyo de los médicos ya que dan el tema de depresión, esquizofrenia y ansiedad” (E11, CMFG, 2023) y en muchas ocasiones no hay participación alguna del profesional de trabajo social, aun cuando fue este quien conformó los grupos.

El resto de los temas que se abordan en los grupos están relacionados con algunos aspectos como la edad, por ejemplo, para infantes se trabajan temas de autoestima, valores y comunicación; con los jóvenes se incluyen

los métodos de planificación familiar, las adicciones y el proyecto de vida; con los adultos con padecimientos se abordan aspectos para evitar las complicaciones de salud y las redes de apoyo:

Nosotros les decimos en nuestros grupos la importancia de hacer las medidas de prevención, por decir, del diabético que tiene que hacer sus exámenes cada mes, cada dos meses, el hipertenso igual; el de sobrepe-
so que debe de llevar una alimentación adecuada; o sea, tratarlos de que tomen conciencia de que hay que hacer un cambio. (EIO, UMF28, 2023)

[325]

La síntesis de los temas que se abordan en las pláticas para los grupos se expone en la tabla 3.

Tabla 3. Temas y subtemas de las pláticas

Tema	Subtemas
Información institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Chequeos médicos preventivos • Consumo de agua
Hábitos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades sobre los alimentos • Consumo de sal, azúcar, carbohidratos • Consecuencias de la inadecuada alimentación
Desarrollo afectivo-emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Autoestima • Autoconocimiento
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • De embarazo • De accidentes • De adicciones • De violencia
Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualidad: métodos y prevención de enfermedades • Autoayuda • Ayuda mutua
Manejo de estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación
Violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de violencia • Manifestaciones

Fuente: elaboración propia.

Como se aprecia, explícitamente solo existen dos temas que abordan directamente los aspectos relacionales: el de la violencia —ya sea para su prevención o para su atención—, y el de la ayuda mutua. El resto de contenidos están relacionados con los aspectos médicos y psicológicos, lo cual

confirma lo antes dicho con relación a la escasa intervención del trabajo social.

[326]

De igual forma, si bien se abordan algunos aspectos relacionados con lo social, estos son nombrados como algo secundario, de menor “rango”, como subordinados a los temas considerados esenciales, de modo que a veces son reducidos a su mínima expresión, aun cuando las trabajadoras sociales los reconocen como importantes:

Los temas que más llevo a abordar, porque también pues me gustan más, me dan cierta seguridad al trabajar con el grupo, son redes de apoyo, porque de las redes de apoyo se puede sacar mucho material de las diferentes instituciones o del mismo Instituto, al cual pueden extender su apoyo para que sean bien atendidos. (E7, CMFC, 2023)

Sin embargo, si se profundiza en este aspecto, en algunos casos las redes de apoyo pueden estarse limitando a la vinculación y referencia con otras personas e instituciones, dejando de lado el trabajo que implicaría la construcción y fortalecimiento de lazos. Más adelante se abordará de nuevo este aspecto y se apreciará cómo se realiza.

Las técnicas utilizadas se refieren a técnicas participativas para atender aspectos psicológicos, como el autoconocimiento, la memorización y el relajamiento, así como a conocimientos sobre la correcta combinación de grupos alimenticios, que pocas veces tienen que ver con el manejo de lo social, es decir, de aquello que podría favorecer los vínculos y relaciones sociales intra y extra grupales. Los recursos que se utilizan para el desarrollo de las pláticas son cartulinas, lápices, hojas, folletería y lonas. Los instrumentos señalados por las y los entrevistados son: crónica grupal, diario de campo, libreta de registros, fichas, informes, libreta ejecutiva y libreta operativa, que se utilizan tanto para la recolección de información de las acciones desarrolladas en los grupos, como para la elaboración de informes de actividades:

En la libreta operativa, pues ya vienen todas las opciones a nivel de sesiones, listados, evidencias fotográficas y todo lo que nosotros hacemos y hay que hacer un reporte a una autoridad a nivel delegacional y luego a nivel nacional. (E12, CMFG, 2023)

También se señala que, con base en la guía o manual, se desarrollan instrumentos de planeación para organizar su actividad, destacando las cartas descriptivas de cada sesión, como señala una de las entrevistadas: “Bueno pues tenemos una carta descriptiva y una crónica grupal por cada una de las sesiones educativas” (E5, HGO, 2023). Sin embargo, solo se utilizan en el momento para cumplir con el requisito de su llenado y no para reconocer, analizar y discutir los procesos que se están gestando dentro de los grupos.

[327]

La duración de la intervención con grupos varía dependiendo de la institución, el grupo al que está dirigida y otros factores; así encontramos que el máximo de duración es de tres meses, con una sesión semanal, lo que da un total de 12 sesiones y, por otra parte, el mínimo es de 3 sesiones, cuya duración en horas puede ser de 60 a 100 minutos para cada una. En este sentido, la duración de la intervención se aprecia como insuficiente, si se piensa que el propósito que se ha explicitado es generar procesos de educación y concientización que generen cambios en los sujetos.

Dimensiones de la intervención

La intervención de los y las trabajadoras sociales se puede categorizar en 5 dimensiones que se abordan brevemente a continuación.

