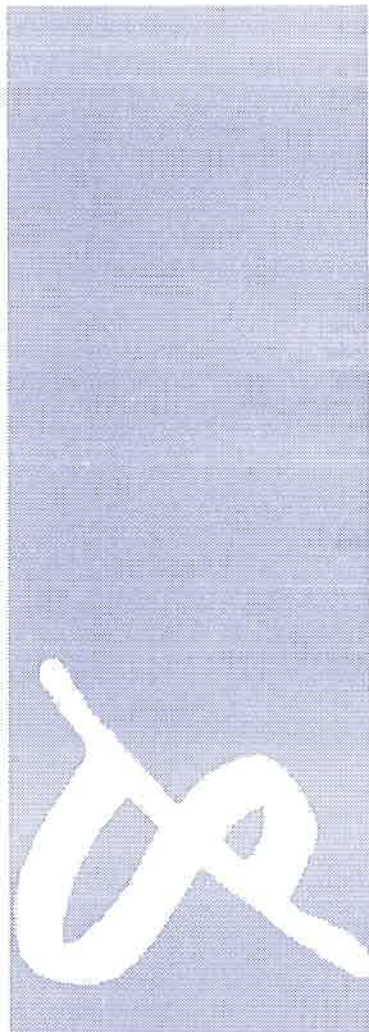


DTS

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL N° 17



EDITA y DIRIGE:
Colegio Oficial de Diplomados
en Trabajo Social de Málaga.

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL. Nº 17

Segundo Cuatrimestre 1.999

EDITA y DIRIGE:

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social
de Málaga.

C/ Muro de Puerta Nueva, 9, 1º-C 29005 MÁLAGA

Tlf.: (95) 222 71 60 - Fax: (95) 222 74 31

E-Mail: malaga@cgrtrabajosocial.es

VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA.

Vocal: Rosario Rodríguez García.

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Mari Luz Burgos Vara, Laura Carvajal Hidalgo,
Francisco Cosano Rivas, Eva Díaz Aguilar, Paloma
Mora Rasado, Antonio Narváez Rodríguez, Yolanda
Peña Cañada, Mª Luisa Taboada González y Rosa Mª
Valero Rodríguez.

El Consejo de Redacción no se identifica necesariamente con el contenido
de los artículos publicados.

SECRETARÍA TÉCNICA:

Inmaculada Palma García y Carmen Mª Reballa Ariza.

ASESORA DE PUBLICACIONES:

Pilar Salado Jimena.

ENTIDAD COLABORADORA:



Excmo. Ayuntamiento de Málaga



Escuela Univ. de Trabajo Social de Málaga

REALIZACIÓN:

Diseño y Maquetación:

Rafael Soto González.

ISSN: 1133-6552

IMPRIME: Gráficas ANAROL. Pozos Dulces, 32 - MÁLAGA

Depósito Legal.MA-1126-1993

Editorial	5
La formación: Preparando el mañana desde el hoy. Dolors Calam	7
Maltrato prenatal: síndrome de abstinencia. Natalia Gutiérrez Salazar y M ^a Dolores Parreño Mantero	29
Estudio descriptivo de la población de un centro peniten- ciario; características psicosociales y sanitarias de presas drogadependientes. M ^a Pilar Moreno Jiménez	41
"Ante todo son personas: No tengo techo pero sí derechos". Remedias García Álvarez, Josefa Moreno Ramón y Roberta Peña García	73
Intervención psicosocial con mujeres de sectores sociales desfavorecidas. Josefa Moreno Ramón, Gabriel José Martín-Martín y Rosana de Matos Silveira Santos	85
Entrevista a D. Tomás Alberich. Elisabet Rodríguez Zurita	101
Servicio de atención al lector	109
Indicaciones generales para la presentación de trabajos a la revista Documentas de Trabajo Social	110
Boletín de Suscripción	113
Índice de números publicados	115

Como sabéis el pasado día 14 de Octubre se hizo entrega del IV Premio Científico, que fue entregado a José Carlos Montero Díaz; por su trabajo "La historia de Rubén: Experiencia de un programa de prevención de las drogodependencias en el medio escolar". Esperamos que estas convocatorias os sirvan de estímulo y os animen a continuar colaborando con vuestros trabajos.

En este número os ofrecemos:

Un artículo teórico que reflexiona sobre la formación académica y profesional de cara a las necesidades sociales; realizado por D. Colom.

Dos estudios descriptivos sobre la población toxicómana: Uno sobre las características de los niños nacidos de madres toxicómanas en el Area Sanitaria de Algeciras. Y otro sobre las características psicosociales y sanitarias de presas drogodependientes.

Dos trabajos sobre modelos de intervención; ambos de Cáritas de Granada:

- Sobre el proceso metodológico de intervención de un Programa en colaboración con la Administración local sobre acogida, normalización y reinserción de un grupo de marginados sin hogar.

-Y otro sobre la Intervención psicasocial desde un Taller de Promoción de la Mujer: Con un modelo de intervención individual de C. De Robertis y de la Terapia de Valoración Cognitiva.

Por último, la entrevista realizada a D. Tomás Alberich -Doctor en Sociología y Coordinador del Master en Investigación, Gestión y Desarrollo Local en la Universidad Complutense de Madrid-, que participó con su ponencia «Tercer Sector en el desarrollo comunitario» en el I Encuentro de Ciudades Europeas sobre Participación Social en el S. XXI, realizada por nuestra compañera Elizabeth Rodríguez Zurita, directora de la T.S. Difusión.

LA FORMACIÓN: PREPARANDO EL MAÑANA DESDE EL HOY

Dolors Colom

Trabajadora Social

RESUMEN

¿Responde el mundo de la formación académica y profesional a las necesidades sociales del medio en el cual se va a desarrollar? ¿Es la formación un acto consciente y deseado o un acto reactivo, aprendido dentro de la cultura subyacente que obliga a formarse?

La responsabilidad, la credibilidad, la motivación, la mejora en la prestación, etc. son argumentos que avalan la formación permanente de las personas que deben prestar el servicio.

¿Cómo asumen las organizaciones las necesidades de formación de sus profesionales? ¿Cómo la asumen los mismos profesionales? ¿Qué papel tienen las entidades puramente formativas?

El artículo introduce algunos elementos de reflexión sobre la formación universitaria y post universitaria.

INTRODUCCIÓN

Seguramente son pocas las personas que el pasado 11 de agosto desconocían que se produciría un eclipse total de sol. Especialmente los días anteriores al momento culminante en que el día se haría noche y la noche duraría unos instantes, los medios de comunicación estuvieron bombardeándonos con el tema, provocando la salida a la luz de multitud de leyendas e historias antiguas relacionadas con los eclipses y cómo las diferentes culturas los interpretaban. De ellas, una en particular resulta escalofriante, pero sin duda hace reflexionar sobre la responsabilidad que significa denominarse profesional de algo, parte del tema que se desarrollará en este artículo.

Antes de seguir, cabe aclarar que las historias que se relatan a continuación, buscan del lector que las trascienda, tomando como referente el sentido de la responsabilidad de los profesionales en su andar por cualquier disciplina, en el caso que nos ocupa, el trabajo social.

Cuentan que hace unos miles de años unos astrónomos chinos fueron decapitados por no haber previsto el eclipse de turno que se sucedió en aquel entonces. Dicen que los chinos creían, y aún hoy siguen creyendo, que durante el eclipse un inmenso dragón se comía al sol y ellos tenían que salvarlo siguiendo unos ritos mágicos establecidos. El emperador interpretó que el descuido de los astrónomos hizo peligrar al sol y actuó en consecuencia. Así sin más, adiós cabeza.

Dejando ya el eclipse, otro ejemplo es el de Ssu-mach'ien (145 a. de Cristo). Hija del astrólogo real, a la muerte de su padre se convirtió en el gran escriba de la corte. Una vez, delante del emperador tuvo el desliz de pronunciar unas palabras "imprudentes" sobre un general guerrero y el emperador le condenó a muerte. Para salvar la vida, Ssu-mach'ien alegó que todavía no había terminado con el compromiso que había adquirido a la muerte de su padre, la recopilación de toda la cronología china. El emperador reconoció el argumento como válido y le salvó la vida, pero a cambio lo castró.

Siguiendo en la China, también se cuenta que los médicos reales sólo eran remunerados cuando cumplían con su trabajo y ella significaba que el emperador y su corte, tenían que gozar de buena salud. Cuando no era así, los médicos eran castigados, esta vez ya menos severamente, ya que en este caso sólo dejaban de percibir su paga.

¡Qué suerte que no estemos en la antigua y menos antigua China!

Sin duda la historia del mundo tiene una larga lista de ejemplos similares, donde unos, llamémosle técnicos o profesionales, deben aplicar los conocimientos adquiridos, que en cierta medida les son “comprados” por alguien que espera unos resultados, en forma de producto, servicio, información, etc.

También es cierto, que hay otros muchos casos en los que la aplicación correcta de unos conocimientos, no es bien recibida por las clases dominantes. Sirva de ejemplo el caso del monje Copérnico, que, para no ser tildado de hereje por la iglesia católica, divulgó su teoría del universo de forma anónima. Tuvo que pasar casi un siglo, hasta 1609, para que de la mano de Galileo y Kepler, los estudios e investigaciones de Copérnico sobre el sol y la tierra se tomaran en serio¹. Sin ninguna duda, ser profesional no es una empresa fácil.

SER PROFESIONAL HOY

Dando un gran salto al presente, lo cierto es que si hoy uno dice que es astrónomo se supone que debe saber sobre las astros y el universo, si uno dice que es médico debe saber cómo mantener la salud de sus ciudadanos a parte de tratar la enfermedad, si uno dice que es arquitecto debe saber construir edificios y además que éstos no se derrumben, etc. Finalmente si uno dice que es trabajador social ¿qué se supone que debe hacer? Muy resumidamente se podría decir que debe poner y desarrollar medios para que las personas sean cada vez más autónomas en su entorno, ayudarlos a afrontar las diferentes circunstancias adversas que la vida les vaya brindando y que no puedan resolver por sí mismas.

LA FORMACIÓN: PREPARANDO EL MAÑANA DESDE EL HOY

Hay un acuerdo generalizado en que la sociedad no es un ente estático, sino extremadamente dinámico. Este dinamismo afecta especialmente a los profesionales cuya materia prima de su trabajo es la misma sociedad, como es el caso de los trabajadores sociales. La introducción constante de nuevos conocimientos o la revisión de los clásicos es un requisito indispensable para que la práctica profesional en general y del trabajo social en particular no resulte obsoleta y siga siendo considerada una actividad necesaria y beneficiosa para la comunidad².

Pero la actualización únicamente de los conocimientos ya no basta, también hay que actualizar los medios con los cuales se trabaja y por supuesto los procedimientos. Por ejemplo hoy en día, dentro del trabajo social, intervenir alejado del soporte informática es condenar a los clientes de los servicios a sufrir una inoperancia innecesaria, de la cual por razones territoriales y de organización de los servicios, tampoco pueden escapar acudiendo a otro profesional. Cuando la tecnología permite, por ejemplo, tener inmediatamente todos los datos administrativos sin preguntar una y otra vez el domicilio, la edad, la convivencia, etc., es absurdo seguir molestando al cliente demandándole una y otra vez la misma información. Así mismo, cuando la tecnología permite disponer de una historia única y acceder a ella, también es absurdo tener que pasar días y días recopilando información para establecer un diagnóstico de la situación que, seguro, ya ha estado diagnosticada infinidad de veces. Sin duda la falta de adecuación de los medios utilizados supone una marginación de las personas que se atiende en aquel determinado espacio, pero también es impedir a la organización que evolucione de acuerdo a la realidad circundante³. Un ejemplo sería el de un dentista que siguiera utilizando el whisky para sacar muelas, simplemente por desconocimiento, o lo que sería muchísimo peor, por negarse a usar la anestesia local. ¿Alguien se lo puede imaginar?

Todo profesional debe ser consciente de que su falta de "puesta a punto", es una manera indirecta de no garantizar la calidad del servicio final⁴ y una manera directa de perjudicar al cliente, ya sea de los servicios sociales o de unos grandes almacenes. Sin la constante retroalimentación que supone la formación permanente, cualquier profesional es experto sólo en parte y por

un momento, el tiempo que duro lo vigencia de su conocimiento actual y el tiempo que dura su aplicabilidad.

El objetivo de este artículo es invitar al lector a reflexionar sobre la responsabilidad final de las personas que optan por formarse en trabajo social. También tratará de la formación post universitaria necesaria para su reciclaje y crecimiento como profesionales para que sean capaces de mantener sus respuestas en el máximo nivel de eficiencia.

