



Nómadas. Critical Journal of Social and  
Juridical Sciences

ISSN: 1578-6730

nomads@emui.eu

Euro-Mediterranean University Institute  
Italia

Pérez Gallo, Victor Hugo

La intervención en los grupos de riesgo de ITS a través del trabajo social en Santiago de  
Cuba

Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences, vol. 16, núm. 2, 2007

Euro-Mediterranean University Institute

Roma, Italia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18153299031>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# LA INTERVENCIÓN EN LOS GRUPOS DE RIESGO DE ITS A TRAVÉS DEL TRABAJO SOCIAL EN SANTIAGO DE CUBA

**Victor Hugo Pérez Gallo**

Universidad de Oriente, Santiago de Cuba

**Resumen.-** El Trabajo Social ubica su acción profesional en el ámbito de la Política Social; una de las tareas fundamentales que el Estado ha definido para el Trabajador Social es la de conocer las necesidades de la población, como punto de partida de las estrategias de intervención. Precisamente por la importancia que tiene la salud humana en la calidad de vida de la población creemos que el trabajador social debe hacer énfasis en este ámbito de la vida humana.

Hacemos un estudio de caso en Santiago de Cuba: precisamente en el comportamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en esa ciudad centraremos nuestra atención. Resulta contradictorio que a pesar de las campañas contra las ITS y de la mayor disponibilidad de recursos en juego, el número de infectados y de los integrantes de los *grupos de riesgo de ITS sigue en aumento*. En su mayor parte las posibles causas de este aumento se deben a factores sociales, y por tanto creemos que a nivel de la comunidad es donde se debe hacer el mayor trabajo preventivo. El objetivo principal que nos proponemos en este trabajo son algunas consideraciones metodológicas que llevarían a una intervención más efectiva en dichos grupos, considerándolos el primer escalón al que se dirigen las acciones de transformación de la Comunidad. Cuando proponemos estas consideraciones metodológicas nos centramos en el accionar del grupo, en su situación dentro de la estructura de la comunidad, en el rol que deben jugar sus miembros en ese ámbito.

Hemos utilizado como método la etnometodología y como técnicas de recogida de información la entrevista a profundidad, la entrevista informal y el análisis de contenido. Sostenemos la tesis de que el principal accionar del Trabajador Social en su intervención debe estar orientado a los grupos de riesgo por ser estos los primeros y más afectados por las ITS. Para sustentar metodológicamente este accionar proponemos algunas pautas de acción que le serían de gran utilidad en la praxis del Trabajo Social.

**Palabras Claves.-** Trabajo Social, Infecciones de Transmisión Sexual, medicina preventiva, calidad de vida, grupos sociales.

## INTRODUCCIÓN

Leyendo una de las Epístolas Eróticas de Flavio Filostrato, el conocido autor de las *Vidas de los Sofistas* hallé una frase: *El hombre no es humano por su mera condición, sino por la capacidad que tiene de evolucionar, de transformar su entorno, de vivir transgrediendo la posibilidad de la muerte*. La frase parece acuñada ayer, pero no por el filósofo sino por los Trabajadores Sociales que estamos formando, por ello me llamó la atención. El Trabajador Social debe ser ese agente de cambio que humanice al hombre, que lo saque de esa enajenación que tan bien describió Marx, que le aconseje pautas para un mejor desarrollo de sus capacidades, que le enseñe a convivir con sus semejantes.

Volviendo a Filostrato, él ya hace mención en sus Epístolas al peligro que significa para el hombre un uso inadecuado de su cuerpo, aludiendo a las orgías y bacanales con todo lo que implicaban, y particularmente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Por supuesto que no las llamó por ese nombre, pero la simple mención nos hace pensar que el hombre siempre las conoció, quizás como simples enfermedades del cuerpo y no asociándolas al sexo como tiempo después. Estas han sido un azote para la humanidad por los siglos de los siglos. Hay referencias a estas en la Biblia; el emperador Tiberio las padeció en sus últimos tiempos de vida; el rey judío Herodes El Grande tenía una enfermedad de la que *“nunca le conocí otro nombre que el Mal de Herodes (...). Los síntomas eran hambre canina seguida de vómitos, putrescencia estomacal, aliento cadavérico, aparición de gusanos en las partes pudendas y un constante flujo acuoso intestinal”* (Graves, Robert, 1980, Pág., 78). Y así, gentiles y cristianos, ateos y paganos sufrían del mismo mal, que se creyó al principio reservado para heteras, meretrices y sus frecuentadores, sin saber que el mismo mal estaba en la base de una sociedad dividida donde el hombre era el lobo para el hombre. Así las ITS han acompañado al

hombre durante la conquista de Roma por los bárbaros, en la Revolución Francesa, con los soldados de Napoleón abandonando Moscú, con la Revolución Socialista de Octubre, en la 2da Guerra Mundial y así llegan los 60 con la liberación sexual y Yoko haciendo el sexo con Lennon en un parque, los hippies gritando amor y no guerra. *“La década de los 70 marca un momento nuevo en relación con las enfermedades ligadas al sexo, de forma que se produce un vuelco en el clásico concepto de enfermedades venéreas, al de enfermedades de transmisión sexual (ETS), luego a las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS)<sup>\*</sup>; dado por un incremento en cierto tipo de prácticas sexuales que ocasionó la variedad de agentes etiológicos anteriormente no implicados en ellas”* (Piédrola Gil G, 1988, Pág.567)

Las ITS *“están muy relacionadas con el comportamiento humano y vale la pena subrayar el carácter mundial de este fenómeno, que si bien su magnitud exacta no es conocida, es palpable un ascenso del que sólo aflora una pequeña parte que revela que existen otros problemas de **índole social**<sup>\*</sup> donde la voluntad de los hombres juega un rol fundamental”* (Genuis SJ. Pág. 556).

Estadísticamente se ha comprobado que en nuestro país pese al esfuerzo mancomunado de los medios de difusión masiva, las instituciones educativas y de la salud, así como de las organizaciones de masas, las ITS van en aumento. Santiago de Cuba no es precisamente la provincia que menos aporta a estos tristes datos: precisamente en el comportamiento de la referida problemática en esa ciudad centraremos nuestra atención. Como decía anteriormente, resulta contradictorio que a pesar de las campañas contra las ITS y de la mayor disponibilidad de recursos en juego, el número de infectados y de los integrantes de los *grupos de riesgo de ITS<sup>\*</sup> sigue en aumento*. El objetivo principal que nos proponemos en este trabajo son algunas consideraciones metodológicas que llevarían a una intervención más efectiva en dichos grupos, considerándolos el primer escalón al que se dirigen las acciones de transformación de la Comunidad. Cuando proponemos estas consideraciones metodológicas nos centramos en el accionar del grupo, en su situación dentro de la estructura de la comunidad, en el rol que deben jugar sus miembros en ámbito.