Información y orientación: en estricto sentido, se aprecia una labor de información y solo en ocasiones de orientación de parte de trabajo social, que si bien son acciones importantes para brindar una atención integral, no se centran en la especificidad disciplinar; suelen ser subsidiarias de la información y orientación que brindan otros profesionales y resultan aún insuficientes para afirmar que se desarrollan procesos de intervención profesional integral, como se aprecia en el siguiente testimonio: “Siempre somos las que estamos constantemente con que: *hoy viene un médico, un dentista* [...] Nosotras somos las que estamos presentes para las dudas e ir guiándolos” (E13, CMFG, 2023). Y otra entrevistada señala: “A veces lo hacemos aquí en la explanada, atraerlos, para que vengan, conozcan, porque hay veces que vienen solamente a la consulta y no conocen todos los servicios, desconocen muchos servicios” (E1, UMF28, 2023).

Gestión: esta se asume como la tarea administrativa que permite el acceso a servicios o la obtención de algunos satisfactores, como señala una

entrevistada: “Sí, con grupos se hacen coordinaciones o gestiones, eso cuando son externas, apoyo social y orientación” (E6, UMF28, 2023).

En este mismo contexto, se alude a la idea de fungir como un “filtro” institucional, es decir que su labor tiene que ver directamente con evitar la sobrepoblación en otros niveles de atención:

[328]

Esto más que nada, yo creo que es para no aglomerar las áreas ya de segundo y tercer nivel, porque estas enfermedades ya generan gastos muy fuertes, entonces se supone que nosotros pues somos como que la base fundamental para que esos segundo y tercer nivel no se vean tan saturadas de esta situación de los pacientes. (E10, UMF28, 2023)

Prevención: destacan que es fundamental fomentar esta dimensión, tanto para disminuir las reincidencias médicas como para evitar sus complicaciones y la aparición de otros padecimientos: “Aquí lo que es una fortaleza entre nosotros es prevenir las enfermedades, y si ya las tienen, pues evitar esas complicaciones” (E1, UMF28, 2023).

Atención: en esta otra dimensión, se refieren a su actuar cuando el problema de salud ya está presente y al respecto afirman que se trata de generar cambios en los sujetos: “El propósito de estos grupos es fomentar un cambio de hábitos en el paciente” (E6, UMF28, 2023).

Intervención en lo social: se refiere a formar, fortalecer o re-establecer diversos tipos de vínculos que se consideran importantes en la visión integral, como los que se mencionan a continuación:

* Los vínculos entre pares: se refiere a las relaciones que se establecen entre quienes comparten una misma situación y que en algunos casos se denominan “grupos de auto-ayuda”, que permiten a sus participantes aprender de otros, verse reflejados, prever lo que podría suceder en el futuro y conocer estrategias para enfrentarlo. Compartir estas experiencias estrechará las relaciones, al generarse procesos de confianza y sentido de pertenencia:

Que se formen grupos de autoayuda de pacientes diabéticos, yo lo manejo que ellos que ya se relacionaron y que intercambiaron experiencias, cuando se vean platiquen para formar relaciones, pero que como tal ya se quede en una autoayuda o en una red de apoyo. (E5, HGO, 2023)

En otros casos se convierte el grupo en una fuente de apoyo, mediante la cual se organizan y administran recursos entre sus integrantes.

* Los vínculos entre familiares: en el mismo sentido, se trabaja en el establecimiento de relaciones entre quienes comparten la situación de estar acompañando a las personas con algún padecimiento, bajo el entendido de que comparten situaciones similares que les han sucedido o les podrían suceder:

[329]

Aquí en Trabajo Social de nefrología estamos formando un grupo de padres; yo anteriormente cuando llegué aquí recientemente al hospital, tuve la oportunidad de trabajar en el servicio de hematología y ahí ya estaba un grupo formado de padres de niños con hemofilia, entonces yo nada más ya le di continuidad al grupo. (EI4, HIM, 2023)

Igual que en el caso anterior, se fomenta la intercomunicación y el intercambio:

Sí, que tengan un grupo de Whatsapp, que estén integrados y se comuniquen: “es que la mamá subió al grupo que estaba donando tal cosa o que lo iba a dejar aquí con usted”. Nosotros tenemos un pequeño banco de medicamentos y es gracias a que los mismos papás de nuestro servicio, cuando ya su paciente no ocupa algo, nos lo donan para quien lo requiera, ya saben y lo dejan en Trabajo Social. (EI4, HIM, 2023)

* La formación de redes de apoyo: ya sea dentro o fuera del núcleo familiar, es necesario restablecer o crear una serie de vínculos que faciliten el tránsito de los sujetos con padecimientos a su revinculación a la vida cotidiana, de ahí la importancia de las redes de apoyo:

En el covid yo vi la necesidad de la red; porque les hablaba yo por teléfono y los mantenía comunicados, y vi que tenían problemas de olvidos, tenían problemas de coordinación, etc., por lo mismo que estaban encerrados [los adultos mayores]. (E7, CMFC, 2023)

Se buscaban apoyos, se intentaba formar una asociación, porque para pacientes hemofílicos, pues no hay asociaciones [...] oncología tiene esa gran fortuna de que sus pacientes, por el mismo diagnóstico, es más conocido

y tiene más instituciones que lo apoyen. Los hemofílicos, no, de ahí surge la iniciativa de hacer la asociación, pero no se concretó. (EI4, HIM, 2023)

[330]

Destacaremos el hecho de que, estos aspectos sociales tan importantes que sí realizan los profesionales del trabajo social, no constituyen el centro de su quehacer profesional, o por lo menos no son mencionados como lo prioritario.