ELEGIR UNA CARRERA: BUSCAR UN TRABAJO

No se vo o entrar en las posibilidades que hoy en día tienen los estudiantes para realizar su formación universitaria de acuerdo con sus preferencias y con la percepción de sus propias habilidades. Esta parte se centrará en el nivel de la decisión, momento en el cual subyacen una serie de implicaciones y volares personales que condicionan los campos y áreas en donde codo cual se formará para más tarde ejercer.

Sin duda elegir una diplomatura o licenciatura es un octo de gran responsabilidad por parte de la persona que decide; responsabilidad que no siempre se tomo como tol y mucho menos se piensa en las consecuencias nefastas que supone el equivocarse, yo no para uno mismo, sino para los mismos clientes que se otenderán. No se puede, ni se debe pasar por alto que en la mayoría de las veces la persona está hociendo una doble elección, primero el cómo se va a desarrollar su futura vida profesional y segundo el cómo va a cubrir y financiar sus necesidades, vitoles, intelectuales, de vivienda, etc.

Sin ninguna dudo, hablar de un profesional del trabajo social es establecer un marco propio y diferente que no tienen otras profesiones, más manuales, o más burocráticas, o más tangibles o más previsibles. Uno de los vértices de este marco es el olto nivel de estrés al que se encuentro sometido el trabajador social, otro lo necesidad de tener y/o desarrollar la inteligencia intrapersonal⁵. Evidentemente dichos coracterísticos no son exclusivas en el trabajo

LA FORMACIÓN: PREPARANDO EL MAÑANA DESDE EL HOY

social y dentro del contexto propio las comparte con otras profesiones de base similar como serían la de profesor, la de psiquiatra, etc. o en otro nivel la de broker de bolsa. Pero al asumir que el trabajo social es una de las profesiones que genera altos niveles de estrés y que requiere de inteligencia intra-personal (capacidad de las personas de saber lo que les ocurre o otras personas), indirectamente se está asumiendo que no todos los perfiles personales son capaces de desenvolverse eficazmente en su desempeño. Por ello, hay que situarse en el punto anterior a la decisión de optar por el trabajo social o no y facilitar que ésta sea consecuencia de un análisis completo de la persona y no fruto de la improvisación. El estudiante que decide formarse en trabajo social debe estar muy bien informado sobre lo que ello significa, para que la decisión se desarrolle desde el nivel consciente y no únicamente como consecuencia de haber alcanzado, o, lo que es muchísimo peor, no haber llegado, a una determinada nota. Siguiendo en el nivel de la decisión, se entraría en otra cuestión no menos importante. ¿Se escoge una diplomatura o licenciatura en función de las preferencias y habilidades personales o en función de los vacantes existentes?, ¿qué parte de fantasía de lo que es la profesión y qué parte de verdad hay en la elección?

La insatisfacción y desmotivación⁶ en el trabajo son una primera consecuencia del hecho que se deriva de no haber elegido adecuadamente el campo de acción, pero independientemente de los motivos de esa mala decisión, no se puede dejar de lado el hecho de que en todo este magma, el primer perjudicado será el ciudadano que recibe los servicios.

ADIÓS AL ESTUDIANTE: HOLA AL PROFESIONAL

¿Dónde termina el estudiante y dónde empieza el profesional?
¿Cómo se produce y de qué depende la transición de diplomado hacia profesional? ¿Se puede considerar el estatus del profesional como un estatus permanente y vitalicio? ¿Dónde está la diferencia entre ser un diplomado/licenciado y ser un profesional consolidado?

Hablar de un profesional sin duda es añadir capital

intelectual⁷ y vital al diplomado o licenciado. El profesional se hace, y sus evaluadores son: el mercado de trabajo, los otros pro-fesionales con los que se relaciona o comparte responsabilidades, los responsables superiores, los subordinados, los clientes o personas que atiende, etc. Haberse licenciado o diplomado no es más que eso, disponer de un diploma que certifica haber aprobado unas asignaturas. Pero, ¿cuántas veces ha ocurrido que excelentes estudiantes que han aprobado sus asignaturas con notas altas han resultado ser profesionales mediocres? Demasiadas. A raíz de ello, una reflexión obligada es pensar en la metodología de la evaluación académica que, centrada en el conocimiento objetivo, definiciones, teorías y modelos, etc. se olvida de quién debe aplicarlo, la persona.

Lograr la nota final, al estudiante, sólo le supone estudiar, más o menos tiempo, pero salvado el obstáculo del tiempo, con estudio se suele aprobar. Lograr el trabajo, al profesional además de unos conocimientos adquiridos que se le suponen y exigen, le requiere unas actitudes, unas habilidades, unas predisposiciones, que dentro de su carrera le resultarán básicas para seguir creciendo, pero que en la universidad nadie le ha exigido, muchas veces ni siquiera mencionado. ¿Se puede decir que se trata de obviedades? Probablemente sí. Ningún estudiante aceptaría un suspenso, y ¡ay! del pobre profesor que se atreviera a suspenderlo, por su mala actitud, por su agresividad, por mentir, etc. En otro nivel más claro, pero igualmente fuera de la evaluación, estaría llevar el pelo sucio, u oler a pies. Comportamientos que en la universidad no pueden ser cuestionados por no formar parte de la adquisición de conocimientos, sino de la manera de ser de cada uno, en el mercado laboral resultan ser un importante filtro y a veces un argumento contundente para desaconsejar la contratación. Es de esperar que este ejemplo sea un reflejo de minorías que para este artículo han sido caricaturizadas y que no representan a la mayoría. Con esta caricatura se quiere resaltar el hecho de que hay actitudes que en la vida de estudiante se asumen como intratables, pero que se dejan de lado cuando se pretende entrar en el mercado laboral. ¿Se puede hablar de un individuo con falta de coherencia personal? ¿Quizás un individuo inmaduro? O ¿quizás es el propio sistema educativo el que resulta inmaduro?

Probablemente todo ello sea consecuencia de haber recibido

LA FORMACIÓN: PREPARANDO EL MAÑANA DESDE EL HOY

una formación primaria reactiva⁸, pero los hechos están ahí y a las responsables de organizar la formación por una parte y los responsables de transmitir el conocimiento y evaluar el resultado por la otra, este hecho no debería dejarlas de ningún modo indiferentes.

Un debate emergente dentro de la formación universitaria, se refiere precisamente a su función primordial y lo que de ella se deriva. Así mientras por una parte algunas cuestionan muy seriamente si la formación universitaria tiene que "concluir" forzadamente con el nacimiento de un "nuevo profesional", otras simplemente dicen que se trata de "formar" a personas con independencia de la aplicación posterior que cada una decida hacer de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Sin duda la primera perspectiva supone una visión diferente y muy interesante, ya que en cierta medida rebaja el nivel de competitividad de la sociedad actual, que no de competencia. Pero ¿se es realista, al pensar que la persona decide formarse simplemente por el placer de aprender sobre determinadas disciplinas sin el menor ánimo de ejercer más tarde como profesional de ellas?. Quizás ello es posible si se piensa en profesionales maduras (no mayores) que quieren ampliar sus conocimientos básicos con otros más especializados o más generales, pero no es habitual que la población que se inicia en la formación universitaria por primera vez lo haga simplemente por el indudable placer de aprender algo más.

La idea de la formación sin ninguna otra pretensión que la de ampliar conocimientos resulta de sumo interés, y sin duda su práctica ampliaría el nivel cultural de los ciudadanos, pero ello no configura el desarrollo de este artículo que se sitúa más próximo a la idea de que en general la mayoría⁹ de los estudiantes que se integran a la universidad lo hacen con la perspectiva de trabajar en lo que se han formado y convertirse en profesionales de ello: el estudiante de medicina quiere ser médico, el estudiante de ingeniería quiere ser ingeniera, el estudiante de arquitectura quiere ser arquitecta y el estudiante de trabajo social quiere ser trabajador social, etc.

BREVE APORTACION SOBRE EL MARCO LEGAL¹⁰

La Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre (B.O.E. del 4), de Ordenación General del Sistema Educativo LOGSE define en el capítulo IV, del Título Primero, la configuración de la nueva ordenación académica de la formación profesional^{11,12}. La LOGSE define a la Formación Profesional como el conjunto de enseñanzas que capacitan para el desempeño cualificado de las distintas profesiones, formando parte de todas las etapas educativas.

En otro nivel, sirva el ejemplo de la Organización de Estados Iberoamericanos¹³ que como objetivo general tiene *“caracterizar y promover modelos alternativos, estrategias e instrumentos para la vinculación del sistema educativo con el sistema productivo y el trabajo, de forma tal que se favorezca la valoración y adquisición de una cultura del trabajo y colaborar en el desarrollo de una capacidad tecnológica apropiada para el área iberoamericana, vinculada a la demanda de los países que la conforman”*.

Existen multitud de programas, escuelas, universidades públicas y privadas, que se dedican a organizar cursos de formación profesional. La mayoría de estos cursos tienen una duración que va de las 500 a 1.500 horas, lo cual les atribuye una entidad suficientemente importante. Es esencial diferenciar éstos, los cursos superiores a 500 horas, de los cursos, seminarios de 10-20 ó 30 horas que suelen impartir los colegios profesionales, las propias empresas y organizaciones, tratando puntualmente determinadas temas que resultan de interés en un momento determinado para los colegiados, para los empleados, etc., pero independientemente los valores formativos, unos y otros cursos deben ser igualmente de calidad y precisos.

ALGUNOS PRINCIPIOS DE LA FORMACIÓN

Alguien puede preguntarse ¿por qué hay que formarse?. De entre las muchas razones, quizás la más importante sea por respeto a las clientes que depositan la confianza en los conocimientos de los profesionales que les ayudarán en la resolución de sus

LA FORMACIÓN: PREPARANDO EL MAÑANA DESDE EL HOY

dificultades. El querer ejercer como trabajador social implica adquirir las técnicas y habilidades propias y particulares necesarias para ello, independientemente de que la persona tenga una habilidades innatas que le faciliten el ejercicio posterior, como sería capacidad para comunicarse, facilidad para relacionarse con los demás, tolerancia a la frustración, y otras, aunque éstas por sí solas no son suficientes ni garantizan una buena intervención profesional.

¿Acaso las personas salen a la calle con la misma vestimenta que usan en la casa?. Sin el ánimo de hacer demagogia, por lo general, la gente se viste de acuerdo a unas circunstancias sociales, así, la mayoría se casa de blanca, va a los funerales de oscuro, se disfraza en carnaval y se va a la playa en bañador. Los que piensen que esto no es así y que ellos nunca cederán a tales condicionantes externas, si son menores de treinta años permítanme emplazarlos a discutirlo cuando los hayan cumplido y estén dentro del sistema, y si son mayores felicidades porque quizás sean la excepción que confirma la regla. Con los años uno ve estupefacto cómo los argumentas de las torres más altas se caen y como alguien me dijo hace muchos años, "*los de las más bajas también*". Pero ¿por qué uno no se va a formar según quiera desenvolverse en un ambiente u otro o quiera vivir de un determinado trabajo y no de otro?

Es importante reflexionar sobre el rol de la universidad como centro de conocimiento y el papel del profesorado como su transmisor, sin olvidar el protagonista de ello que es el estudiante. La formación es por una parte la adquisición de nuevos conocimientos y por la otra la mejora de los disponibles. Evidentemente nadie asiste, o no debería asistir a un curso, seminario, para pasar el rato y no aprender nada nuevo. Y si se da el caso ese alguien debe revisar su ética¹⁴ personal, pues tiene serios problemas.

El producto de la formación debe ser pues la aplicación exitosa de lo aprendido. Se puede estimar que el ciclo de un período de formación se cierra cuando se ha logrado materializar el conocimiento adquirido y simultáneamente aparecen nuevas inquietudes para reiniciarlo en una esfera diferente, o provocar que la empresa u organización en la cual se ejerce plantee nuevos fórmulas de intervención y/o desarrollo. Por ello, el producto

de la formación profesional es caduco aunque no perecedero. En general lo que se aprende dentro de un marco muy concreto, (un puesto de trabajo, un guión de entrevista, etc.) tiene una corta duración porque constantemente se están dando nuevos inputs sociales y como consecuencia el mercado en general presenta nuevas demandas, nuevos requerimientos y nuevas exigencias.

La formación profesional debe programarse, no improvisarse. El profesional es el primer responsable en proponer aquellos cursos que se adecuen más a sus déficits para ofrecer una buena respuesta dentro de su empresa y en el puesto de trabajo que ocupa. Quizás sea una obviedad pero no siempre se realiza una programación de los conocimientos que hay que mejorar o aprender y no siempre se hacen propuestas acordes a la necesidad real. Así mismo, los responsables de recursos humanos¹⁵ deben programar la formación de los miembros de la empresa pensando en global, pero también en particular. La formación permanente ayuda a mejorar la realidad cotidiana de los profesionales, a diferenciar mejor lo correcto de lo incorrecto, a avanzar hacia el objetivo establecido por la organización, a crecer dentro de ella, en definitiva, a prestar un mejor servicio, pero es importante tomarla como algo individual más que colectivo. Los profesionales que piensan que el primer beneficiario de su formación es la empresa en la cual trabajan, deben replantearse la perspectiva. Sería como pensar que el primer beneficiario del acto de comer cada día es el tendero de la esquina donde se compra la comida.