Como se ha dicho, el Trabajo Social ubica su acción profesional en el ámbito de la Política Social; una de las tareas fundamentales que el Estado ha definido para el Trabajador Social es la de conocer las necesidades de la población, como punto de partida de las estrategias de intervención. En el caso particular que nos ocupa nos preguntamos: ¿Cuáles han sido los factores que han condicionado el estado de cosas actual?, ¿Qué mecanismos de control y prevención social han fallado?, ¿Cómo rebasar la situación?. Evidentemente la respuesta a tan sólo alguna de estas interrogantes sería tarea de una tesis de grado, por lo que intentaremos hacer un bosquejo del estado de la problemática en Santiago de Cuba y ofrecer pautas para las futuras investigaciones sobre el tema. Hemos estructurado este trabajo en torno a tres tópicos. A saber:

**Las ITS en el Mundo. Su situación actual en Santiago de Cuba:** Donde comentamos la situación actual de las ITS en el mundo y en Santiago de Cuba, comprobando estadísticamente que estas aumentan en número. Sostenemos la tesis de que en su mayor parte las posibles causas de este aumento se deben a factores sociales, y que en la comunidad es donde se debe hacer el mayor trabajo preventivo.

**Una perspectiva teórica del Trabajo Social en la comunidad:** Donde fundamentamos aquellos elementos teóricos que nos parecen importantes para una cabal comprensión de la labor desempeñada por el Trabajador Social en la comunidad.

**Propuesta de una Metodología de Intervención en los grupos de riesgo. :** Partiendo de la tesis de que el principal accionar del Trabajador Social en su intervención debe estar orientado a los grupos de riesgo por ser los primeros y más afectados por las ITS proponemos estas pautas de acción.

---

\* El subrayado es nuestro.

\* El subrayado es nuestro.

\* Un Grupo de riesgo de ITS, es aquel cuyos miembros, por sus características psicosociales y la forma en que satisfacen sus necesidades sexuales, son más propensos a contraer una Infección de Trasmisión Sexual(ITS)

Hemos utilizado como método la etnometodología y como técnicas de recogida de información la entrevista a profundidad, la entrevista informal y el análisis de contenido

Esperamos que la investigación sea de interés y ayuda a los trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos y demás especialistas que centren su atención en este fenómeno.

## **Las ITS en el Mundo. Su situación actual en Santiago de Cuba**

### Situación mundial<sup>\*</sup>

El descenso experimentado en la tasa de mortalidad global de la mayoría de los países industrializados durante la primera mitad del Siglo XX se puede atribuir en gran parte a la mejoría en la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas, sin embargo las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) continúan siendo un problema de salud importante, tanto en las regiones desarrolladas como en las subdesarrolladas.

En cualquier caso, la aparición de la epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha producido un drástico *cambio en esta tendencia*, siendo ya la primera causa de muerte en la población joven de la mayoría de los países industrializados. La infección por VIH, al existir en todos los países del mundo, constituye una pandemia, que a pesar de tender a establecerse en determinadas zonas geográficas, se considera una importante enfermedad emergente en muchas regiones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que en el mundo aparecen anualmente 340 millones de casos nuevos de ITS, solamente entre Sífilis, Gonorrea, Infecciones por Clamidias y Trichomoniasis, correspondiendo a América Latina y el Caribe unos 38 millones del total.

Con el surgimiento en 1986 de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la enfermedad VIH/SIDA, se acentúa la tendencia ascendente de las infecciones que son transmitidas a través de las relaciones sexuales desprotegidas. entre otras vías.

Al cierre de 1999 la Organización Mundial de Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (ONUSIDA) estimó:

- 34,3 millones fallecidos desde el inicio de la epidemia.
- 11,2 millones de niños huérfanos (el mayor número corresponde a África).
- En el Caribe Latino, el país más afectado, Haití, el 12% de la población urbana y el 5% de la rural está afectada por el VIH y tiene 190000 niños huérfanos por esta causa.
- El continente de África Subsahariana es el de mayor número de personas infectadas: 24, 5 millones de casos.

Los factores causantes y las tendencias de la epidemia en el mundo son heterogéneos, lo que hace más difícil la labor preventiva. He aquí algunos de los más generalizados:

- Obstáculos sociales y culturales en la prevención y atención de la enfermedad.
- Se observa un cambio hacia las poblaciones más jóvenes (los casos de SIDA tienden a ser menores de 30 años).
- Prevalencia del aumento de las ITS, incluyendo al SIDA, en poblaciones marginales.
- Vulnerabilidad biológica, social y económica de las mujeres.
- Número cada vez mayor de casos de transmisión vertical.

### La situación en Cuba <sup>†</sup>

---

<sup>\*</sup> Datos tomados del Boletín informativo **GOPELS** (Grupo Operativo Para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA), Junio/ 2001, Febrero/2006.

<sup>†</sup> Datos tomados del Boletín Informativo **GOSPAL**, ibidem.

La situación en Cuba es un poco más halagüeña, a pesar de que en los últimos años se observa una tendencia ascendente en el comportamiento de la enfermedad. Una política de salud bien encaminada, con una red de Médicos de familia, policlínicos y hospitales, ha hecho que el impacto de las ITS sea menor en nuestro país. No obstante las estadísticas demuestran un pequeño, pero seguido ascenso del número de casos.

Hasta el 9 de mayo del 2001 se habían detectado 223 nuevas personas seropositivas al VIH contra 58 en igual periodo del 2000 (+ 63 casos). Las provincias que incrementan este año son C. Habana (+32), Granma y Holguín (+9 casos cada uno). De los casos masculinos de este año todos son hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

La incidencia acumulada desde 1986 hasta el 9/5/01 es de 3454 seropositivos detectados, de ellos 1251 han adquirido la enfermedad (casos SIDA), 881 fallecieron. *De los masculinos el 81,8% son HSH y del total, 45,2 % mantenía una conducta inadecuada en el momento del diagnóstico*<sup>1</sup>.

El año 2001 terminó con 98 seropositivos más que el año anterior, lo que significa un crecimiento de un 17,9%, todas las provincias incrementan excepto La Habana, Matanzas, Villa Clara y Camaguey. Ciudad de la Habana sigue reportando más del 50% de los casos del país (55,8%). **Entre las provincias de mayor porcentaje están Ciudad Habana, Sancti Spiritus, Ciego de Avila, Holguín, Granma y Santiago de Cuba**

En el presente año hasta la semana estadística #5; o sea, hasta el 2/2/ 2002, se habían detectado en el país 38 casos nuevos contra 43 en igual periodo del 2001.

En resumen, desde 1986 hasta 2/2/02 en el país se han detectado, 3912 personas seropositivas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), 1550 han desarrollado la enfermedad (SIDA) y 976 han fallecido. Viviendo con el VIH en el país se encuentran 2887 personas.