Condicionantes institucionales

Las condicionantes que caracterizan la intervención de trabajo social con grupos —la cual se ha visto reducida en los últimos tres años,— han sido:

Las restricciones para formar grupos, dadas las posibilidades de contagio por covid-19. En muchos casos, no se han retomado estas acciones grupales, y en otros, se están formando recientemente.

La falta de participación de los sujetos en general, tanto usuarios como pacientes.

La sobrecarga de trabajo administrativo en el departamento de trabajo social.

La indisposición de algunos trabajadores sociales para intervenir con grupos.

La resistencia de algunas instituciones a que se aborden ciertos temas con los grupos.

La tendencia médica de apropiarse de los resultados del trabajo realizado por trabajo social.

Ante este panorama, las entrevistadas expresaron que sería necesario realizar modificaciones relacionadas con el incremento de la participación de los sujetos y los demás profesionales del equipo de salud; la disposición institucional; y la actualización y capacitación propia en diversos tópicos.

Con relación a la participación, aluden primeramente a los sujetos, tanto a los denominados “pacientes” como a sus familiares: “Hay pacientes que son ya adultos mayores y no pueden venir porque los hijos trabajan. Aquí en esta población es eso también, que existe un poquito el abandono, el abandono de los familiares hacia los pacientes adultos mayores” (E6, UMF28, 2023). Asimismo, refieren la necesidad de incrementar la participación de los médicos y otros profesionales, tanto con los conocimientos específicos

de su campo, como con una mayor cercanía con los sujetos: “Pues a mí me gustaría más que participarán los médicos, pero no como son los médicos, que son como personas muy frías, como que no escuchan” (EIO, UMF28, 2023). Como se aprecia, los profesionales del trabajo social reconocen que el trabajo con grupos requiere la participación efectiva de diversos actores para lograr sus fines.

[331]

Por otra parte, se enfatiza en la necesidad de que las instituciones acepten las temáticas que pretenden abordarse en los grupos:

El año pasado me comentan que en esta secundaria no les aceptaron todos los temas, bueno creo que ninguno, más que “violencia cibernética”, fue el único que nos permitieron [...] De la otra vez dijeron “no” por la discriminación que se da con el señalamiento “por gordito” [cuando se trabaja el tema de la obesidad]. (EIO, UMF28, 2023)

Es decir que cuando se hace trabajo con grupos en espacios extra-institucionales, no siempre son aceptados los temas que se pretenden abordar, por lo que será necesario pensar estrategias para modificar esta percepción de las instituciones.

Finalmente, las entrevistadas señalaron que para mejorar su intervención con grupos les es necesaria una capacitación y actualización en la materia, dado que reconocen que una vez que egresaron de la universidad difícilmente volvieron a ser formadas en dicha temática:

Siento que los jóvenes están muy actualizados, muy renovados, entonces ahí como que digo ¡ay no! yo necesito actualizarme, es que te dicen: es que conozco fulanito o este tipo de sustancias, tipos de drogas y tú te quedas ¡ay!, hasta tú sales sorprendida, entonces ahí digo: yo me estoy actualizando, en este grupo. (EI, UMF28, 2023)

De este comentario destaca el hecho de que, si bien se alude a la actualización y capacitación, esta no necesariamente se refiere al Trabajo Social y mucho menos al trabajo social con grupos que, como se dijo antes, es un asunto pendiente del ejercicio profesional.

Tercera categoría: valoración de la intervención y sus alcances

[332]

Para conocer la valoración que se hace de la intervención, se recurrió a conocer la evaluación que las entrevistadas hacen de esta y la importancia que le otorgan al trabajo con grupos. Para hablar de los alcances, se aludirá a los cambios que reportan obtener con su intervención con grupos.

Evaluación de la intervención

La evaluación de la intervención se realiza en torno al cumplimiento de metas numéricas bajo criterios como: número de sesiones desarrolladas, cantidad de horas y número de asistentes. Como señala una entrevistada:

Ya que se terminan las 5 sesiones, por cada sesión se lleva un control de listados que nos sirve para nuestra evaluación y para nuestro cumplimiento de metas que tenemos que reportar [...] Nuestra normativa me marca a mí que yo tengo que cumplir con 35 horas, entonces se tiene que cumplir la meta, para eso es el listado, para nuestra evaluación. (E6, UMF28, 2023)

Como se aprecia, este tipo de evaluación se limita a contribuir con datos para la numeralia institucional, sin referir la dinámica del grupo, las interacciones que se fueron generando, los resultados y el impacto social de la intervención.