Tan erróneo es dejar el programa de formación permanente únicamente en manos de la empresa u organización en la cual se está ejerciendo, como dejarlo únicamente en manos de los profesionales. Toda la inversión en formación que hace la empresa revierte sobre ella misma, pero sobretodo sobre el profesional que siempre será el principal beneficiario y si, llegado el caso, éste deja la empresa, la formación se la lleva puesta.

La formación permanente debe ser sobretodo un gran reorganizador del conocimiento del profesional facilitándole elementos nuevos para: repensar, reorientar, reobservar con más método los detalles que se escapan al ojo del ciudadano, incluso por qué no, al recién diplomado o licenciado cuando se incorpora

LA FORMACIÓN: PREPARANDO EL MAÑANA DESDE EL HOY

a una organización.

A diferencia de la formación académica reglada, donde si el alumno no quiere, el docente no puede, en la formación profesional suele haber una predisposición y complicidad que favorece la adquisición de nuevos conocimientos. Por lógica, la adquisición de nuevos conocimientos significa una evaluación en los patrones tradicionales de actuación profesional y por tanto un cambio en los resultados.

En definitiva se puede concluir que si después de una inversión en formación de los profesionales de la empresa todo sigue igual, se puede afirmar que el proceso de formación ha sido un fracaso.

LA GRAN UNIVERSIDAD QUE ES LA VIDA

Sin duda la vida es la que acaba aprobando o suspendiendo al individuo. La formación permanente no debe someterse ni asociarse únicamente a lo que se aprende en el aula. La actividad diaria de cada profesional es sin duda el mejor y mayor espacio donde formarse. El día a día es uno de los medios de crecimiento de los profesionales, como tales y como personas. Es obvio que el profesional no puede desvincularse de la persona que es, y los valores prevalentes en la persona serán los que le marcarán la trayectoria al profesional. Cuando éste toma conciencia de que determinados procesos no funcionan por su propia causa debe ser suficientemente honesto e iniciar un plan de formación. Son muchas las razones que en un momento determinado pueden hacer flaquear al profesional y éste no debe avergonzarse de asumir que no puede afrontar determinadas responsabilidades sin una formación previa.

A medida que van pasando los años y se integran experiencias, el profesional experimenta un cambio interno que acaba transformándole y transformando su intervención. Los profesionales que tengan capacidad de adaptarse a lo nuevo evitando al máximo el acamarse a, peor aún, anclarse a lo anterior serán un gran valor añadido a las organizaciones y sin duda serán los más buscados y los más deseados para integrarlos en las plantillas.

Cualquier cambio puede ser espontáneo; es decir, justificado por la propia evolución de las organizaciones. En este sentido se hablaría de un cambio natural; y también puede darse como reacción a una situación específica hablándose de un cambio reactivo, o por el contrario, éste puede ser provocado por el profesional atendiendo a su capacidad de adelantarse a las nuevas realidades, entonces se trataría de un cambio proactivo.

Independientemente del caso que se trate, en los tres casos, hay que tener capacidad y habilidad para vehicular y asumir el cambio.

La necesidad de formarse debe ser sentida por la persona, jamás impuesta por la organización. Así mismo, hay que replantear el derecho de la organización o tomar las medidas oportunas en los casos que el profesional no se forme.

EVITANDO EL FRAUDE

Es inevitable hacer una mención, aunque escueta al fraude. Sin duda la formación permanente ha generado todo un importante mercado que a veces por lograr beneficios económicos se olvida del propio producto o servicio que se ha comprometido a dar, la formación. Las ayudas de la comunidad europea para los cursos de formación permanente han abierto los ojos a algunos desaprensivos que las están convirtiendo en importantes fuentes de ingresos. Estos últimos años, a menudo salta a la luz pública que tal o cual organización, empresa, incluso organismos oficiales, han cobrado cantidades millonarias en subvenciones por realizar cursos que nunca se han llegado a dar, o se han dado parcialmente, o determinadas ayudas se han desviado a empresas relacionadas con tal o cual político, etc. También surgen multitud de academias que prometen mucho pero las expectativas generadas en los alumnos se ven notablemente frustradas por la mala calidad de las enseñanzas recibidas y la mala calidad del método pedagógico aplicado. Evidentemente en este caso debe ser cada alumno quien defienda su derecho a recibir los cursos con todos los ingredientes que ha comprado, pero aparte, alguien debe asumir el control de dichas empresas fantasma.

LA FORMACIÓN: PREPARANDO EL MAÑANA DESDE EL HOY

La formación permanente empieza justo donde termina la académica, pero demasiadas veces son sus propios déficits los que justifican el desordenado desarrollo de la primera. Sin duda una situación social y éticamente inadmisibles.

¿Cuánta oferta se sustenta en el vacío?, ¿cuánta oferta se sustenta en entidades cuya función no es formativa y por tanto carece de base pedagógica?, ¿cuánta oferta se nutre de pseudoprofesores cuya trayectoria profesional es tan corta y escasa que, su lugar natural sería el de alumno y no de profesor?. Es altamente bochornoso ver los apuros que recién diplomados o licenciados pasan para desarrollar una exposición más o menos coherente, confeccionada muchas veces plagiando un poco de aquí, un poco de allí, presentando como algo propio y original el producto final. El pillaje intelectual debe dejar paso a la ética intelectual. El actuar como "el listillo de la clase" todavía es una práctica demasiado frecuente y lo que es peor, en determinados ambientes admirada, confundiendo la habilidad y destreza con el vulgar choricero y brigolage documental. Pocos se preguntan acerca de la propiedad intelectual ajena, pero sin duda es en la escuela primaria donde hay que empezar a fomentar los patrones de creación de los estudiantes y ayudarlos a no perder la visión de los propios límites, los cuales, no significan un estado de embalsamamiento.

Otra situación perversa que puede favorecer dicho fraude es ver cómo a finales de cualquier año natural la mayoría de las organizaciones públicas tratan de gastar como sea el presupuesto de formación que no han gastado a lo largo del año. La razón de estas prisas es simple; si no se lo gastan, lo pierden. Sin duda éste es uno de aquellos absurdos que por absurdo hasta hoy nadie se ha preocupado de reorganizar ni de cortar por lo sano, y la mayoría lo sigue contemplando como observador y lo sigue asumiendo como lo más natural. Mientras la administración no se flexibilice y permita a las organizaciones agotar su presupuesto de formación racionalmente dicho tema seguirá estando insuficientemente atendido y en vez de motivar creará el efecto contrario.

Esta es una de aquellas realidades asumidas por todos y que a nadie parece preocupar, sólo queda añadir ¿por qué?.

EL PAPEL DE LAS ESCUELAS UNIVER-SITARIAS DE TRABAJO SOCIAL

Otro punto obligado es hacer una breve referencia al papel que tienen las escuelas universitarias de trabajo social dentro de este escenario socio-profesional. Para no quedarse atrapado en las ideas, la reflexión tomará un ejemplo específico, el del campo de la salud. Sin duda, éste es uno de los más duros, en el cual, además de las dificultades habituales que debe tratar un trabajador social de cualquier otro campo, se le añade un constante enfrentamiento con la muerte y la pérdida de autonomía del cliente. Las nuevas realidades (el SIDA, la Eutanasia, Intervenciones ambulatorias, etc.) abren nuevos debates sobre la intervención social en salud, pero de momento las escuelas mantienen un papel más de espectadoras que de actrices y no abordan el tema con la amplitud y profundidad que el campo exige. La primera consecuencia de ello, es el degoteo constante en la pérdida de plazas de trabajo social en salud, especialmente las de reciente creación, básicamente por una incapacidad del recién diplomado en situar la actividad social en el mismo nivel de necesidad que el resto de licenciaturas o diplomaturas de carácter eminentemente sanitario como son enfermería y medicina.

Se ha repetido hasta la saciedad que el personal sanitario no entiende, no acepta el trabajo social dentro del hospital o en centros de salud. Afirmación rotundamente falsa. Siempre habrá excepciones por supuesto, pero más de quince años de experiencia en el campo de la salud avalan esta afirmación. En la mayoría de las veces, el personal sanitario está deseoso de que el trabajador social se integre al servicio para trabajar en equipo y contemplar la parte más social de la persona. Pero ¿con qué se encuentran a veces? que el trabajador social consume el día colgado del teléfono, asistiendo a reuniones interminables, haciendo gestiones burocráticas que pueden realizar los administrativos, etc. Entonces es cuando se generan anticuerpos respecto del quehacer del trabajador social.

El que una persona no vaya a un centro de salud, a un hospital por su problema social, no convierte a la intervención social en una intervención de segunda que pueda abordarse de cualquier manera

LA FORMACIÓN: PREPARANDO EL MAÑANA DESDE EL HOY

y sobre la marcha. La intervención social en salud sólo se desarrolla de diferente manera y con diferentes parámetros, pero ello no le quita ni le da valor.

Como característica principal, el ámbito de trabajo de los profesionales de la salud puede describirse como uno de los espacios donde se producen más avances de todo tipo y donde los trabajadores sociales se encuentran sometidos a una rutina cada vez más empresarial como concepto, no como lucro. No importa que se esté trabajando en el sector público o sector privado, las exigencias en salud por parte de los directivos y de la misma patronal son crecientes y las respuestas de los profesionales deben enmarcarse en la responsabilidad y la credibilidad de los resultados de su intervención, no en argumentos ancestrales más propios de la edad media que de hoy en día. Ello supone incorporar la investigación como un instrumento de trabajo habitual en los servicios y otros instrumentos que deben sembrarse dentro de las escuelas.

Las escuelas deben asumir la formación de los estudiantes en estas nuevas realidades y no quedarse en el clásico trabajo social comunitario.

La misma población cada vez se torna más exigente con los servicios de salud y los responsables políticos y sociales, están demandando unas prestaciones que se sustenten en la calidad, dignidad, eficiencia, etc... Curiosamente, y ello confirmaría el déficit de la formación llamémosle oficial, la formación permanente en salud es una de las que tiene más ofertas de cursos. Al considerar la falta de asignaturas especializadas en salud (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Atención Sociosanitaria) dentro de la mayoría de Planes de Estudios de la Diplomatura de Trabajo Social de las escuelas del territorio español se puede apuntar que el campo de la salud seguirá siendo uno de los más difíciles de mantener y probablemente uno de los más castigados dentro del mercado laboral. Sin duda la falta de conocimiento del terreno es el primer handicap con el que se encuentra el estudiante cuando recién diplomado es contratado por una organización de salud.

Es cierto que cada escuela es diferente pero en general, los créditos finales que se dedican al trabajo social en salud son un

alto porcentaje de miseria. Fácilmente se cae en el error de pensar que ya hay asignaturas como la de Medicina social, Salud pública, y otros títulos relacionados con la salud que sirven para introducir al estudiante en dicho campo, pero no es así. Una cosa no tiene que ver con la otra. La única posibilidad que tienen los estudiantes de la mayoría de escuelas de trabajo social para adquirir un cierto bagaje en el campo de la salud, es hacer las prácticas en hospitales, centros de salud, etc. con el inminente riesgo de que los profesionales asistenciales estén tan alejados de la teoría que no ayudan al estudiante a que cree el vínculo correspondiente entre la teoría y la práctica.

REFLEXIÓN FINAL

Independientemente de los motivos que induzcan a la persona a formarse, el acto formativo tiene que tener como resultado el crecimiento y el cambio. Desde el momento en que la persona empieza a formarse, el proceso no debería tener fin, puesto que el aprendizaje, el adquirir nuevos conocimientos es el alimento que nutre el espíritu del profesional. La formación es dinámica y no tiene espacio ni tiempo sólo aplicación.

La formación profesional es un proceso que también responde a necesidades corporativas de la organización, pero sobretudo a necesidades individuales y de bienestar intelectual de los profesionales. El aburrimiento en lo diario, la pérdida de determinados valores personales y profesionales, la desmotivación por el desempeño, la rutina de las intervenciones, la falta de objetivos finalistas, las resistencias a la evaluación, etc., son elementos vitales que justifican el diseño de un programa de formación permanente que aporte conocimientos, procedimientos y actitudes.

NOTAS

1.- Hawking, S.W. (1989): HISTORIA DEL TIEMPO, DEL BIG BANG A LOS AGUJEROS NEGROS. Barcelona, Editorial Crítica.