#### Santiago de Cuba: un caso particular.\*

En Santiago de Cuba, hasta el 25 de mayo del 2001, sólo se habían confirmado 2 casos contra 5 en igual periodo del año 2000, ambos corresponden al municipio Santiago. Con ellos la incidencia acumulada de personas detectadas seropositivas al VIH alcanza la cifra de 100 desde 1986, de ellas 35 han adquirido la enfermedad (casos SIDA) y 23 han fallecido (2 de ellos por otras causas), el 53% son homo-bisexuales.

Al cierre del año 2001 se confirmaron 23 casos nuevos contra 12 del año 2000, para un 91,6% de incremento. Los casos corresponden a los municipios Santiago de Cuba (15), San Luis (2), Songo la Maya (2), Palma Soriano (1) y Contramaestre (3). El diagnóstico arrojó un predominio de casos de entre los 20 y 30 años de edad y del sexo masculino (14); el 85% de ellos son HSH, aunque este año hubo un incremento en el sexo femenino, con 9 de los 23 casos contra 4 en el año anterior.

En lo que ha transcurrido de este año se han diagnosticado 5 casos nuevos de seropositivos al VIH, contra 0 en igual periodo del 2001. Del total 3 son del sexo femenino y 2 del masculino (1 es HSH). La edad se comporta de la siguiente manera en el grupo: 1 es menor de 20 años, 1 mayor de 30 y los demás de entre 20 y 30 años.

El total de personas detectadas seropositivas al VIH en la provincia desde inicios de la epidemia, alcanza la cifra de 124, de los cuales 42 han desarrollado la enfermedad (casos SIDA), 25 han fallecido (23 por SIDA y 2 por otras causas) y 18 son casos de SIDA actuales.

Contamos en la provincia con un total de 99 personas viviendo con el VIH (PVVIH). Es importante hacer notar que un porcentaje bastante grande de las personas diagnosticadas había

---

<sup>1</sup> Es interesante hacer notar su pertenencia a grupos de riesgo de ITS  
\* Datos tomados del Boletín Informativo **GOSPAL**, ibidem

tenido una conducta social inadecuada al momento del diagnóstico, principalmente por sus antecedentes de reclusión, prostitución, desocupación; entre ellos se cuentan algunos frikis.

Estas estadísticas muestran la grave situación del SIDA/VIH en el país y la provincia. Esta situación es la misma respecto a las demás ITS, por lo que no colocamos los datos de las demás y su incidencia en la población, creyendo bastante ilustrativos los ya expuestos.

Realizamos una entrevista a la Doctora Kenia Fernández Mora, especialista en Medicina General Integral y miembro del Equipo Técnico de Prevención de ITS, VIH/SIDA en Santiago de Cuba. De esta entrevista salieron a relucir que las principales dificultades a que nos enfrentamos en la prevención de las ITS son:

- *Una débil participación intersectorial en el desarrollo y fortalecimiento del componente Educativo del Programa de ITS/VIH/SIDA.*
- *Insuficiente mercadeo de preservativos; o sea, no se venden condones en instalaciones turísticas y es escasa la venta y divulgación en la red comercial. Ella afirma que este problema ya está siendo enfrentado.*
- *Débil trabajo con grupos de riesgo en las comunidades, principalmente con HSH.*
- *Deficiencias estructurales y materiales en la Atención Sanatorial.*
- *Aunque se ha avanzado, los conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA son aún insuficientes, tanto en la población como en el personal que hace el trabajo de prevención.*
- *Baja percepción del riesgo de adquirir una infección por el VIH/SIDA.*
- *Comportamiento sexual de riesgo frecuente en las personas jóvenes.*
- *Se mantiene la práctica de entablar relaciones ocasionales al margen de la pareja estable: el 34% de la población de Santiago de Cuba entre 15 y 49 años (3 parejas, los hombres y 2, las mujeres, como promedio).*
- *Más bisexualidad que homosexualidad en la provincia.*
- *Sólo un por ciento muy pequeño de la población sexualmente activa usa preservativos con parejas ocasionales.*
- *Poca aceptación social de las Personas que Viven con VIH (PVVIH).*

Según opinaba la doctora, el trabajador social sería capaz de llegar a donde los medios de difusión masiva y las instituciones de salud y educación evidentemente no han llegado. Él podría trabajar donde los demás han fallado.

En las estrategias de prevención social ha estado fallando el mensaje, evidentemente éste no ha llegado a, o no ha surtido el efecto esperado en ciertos sectores de la población. Además, el peso de factores sociológicos, psicológicos y económicos es de veras importante. El abrupto crecimiento del turismo internacional, así como la despenalización de la divisa libremente convertible en el contexto de la crisis económica que experimenta el país, que a la vez ha estado acompañada del debilitamiento de ciertos valores, han influido negativamente en el comportamiento de las ITS. Al parecer, esos factores están teniendo más fuerza que las políticas sociales. Es hora de invertir la balanza.

Estoy de acuerdo con la opinión de Basso J. cuando afirma que *“los adultos jóvenes son un grupo vulnerable a estas enfermedades, pues en la adolescencia y luego en la juventud se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida; de ahí que el nivel de educación sexual en nuestras comunidades será un soporte a la salud sexual, considerada como la integración de los elementos somáticos, emocionales, sociales e intelectuales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor”* (Serra M, Vidal J, Basso J, Cerrati E, Meré JJ, Osimani ML, 1196, Pág. 24). Puede inferirse que los métodos utilizados actualmente en la prevención de las ITS no son efectivos, quizás por limitarse sólo a proveer información profesional por técnicas tradicionales. Hoy se hace necesario ensayar proyectos alternativos que se funden en nuevos enfoques, capaces de motivar a los sujetos a elevar su cultura de la salud sexual.

La doctora antes referida asegura que el Trabajador Social debe tener su principal campo de acción en los grupos de riesgo, pues estos generalmente son el epicentro en las comunidades, y extender su trabajo preventivo a toda la comunidad teniendo como agentes de cambio a esos mismos integrantes del grupo que él había ayudado a transformar. Añade que el Trabajador

Social puede ayudar a crear una cultura de la sexualidad en la población y capacitar a los miembros de la familia para una vida sexual más plena, libre de los prejuicios y tabúes propios de nuestra idiosincrasia; o sea, atenuar o eliminar los factores sociales negativos que inciden más en las ITS. Al respecto señala Nogeljerje, N.J.: *“Al intentar conformar aquellos factores que pudieran afectar la salud sexual de los individuos de una comunidad fue notorio cómo estuvo remarcada la influencia de una convivencia familiar negativa, de forma que donde faltó la figura materna o paterna hubo un riesgo 4,1 veces mayor de padecer una ITS, que en los hogares estables. El peligro potencial de adquirir una ITS se ve favorecido en muchas ocasiones por elementos que involucran a la familia, crianza por otros familiares, orfandad, etc. La falta de estabilidad familiar podría generar la inestabilidad en las relaciones sexuales, lo que a su vez debe ser una de las causas del disparo de las ITS.”* (Nogeljerje NJ, 1996, Pág. 226).