Cabe destacar que en otros casos sí se realiza una evaluación que permite conocer los cambios logrados, a través de una evaluación ex ante y ex post: “Nosotros hacemos evaluación antes-después, elaboramos un instrumento y es el mismo que aplicamos al final y comparamos los resultados” (E8, INER, 2023). Sin embargo, no se hace mayor referencia a los resultados de esta, lo cual podría hacer pensar que nuevamente se realiza sólo como un requisito institucional.

Importancia de la intervención con grupos

Quienes aluden a la importancia que tienen los grupos para los “usuarios directos” se centran precisamente en los aspectos sociales, relacionales, destacando la importancia de mirarse y reconstruirse en relación con los otros, como señala una entrevistada:

Hay una convivencia entre los pacientes porque hay un espejeo, o sea, ven en el otro que sí se puede: si un paciente sale adelante, el otro ve que sí se puede y se van jalando uno al otro. Para su familia también es importante porque si su familia ve que el adulto mayor, que las personas, que los pacientes mejoran sus condiciones de salud, ellos también empiezan a tener buenos hábitos de alimentación y de apego. Ahora sí que van viendo que sí funciona, entonces igual se van adaptando a las costumbres de mejores hábitos de alimentación. (E7, CMFC, 2023)

[333]

Es así que el profesional de trabajo social valora como importante el trabajo con grupos, no solo porque permite abarcar a una mayor cantidad de personas, sino porque además propicia que sus integrantes “se reconozcan y miren entre sí” y a partir de ello establezcan vínculos que pueden llegar a constituirse en redes de apoyo:

Me gusta mucho abarcar las redes de apoyo de los pacientes, me gusta abarcar si tienen alguna situación familiar, pues con mi estudio social, o sea, me gusta que trabajo social luzca sus herramientas que tiene, me gusta ir a la par de los demás profesionistas y que vean que nuestra área no está “de a gratis. (E7, CMFC, 2023)

Por otra parte, identifican que el trabajo que se hace en los grupos tiene utilidad para la intervención del resto del equipo de salud para realizar una atención integral, como se señala a continuación:

Considero que es importante para todo el equipo multidisciplinario, porque entre más orientado esté un paciente, más sensibilizado estará a cuidar su salud y es más fácil para el médico, porque no le va a faltar, no va a tener inasistencia en sus tratamientos; es más práctico para la enfermera porque va a tener un concepto del porqué ir a checar una vez al año, por ejemplo. Por eso yo creo que para todos es importante. (EI, UMF28, 2023)

Del mismo modo, resaltan la importancia que tienen los grupos para la institución, pues coadyuvan en el cumplimiento de metas y de acreditación:

Nos van supervisando y nos van evaluando precisamente por medio de la acreditación, reacreditación y acreditación por excelencia; nos van validando si el grupo va bien o no. Igual a los pacientes: por medio de la

toma de presión, glucosa, la cintura, les miden la cintura, toman su peso y van viendo si realmente está funcionando lo que estamos haciendo y con el de la clínica para dejar de fumar, en base a lo que es la cantidad de cigarrillos o que dejen de fumar. (E4, CMFC, 2023)

[334]

En síntesis, aunque por diversas razones, se aprecia la importancia de trabajar con grupos, esta intervención solo requiere de algunos ajustes para que desde Trabajo Social se contribuya a lograr el objetivo de mejorar el bienestar social de los sujetos.

Cambios logrados a través de la intervención en grupos

En correspondencia con el propósito que se señaló de contribuir en la educación para la salud, los y las trabajadoras sociales señalan como logro el hecho de que los usuarios reconozcan la importancia de mantener un estado de salud adecuado, para lo que se requiere una serie de cambios en sus hábitos alimenticios: “Bueno, aprenden a comer, aprenden a beber [...] Que los integrantes del grupo hayan bajado su glucosa, su presión arterial, de que se logra una mejor alimentación y la activación física” (E12, CMFC, 2023).

Además, destacan aspectos sociales, tanto individuales, como grupales y familiares: “El empoderamiento, el empoderamiento del paciente en relación a su enfermedad, se forman a veces alianzas, amigos, se forman parejas, familia fuera de la familia; mejora su salud y económicamente también mejoran ellos, mejora su comunicación, mejora su socialización” (E7, CMFC, 2023).

Otro de los alcances que mencionan es la reincorporación de los sujetos con padecimientos a la rutina diaria, a su vida cotidiana: “Ellos ya teniendo el conocimiento sabían que —aún con ese cambio que hubo en su tráquea— podían incorporarse nuevamente a sus actividades cotidianas” (E8, 2023, INER).