2.- Comisión educativa del Colegio Oficial de DTS de Málaga (1998): SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL MERCADO LABORAL. Documentos de Trabajo Social, Revista de Trabajo Social y Acción Social N° 14. Edita Colegio Oficial de DTS de Málaga.

3.- Drucker, P.F. (1989): LAS NUEVAS REALIDADES. Barcelona, Edhasa.

4.- Senlle, A. (1993): CALIDAD TOTAL EN LOS SERVICIOS Y EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. Barcelona, Ediciones Gestión 2000.

5.- Handy, Ch. (1992): CLAVES DE LA DINÁMICA DEL MUNDO LABORAL DE LOS NOVENTA. Congreso mundial de dirección de personal. Ediciones Deusto.

6.- Fourgous, J.M., Lambert, H.P. (1996) EVALUAR A LAS PERSONAS. Bilbao, Ediciones Expansión Deusto.

7.- Edvinson, L., Malone, M.S. (1999) EL CAPITAL INTELECTUAL Barcelona, Ediciones Gestión 2000.

8.- Kets de Vries, M.F.R., Miller, D. (1993): LA ORGANIZACIÓN NEURÓTICA. Barcelona, Editorial Apóstrofe.

9.- Habiendo preguntado a unos cuantos estudiantes, sin pretender conseguir una muestra representativa de la realidad, todos han respondido que estudiaban para ejercer de trabajadores sociales.

10.- Toda la información de este apartado ha sido obtenida a través de la red de Internet por lo que las citas, son las direcciones de las páginas web de donde ha sido obtenida.

11.- Dirección Internet / <http://www.mec.es/fp>

Documentos de Trabajo Social
DTS

- 12.- Dirección Internet/ <http://web.jet.es/cuartera/electricidad>
- 13.- Dirección de Internet/ <http://www.oei.org.co/oeivirt/fp/index.html>
- 14.- Popper, K. (1994) EN BUSCA DE UN MUNDO MEJOR. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica.
- 15.- Thurbin, P.J. (1994) LA EMPRESA CAPAZ DE APRENDER. Barcelona, Ediciones Folio. Financial Times.

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Educativa del Colegio Oficial de DTS de Málaga (1998): SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL MERCADO LABORAL. Documentos de Trabajo Social, Revista de Trabajo Social y Acción Social N° 14. Edita Colegio Oficial de DTS de Málaga.
- Drucker, P.F. (1989): LAS NUEVAS REALIDADES. Barcelona, Edhosa.
- Edvinson, L., Malone, M.S. (1999): EL CAPITAL INTELECTUAL. Barcelona, Ediciones Gestión 2000.
- Handy, Ch. (1992): CLAVES DE LA DINÁMICA DEL MUNDO LABORAL DE LOS NOVENTA. Congreso mundial de dirección de personal. Ediciones Deusto
- Fourgous, J.M., Lambert, H.P., (1996): EVALUAR A LAS PERSONAS. Bilbao, Ediciones Expansión Deusto.
- Hawking, S.W. (1989): HISTORIA DEL TIEMPO, DEL BIG BANG A LOS AGUJEROS NEGROS. Barcelona, Editorial Crítica.
- Kets de Vries, M.F.R., Miller, D., (1993): LA ORGANIZACIÓN NEURÓTICA. Barcelona, Editorial Apóstrofe.
- Popper, K. (1994): EN BÚSCA DE UN MUNDO MEJOR. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérico
- Senlle, A. (1993): CALIDAD TOTAL EN LOS SERVICIOS Y EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. Barcelona, Ediciones Gestión 2000.
- Thurbin, P.J. (1994): LA EMPRESA CAPAZ DE APRENDER. Barcelona, Ediciones Folio. Financial Times.

Documentos de Trabajo Social
DTS

DIRECCIONES EN LA RED

- Dirección Internet / <http://www.mec.es/fp>
- Dirección Internet/ <http://web.jet.es/cuortero/electricidad>
- Dirección de Internet / <http://www.oei.org.co/oeivirt/fp/index.html>.

MALTRATO PRENATAL: SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Natalia Gutiérrez Salazar
y M^o Dolores Parreño
Mantero

RESUMEN

Objetivos:

1. Describir las características de los recién nacidos (R.N.) con Síndrome de Abstinencia por consumo materna de sustancias tóxicas.
2. Reingeniería de la Coordinación Interniveles en el Área de trabajo social de Atención a núcleos familiares de alto riesgo

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal de los años 96-97 y 98 sobre los RN del Hospital de Algeciras con Síndrome de Abstinencia (n=27). Se estudian variables demográficas, clínicas y sociales.

RESULTADOS

Edad media de la madre: 27 años. Número de partos previos: 1,8. Estancia medio de ingresos: 23,6 días.

En los RN se encontraron los siguientes tóxicos: 59,2% metadona, 37% cannabis, 33,3% heroína, 25,9% cocaína, otras 7,4%. Asimismo, en el 59,3% de los RN se encontraron otras patologías asociadas (HVC 44,4%, VIH 22,2%, HVB 7,4%, otras 7,4%).

Antecedentes sociofamiliares: sin antecedentes en instituciones de servicios sociales (SS.SS): 14,8%; con antecedentes: 85,1%.

Medidas de protección adaptadas: acogimiento con familia extenso 81,8%; padres 40,7%; centro de acogida de menores 7,4%.

CONCLUSIONES

En el Área sanitaria de Algeciras el nacimiento de niños con síndrome de abstinencia constituye un grave problema social y de salud pública, imponiéndose una revisión de los programas existentes de prevención y actuación sobre esta población de riesgo.

La media de estancia por ingreso ha ido decreciendo desde el año 96 al año 98, una coordinación interinstitucional previa podría reducir la estancia innecesaria del recién nacido en el hospital y la toma de decisiones precipitadas con respecto a las medidas de protección posteriores.

INTRODUCCIÓN

El Área de influencia del hospital del S.A.S. de Algeciras está constituida por tres municipios: Algeciras, Los Barrios y Tarifa, con un total de 130.000 habitantes de derecho. Por razones históricas de mejor accesibilidad, en el hospital también se atienden enfermas que residen en la zona básica de salud de Jimena, cuya atención especializada corresponde teóricamente al Hospital del S.A.S. de La Línea.

Durante los meses estivales ocurren dos circunstancias que hacen aumentar la población subsidiaria de atención. La primera radica en el hecho de tratarse de una zona costera, foco de atracción turística (fundamentalmente el área de Tarifa), y la segunda, en que es una zona de paso obligado en la ruta hacia el norte de África, lo que provoca un aumento de la demanda debido a la población marraquí que atraviesa la zona.

El hecho de que la comarca del Campa de Gibraltar sea la frontera entre dos continentes, Europa y África, le marcará en gran medida su historia y las características socio-culturales de la población (economía sumergida, tráfico ilícito de drogas...).

Las toxicomanías han resultado siempre un fenómeno de difícil abordaje para el sistema sanitario. El incremento que ha presentado esta patología durante los últimos años ha hecho que cada vez sean más frecuentes las demandas de atención a cuadros clínicos que unen a su propia gravedad la influencia de complejos factores psicológicos y sociales.

El SÍNDROME DE ABSTINENCIA es el conjunto de síntomas y signos de carácter psíquico y físico que aparecen al suprimir el consumo de una droga. Es específico de cada tipo de droga.¹ Los síntomas del S.A.R.N. (Síndrome de Abstinencia del RN) en cierta medida son parecidas a los del adulto y su aparición va a depender de las siguientes factores:

- * Dosis materna diaria
- * Duración de la adicción
- * Intervalo desde la última dosis y parto.

MALTRATO PRENATAL: SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Cuanto más intensa es la drogadicción en volumen y en tiempo, y menor sea el intervalo libre entre la última dosis y el parto, más fácilmente aparecerá el S.A.R.N.

Los síntomas más importantes en la heroína y metadona son: vómitos, diarreas, irritabilidad, hiperactividad, temblores, voracidad, taquipnea, insomnio y fiebre entre otros.

Cuando el agente causal es la metadona los niños están más gravemente afectados y las manifestaciones pueden aparecer más tardíamente (entre el 4º y 13º días de vida).

El MALTRATO PRENATAL es la falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o autosuministro de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente, perjudica el feto del que es portadora. Este consumo puede provocar que el bebé nazca con crecimiento anormal, con patrones neurológicos anómalos o con síntomas de dependencia física de aquellas. No se incluye en esta categoría la interrupción voluntaria del embarazo.²

Supone un reto para las Unidades de Trabajo Social Hospitalarias minimizar los efectos del maltrato prenatal, sobre todo en la referente a disminuir los días de estancia y a la toma de decisiones adecuadas. Para ello, es imprescindible el estudio de las variables (clínicas, sociales, etc.) que caracterizan a la población que atendemos.

Los objetivos del presente estudio son:

- Describir las características de los recién nacidos con síndrome de abstinencia por consumo materno de sustancias tóxicas.
- Reingeniería de la coordinación interniveles en el área de trabajo social de la atención a núcleos familiares de alta riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

El Hospital del SAS "Punta de Europa" de Algeciras es un hospital

Documentos de Trabajo Social DTS

general básica, con 322 camas de agudos y 42 camas de crónicos, que atiende a la población del suroeste de la provincia de Cádiz. Cuenta con una unidad de desintoxicación hospitalaria que sirve de referencia a toda la provincia.

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal, de los años 96, 97 y 98, sobre los 27 R.N., nacidas en el Hospital en dicha período con Síndrome de Abstinencia. Se estudiaron las siguientes variables:

-Demográficas: Edad materna, localidad de procedencia, sexo recién nacido, partos previos de la madre.

-Clínicas: Tipos de tóxicos hallados, patologías asociadas al recién nacido, días de estancia hospitalaria del recién nacido.

- Sociales: Antecedentes socio-familiares en SS.SS., medidas de protección adoptadas.

La recogida de datos se ha realizado a partir de las Historias Clínicas (archivo del hospital) y de las Historias Sociales existentes en la Unidad de Trabajo Social.

RESULTADOS

DATOS MATERNOS:

La edad media materna se sitúa en 27 años. En la tabla siguiente se describe la edad de las madres.

Edad	Nº total	Porcentaje
15-20 años	1	3'7%
21-25 años	5	18'5%
26-30 años	15	55'5%
31-35 años	5	18'5%
36-40 años	1	3'7%

MALTRATO PRENATAL: SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Según la pirámide de población del Área Hospitalario de Algeciras, el universo estudiado se corresponde con la misma edad materna, es decir, mujeres nacidas en las décadas de los 60-70.

La distribución de los partos previos fue la que sigue a continuación:

Nº Partos previos	Porcentajes
0	18'5%
1	22'2%
2	40'7%
3	11'1%
4	3'7%
> 4	3'7%

La localidad de procedencia de las madres se distribuye entre el 81'4% de Algeciras, el 11'1% de Tarifa y el 3'7% de Los Barrios y Jimena. Es decir, es proporcional al tamaño de las poblaciones del área sanitaria.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

En el período de estudio presentaron síndrome de abstinencia 27 RN. El 55% de los R.N. corresponde al sexo femenino y el 44% al sexo masculino.

Las drogas más frecuentemente encontradas en los recién nacidos con síndrome de abstinencia pertenecen al grupo de opiáceos. En la tabla siguiente se describen los tóxicos.

Documentos de Trabajo Social
DTS

Tóxico	Nº RN	Porcentaje
Metadona	16	59'2%
Cannabis	10	37'0%
Heroína	9	33'3%
Cocaína	7	25'9%
Alprazalan	1	3'7%
Benzodiazepina	1	3'7%

En 14 de los RN se ha detectada un sala tóxico, que supone el 51'8% de la muestra. Su distribución queda como exponemos a continuación:

<u>Tóxico</u>	<u>Nº RN</u>
Metadona	7
Heroína	5
Cannabis	2

En 10 de los RN, que supone el 37% del total, se han detectado la presencia de 2 tóxicos, encontrándonos con las siguientes asociaciones de drogas.

<u>Tóxicos</u>	<u>Nº RN</u>
Metadona+Cannabis	4
Metadona+Cocaína	2
Heroína+Cocaína	2
Cannabis+Heroína	1
Metadona+Benzodiazepina	1

En 3 de los RN (11,1% del total) se ha detectado una asociación de 3 tóxicos:

MALTRATO PRENATAL: SÍNDROME DE ABSTINENCIA

<u>Tóxicas</u>	<u>Nº RN</u>
Metadona+Cannabis+Cocaína	2
Cocaína+Heroína+Cannabis	1

El hecho de que en el 33'3% de los RN se haya detectado Metadona asociada a otras sustancias tóxicas nos plantea un punto de reflexión sobre el control y seguimiento de las toxicómanas embarazadas incluidas en programas de Metadona.