En la ofensiva contra las ITS el trabajador social desempeñará un papel relevante en el futuro, allí donde los demás han fallado él tendrá mayores posibilidades de vencer gracias a la preparación recibida durante su adiestramiento en la Escuela Formadora de Trabajadores Sociales y por la posibilidad de interactuar más activamente con las personas de la comunidad.

### **Una perspectiva teórica del Trabajo Social en la Comunidad**

Una perspectiva teórica del Trabajo Social en la Comunidad nos permite conocer el fenómeno desde dentro, trabajar conociendo sus verdaderas causas. Creemos que la teoría nos ofrece una explicación más fidedigna del accionar de los actores en la comunidad, así como nos ayuda a pautar la transformación que el trabajador social como agente de cambio quiere lograr en la comunidad.

Parsons señala la existencia de un sistema social en el que los individuos actúan con referencia unos a otros, compartiendo tipos de valor y de modos prácticos y apropiados de conducta, lo que hace que las normas ordenen sus acciones. Parsons es un buscador del orden extremo. Es interesante el papel que otorga a la cultura en su sistema y la importancia de los símbolos. El trabajador social debe conocer esos códigos, de ello dependen sus posibilidades de penetrar la realidad social, de comprender la dinámica propia de cualquiera de sus ámbitos y de concebir estrategias de transformación social efectivas y eficaces. El trabajador social deberá entablar relaciones empáticas con los miembros de la comunidad, por tanto debe aprehender los valores, costumbres y símbolos que caracterizan la cultura y la idiosincrasia de los habitantes comunitarios. Dice Parsons que *“un elemento de un sistema simbólico compartido que sirve como criterio normativo para la elección entre las alternativas de orientación que están intrínsecamente abiertas en una situación, puede llamarse valor (...) Pero desde este aspecto de la orientación motivacional de la totalidad de la acción es necesario, en vista del papel de los sistemas simbólicos, distinguir un aspecto de “orientación-valor”*” (Parsons, Talcott, 1951, Pág. 12). Evidentemente el trabajador social debe facilitarle al actor la adopción de este aspecto de “orientación-valor”, para que de alguna forma incluya en sus normas la necesidad del cambio en la comunidad; para que éste sienta la necesidad de todos como suya. En este sentido la norma rige sus acciones futuras. Entonces la normatividad de la conducta de los sujetos hace posible el equilibrio social; así su actuación conjunta permite enfrentar las situaciones problemáticas que afectan la comunidad. O sea, que actuando de acuerdo con las normas ellos tienden a comportarse de modo análogo para bien de la comunidad.

El trabajador social debe apoyarse en las instituciones, ya que éstas pautan el accionar del hombre en la sociedad y juegan un papel importante en su socialización y control, las dos formas principales de conservar el equilibrio social.

Puede considerarse que el estructural-funcionalismo ante el estudio detallado que hace de las instituciones, la importancia que le confiere a la cultura, aporta elementos que nos hacen

---

\* El subrayado es nuestro.

\* La situación problema es una *situación límite*, ya que actúa como freno, obstáculo a la realización de los hombres. Son dimensiones concretas e históricas de una realidad determinada.

tenerlo en cuenta como una teoría válida para la concepción de la misión del trabajador social en la Comunidad.

El concepto de agente social que maneja Giddens puede ser aplicado al trabajador social con todos sus atributos. Veamos. Giddens examina una gama de teorías que parten bien del actor/individuo ( por ejemplo, el interaccionismo-simbólico), bien de la sociedad o estructura (por ejemplo, el estructural-funcionalismo) y rechaza, como nosotros, ambas alternativas extremas afirmando: “*de acuerdo con la teoría de la estructuración, el dominio básico del estudio de las ciencias sociales no es ni la experiencia del actor individual, ni la existencia de cualquier forma de totalidad social, sino las prácticas sociales ordenadas a partir del tiempo y en el espacio*” (Ritzer, George, 1993, Pág. 19). ¿Y qué entendemos por tales prácticas sociales si miramos desde el punto de vista del trabajador social?. Pues que es posible transformar la realidad social, modificar la cultura, la tradición, los patrones que rigen la conducta de los sujetos, cambiar sus estereotipos y costumbres. Y esa idea constituiría el sustento de una metodología y de una estrategia para la intervención en todos los niveles y dimensiones de la comunidad, encaminadas a la solución de los posibles problemas con el apoyo de las instituciones. Evidentemente la teoría de la estructuración de Giddens se enfoca hacia la práctica.

En el centro de la teoría de la estructuración hallamos una teoría de la relación entre acción y la estructura. Según Berstein “*en el núcleo de la teoría de la estructuración*” está “*el propósito de iluminar la dualidad de la acción y la estructura y su interacción dialéctica*” (Ritzer, George, 1993, Pág. 64). Así, acción y estructura no pueden concebirse por separado, constituyen una dualidad. Por tanto toda acción social refiere una estructura y toda estructura implica una acción de los sujetos. Acción y estructura están en toda actividad o práctica humana. Ahora bien, cuando esta acción se encamina a transformar la realidad del hombre, también transforma la estructura del ámbito donde se dan las problemáticas de los individuos. Frente a la problematicidad de su realidad, el hombre tiene tres alternativas: racionalizarla sin actuar en ella; evadir el problema, o enfrentarlo en forma directa. Para el trabajo social los problemas sociales se presentan en términos de compromiso o complicidad.

Las prácticas humanas, su cotidianidad, son el punto desde el cual Giddens comienza su análisis. Él comenta que las actividades no son “*creadas por los actores sociales, sino continuamente recreadas por ellos a través de los diversos medios por los que se expresan a sí mismos como actores. Por medio de sus actividades los agentes producen condiciones que hacen posibles esas actividades*” (Ritzer, George, 1993, Pág. 56) \*. Así, no es la conciencia la que produce las actividades a través de la construcción social de la realidad, ni es la estructura social quien las crea. En su rol de actores sociales las personas se implican en la práctica, y mediante esa práctica se producen la conciencia y la estructura. Con su conciencia o reflexividad el actor humano no sólo es consciente de sus problemas, sino que se implica también en el control de éstos, en sus actividades y las condiciones estructurales. Un ejemplo de esto lo hallamos en la situación problema \*, que es una situación que actúa como obstáculo a la realización de los hombres, obstáculo que, no debe ser tomado como barrera insuperable.