Así mismo, destacan el logro de que las redes no sean solo familiares, sino también de amistades e incluso institucionales y que estas les generen un sentido de pertenencia y se constituyan en espacios de apoyo:

Se sintieron parte del grupo, que no estaban abandonados, entonces se logra hacer algo al final del año, saber que no estoy solo, abandonado,

pues decimos: “como en tu caso, ven, aquí hay muchos viejitos que están igual que tú”. (E10, UMF28, 2023)

Al respecto, otras colegas destacan como logro la restitución de las redes de apoyo cuando se ha dado un debilitamiento de estas:

El otro beneficio que le podría ver es que se logra la participación, bueno ahí sí hay una situación que hay que quitar, ya que inicialmente sí hay una participación activa de los miembros de la familia, pero conforme pasa el tiempo, ellos van declinando a lo mejor un poquito; en eso entonces tenemos que volvernos motivadores y gestores para que ellos permanezcan apoyando al paciente también. (E8, INER, 2023)

[335]

Con relación a los alcances como profesionales del trabajo social, uno de los testimonios destaca que trabajar con grupos permite reposicionar la profesión y su importancia dentro del equipo de salud:

Es muy satisfactorio porque ves reflejado tu trabajo y que sí vale la pena la intervención de trabajo social, y que trabajo social es muy importante en el sector de salud y sí le dan su *medalla*, su importancia a trabajo social siempre y cuando, uno como profesional, se ponga la camiseta y haga su trabajo como debe de ser. (E6, UMF28, 2023)

En este sentido, conviene destacar que cuando se alude a los alcances, existe una manifestación explícita de la dimensión social, aun cuando antes no se haya realizado ese énfasis, lo que nos lleva a asegurar que es una dimensión en la que sí se interviene, pero que muchas veces no se nombra por no considerarla fundamental.

Propuestas para la reorientación de la intervención de trabajo social con grupos

La comprensión de las situaciones antes descritas conduce a la reflexión acerca de los cambios y ajustes que se consideran necesarios para restituirle a la intervención de trabajo social con grupos su importancia y trascendencia en el ámbito de la salud, por ello a continuación esbozaremos algunas propuestas para lograrlo.

[336]

Comenzaremos por recordar que, desde sus inicios, la participación del trabajo social en el sistema de salud fue para la recuperación del Otro como miembro activo de una sociedad, es decir, no como apoyo de quien atiende los aspectos biológicos, fisiológicos y psicológicos, sino como el responsable de generar procesos de construcción de sujetos autónomos, responsables de sí y de su entorno, que se incluyan en los diversos espacios sociales de manera activa y participativa, atendiendo con ello a la conceptualización más integral de la salud, que alude a la dimensión social como fundamental para el bienestar individual y colectivo.

En este sentido, es necesario que trabajo social reconozca que su propósito principal en el sector salud es coadyuvar para que el sujeto social, más allá del padecimiento que le hizo acudir a la institución de salud, logre revincularse con su vida cotidiana, la cual se teje y entreteje a partir de las diversas interacciones que se crean con los demás. Es decir, que cuente con las condiciones sociales para recuperar y preservar su participación en los grupos y colectivos a los que pertenece, e incluso incorporarse y/o formar nuevos espacios relacionales.

Además, habrá de intervenir para que tanto el sujeto como los integrantes de sus contextos sociales asuman que las enfermedades en general no constituyen un problema individual, sino que es un asunto colectivo que involucra a otros actores y espacios sociales, y por ello es una responsabilidad colectiva tanto el autocuidado como el cuidado social de la salud.

En este contexto, la intención de la intervención del trabajo social con grupos habrá de orientarse a lograr que los sujetos se responsabilicen de su situación y tomen decisiones autónomas para reconstruir su ser social, su ser con los otros, con los que se relaciona en el desarrollo de su vida cotidiana. Es decir, promover una re-apropiación de sí y por lo tanto de sus procesos de re-vinculación social, asumir la responsabilidad individual y colectiva que implica mantener y recuperar la salud, aliviar la enfermedad y apoyar a los otros en sus propios procesos.

En este orden de ideas, comprender que el grupo se forma y se consolida conforme se trabaja con los vínculos e interrelaciones entre sus integrantes —no solo con pláticas informativas sobre enfermedades o tratamientos—, y que se pueden lograr cambios que trasciendan las situaciones críticas, requiere promover la reflexión a través de intercambios, generando vínculos,

sentido de pertenencia e identidad entre sus integrantes. Por ello, en los grupos que se formen, se sugiere comenzar por identificar las situaciones-problema sociales que comparten para trabajarlas como grupo, pudiendo ser estas: violencia, discriminación, estigmatización, aislamiento, rechazo, dependencia social, entre otras.

Por lo tanto, el profesional del trabajo social habrá de enfocarse en la creación de condiciones de sostenibilidad del proceso crítico de la salud, desde lo social, para transitar de ser considerados como sujetos vulnerados a sujetos autónomos, socialmente responsables, en la diversidad de grupos de convivencia, retomando los grupos con los que ya se cuenta como son: entre pares; de familiares; de familiares y sujetos; de comunidad abierta; con diagnóstico común o aquellos que se convocan con un propósito específico.