En cuanto a las efectos de las sustancias tóxicas detectadas, se ha comprobado que el alcohol, la cocaína y la heroína atraviesan la placenta y suelen provocar efectos adversos en el desarrollo del feto. La cocaína puede provocar en el feto un retraso en el crecimiento intrauterino y, de manera tardía, el síndrome de abstinencia y alteraciones neurológicas a largo plazo. La heroína provoca precozmente el síndrome de abstinencia y también produce secuelas neurológicas.

Aun excluyendo el bajo peso al nacer casi inherente a estos niños, la mayor parte de los RN (el 59,2%) presenta patologías médicas severas asociadas.

Tipo patología	Nº RN	Porcentaje
Hepatitis C	12	44'4%
VIH	6	22'2%
Hepatitis B	2	7'4%
Meningitis	1	3'7%
Infec. tracto urinario	1	3'7%

El 40'7% de las RN presentaron una sola patología:

- HVC+ = 7 RN
- VIH+ = 2 RN
- Meningitis = 1 RN
- Infección tracto urinario = 1 RN.

Documentos de Trabajo Social DTS

El 14'8% de los RN presentaron 2 patologías asociadas:

- HVC+/VIH+ = 3 RN
- HVC+/HVB+ = 1 RN.

Un RN (el 4% del total) presentó una asociación de 3 patologías: HVC+/HVB+/VIH+.

La estancia por cada RN en el hospital fue elevada (medio: 23'6 día), observándose una disminución continuada de la duración en el período de estudio. No obstante el escaso número de casos no nos permite generalizar esta observación.

Año	Días de estancia media
1996	26'7
1997	24'6
1998	18'3

En este punto se podría hacer hincapié en la importancia de una buena coordinación entre los servicios hospitalarios e instituciones implicadas, ya que esta circunstancia influye directamente en el tiempo de estancia hospitalaria la mayoría de las veces. Asimismo, consideramos que una coordinación interinstitucional previo en el abordaje de la problemática socio-familiar del menor podría reducir la estancia innecesaria de éste en el hospital.

En cuanto a los antecedentes socio-familiares existentes en distintas instituciones de SS.SS., encontramos que en el 14'8% de los casos no existía conocimiento previo en ninguna institución. Sí tenían constancia en el 85% de los casos.

Es muy llamativo, y para nosotros preocupante, que en tan sólo el 17'3% de los RN (4 casos) constaban antecedentes en la UTSH (por partos previos), frente al 78'2% (18 casos) conocido en el C.C.D. y el 47'8% (11 casos) en SS.CC. A la vista de los datos, se evidencia una ausencia de coordinación previo con la UTSH por parte de los instituciones concededoras de la situación-problema en

MALTRATO PRENATAL: SÍNDROME DE ABSTINENCIA

la mayoría de los casos.

Reiterando que un adecuado intercambio de información previo conllevaría una atención de mayor calidad, con un ahorro de tiempo y esfuerzo, principalmente en las fases de recopilación de datos y de valoración de la situación socio-familiar, para la toma de medida de protección adecuada del menor. Se evitarían así toma de decisiones precipitadas ocasionadas por la premura del alta clínica del RN.

Las medidas de protección adoptadas por parte del Organismo competente en materia de menores fueron: el 51'8% (14 RN) es acogido por familias extensas, el 40'7% (11 RN) es atendido por sus padres y el 7'4% (2 RN) es ingresado en Centros de Acogida de Menores.

Por el resultado que reflejan los datos anteriores, y dada la trascendencia del tema, se están llevando a cabo reuniones de coordinación con el fin de elaborar un protocolo de derivación entre las distintas instituciones implicadas, documento que será presentado en las Jornadas en cuanto esté elaborado.

Los centros implicados son: Servicio de Atención al niño, Centro Comarcal de Drogodependencias de Algeciras, Equipo familia-Infancia del Ayuntamiento de Algeciras, Atención Primaria y Hospital.

En resumen, en el Área sanitaria de Algeciras el nacimiento de niños con síndrome de abstinencia constituye un grave problema social y de salud pública, imponiéndose una revisión de los programas existentes de prevención y actuación sobre esta población de riesgo.

La media de estancia por ingreso ha ido decreciendo desde el año 96 al año 98. Por lo tanto, pensamos que una coordinación interinstitucional previa podría reducir la estancia innecesaria del R.N. en el hospital y la toma de decisiones precipitadas con respecto a las medidas de protección posteriores.

NOTAS

1.- Junta de Andalucía. DROGADICCIÓN Y EMBARAZO. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1.985

2.- ADIMA. ASOCIACIÓN ANDALUZA PARA LA DEFENSA DE LA INFANCIA Y LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO. Guía de atención al maltrato infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. ADIMA (Asociación Andaluza para la defensa de la infancia y la prevención del maltrato). GUÍA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL
2. Almar Mendoza, J. INFLUENCIA SOBRE EL RN DE LOS HÁBITOS TÓXICOS MATERNOS. En *Manual de Neonatología*. Barcelona: Masby/Doyma, 1996; 205-212.
3. Jiménez González, R., Figueras Alcoy, J., Botet Musson, F. HIJO DE MADRE TOXICÓMANA. En *Neonatología. Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos*. Barcelona: Espax 1995; 205-208.
4. Junta de Andalucía. DROGADICCIÓN Y EMBARAZO. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1985.
5. Junta de Andalucía. LOS PADRES ANTE LAS DROGAS. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1.989
6. Junta de Andalucía. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ANDALUCÍA 1991-2006. ESTIMACIONES INFRAPROVINCIALES. (Fichera informática). Instituto de Estadística, 1997.
7. Sanjosé González, MA., López Ortega, C., Joya Verde, G., Del Castillo Martín, F., Hawkins Carranza, F. HIJO DE MADRE EN RIESGO. En *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*. Madrid: Publires, 1996; 300-302.

**ESTUDIO
DESCRIPTIVO
DE LA
POBLACION DE
UN CENTRO
PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS
PSICOSOCIALES
Y SANITARIAS
DE PRESOS
DROGODEPEN-
DIENTES**

M^a Pilar Moreno Jiménez

RESUMEN

Este trabajo recoge, inicialmente, las principales características de la población de un centro penitenciario español: número de presos, características demográficas generales y delitos por los que cumplen condena. Posteriormente, el estudio se centra en un grupo de 64 presos que participan en un programa de deshabituación de drogas. De ellos se realiza una exhaustiva recogida de datos demográficos, delictivos y penitenciarios, médicos y sanitarios, así como otras cuestiones relacionadas con el consumo de drogas.

Para la obtención de estos datos se utilizó el estudio de protocolos psicosociales e historias clínicas de los presos, así como grupos de discusión con la propia población. Las características muestran que en algunas cárceles españolas se ha duplicado el número de presos en tres años, el delito predominante es el robo y la mayoría de los reclusos tienen problemas de drogodependencias.

Un conocimiento amplio de la población sirve como punto de partida para cualquier intervención psicosocial que se pretenda llevar a cabo.

Palabras clave: reclusos, características descriptivas, instituciones penitenciarias.

INTRODUCCIÓN

Lo consecuencia más directa del abuso de drogas es el empeoramiento de la salud que sufre el adicto. Con el transcurso del tiempo, es frecuente que la persona dependiente vea perjudicada su calidad de vida en general. Al comienzo, el sujeto puede alternar periodos de consumo con periodos de abstinencia, sin que su estilo de vida cambie sustancialmente. Si el consumo persiste, lo más frecuente es que el adicto no pueda mantener oculta su dependencia, haciendo imposible conjugar los drogos con actividades normalizadas, como los estudios, el trabajo o la vida familiar. Es, entonces, cuando las condiciones físicas empeoran sustancialmente, en especial si el adicto abandona el hogar o se preocupa menos por su autocuidado, alimentación e higiene.

Algunas personas pueden mantener su dependencia sin entrar en el mundo de la delincuencia común. Sin embargo, los que sí se incorporan a actividades delictivas y callejeras, van a tener peores condiciones físicas y mayor riesgo de contraer enfermedades.

Sin duda, el principal riesgo de estos últimos adictos es la entrada en prisión. Y, en esta realidad, es donde se sitúa el estudio que se expone. Se trata de la primera parte de una investigación e intervención para la deshabitación de drogas en un centro penitenciario de Madrid.

Dada la importancia que concedemos a conocer la realidad con la que se va a trabajar, cuando nos propusimos realizar el programa de deshabitación a drogas, los objetivos iniciales fueron conocer de forma general las características del centro, sus recursos, sus necesidades y las características de la población, en general. Posteriormente describimos las características de los participantes del programa: datos penitenciarios, psicosociales y médicos. Los resultados ofrecen una visión general de un centro penitenciario y un acercamiento a la vida y características de la población penitenciaria que se encuentra en nuestras prisiones.

MÉTODO

MUESTRA:

En primer lugar, se exponen algunas características generales de toda la población que se encuentra en el centro penitenciario; en segundo lugar, se han recopilado exhaustivamente datos de 64 personas recluidas en el centro penitenciario (13 mujeres y 51 hombres) que de forma voluntaria han deseado participar en un programa realizado para la deshabituación de drogodependencias.

MATERIAL:

Para estudiar las características de la población general del centro penitenciario se han recopilado datos de diferentes fuentes escritas cedidos por la institución. Para la descripción más detallada del grupo participante en el programa se han utilizado tres fuentes de información:

1. Protocolos de la institución penitenciaria.
2. Historias médicas de los participantes.
3. Metodología cualitativa: observación, entrevistas en profundidad, grabación oral, realización de grupos de discusión y grupos nominales.

Las variables recogidas a través de cada fuente de información son las siguientes:

1. Protocolos de la institución:
 - a) Características demográficas, socioculturales y familiares: sexo, edad, estado civil, clase social, estudios realizados, trabajos anteriores, lugar de residencia, número de hermanos, número de hijos, convivencia o no de los padres, convivencia con los padres, causa de no convivencia, profesión de la madre y el padre.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

b) Características delictivas y penitenciarias:

Delitos y drogodependencias familiares, número de hermanos en centros penitenciarios, asistencia previa a reformatorios, antecedentes penales, número de causas actuales, tiempo total de condena y delito cometido, personas con las que mantiene comunicaciones, permisos concedidos.

2. Historias médicas:

Estos datos se pidieron directamente al equipo del servicio médico de la prisión, recogidos de las historias médicas de los participantes. Las variables tenidas en cuenta han sido las señaladas en el cuadro:

- edad de inicio al tabaco
- adicción a drogas por vía parenteral
- sustancia principal de consumo y otras drogas de consumo
- antecedentes médicos de los padres y hermanos
- infección por el VIH
- hepatitis actual o pasada
- enfermedades de transmisión sexual
- datos odontológicos
- número de consultas médicas
- otras enfermedades

3. Metodología cualitativa:

Todos los datos se han recopilado, finalmente, por escrito, analizando el contenido de los mismos. Este análisis, efectuado por dos profesionales expertas en este campo de estudio, se ha realizado en diferentes etapas, basado en el esquema de descubrimiento y codificación propuesto por Taylor y Bogdan (1986):

- lectura repetida de los datos recopilados por diferentes medios,
- búsqueda de temas emergentes y elaboración de esquemas para identificar temas, conceptos, teorías,
- separación de los datos según estos temas,
- desarrollo de conceptos y proposiciones teóricas.

PROCEDIMIENTO:

Los datos generales se recopilaron revisando diferentes materiales que fueran cedidos por la institución penitenciaria. De ellas se tomaron algunos datos que posteriormente hemos analizado estadísticamente.

Para la descripción de la población participante en el programa, se han recogido datos de los protocolos y las historias médicas al iniciar el trabajo con los presos. Los grupos de discusión y otras técnicas cualitativas forman parte del programa realizado para la deshabituación.

RESULTADOS

Características de la población general del centro penitenciario:

Se trata de una prisión bien dotada a nivel de infraestructura, apreciándose peculiaridades respecto a otras prisiones: existencia de césped, dos piscinas y seis módulos, cada uno de los cuales tiene tres submódulos. En cuanto al tratamiento, es un centro penitenciario donde se prima la formación escolar y posee algunas actividades deportivas y culturales.

La población reclusa está formada por hombres y mujeres, de 16 a 25 años, que se encuentran separados.

El dato más llamativo es el aumento progresivo del número de presos, que casi se ha duplicado en dos años, lo que ha empeorado considerablemente las condiciones de la población y la posibilidad de intervención con los internos. Se ha pasado de 408 presos (187 mujeres y 221 hombres), en junio de 1992, a 684 en agosto de 1994 (282 mujeres y 402 hombres). Simplificando el aumento del número de presos, se puede decir que la media de aumentos para los hombres es de 6.21 y para las mujeres de 2.71. Es decir, cada mes aumenta la población en más de seis los hombres y en algo menos de tres las mujeres.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

Otra característica de la población es la existencia de muchos presos preventivos: un 23.7% de los varones y un 10% de las mujeres.