Para rebasar las situaciones críticas que se les presentan en la vida, los hombres deben conocerlas y comprenderlas; el conocimiento y la comprensión de la compleja trama de los factores asociados a la ocurrencia de los fenómenos sociales es el punto de partida de la concepción de todo proyecto transformador.

Se podría pensar que la situación problema no está implicada en la estructura social. Los hechos o fenómenos sociales reales y concretos tienen causas, que como variables se relacionan formando estructuras. Y esas variables constituyen un sistema de relaciones internas y externas, de fuerzas y contrafuerzas que operan en la situación problema. Sin una visión holística de ese entramado de condicionamientos resulta imposible el conocimiento riguroso de la realidad social y, por tanto, la idea de su transformación no sería sustentable, mucho menos podría llevarse a hecho.

---

\* El subrayado es nuestro.

\* Llamamos *situación* a todo lo que constituye la realidad para el hombre, un grupo, institución o comunidad; en tanto realidad es lo dado, aunque no tengamos conciencia de ello. Y se hace *problema* cuando tomamos sentido de su problemática.

De acuerdo con la percepción que se tenga de la situación problema, las personas la definen como una orientación valorativa, ya en su justa relevancia (conciencia crítica), ya deformada por obstáculos intelectuales, emocionales o normativos (conciencia ingenua, mágica o fantástica). En términos generales puede afirmarse que la preocupación principal de Giddens es el proceso dialéctico mediante el que se producen la práctica (intervención comunitaria), la estructura (variables que se interrelacionan) y la conciencia (situación problema).

No sólo son reflexivos los actores de la comunidad, lo son también los trabajadores sociales que transforman su realidad. Sin la debida comunicación entre el trabajador social y los actores de la comunidad es imposible conocer y transformar las situaciones; es preciso que las partes hablen un lenguaje común. El trabajador social debe conocer los códigos y las prácticas de los grupos sociales, y desde ellos comprender su mundo para poder actuar sobre él, con el objetivo de transformar las situaciones que le afectan.

Opina Giddens que los actores tienen la capacidad de la racionalización, o sea, de desarrollo de rutinas que les capacitan para manejar eficazmente la vida social. Los actores también tienen motivaciones para actuar, y estas motivaciones implican deseos que impulsan la acción. El trabajador social debe conocer esto y motivar al actor a actuar y, valga la redundancia, a no ser un simple espectador del proceso de transformación comunitario. Es apropiado considerar que las motivaciones son potenciales para la acción. Las motivaciones proporcionan planes generales para la acción, pero desde el punto de vista de Giddens, la mayor parte de nuestra acción no está motivada. En este punto discrepamos de Giddens. Efectivamente, la motivación no lo determina todo, pero sí gran parte de nuestra acción es motivada, buscamos un máximo de gratificación en cada una de nuestras acciones. El actor social está motivado por la posible solución de una de sus necesidades primarias, en el caso particular que tratamos es la disminución de la alta incidencia que tienen las ITS en la comunidad, por lo que él se esforzará en brindarle todo su apoyo al trabajador social (entiéndase propaganda, ayuda material, etc). Y ya podemos hablar de la conciencia práctica. Giddens hace una diferenciación entre conciencia discursiva y conciencia práctica. La primera implica la capacidad de expresar lo que hacemos con palabras. La conciencia práctica implica lo que hacen los actores, su potencialidad de hacer lo que dicen con palabras. Consideramos que esta es más importante, ya que en la objetividad del cambio se jerarquiza a un nivel primario lo que se hace. Teniendo clara la importancia de la conciencia práctica, podemos comprender que la teoría de la estructuración se desliza desde los agentes a la acción, a las cosas que los agentes de cambio (trabajadores sociales) **hacen realmente**. Afirma Giddens que *"la capacidad de acción sugiere la existencia de eventos perpetrados por un individuo (...). Lo que ocurrió no hubiera ocurrido sin la intervención de este individuo. Así se concede una enorme importancia a la capacidad de acción"* (Giddens cit. Ritzer, George, Op. Cit. Pág. 123), capacidad que debe poner a prueba el trabajador social en el cumplimiento de la misión que le ha sido asignada como agente de cambio. El trabajador social deja de ser un 'agente' -en términos de Giddens- si pierde la capacidad de introducir cambios. Para el autor esta capacidad es más importante que la subjetividad, porque la acción implica poder, actitud para cambiar la situación problema, implica un status y un rol importantes en la comunidad, el de trabajador social.

Aunque no negamos el hecho de que las estructuras limitan la acción, compartimos la opinión de Giddens de que se ha exagerado un poco al respecto. Las estructuras permiten al agente efectuar acciones que serían imposibles sin ellas. Afirma Giddens que *"la estructura solo existe en y mediante las actividades de los agentes humanos (...) tal y como yo uso el concepto, la estructura es la que moldea y da forma a la vida social"* (Ibidem).

No podemos terminar esta disquisición sin subrayar que el trabajador social debe ser un promotor del cambio, pero teniendo siempre presente que la constitución del agente social y de las estructuras no es independiente una de otra; las estructuras son el producto de las prácticas de los actores y éstas a su vez se organizan en la estructura.

## Consideraciones metodológicas para la intervención en grupos de riesgo de ITS.

*Pero nosotros, como científicos sociales, no podemos suponer que estamos tratando con objetos tan altamente manipulables.*

C. Wright Mills

El Trabajo Social es la *disciplina* que se ocupa de conocer las causas y efectos de los problemas sociales y de lograr que los hombres asuman una acción transformadora organizada, tanto preventiva como resolutoria frente a aquellos.

El Trabajo Social es una intervención intencionada y científica, por lo tanto racional y organizada en la realidad social, para conocerla y transformarla, colaborando con otras ciencias (Medicina, Psicología, Sociología, Pedagogía, etc.), de las cuales también se sirve, en aras de lograr el bienestar de la población, entendido éste como una situación que se caracteriza por la satisfacción de las necesidades y la consiguiente calidad de vida de las personas.

Creemos que es necesario cambiar el estilo tradicional del Trabajo Social, según el cual el hombre es visto como objeto, en tanto en su familia, su grupo o su comunidad se presentan los problemas sociales que se procura resolver. Típico de ese paradigma es también el predominio de un enfoque asistencial y funcionalista, cuyo soporte es la idea de adaptar al menesteroso a una sociedad supuestamente equilibrada. Para el Trabajo Social que proponemos en nuestra sociedad socialista, el hombre es un transformador de la realidad, un hacedor de sí mismo y, por tanto, no un mero objeto sino un sujeto de esa transformación.