[337]

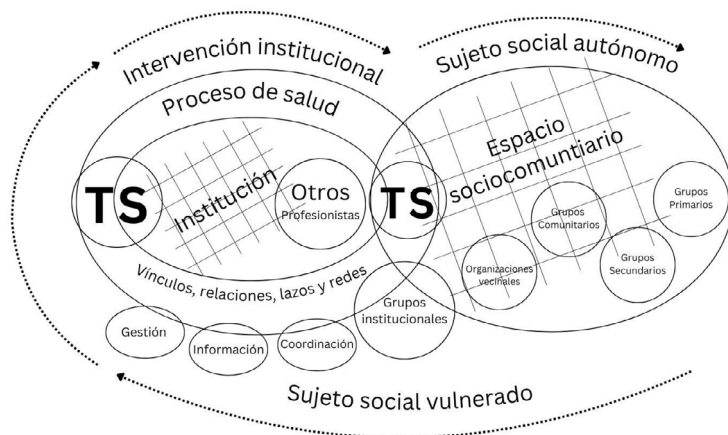


Figura. 1 Propuesta de intervención de Trabajo Social con Grupos.

Fuente: elaboración propia.

Como se señaló, un aspecto fundamental será el redireccionamiento de la formación académica y la actualización y capacitación profesional que se reciba, la cual habrá de estar direccionada hacia aspectos básicos de la disciplina como la intervención y los aspectos específicos como la intervención con grupos.

[338]

Será determinante considerar una capacitación transversal para todos los profesionales del trabajo social que laboran en el área de la salud, en donde exista un “tronco común” disciplinar para la comprensión de la intencionalidad de la acción del trabajo social, el diseño de estrategias de intervención y el reconocimiento de lo social, para que ello se constituya en el centro articulador de su acción; y en el plano particular, abordar la propuesta de intervención con grupos (figura 1).

Considerando de esta manera que se trata de conseguir un *continuum* entre la formación académica y el ejercicio profesional, en donde la actualización es el puente indispensable para lograrlo y del mismo modo la recuperación de las intervenciones profesionales habrán de enriquecer la formación académica y el ejercicio profesional, contribuyendo a la construcción disciplinar a través de la vasta experiencia acumulada.

Como se sabe, trabajo social siempre interviene con el Otro, de ahí la importancia de reconsiderar cuál es la concepción que el profesional tiene de ese Otro, comenzando por asumir que es un sujeto social en una circunstancia de salud-enfermedad particular que lo vulnera, pero que ello no lo desvaloriza ni lo hace “menos” sujeto y que, al igual que cualquier otro, tiene necesidad de pertenecer activamente a una sociedad y de que se le garantice su dignidad humana.

Por eso la propuesta es no referirse a ellos como “enfermos”, concepto que los limita a la circunstancia de tener un padecimiento; tampoco como “pacientes”, pues ello alude al objeto de la intervención de la medicina y le confiere una actitud pasiva; ni como “usuarios”, pues se limita a comprenderlos como alguien que hace uso de los bienes y servicios que la institución pone a su alcance. Se trata más bien de aludir a sujetos con determinada condición médica, atendidos por una institución, pero que el *ser sujeto* no se reduce a ninguna de estas dimensiones, sino que lo visualiza en su integralidad.

Con relación a las acciones que se despliegan actualmente y se consideran “grupales”, la propuesta consiste en su articulación dentro de una estrategia de intervención, a fin de que no se entiendan como acciones desconectadas entre sí, y que todas ellas estén referidas a la dimensión social de la salud. La propuesta articuladora se refiere a:

Definición del objeto de intervención a intervenir en el grupo

Diagnóstico grupal integral

Construcción conceptual del cambio a lograr de manera colectiva

Estructura metodológica que articula acciones en un todo, con coherencia interna

Evaluación continua de los alcances del grupo y de los cambios generados. (Ornelas, Tello y Brain, 2019)

[339]

Dentro de esta propuesta teórico-metodológica se articularían las diversas acciones que ya se desarrollan, haciendo algunos ajustes en su intencionalidad, para que, por ejemplo, la información y orientación no solo sea sobre asuntos médicos (enfermedad, secuelas, tratamiento); sino que se reflexione en su dimensión social y en cómo lograr cambios colectivos. Para que la educación se comprenda en su sentido más amplio, que no se reduce a la adquisición de conocimientos, sino también al desarrollo de habilidades sociales que generen nuevas formas convivenciales que den soporte a los procesos de salud-enfermedad; de este modo la gestión se entiende como la vía para que el sujeto sea capaz de transitar por sí mismo en los laberintos institucionales, por poner algunos ejemplos. Todo ello a través del trabajo grupal basado en el diálogo, la reflexión, la escucha, la crítica y el intercambio para la construcción conjunta de alternativas.

[340]

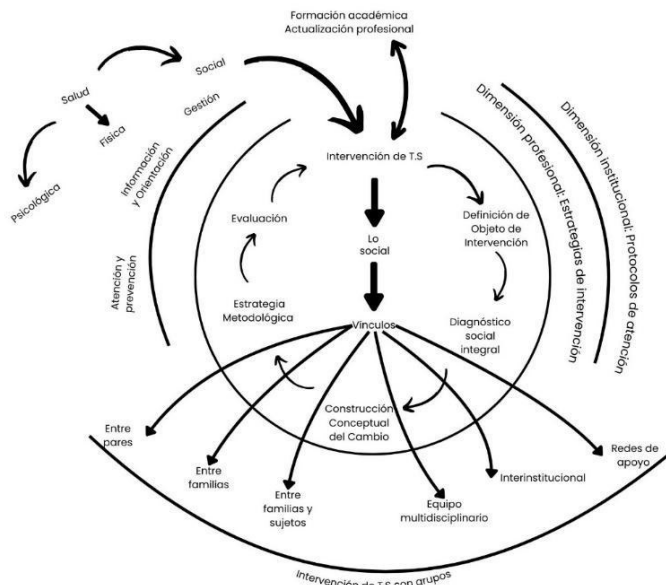


Figura. 2. La centralidad de lo social en la intervención de Trabajo Social.