Hay un elevado número de presos extranjeros entre la población de este centro penitenciario, mayoritariamente mujeres: el 26% de los presos y el 13.7% de los presos son extranjeras, siendo frecuente el delito contra la salud pública (tráfico de drogas) y la procedencia de Colombia entre este grupo de extranjeros.

En los datos recogidos se observa que los delitos más frecuentes de la población reclusa son los de robo y contra la salud pública. Entre los españoles, el grupo mayoritario de delincuentes son los conocidos como delincuentes comunes, acusados por delitos de robo y que tienen, mayoritariamente, problemas de adicción. Asimismo, nuestros datos confirman el escaso número de delitos no tradicionales: contra la Administración Pública, delitos de funcionarios públicos, etc.

1) Estudio de protocolos de la institución

a) *Características demográficas, socioculturales y familiares*

Edad:

La edad de los participantes en el programa oscila entre los 19 y 26 años, siendo la media de edad de 21.8 años.

Estado civil:

El 84.4% de los participantes son solteros, un 7.8% convivía con su pareja antes de entrar en prisión, el 4.7% está casado y el 3.1% se encuentra separado.

Estudios realizados y trabajos desempeñados:

La población en la que se ha intervenido tiene un escaso nivel de estudios y de profesionalización, siendo frecuente el absentismo escolar, la no obtención de títulos que acrediten estudios para desempeñar futuros trabajos y la falta de especialización para

Documentos de Trabajo Social DTS

cualquier nivel profesional.

Los datos recogidos muestran lo siguiente:

El 3.1% son analfabetos absolutos, tratándose de personas que han vivido en ambientes especialmente marginados (poblados de cholobos, ferias itinerantes). Un 7.8% del total sólo escriben y leen con dificultad, el 32.8% no ha finalizado la educación general básica, un 35.9% ha obtenido el certificado escolar y un 17.2% el grado escolar. Los que continuaron estudios después de la enseñanza obligatoria suponen el 4.7% de ellos, el 3.1 ha hecho algún curso de Formación Profesional y un 1.6 alguno de Bachillerato.

Respecto a la experiencia laboral, un 10.9% no ha trabajado nunca. Entre los que sí la han hecho, los trabajos más usuales, ordenados de más a menos frecuentes, han sido: trabajos de mantenimiento, realización de trabajos no especializados en diversas empresas, albañilería, camareros y dependientes, en empresas de mensajería o transportes, asistencia en casas, en el caso de las mujeres, y negocios familiares. Las categorías realizadas no son excluyentes, ya que muchos de los participantes han tenido varios puestos de trabajo, cambiando frecuentemente, incluso, de profesión.

Clase social a la que pertenecen:

En los protocolos que la institución recoge de cada preso, se encuentra un dato que hace referencia a la clase social de la familia del preso. Se observa que, según criterio de los trabajadores sociales que han realizado la entrevista con cada preso, el 26.5% pertenece a clase social baja, un 56% es de clase baja asalariada y el 9.3% es de clase social media. En el resto no aparece este dato, pero se aprecia que ninguno de ellos es calificado como perteneciente a clase social media-alta o alta.

Lugar donde habita:

Es interesante conocer el lugar donde vivía el preso antes de entrar en la cárcel por dos cuestiones: en primer lugar para saber

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

la proximidad en que se encuentra su familia y la facilidad con que ésta podría visitar al recluso; y, en segundo lugar, en caso de vivir en Madrid, el barrio donde vive nos facilita información sobre las condiciones ambientales que pueden influir en sus conductas delictivas y sobre su condición socioeconómica.

Respecto al primer punto, se observa que el 26.5% de los participantes no viven en Madrid ni en su provincia, lo que dificulta gravemente las visitas periódicas de los familiares y/o amigos. Las ciudades de donde vienen son: Zaragoza, Valencia, Granada, Jaén, Sevilla, Palma de Mallorca, Extremadura y Huesca.

El 42% del total viven en un pueblo de Madrid, ocupando las frecuencias más altas, Móstoles (14%), Leganés (9.4%), Alcorcón (6.2%), Getafe y Carabanchel (4.7% cada uno). Y el 31.2% vivían en Madrid capital, en diferentes barrios: Tetuán, Orcasitas, Entrevías, San Blas.

Número de hermanos:

La población que ha participado en el programa posee una familia con un número de hijos que oscila entre 1 y 12. En la tabla siguiente puede apreciarse la distribución.

Número de hermanos en el núcleo familiar

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12
1.6	4.7	18.7	15.6	26.5	10.9	1.6	9.3	6.2	3.1	1.6

Tabla 1. La media de hijos por familia es de 5.24.

Generalmente, las familias numerosas poseen un ambiente menos estimulante para los hijos, especialmente si la diferencia de edad entre los hermanos es pequeña y si las condiciones económicas y culturales son escasas, como ocurre en la mayoría de las familias de las participantes en el programa.

Documentos de Trabajo Social DTS

Número de hijos de los participantes:

La mayoría de los asistentes al programa no tienen hijos; no obstante, el 23.4% tiene algún hijo, la que supera la cifra de personas que afirman tener o haber tenido pareja más o menos estable.

Convivencia de los padres:

Se pretende conocer si los padres conviven juntos y, por lo tanto, si resulta fácil o no para los hijos convivir o haber convivido con ambos. Los datos muestran que, concretamente, un 51.5% de los padres no viven juntos. El 5.5% de nuestra población no ha vivido nunca con ninguno de los progenitores, un 33.3% a veces ha convivido con los dos y otras veces sólo con uno de ellos, y el 16.6% ha vivido sólo con uno de ellas.

En el 36% del total de las casas ha faltado la madre y en el 53% el padre. Entre las causas de la ausencia de la madre se encuentran: separación de los padres y vivir exclusivamente con el padre (56.5% de las ausencias), fallecimiento (26%), abandono (4.3%) y otras motivos no especificados (13%). Las causas de la ausencia paterna son: separación y quedarse viviendo con la madre (44.1%), fallecimiento (29.4%), abandono (8.8%), enfermedad (2.9%) y otras motivos sin especificar (14.7%).

Profesión de los padres:

Más de la mitad de las madres son amas de casa (51.5%); sin embargo existe un porcentaje de mujeres que trabajan fuera, principalmente siendo empleadas de hogar (28.1%). Un 9.3% trabaja en empresas sin especificar, el 6.2% trabajan de forma autónoma, un 1.6% se dedican a la venta ambulante. El resto tienen baja permanente o están jubiladas (3.1% y 1.6%, respectivamente).

Respecto a la profesión de los padres, el 46.9% son empleados de una empresa o contratados por otras personas; un 23.4% son trabajadores autónomos; jubilados y con baja permanente cubren las cifras de 12.5 y 7.8% respectivamente; sólo un 1.6% se encuentra en para en el momento de recoger los datos, y la misma cifra se dedica a la venta ambulante. Se desconoce el trabajo en el 6.2% de las casas.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

b) Características delictivas y penitenciarias

Delitos y drogodependencias familiares:

Es difícil obtener información sobre los delitos cometidos por alguno de los familiares directos del preso. No obstante, en los protocolos consultados, se refleja que en numerosas ocasiones existe algún miembro de la familia acusado de cometer delitos o con problemas de adicción a las drogas: el 4.7% de los padres y la misma cifra para las madres; un 29.7% de los participantes tiene un hermano con problemas de delincuencia o drogadicción; el 20.3% tiene más de un hermano en estas situaciones. El 6.2% dice que su pareja es drogodependiente o está acusada de cometer algún delito.

Asistencia a reformatorios y antecedentes penales

El 18.7% de los participantes ha sido internado en algún reformatorio o centro de menores antes de entrar en una institución penitenciaria.

Este factor confirma su carrera delictiva desde una edad temprana. Del mismo modo, otro dato que corrobora el inicio a la delincuencia es que un 44% de los participantes en el programa tiene antecedentes penales, es decir, ha estado acusado de otros delitos antes de su ingreso en esta prisión.

Delitos cometidos, número de causas y condenas totales:

Los delitos por los que la población participante se encuentra en prisión son frecuentemente de robo y robo con intimidación. De esta forma suman entre ambos un 95.2% del total, (el 42.2% y el 53% respectivamente). Por tráfico de drogas, robo con secuestro y asesinato frustrado se encuentra, en cada caso, el 1.6% de los participantes (uno para cada delito). Todos los delitos están directamente relacionados con el consumo de drogas, incluso el robo con secuestro (se trata de una persona que al robar un vehículo, cuyo móvil era conseguir dinero para consumir drogas, se introdujo en él obligando a su conductor a acompañarle) y el asesinato frustrado (persona adicta a cocaína que tras el consumo de la misma discutió y maltrotó gravemente a su pareja).

Documentos de Trabajo Social DTS

Por número de causas se hace referencia al total de condenas diferentes que los presos tienen por diferentes delitos cometidos. Algunos, además, tienen pendientes otros delitos en los que aún no se ha realizado el correspondiente juicio, por lo que no figuran como causas.

En el tiempo de condena de cada preso se han evaluado exclusivamente los años completos de condena; sin embargo, la mayoría de ellos tiene, además, que cumplir varios meses de condena.

Algunos de los participantes se encuentran en situación de preventivos o no se recoge en su protocolo penitenciario el número de causas, por lo que los datos se refieren a una muestra de 55 sujetos de los 64 participantes.

El número de causas que en el momento de la recogida de datos tienen los participantes se muestra en la tabla 2. Estas mismas personas deberán pasar desde unos meses hasta 12 años en la cárcel (tabla 3):

nº causas	1	2	3	4	5	6
% presos	44.6%	19.6%	17.9%	8.9%	3.6%	3.6%

Tabla 2.

años	3, 9 ó 10	0, 2, 7 ó 12	1	5, 6 ú 8	4
% presos	1.8%	3.6%	5.4%	8.9%	42.9%

Tabla 3.

Se observa que la mayoría de los participantes tienen que cumplir una condena de 4 años, (más 2 meses y 1 día) que son las correspondientes a delitos de robo. Los presos que deben permanecer en prisión 8 ó 12 años son los que han sido condenados por dos o tres delitos de robo.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

Situación penitenciaria: comunicaciones que mantiene (visitas que recibe en prisión):

Las visitas que las presas reciben cuando se encuentran en la institución son escasas. Casi exclusivamente son los padres y algún hermano los que mantienen relación con el interna. Estas visitas, comunicaciones en lenguaje penitenciario, son asiduas en algunos casos y esporádicas en la mayoría. Los causas de esta falta de relación se debe a diferentes factores: distancia física entre el centro y el lugar de origen, alejamiento previo entre el preso y su familia, falta de relaciones sociales del interna, etc. De este modo, se observa que el 21.8% de los presas no recibe ninguna comunicación durante su estancia en la cárcel. El resto recibe la visita programada de su padre y su madre a de uno de ellas (18.7), de sus padres y hermanas (50%), sólo de algún hermana (1.6%) y de amigos o pareja (7.8%).

Permisos concedidas:

Las presas se quejan continuamente de que disfrutan de muy pocos permisos. A continuación se muestra el número de permisos que han sido concedidas y el porcentaje de presos del programa que los han disfrutado. Los días que permanecen en el exterior de la cárcel oscila entre 3 y 6 días.

n° permisos	0	1	2	3	4	6
% presos	48.4%	25%	20.3%	3.1%	1.6%	1.6%

Tabla 4.

2) Datos médicos - sanitarios

Los resultados que describen la situación médica-sanitaria de la población atendida en el programa, son los que siguen:

Comienzo del consumo de tabaco

Parece, según los expertos, que la edad de comienzo del consumo de tabaco tiene relación con el consumo de otras drogas. Es por ello que se ha preguntado a los participantes a qué edad

Documentos de Trabajo Social

DTS

han comenzado a fumar, encontrando que la edad media es de 12 años, oscilando desde los 8 a los 16 años.

Adicción a drogas por vía parenteral:

El 86% de los participantes son, según datos recogidos por el equipo médico, adictos por vía parenteral, lo que significa que la mayoría de estos drogodependientes utilizan o han utilizado jeringuillas para su consumo habitual de drogas.

Sustancia principal de consumo:

Los datos reflejan que el 95% consumen como droga principal la heroína, de los cuales un 55% también consumen habitualmente cocaína. Sólo un 1,6% consume exclusivamente cocaína y un 3,1% otras sustancias adictivas. Otras drogas consumidas en segundos lugares son los barbitúricos, el alcohol y rohipnoles.

Antecedentes médicos de los padres:

Se han obtenido pocos datos sobre las enfermedades padecidas por los padres de los participantes (el 50% en los padres y el 44% en las madres), por lo que las cifras obtenidas son bajas y no se podría concluir que los progenitores gocen de buena salud, ya que se desconoce si en los casos de ausencia de datos, se padecen o no enfermedades.