De acuerdo con Natalio Kisnerman, "*El hombre sujeto es un ser en el mundo y con el mundo, está situado y fechado, abierto a los desafíos, inconcluso, es un programador de su vida, en la que totaliza sus proyectos. Es un ser libre, en tanto tiene la capacidad de optar, e histórico, en tanto hombre de su época. Y se concreta como tal en la relación con los hombres y sus actos. Mediante la praxis se centra en y con su realidad. En ella incorpora cultura como adquisición sistemática de experiencia humana, crítica y creativamente. Es también por lo tanto hacedor de cultura*" (Kisnerman Natalio, 1982, Pág. 50). El trabajador social debe tener claro que los sujetos sociales no son simples marionetas: también deben ser las manos que mueven los hilos.

Se habla de necesidades básicas y secundarias, de verdaderas o falsas, de materiales y espirituales. Marcuse llamó básicas "*aquellas cuya satisfacción es necesaria para la realización de la esencia como ser humano*", como el alimento, el vestido y la habitación; y falsas "*las que enajenan al hombre: divertirse, descansar, comportarse y consumir de acuerdo con los anuncios de amar y odiar los que otros odian y aman*" (1969, Pág. 5). O sea, que las relaciones consumidor y productor, sujeto y objeto son realidades que encontramos en las comunidades en relación dialéctica, realidades a las que, por otra parte, están acostumbrados los habitantes de la comunidad: a ser receptores de un mensaje que muchas veces no entienden por no ser lo suficientemente claro o creíble. Cito nuevamente a Kisnerman: "*La deshumanización se verifica en la distorsión de la vocación ontológica del hombre de ser más (...). El hombre objeto es el hombre alienado, ya que está sometido a un poder ajeno al hombre mismo, desposeído de sí*" (Ibidem). Hegel ya decía en su *Fenomenología del Espíritu* (1807) que el hombre sufre un estado de alienación cuando la cultura se vuelve contra él y un estado de extrañamiento cuando se separa de la realidad.

En cambio, el hombre sujeto es el que da sentido al mundo y a sus cosas. El que descubre el mundo y se descubre en él; el que está en una situación problemática y se propone superarla con su esfuerzo. Es el hombre rebelde de Camus "*dedicado a reivindicar un orden humano en el cual todas las respuestas sean humanas*". Es el Hombre Nuevo que aspiramos a formar en nuestra sociedad. En ese proceso deberá corresponderle al trabajador social un papel importante.

---

\* De alienus, propio de otro, extraño a uno y del verbo alienare: convertirse en otro, ser ajeno.

Si nuestras estrategias de intervención tienen un carácter asistencialista, los sujetos sociales que reciben la prestación no rebasarán su condición de menesterosos, al ser anuladas sus potencialidades como seres humanos; de tal modo nuestras acciones no eliminarán las carencias y las calamidades. Por el contrario, unas estrategias que procuren el conocimiento riguroso de las problemáticas, el descubrimiento de sus causas y la potenciación de las capacidades humanas pueden ser más efectivas y hacer más sustentable la transformación de la realidad.

Así, en nuestra visión metodológica situamos la acción del trabajador social como promotora de las capacidades humanas que contribuyen al cambio, a fortalecer y desarrollar la dinámica social que lleve a la población a ampliar cada vez más sus niveles de participación en la toma de decisiones y en la solución de sus problemas.

El Trabajo Social que proponemos pretende modelar un hombre que sea transformador de su propia realidad, constructor de los valores éticos, estéticos y políticos de la Revolución. Por tanto el hombre será para la disciplina *"el sujeto que busca reapropiarse de su esencia, un punto de partida en tanto todo hombre vive en y con el mundo en grupos y comunidades (...) un ser de la praxis transformadora de la realidad"*(Kisnerman, Natalio, 1987, Pág. 51).

¿Y qué realidad se trata de transformar, de cambiar?. Es la realidad de una ciudad donde las ITS aumentan de año en año y donde el peso de las comunidades, y los grupos que las integran, es decisivo en el accionar de las personas.

Hemos constatado estadísticamente que las personas que han contraído una ITS, o tienen grandes probabilidades de contraerla, son aquellas cuyas edades oscilan entre los 15 y 25 años, son jóvenes; pertenecen en su mayoría a los llamados grupos de riesgo de ITS( grupos de gays\*, rockeros, proxenetas, etc). Estos grupos en la actualidad reciben poca atención por parte de las instituciones. En Santiago de Cuba tenemos la importante contribución positiva del Centro de Prevención de ITS/VIH/SIDA, aún cuando el tratamiento que se les da es insuficiente, sobre todo por la escasez de recursos materiales. Pensamos que la intervención del trabajador social debe estar prioritariamente dirigida a estos grupos, aunque debe hacerse extensiva a toda la comunidad precisamente con el apoyo de aquellos.

Creemos acertado una vuelta a Kurt Lewin (1890-1947) y su teoría de los grupos:

- 1- El grupo no es una suma de miembros, es una *estructura* que emerge de la interacción de los individuos y que provoca cambios en ellos.
- 2- La interacción psicosocial está en la base de todo grupo.
- 3- La relación que se establece entre los miembros y entre éstos y el grupo determina un movimiento y una fuerza llamada *dinámica* que proyecta al grupo hacia delante. En este sentido el grupo es un campo de *fuerza social*.
- 4- El comportamiento de los individuos en grupo está siempre determinado por la estructura de la situación presente.
- 5- El grupo es un medio que concreta teoría y práctica, investigación y acción. Sólo es válida la teoría comprobada mediante la práctica.

El grupo es como el río de Heráclito: no hay dos grupos iguales, el grupo donde hemos accionado no es el mismo después. De ahí que las estrategias de intervención deban responder a las características particulares de cada grupo. Este es un presupuesto esencial del trabajo social.

Las acciones que realizan los miembros de un grupo hacen que todo grupo comporte un sistema de roles y status, los que representan modelos de comportamiento ligados a las expectativas propias y de otros miembros del grupo. Esto hace que los roles se adjudiquen y se asuman. Esencialmente nos interesan como roles el de *portavoz* y el de *líder*. El primero es el "vocero oficial" del grupo, por decirlo de alguna forma; el que comunica al grupo con el exterior.

---

\* Incluimos en los grupos de gays, los HSH, que no son puramente gay, sino bisexuales.

El líder es aquel que orienta al grupo a la consecución de la tarea y activa sus potencialidades; puede cambiar de acuerdo a la situación. La experiencia demuestra que el apoyo en el líder constituye una condición necesaria del éxito de las acciones transformadoras.

La fase de diagnóstico en las acciones de intervención social, comprende la identificación de los líderes negativos y positivos con el objetivo, por un lado, de conocer cómo se articula la dinámica social en el ámbito de que se trate, cómo se estructuran los distintos **grupos sociales** en él, y por el otro, de modificar la influencia de los líderes negativos a la vez que se estimula la capacidad movilizativa de los que desempeñan una función positiva. Por supuesto que nos interesa fomentar un liderazgo participativo como base del proceso de transformación social. “*El liderazgo como jerarquía no es un fenómeno de la dinámica de grupo sino una imposición de la estructura social*” (Kisnerman, Natalio, op. Cit. Pág. 55).