Fuente: elaboración propia.

Es imprescindible que se reconozca la intervención en lo social que realizan los profesionales en el trabajo con grupos, reconfigurando la intencionalidad social con la que este se desarrolla. En efecto, suele suceder que, una vez formados los grupos, se deja más a la iniciativa de los sujetos lo que suceda en estos, en lugar de utilizar los conocimientos que al respecto se tienen para fortalecer vínculos, liderazgos, establecer objetivos comunes, definir acciones conjuntas, etc.

En lo institucional, también se requerirán cambios para propiciar una nueva visión acerca de la salud individual, familiar, comunitaria y colectiva, en donde los protocolos cumplan la función administrativa, pero también se generen estrategias de intervención en donde el trabajador social haga uso de sus conocimientos y habilidades disciplinares y participe en las sesiones generales para exponer la dimensión social de los procesos de salud-enfermedad, tanto dentro como fuera de la institución. Para ello será necesario que a nivel institucional se revalore el papel del trabajo social y se abran las posibilidades para que su acción se centre en la dimensión

social de la salud y la intervención con grupos se considere fundamental, no complementaria (figura 2).

En consecuencia, se requiere establecer acuerdos gremiales acerca de lo que puede hacer el profesional de trabajo social en los tres niveles de atención a la salud y se conciba como un proceso que tiene continuidad en caso de que los sujetos requieran transitar por los diferentes niveles de atención. Es decir, se trata de asumir la tarea profesional para todo el sector salud, dando continuidad a los procesos y diseñando reforzadores en los subsiguientes niveles de atención.

Y no menos importante resulta la necesidad de reconfigurar las relaciones con los demás profesionistas que conforman el equipo de salud, para establecer relaciones horizontales y no de subordinación, cuyas perspectivas coadyuvan en la incidencia en las problemáticas que expresan los sujetos.

[341]

Conclusiones

La inclusión social aparece en los últimos años como una de las grandes aspiraciones societales a la que habrán de contribuir los diferentes sectores y actores sociales. En este contexto, Trabajo Social es una disciplina/profesión que, independientemente del área de intervención en la que labore, habrá de trabajar con los sujetos para lograr su inclusión social, además de fortalecer o reconstruir el tejido social que sostiene la vida en colectivo.

Es por ello importante reflexionar en que cuando Trabajo Social limita su quehacer a la gestión y realización de trámites administrativos, su hacer profesional pierde relevancia en la construcción de sujetos sociales capaces de trascender la situación de vulnerabilidad que los llevó a solicitar el servicio institucional. Es decir, las y los trabajadores sociales realizan aportes significativos en el ámbito administrativo, pues desarrollan gestiones para la coordinación interinstitucional que facilita la accesibilidad e integralidad del servicio de salud. En México hemos encontrado, igual que lo han hecho colegas en Colombia que, en el desarrollo de su intervención, los profesionales del trabajo social en el ámbito de la salud, perciben un desencuentro entre la atención a la salud y los requerimientos de los sujetos en las dimensiones sociales y emocionales (Correa, et ál., 2018). Además de que la insuficiencia de personal de trabajo social no permite ni siquiera realmente el desarrollo integrado de procesos sociales con grupos. Es decir,

trabajo social contribuye sin duda al funcionamiento institucional pero no al fortalecimiento del sujeto con el que se trabaja, y ello habrá de revertirse.

[342]

Con relación a la primera dimensión abordada en este artículo, resulta fundamental reconocer que el ejercicio profesional está profundamente marcado por la formación académica y la actualización disciplinar con la que se cuenta, pues ante la carencia de alguna de estas es fácil “perderse” en la *todoología* que se promueve en los laberintos burocráticos; en el actuar por sentido común o por usos y costumbres y limitar la actuación al cumplimiento de protocolos que no se cuestionan y de los que poco se ha comprobado su contribución para lograr cambios sociales permanentes, es decir, para contribuir al logro del bienestar en sus dimensiones física, mental y social.

Dada la necesidad de que el profesional reconozca la situación problemática de los sujetos en su contexto y comprenda la complejidad que la caracteriza, la actualización y la capacitación no debería circunscribirse al conocimiento de la normatividad institucional, sino a conocimientos disciplinares que le permitan ampliar su visión profesional y profundizar en la comprensión de la realidad actual y de las estrategias para garantizar cambios sociales en estas.

Con relación a la segunda dimensión, resulta necesario repensar lo que se ha considerado hasta hoy de manera hegemónica como intervención con grupos, dado que, en muchos de los casos, se trata de pláticas cortas, informativas, relacionadas solo con los padecimientos y las medidas de prevención, en las que no se forman grupos, ni se interviene intencionalmente en lo social. De ahí la importancia de reflexionar en torno a que, si se sigue soslayando la importancia de lo social en los procesos de salud-enfermedad, se continuará perpetuando la concepción biologicista que monopoliza el tipo de conocimientos a transmitir y la forma de intervenir en ellos.