Entre las madres, se aprecia que las enfermedades padecidas son: asma (3.1%), problemas psicológicos no especificados (3.1%), artrosis (1.6%), invalidez total (1.6%), esquizofrenia (1.6%), soriasis (1.6%), problemas de columna vertebral (1.6%), epilepsia (1.6%), otras (1.6%). Se aprecia que los padres padecen más enfermedades: alcoholismo (7.8%), cáncer (4.7%), invalidez total (4.7%), diabetes, enfermedad mental, cirrosis, drogodependencia, demencia, asma, invidencia, embolia cerebral, problemas pulmonares (1.6% para cada una) y otras enfermedades no especificados que causaron la muerte (6.2%).

En los datos encontramos un factor que llama la atención; se trata de un porcentaje elevado, para tratarse de personas jóvenes,

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

de padres/madres que han fallecido. En algunas historias clínicas de los participantes se recoge este dato, resultando que el 15.6% de las padres y un 9.3% de madres han fallecido. Las cifras podrían ser mayores si se tuviesen estos datos de todas las participantes.

Las principales causas de fallecimiento son, para las padres, enfermedades derivadas del alcoholismo (40%) y las infartos (30%). Casi el 10% ha fallecido debido a cáncer y el mismo porcentaje por SIDA. Para las madres, la principal causa mortal es el padecimiento de cáncer (33.3%), seguida de enfermedades relacionadas con el alcohol (33.3%), infartos (16.6%) o por el consumo de drogas (16.6%).

Antecedentes médicos de los hermanos:

Se poseen escasos datos de los hermanos; sin embargo, por lo que conocemos, se sabe que el 10.9% son drogodependientes, un 4.7% tiene problemas psicológicos graves (no especificado), y el 4.7% de los hermanos ha fallecido. La causa de muerte de dos de los tres fallecidos se relaciona con las drogas.

Personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.) y etapa en la que se encuentran:

Según los datos pedidos al equipo médico, un 56.2% (36 personas) de los participantes en nuestro programa se encuentran infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En los informes médicos se recoge la fase en la que se encuentran los diferentes reclusos infectados. Para favorecer la comprensión de los datos obtenidos, se explican brevemente las fases que se consideran en el desarrollo del SIDA.

El VIH prolifera de forma continua desde el momento en que infecta a un paciente, distinguiéndose tres fases: a) fase precoz o aguda, que dura varias semanas; b) fase intermedia o crónica que dura varios años y c) fase final o de crisis que clínicamente corresponde a lo que se conoce como compleja relacionado con el SIDA (CRS) y posteriormente SIDA (Cadafalch et al, 1995).

La clasificación realizada por los CDC (Centers for Disease

Control) dato de 1986-87 y divide a los pacientes con infección de VIH en cuatro grupos mutuamente excluyentes que van del I al IV, representando una progresión de la infección. El grupo I representa la infección aguda o seroconversión; el grupo II engloba a los pacientes asintomáticos clínicamente, (este estudio se puede dividir en subgrupos según la presencia o no de parámetros biológicos). En el grupo III están los pacientes asintomáticos pero con adenopatías. En el último estudio todas las personas tienen manifestaciones clínicas diversas, lo que hace que el paciente pertenezca a un subgrupo u otro desde el A al E: enfermedad constitucional, trastornos neurálgicos, tuberculosis, sarcoma de Kaposi, etc.

En los datos recogidos, hay personas que se sitúan en el Estudio I (27.7%); en el Estudio II (33.3%); en el Estudio III (30.5%) y en el Estudio IV (8.3%).

Personas que han padecido o padecen hepatitis:

La mayoría de la población del programa ha padecido o padece algún tipo de hepatitis: el 4.7% han sufrido la hepatitis A, un 59.4% la B y un 42.2% la hepatitis tipo C.

En estas cifras se incluyen los porcentajes de personas que, en el momento de tomar los datos, tienen hepatitis: el 7.8% tiene sólo la hepatitis B, el 28.1% tipo C y el 7.8% padece actualmente ambas hepatitis. Lo que significa que un 43.7% padece actualmente esta enfermedad, de uno u otro tipo.

Personas con enfermedades de transmisión sexual:

El 34.1% de los participantes padece o ha padecido algún tipo de las enfermedades denominadas de transmisión sexual (E.T.S.). No ha sido posible diferenciar entre las enfermedades ya curadas o las actuales, por lo que se incluyen todos los datos.

De las personas que sufren o han sufrido E.T.S., el 28.6% tienen sífilis, el 19% padecen hongos, el 28.6% condilomas y un 9.5% estas dos últimas, un 4.8% micosis vaginal y un 9.5% gonococos.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

Datos odontológicos:

La consulta del dentista es independiente del servicio médico de la prisión, ya que se trata de una dentista contratada por Instituciones Penitenciarias que asiste al centro unos días a la semana. Los pacientes que lo desean piden cita y ésta los recibe el día que corresponda.

Los datos han sido cedidos por el servicio médico, según sus historias clínicas.

El 20.3% posee una boca aséptica (sin infecciones ni caries actuales). El 34.3% padece caries, al 9.3% le faltan algunas piezas, y el 36% tiene caries y ausencia de piezas.

Número de consultas en los últimos seis meses:

Se ha considerado que un indicador de la salud de una población puede ser la frecuencia con la que ésta visita al médico. Por ello, se ha observado el número de consultas médicas de la población durante los seis meses anteriores a la entrada en el programa.

El 31.2% ha asistido menos de 5 veces en los seis meses; entre 6 y 10 veces lo han hecho el 29.7% de la población; un 15.6% visitó al médico de 11 a 15 veces; el 9.3% de 16 a 20 y más de 20 consultas un 12.5% de los participantes en el programa.

Las consultas anotadas en cada historia clínica, de donde obtenemos los datos, son las consultas con cita previa (de un día para otro). Sin embargo, no pocas veces los internos van al médico sin previa cita, para pedir medicamentos... y sin que ésto aparezca anotada en su historia médica.

Otras enfermedades padecidas o actuales:

Para finalizar esta descripción de características médicas, consideramos otras enfermedades no observadas anteriormente, ya sean actuales o pasadas.

Se ha observado que las enfermedades más frecuentes son

Documentos de Trabajo Social

DTS

las hepatitis y el SIDA. Sin embargo, existe un 6.2% de estos presos con problemas psicológicos y el mismo porcentaje de internos con neumonía y personas con herpes. El 25% padecen otras enfermedades de diferente índole. Un 4.7% sufre tuberculosis, otro 4.7% ha sido operado de apendicitis y la misma cifra padece problema dermatológicos. El 3.1% ha padecido meningitis y el 1.6% traumatismo craneal.

3) Datos cualitativos

Se expanen las conclusiones más importantes, resultado de un amplia trabaja que aquí sólo se resume.

3.1) *El consumo de drogas:*

Los sujetos adictos coinciden en considerar la drogodependencia como una conducta que está multideterminada por diversos factores relacionados con la sustancia adictiva, factores ambientales y variables personales: el tipo de sustancia, la vía de consumo, la cantidad y calidad -pureza- y el precio; al comienzo, el consumo de drogas se ve influido por el placer que produce y posteriormente la dependencia física y psicológica juega un papel importante en el mantenimiento.

Entre los factores personales los sujetos piensan que es fundamental la búsqueda de sensaciones nuevas, la realización de lo prohibido, evasión de problemas, la ruptura de la monotonía y el mal uso que hacen del tiempo libre, además de otras características de la personalidad, como la inmadurez personal, carecer de metas concretas, ansiedad, baja autoestima o falta de relaciones interpersonales.

Entre los factores ambientales que influyen en el inicio y mantenimiento de las adicciones, los sujetos consideran la presión social y los procesos de aprendizaje social como fundamentales, así como factores escolares y familiares y la disponibilidad de la droga. Por otra lado, la falta de medias económicas y la escasa formación cultural ha influido en la adicción y en el agravamiento del problema.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO; CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS DROGODEPENDIENTES

Se produce un rápido proceso en el consumo de drogas, que va desde el uso a la dependencia. En este proceso de adicción, existe una serie de características comunes entre los sujetos respecto al consumo de drogas. Típicamente, empiezan con 9-13 años a probar drogas: porras, pastillas y heroína; a los 17-18 años algunos intentan dejarlo. Todos han recaído al menos una vez en su intento de abstinencia; mayoritariamente, coinciden en que después de estar "enganchados" empiezan a robar, y esto les lleva a la cárcel. Por el contrario, algunas comienzan una vida delictiva que les inicia en el consumo de drogas.

En la fase de mantenimiento de la adicción, lagrar drogas y consumirlas son actividades que priman sobre otras conductas, a pesar de los riesgos que suponen.

Los drogodependientes tienen un gran miedo al malestar físico -síndrome de abstinencia, enfermedades colaterales, dolor físico- y al malestar psicológico -falta de motivación para vivir, baja autoestima, falta de alternativas a su forma de vida-. A esto se añade el bienestar que se obtiene con el consumo de drogas, placer que disminuye cuando aumenta la tolerancia. Ellos mismos encuentran difícil explicar por qué se drogan a pesar de las consecuencias negativas que obtienen, y ven muy difícil dejar de drogarse.

En este proceso de adicción, la mayoría de los presos han pasado varios síndromes de abstinencia en la calle o cuando han sido detenidos.

Es importante que los sujetos tomen conciencia de sus propias motivaciones para el consumo de drogas y de las consecuencias que obtienen con este consumo, la asunción de las refuerzos y castigos que reciben con su adicción, considerándose esto un punto de partida para la rehabilitación del drogodependiente. Lo más frecuente es que los adictos no reflexionen sobre las consecuencias de su comportamiento, las cuales no suelen ser contingentes con su conducta. Cuando reflexionan sobre sus motivaciones reales para consumir y analizan las consecuencias de la abstinencia, se encuentran que, como consecuencias positivas del consumo de drogas, está el placer físico y psicológico, con mayor intensidad en

Documentos de Trabajo Social

DTS

la primera fase de las drogodependencias y cuando consumen esporádicamente, ya que cuando consumen habitualmente la droga cumple la función de eliminar el síndrome de abstinencia. Sirve de evasión, no percepción de los problemas, ausencia de dolor y desinhibición social.

Como consecuencias negativas del consumo de drogas, los sujetos expresan el problema que supone conseguir la dosis diaria de droga, debido a no disponer del dinero necesario, lo que les lleva a tener problemas con la justicia. A esto se añaden las enfermedades, especialmente el SIDA, y la muerte por sobredosis o adulteración de la droga. Asimismo carecen de vida afectiva y se sienten solos.

Las consecuencias de no consumir drogas se resumen en tener una vida normalizada y la ausencia de los problemas consecuencia del consumo, y obtener los beneficios que no se obtienen con la adicción. También se aprecian consecuencias negativas del hecho de no consumir drogas, los sujetos piensan que tendrían que afrontar los problemas y la vida en general y podrían padecer enfermedades.

Los presos del programa reconocen que la principal necesidad para poder dejar el consumo es el cambio radical de vida, tanto en el plano afectivo, como en el social y laboral o a nivel personal. Consideran necesario el apoyo y las redes sociales, las alternativas reales al estilo de vida que mantienen, el aumento de la autoestima y motivación personal, así como ayuda profesional.

Los sujetos creen que la recaída de un adicto que ha pasado por períodos de abstinencia se produce porque el adicto no desea realmente abandonar las drogas o porque no encuentra alternativas a las drogas, ni sabe cambiar el estilo de vida. Una vez finalizado el programa, dicen que les resulta muy difícil seguir abstinentes debido, principalmente, al entorno en el que se encuentran, siendo frecuente la recaída y aumentando el consumo a medida que transcurría más tiempo desde el final del programa.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

3.2) El consumo de drogas en la cárcel:

Respecto a la existencia de drogas en la cárcel, en este centro principalmente se consume hachís y heroína. Los sujetos denominan el consumo de drogas como "quitarle días al juez", lo que resume las tres principales funciones de las drogas en la prisión: 1. pasar el tiempo; 2. olvidar que se encuentran presos, evasión de la situación real; 3. oposición al régimen impuesto.

Los factores concretos que dificultan dejar las drogas en la cárcel, son la falta de actividades y de trabajo, demasiado tiempo libre, falta de voluntad por parte del centro para que la gente no se drogue, la no distribución de los presos según delitos, excesivas exigencias ante los fallos de los presos y, en general, consideran que todo es negativo, por lo que en la cárcel no se rehabilita nadie.

Los sujetos piensan que el personal penitenciario reconoce cuándo alguien está drogado; sin embargo, permiten el consumo para facilitar la permanencia en prisión y evitar problemas. El consumo parece tener consecuencias positivas para la institución, especialmente la heroína, que relaja y tranquiliza a los internos; al mismo tiempo les orienta hacia el objetivo de conseguir y consumir droga, olvidando otras exigencias a la institución.