Al trabajador social corresponde la función de orientar, planear, mediar, coordinar las acciones de cambio. En ese sentido hará las veces de **copensador y coactor** con relación al grupo.

El grupo de riesgo surge como resultado de las interacciones en la comunidad, en la conjunción de esfuerzos para lograr respuestas a necesidades o proyectos. En muchos casos sus normas y valores difieren de la sociedad donde desarrollan su actividad grupal.

El grupo de riesgo tiene la singularidad de que generalmente es un grupo informal cuyos miembros están fuertemente cohesionados, ya sea por características personales homogéneas, ya sea por formas, modos de actuar colectivos. Para el trabajo transformador en él debemos documentarnos previamente sobre su historia. Muchos de estos grupos de riesgo suman a sus características el hecho de ser marginales, y de establecer subculturas, que de algún modo cambian su realidad y les dicta modos y pautas de conducta.

El trabajador social debe trabajar con dichos grupos con una estrategia claramente definida, ya que estos por una lógica reacción lo consideran ajeno a su realidad y cualquier error cometido por el trabajador social lo desacreditará ante el grupo, haciendo luego más difícil la solución de los problemas. Otra de las características de estos grupos es su fácil comunicación con otros grupos, de ahí que un error cometido con uno de ellos sea interpretado como tal por todos los demás, dificultando el trabajo social en el ámbito comunitario o societal.

Debemos apreciar que, como cree Spinoza, las cosas quieren perseverar en su ser: la piedra eternamente quiere ser piedra y el tigre un tigre. En el grupo de riesgo suele ocurrir lo mismo; a pesar de la necesidad puede ofrecer una resistencia al cambio que se expresa lo mismo en una ansiedad depresiva por el miedo a la pérdida del vínculo anterior, que en formas de agresividad.

Los grupos de riesgo de ITS tienen todas las características grupales mencionadas anteriormente, con la peculiaridad de que el modo de vida de sus integrantes y su modo de hallar la satisfacción sexual los hace propicios para una Infección de Transmisión Sexual.

El trabajador social debe crear una dinámica interna que coloque a los miembros del grupo de riesgo ITS de manera activa, crítica y responsable, a través de su propia participación, en situación de abordar sus dificultades y problemas con sentido de cambio y una dinámica externa que le permita interrelacionarse con los grupos en movimientos globales de cambio.

El trabajador social debe tener en cuenta los principios operacionales básicos para su trabajo en grupos de riesgo de ITS:

Los principios operacionales básicos son:

- 1- Respetar los valores culturales.
- 2- Establecer una positiva relación profesional.
- 3- Trabajar en equipo.
- 4- Tener permanentemente una perspectiva estructural en la acción.
- 5- Generar participación.

Y además, tener en cuenta los postulados básicos.

Los postulados básicos son:

- a) Reconocer la dignidad de las personas que constituyen el grupo.
- b) Admitir que en cada hombre existen recursos potenciales para su realización a pesar de sus características personales.
- c) Reconocer que el hombre es un ser que se realiza en comunión con otros hombres.
- d) Afirmar el derecho de los hombres a una sociedad que brinde iguales posibilidades de realización cualesquiera que sea la orientación sexual que tengan.

Sin una concepción del hombre como sujeto de la historia y de su propia realización como ser en la realidad en la que vive, el cambio que deseamos en grupo de riesgo de ITS no será posible. Capacitemos al hombre para ser sujeto y no objeto. Y nosotros, Sociólogos y Trabajadores Sociales, expertos en el bienestar social y en teorías del consenso, convenzámonos de una vez de que la verdad el hombre sólo puede hallarla en sí mismo.

## Conclusiones

El Trabajo Social no es una ciencia simple ejecutora de lo que las otras ciencias elaboran. Investiga y transforma, apropiándose de una realidad concreta de trabajo, construyendo procedimientos metodológicos que, sobre la marcha, mejoran cualitativamente y cuantitativamente. Produce nuevos conocimientos aportándolos a las demás ciencias sociales. Y, como opera en la realidad objetiva, fija sus propios principios, normas y procedimientos. En este sentido opinamos que el objeto del Trabajo Social no es un objeto dado sino que se construye en la práctica, en el tránsito entre la necesidad y la satisfacción y que su producto significa el logro de los objetivos que el trabajador social se ha marcado para contribuir a la construcción de la sociedad socialista en la que vivimos.

No hemos hecho mayor énfasis en las características de los grupos porque consideramos que se puede hallar en cualquier bibliografía que sobre el tema se consulte. Nos hemos centrado en la metodología de la intervención. Tampoco hicimos hincapié en los factores que condicionaron el estado de cosas actual, nombrando simplemente los más sobresalientes.

En este artículo hemos hecho un esbozo de lo que debe ser el trabajo social en la sociedad cubana actual. Hemos centrado nuestra atención en un caso específico: la proliferación de las ITS en la ciudad de Santiago de Cuba.

Creemos que donde los factores de la comunidad han fallado (CDR<sup>\*</sup>, FMC<sup>\*</sup>, Médico de familia etc.), donde las instituciones de Salud Pública, educativas y Medios de Difusión Masiva han fallado, el trabajador social cubano puede triunfar. ¿Por qué? Por su misma función de concientizador del habitante comunitario, la empatía que logra con la familia, con el grupo, la cercanía con las personas. Todas estas características del trabajo en la comunidad nos hacen pensar en una labor efectiva allí donde los demás han fallado o no han podido hacer efectivo su trabajo. Por supuesto, como hemos venido diciendo, no se debe alejar de las instituciones: el trabajador social debe trabajar con el apoyo de éstas. De otro modo no podrá transformar la estructura de la comunidad. No podrá cambiar la realidad de las ITS en la provincia de Santiago de Cuba.

El trabajador social al trabajar con grupos de riesgo de ITS debe tener en cuenta que es necesario el apoyo en el líder, que constituye una condición necesaria para el éxito de las acciones transformadoras. Al trabajador social le corresponde la función de orientar, planear,

---

\* Comités de Defensa de la Revolución(CDR): ONGs que se crearon en los barrios y comunidades en la década de los años 60 del pasado siglo con los objetivos de defender al naciente Gobierno Revolucionario, hacer actividades culturales y elevar la calidad de vida de sus habitantes.

\* Federación de Mujeres Cubanas (FMC): Agrupación que aglutina a las mujeres cubanas.

mediar, coordinar las acciones de cambio. En ese sentido hará las veces de **copensador y coactor** con relación al grupo de riesgo de ITS. Para el trabajo transformador debe documentarnos previamente sobre sus características, pues muchos de estos grupos conforman subculturas, y el trabajador social debe aprehender sus símbolos, debe conocer esos códigos, de ello dependen sus posibilidades de penetrar la realidad social, de comprender la dinámica propia del grupo.