Por supuesto, resulta muy importante destacar aquellas experiencias en las que sí existe la intervención con grupos, en las que se aborda la dimensión relacional. Tomar conciencia de que en efecto se interviene en lo social es lo que permitirá ejercer de manera profesional e intencionadamente para abordar esta dimensión de la realidad de los sujetos.

En lo que se refiere a la tercera dimensión, reconocer que la acción del trabajo social en el área de la salud tiene especial relevancia, por encontrarse

en todos los niveles de atención y por ser el primer contacto con la población y con su contexto extra-institucional, brinda una visión integral de las situaciones-problema que estos enfrentan y los actores sociales involucrados en ella. Como dice Tello (2019), se trata de que trabajo social intervenga para lograr que el sujeto vulnerado y dependiente que ingresa a una institución de salud se reconstruya como un sujeto autónomo, responsable de sí, que recrea sus vínculos y lazos sociales y con ello logra su inclusión en los diversos espacios relacionales de su vida cotidiana.

[343]

Investigaciones de este tipo contribuyen al conocimiento *in situ* de la intervención profesional, recuperando las experiencias profesionales, así como los sentidos y significados que le asignan a cada una de sus acciones, lo cual permite redireccionar tanto los propósitos como las intencionalidades que dan sustento a la intervención de trabajo social con grupos en las instituciones de salud, y con ello transitar de realizar actividades fragmentadas, administrativas e informativas, al desarrollo de procesos integrales, disciplinares y estratégicos, como señalan Correa, et ál. (2018), que se refieren a la mirada global, integral y sistémica del trabajo social en el ámbito de la salud, cuando trabajan con los sujetos individuales y colectivos.

Lo avanzado en esta investigación abre líneas para profundizar tanto en la importancia que da el equipo de salud al hacer del trabajo social; como en los alcances de la intervención con grupos y en la subordinación de nuestra profesión que ha limitado e invisibilizado las intervenciones que se desarrollan desde la especificidad disciplinar.

Finalmente, se reconoce que es en este campo de actuación en el que se cuenta con la mayor cantidad de trabajadores sociales laborando y que resulta vital fortalecer su intervención profesional con grupos para contribuir intencionalmente a la aspiración societal de lograr la inclusión social de los sujetos.

Referencias

- Correa, M. E., Corena, A., Chavarriaga, C., García, K. y Usme, S. (2018). Funciones de los trabajadores sociales del área de la salud en los hospitales y clínicas de tercero y cuarto nivel de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Eleuthera*, 20, 199-217.
- Estrada, V. (2011). Trabajo social, intervención en lo social y nuevos contextos. *Prospectiva* (16), 21-53.

[344]

- Falla, U. (2016). La intervención como forma de poder en el Trabajo Social. *Tabula Rasa*, 24, 349-368. Colombia.
- Flores, M. L. (1991). Surgimiento y Desarrollo del Trabajo Social en México. *Revista Mexicana de Trabajo Social*, 1(3), 13- 20.
- Franco, M. A. (1991). La visitadora del hogar, antecedentes inmediatos de la profesión. *Revista Mexicana de Trabajo Social* 1 (3), 21-25.
- García, S. (1998). *Especificidad y rol en trabajo social*. Lumen Humanitas.
- Kisnerman, N. (1968). *Servicio Social de Grupo. Una respuesta a nuestro tiempo*, t. 1. Humanitas.
- Konopka, G. (1973). *Trabajo social de grupo en la institución*. Euroamérica
- Ornelas, A. (2013). *Puntos de inflexión para pensar el trabajo social contemporáneo*. En M. L. Brain y A. Ornelas (Eds.), *Trabajo social contemporáneo*. ENT-S-UNAM.
- Ornelas, A. (2015). ¿De qué trabajo social hablamos? Reflexiones en torno a la concepción del trabajo social en los procesos formativos. ENT-S-UNAM.
- Ornelas, A., Tello, N., Brain, M. L. (2019). *Intervención de trabajo social con grupos*. ENT-S-UNAM.
- Ornelas, A., Brain, M. L., Tello, N. (2023). *Trabajo social con grupos: procesos formativos en 12 universidades mexicanas*. ENT-S-UNAM.
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). PAHO. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=promocion-salud-9772&Itemid=270&lang=es#gsc.tab=0
- Richmond, M. (1917). *Diagnóstico Social*. Siglo XXI.
- Secretaría de Salud. (2024). Niveles de atención en salud. Metodología y criterios de agrupación. Dirección General de Información en Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/clues/pdf/Documento_metodologico_niveles_de_atencion_CTESS.pdf
- Russell, T. (1998). Trabajo Social de Grupo. Grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 103-122. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9898110103A>
- Tello, N. (2019). *Trabajo Social*. ENT-S-UNAM.
- Tello, N. y Ornelas, A. (2015). *Estrategias y modelos de intervención de trabajo social*. EOPSAC-ENT-S-UNAM.