El trabajador social debe ser un promotor de capacidades dentro del grupo de riesgo de ITS. Olvidemos el enfoque asistencialista que en nuestra sociedad no es funcional. El trabajador social debe capacitar y desarrollar la dinámica social de los integrantes del grupo, llevarlos a una participación efectiva en la toma de decisiones que afecten su destino. Sólo así podrá hacer transformaciones duraderas. La transformación objetiva, material, es válida y más sencilla de efectuar, pero más difícil es cambiar la subjetividad de los hombres, su conciencia: es allí donde se producen los verdaderos cambios que hacen al hombre un ser libre, no enajenado, no consumista, no guiado. Un hacedor de cultura, un hacedor de su propia realidad. Un hombre sano.

El trabajador social debe lograr que esa persona que le demanda ayuda, lea, que vaya a la galería de arte, que escuche otra música, que salga de la realidad cotidiana y vea que existe otro mundo. Que vea otros filmes que no sean de sexo, violencia y acción, que intercambie y exprese su opinión libremente. Que sea una persona no solo instruida, sino culta. No de otra manera eliminaremos las ITS y otras situaciones problemáticas que se nos presenten; sino cambiando al actor desde dentro.

### **Recomendaciones**

A partir de las consideraciones hasta aquí expuestas consideramos pertinente:

- Que se utilice este artículo en la preparación de los trabajadores sociales para su intervención en la comunidad.
- Que se profundice en el trabajo con grupos de riesgo de ITS.
- Que se realice un estudio más profundo de los mecanismos de control y prevención social que han fallado.
- Lograr una mayor colaboración entre las entidades y organismos vinculados al trabajo de prevención y erradicación de las ITS.
- Convertir al trabajador social en el principal agente de la intervención en la comunidad.

Decía Ortega y Gasset que *el hombre es un animal inadaptado, es decir, que existe en un elemento extraño a él, hostil a su condición: este mundo. En estas circunstancias, su destino implica, no exclusiva, pero sí principalmente, el intento por su parte de adaptar al mundo a sus exigencias constitutivas, esas exigencias precisamente hacen de él un inadaptado. Tiene, pues, que esforzarse en transformar **este mundo** que le es extraño, que no es el suyo, que no coincide con él, en otro afín donde se cumplan sus deseos*<sup>1</sup>. Entonces trabajadores sociales, transformemos este mundo para el Hombre; esta existencia, este mundo puede ser mejor, lo sabemos. Hagámoslo, pues.

---

<sup>1</sup> Ortega y Gasset, **Obras Completas**, Tomo VIII. Ediciones de la Revista de Occidente, 1962. Pág. 86.

## **Bibliografía**

- (1990) BARTHES, Roland, *Semántica del objeto*, en Revista de Occidente No 104, Madrid Enero..
- (1988) BORGES, Jorge Luis, *Páginas Escogidas*, Casa de las Américas, La Habana.
- Boletín informativo **GOPELS** (Grupo Operativo Para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA), Junio/ 2001, Febrero/2002.
- *Boletín Internacional sobre prevención y atención del SIDA*, número 23, Oct- Dic/ 1994.
- (1968) CAMUS, Albert, *El Extranjero*, Instituto del libro, La Habana, 1968.
- (1988) CEMBRANOS, Fernando, Montesinos David H. y Bustelo María, *La animación sociocultural: una propuesta metodológica*, Madrid, Ministerio de cultura y Editorial Popular.
- (1964) DURKHEIM, Emile, *Las reglas del método sociológico*, Buenos aires, Edit. Dedalo.
- (1996) GENUIS SJ. *The dilemma of adolescent sexuality Part J. The onslaught of sexually transmitted disease*, J SOGG .
- (1990) GIDDENS, Anthony, Turner, Jonathan y otros, *La Teoría Social hoy*, Madrid Alianza.
- (1980) GRAVES, Robert, *Claudio, el Dios*, Editorial arte y Literatura, Ciudad de la Habana.
- (1988) HABERMAS, Jurgen, *La lógica de las ciencias Sociales*, Madrid, Tecnos.
- (1979) IBAÑEZ, Jesús, *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*, Madrid, siglo XXI.
- (2002) *Informe a la Dirección del Gobierno en la provincia de Santiago de Cuba. Comisión de Prevención Social. Dirección Sectorial de Salud*, Centro provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Febrero.
- (1987) KISNERMAN, Natalio y SERRANO CASTAÑEDA, José Antonio, *Didáctica para el Trabajo Social*, Buenos Aires, Hvmanitas, 1987.
- (1982) KISNERMAN, Natalio, *Servicio Social Pueblo*, Bs. Aires, Editorial Hvmanitas, 1982.
- (1991) KRUSE, Herman C., *Cuestiones operativas del Servicio Social*, Buenos Aires, Hvmanitas.
- (1969) MARCUSE, Herbert, *El Hombre Unidimensional*, Barcelona, Seix-Barral.
- (1994) NOGELJERJE N.J. *Estimating the effective rate of sex partner change from individuals with sexually transmitted disease*. Sex Transm Dis.
- (1962) ORTEGA Y GASSET, *Obras Completas*, Tomo VIII. Ediciones de la Revista de Occidente.
- (1988) PIEDROLA GIL, G. *Medicina preventiva y salud pública*. 8 Ed. Barcelona, Salvat.
- (1990) RENES, Victor, *Métodos de intervención social: algunas preguntas*, en Revista Documentación Social, no 81, p 35-52, Madrid, 1990.
- (1993) RITZER, George, *Teoría Sociológica Contemporánea*, Comt. McGraw-Hill/ Sociales Interamericana de España.
- (1996) SERRA M, Vidal J, BASSO J, CERRATI E, Meré JJ, Osimani ML. *Prevención del SIDA en la enseñanza secundaria*. Montevideo, UNICEF.
- (1951) TALCOTT, Parsons, *The Social System*. The Free Press, Glencoe, Illinois..
- (1998) TEUBAL, Ruth y otros, *Desajustes entre capacitación y ejercicio profesional en el Trabajo Social*, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Cuaderno No 6 del Instituto de Investigaciones.
- (1986) TOBÓN, Maria Cecilia y otros, *La práctica profesional del Trabajador Social*, Lima, CELATS, 1986.
- (1991) VIDELA, Mirta. *Prevención. Intervención Psicológica en salud comunitaria*, Buenos Aires, Ediciones Cinco, 1991
- (1969) WRIGHT MILLS, C., *La Imaginación Sociológica*, Instituto del Libro, La Habana..