3.3) Características personales y familiares de los sujetos:

Las características que los sujetos han expresado de sus propias vidas se refieren a su infancia y adolescencia y a características de personalidad -motivaciones personales, gustos, opinión sobre diferentes temas, valores personales-.

Los sujetos se han caracterizado, desde la infancia, por el absentismo escolar y por la realización de tareas arriesgadas como robar y, en general, gusto por lo prohibido.

En cuanto a los miedos que expresan tener, se encuentra el miedo a volver a drogarse o recaer; volver a delinquir, regresar a la cárcel, estar demasiado tiempo preso; estar solo debida al rechazo social y/o familiar; miedo a tener enfermedades y padecer sus consecuencias; miedo a que personas de su familia se droguen;

miedo a morir y a envejecer.

Uno de las principales dificultades que los drogodependientes tienen es encontrar alternativas a las drogas, realizar actividades diferentes al consumo de sustancias y que les produzca un placer similar al que les produce las drogas. En principio, los gustos y aficiones de los participantes distan de los que comúnmente tiene la población no delincente. Se aprecia que existen dos tipos de comportamientos y actividades que les gusta: actividades que han realizado hasta ahora y son características de la vida delictiva, y otras actividades *positivas* que pueden fomentarse. Se puede observar que sus principales aficiones tienen en común el gusto por el riesgo, cuestión que hay que tener en cuenta a la hora de proponer actividades para el tiempo libre cuando salgan a la calle.

Es común la falta de comunicación entre los sujetos, especialmente en relación a temas personales. Algunos manifiestan que rara vez han comunicado algún sentimiento o problema, la mayoría de los sujetos nunca ha expresado nada más que cuestiones superficiales que no les implicaban a nivel personal. Se reconoce la falta de comunicación en las relaciones anteriores y se observa una especial desconfianza en ambientes como la prisión y el esfuerzo que han de realizar para comunicarse durante el programa.

Una característica personal que ha llamado la atención ha sido el sentimiento de rechazo hacia personas extranjeras o de otra raza, descubierto en conversaciones mantenidas en algunos grupos. La razón de su racismo, según ellos, es haber convivido con estas personas y observar su falta de higiene, sus costumbres, falta de honradez, competitividad en el mundo laboral o en la venta de drogas, etc. Los sujetos hacen una clara distinción entre los extranjeros de nivel económico y cultural medio o alto, y los extranjeros como ellos, población marginal, con los que se han relacionado.

Aunque parezca lo contrario, los sujetos manifiestan tener valores personales, entre los que expresan la capacidad de amistad sincera, poseer un fuerte sentimiento de familia, capacidad de relacionarse con personas de diferente nivel cultural, y otros valores personales como ser afectivo, no ser rencoroso, solidaridad,

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

sinceridad, la autenticidad, entendida como decir lo que se piensa y no dejarse llevar por otros, vivir la propia vida sin meterse en la de los demás, referida principalmente a lo que ellos mismos experimentan cuando son objeto de críticas por parte de personas normalizadas.

Los sujetos expresan arrepentimiento por haber conocido las drogas, por hacer daño o sus familias, haber utilizado jeringuillas de otras personas o no haber puesto medios para evitar enfermedades. Sin embargo, ninguno expresa arrepentimiento por los delitos cometidos, o preocupación por las víctimas. No parece positivo un fuerte sentimiento de culpabilidad ante su vida delictiva, pero quizás sería importante profundizar, en próximos programas, en los conceptos de moral, normas sociales y derechos personales y deberes.

Los defectos que desprecian de otros son la violencia, falsedad, hipocresía, la envidia, el desprecio, críticas y cotilleo, los abusos morales y físicos.

La actitud hacia el estudio y la formación académica es, generalmente, negativa, ya que piensan que la formación o el aprendizaje académico no es importante, siendo más importante la experiencia.

Respecto a su experiencia laboral, los trabajos que han realizado son no especializadas, de carácter eventual, algunas de las cuales resultan duros físicamente o son de alto riesgo para el consumo de drogas y en la mayoría de los casos se niegan a trabajar para una segunda persona.

Se aprecian tres actitudes diferentes hacia el trabajo: para algunas existe la necesidad de dejar las drogas como paso previo a trabajar; otros ven en los antecedentes penales un importante inconveniente para ser contratado; y, por último, trabajar supone un estilo de vida que muchos de los sujetos no están dispuestos a tener.

Los sujetos suelen ser reservados al hablar de sus familias. En unos casos porque tienen recuerdos negativos que no quieren contar, y en otros casos porque las consideran familias *normales*

que no tienen que ver con la vida delictiva. Algunos presos perciben la realidad de una familia socioeconómicamente empobrecida, que disculpa una y otra vez el consumo de drogas y la delincuencia de sus hijos, por lo que los sujetos suelen tener sentimientos de culpabilidad por el sufrimiento causado a sus padres, siendo usual que los padres desconozcan o ignoren el consumo de drogas de los hijos, lo que resulta ser un punto común entre las familias de drogodependientes de todas las clases sociales. Los sujetos provienen de familias en las que, frecuentemente, ha faltado uno de los progenitores.

En relación al tema de hijos, parece incompatible la vida delictiva y el consumo de drogas con tener familia propia. En el caso de las mujeres que han tenido hijos cuando han sido jóvenes, recuerdan de forma negativa ese periodo de crianza; los que no tienen hijos se encuentran con el problema del SIDA cuando deseen tenerlos.

3.4) *Relaciones interpersonales:*

Respecto a la relación de pareja, coinciden en que las drogas influyen de forma negativa en las relaciones de pareja y sexuales, han mantenido relaciones precarias, destructivas y esporádicas; si debían elegir entre una pareja o la droga, se quedaban con la última. En el caso de los hombres, les resulta difícil llegar al orgasmo, si han consumido heroína, y tienen eyaculación precoz, si están con síndrome de abstinencia.

Si estas relaciones han sido precarias, no es difícil que los sujetos con pareja antes de entrar en prisión hayan perdido el contacto porque ellas han dejado de visitarles o escribirles.

Algunos sujetos piensan que en prisión las relaciones afectivas son posibles, otros creen que las relaciones establecidas en el centro penitenciario están influenciadas por intereses de uno o ambas partes.

Las relaciones homosexuales son, frecuentemente, la alternativa de los presos y presas ante la falta de relaciones heterosexuales. Los hombres ocultan estas relaciones en mayor medida que las mujeres, entre las que es frecuente observar

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

relaciones de pareja, lo que no significa la carencia de sentimientos de culpabilidad e interrogantes sobre la propia identidad sexual.

En las relaciones interpersonales se observa que los amigos con los que se inició en el consumo de drogas son de más edad que el sujeto, factor que influirá en la presión que éstos pueden ejercer. Con los amigos pasaban gran cantidad de tiempo en la calle, aunque reconocen que el sentimiento de amistad surge cuando están en periodo de abstinencia o en programas de rehabilitación. Es común la dificultad para establecer amistad con personas que no se droguen.

3.5) La vida en los centros penitenciarios:

Las expresiones sobre la vida en prisión indican un alto grado de rutina y monotonía, la falta de actividades y escasez de trabajo para los presos. Esta situación de excesivo tiempo sin hacer nada se vive de forma apática, la mayoría desearían realizar cualquier actividad que les alejase de la monotonía y el aburrimiento.

El tiempo libre se dedica a charlar con otros presos, caminar, estar sentados en el módulo, tomar el sol, ver la televisión, jugar al fútbol y al baloncesto, jugar a las cartas, escribir o leer.

Los sujetos aprecian una serie de consecuencias derivadas de la permanencia en cárceles: cambios personales en sentido positivo o, principalmente, negativo; deseos profundos de venganza, aprenden formas negativas de vida, pensamientos repetitivos u "obsesivos", sentimiento de indefensión, contagio de enfermedades, pérdida de vinculaciones familiares y de amistad, sentimiento de soledad, sentimiento de pérdida de tiempo, posibilidad de convertir-se en drogodependiente y dificultad para la deshabitación de drogas.

Algunos presos reconocen la existencia de alguna consecuencia positiva, entre las que se encuentra drogarse menos, no tener que ir a robar, realizar actividades positivas como deporte, descanso, ir a la escuela; tener tiempo para pensar, centrarse más, conocer otras personas.

Documentos de Trabajo Social DTS

Todos los sujetos perciben el poder institucional como una característica de las prisiones. Se distingue claramente entre funcionarios y presos tanto por porte de un colectivo como del otro. Los presos se sienten vigilados y/o amenazados por algunos de los primeros, notan el poder que tienen sobre ellos y sobre sus vidas, los acusan de falta de respeto y de ponerles portes injustamente. Piensan que no son respetados como seres humanos y que sus sentimientos no se tienen en cuenta.

Como porte de este poder a veces se encuentran las personas que van de visita al centro. Los presos viven esta situación de forma negativa, no se sienten cómodos con las múltiples visitas que reciben tanto de personas interesadas profesionalmente en el tema - psicólogos, sociólogos, estudiantes- como de personas con cargos políticos que van a comprobar cómo funciona el centro *modelo*.

Las críticas hacia esta institución penitenciaria se basan en la falta de actividades, trabajo, talleres y ocupación del tiempo libre; escasos permisos y negación de otros beneficios o derechos penales; actuación inadecuada de las Juntas de Régimen y Tratamiento; actuación y elaboración de programas de intervención exclusivamente para dar prestigio a Alcalá II, no para rehabilitar y reinsertar a los reclusos.

3.6) Opiniones de las sujetas:

En cuanto a opiniones de los sujetos sobre diferentes temas, se ha recogido como uno de los temas, la actitud hacia el SIDA. Cuando estas sujetas hablan del SIDA en pública, durante los programas, casi ninguno personalizo, se habla teóricamente y las que tienen anticuerpos no suelen comunicarlo públicamente. En privado, esta posición cambia radicalmente, expresando sus miedos, su desconfianza en la medicina, su falta de futuro.

Unos adoptan la actitud de evadir el tema, de no pensar en ello, como método de defensa. Son capaces de decir que alguien se ha muerto de SIDA y cambiar de tema inmediatamente, como si no hubiesen dicho nada importante.

Otro tema descrito ha sido la actitud que poseen frente a la

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

delincuencia, siendo diferente para unos y para otros. Unos manifiestan sentimientos contradictorios o de interés por abandonar la vida delictiva, otros se sienten bien con esa vida. Sin embargo, todos coinciden en asumir 'su culpa'. Es común que los reclusos hablen de pagar lo que han hecho, mediante su permanencia en prisión. Siempre utilizan la palabra pagar para referirse a cumplir la condena: consideran que han delinquido, que los han pillado y que pagarán los años que les mande el juez.

Son conscientes de la actitud negativa que la sociedad posee ante los delincuentes.

La opinión que poseen sobre la sociedad es diversa. Para algunos se trata de las personas que etiquetan a los que delinquen y a los ex-reclusos, los rechaza. Otros ven la sociedad como algo ajeno a ellos, personas sin interés para sus vidas. Y en la mayoría de los casos existe miedo a ser rechazado.

La posibilidad o no de reinserción ha sido un tema discutido, encontrando personas que creen en la posibilidad de reinserirse socialmente y otros que aseguran que la integración en la sociedad *normal* es imposible.

Entre las opiniones de los presos respecto a la existencia de prisiones se encuentran los que creen que los cárceles no deberían existir, otros dicen que deben existir para algunos tipos de delincuentes como violadores o presos políticos. Algunos piensan que en lugar de prisiones debería haber otros centros alternativos para todos o para algún tipo de delincuentes. Y por último otros expresan que los cárceles deben existir porque el que delinque se arriesga a tener que pagar condena.

Como último tema recogido en las opiniones de los sujetos está la actitud hacia la vida. Es impresionante la falta de ganas de vivir de algunos presos, todos menores de 25 años, unos por padecer SIDA, otros porque tenían muchos años de condena o muchas cosas que cumplir. Otros, por no ver salida a su situación social y no encontrar alternativas reales.

3.7) *Opinión y valoración del programa de drogas:*

Para finalizar la exposición de las expresiones de los presos, se describe la valoración que los sujetos hacen del programa realizado (Moreno, 1997). Entre lo positivo del programa se encuentra la mejora en diferentes aspectos: aumento de la autoestima, diálogo y comunicación entre los asistentes y con los profesionales, adquisición de conocimientos sobre enfermedades y otras cuestiones relacionadas con la adicción, ayuda para la prevención de enfermedades, salir de la monotonía, aprender a estar en grupo y respetarse el turno de palabra. Hay sesiones que son valoradas más positivamente, como las de relajación.

En relación a la institución, para algunos presos ha supuesto un mejor trato por parte del personal laboral, así como el aumento de probabilidad de permisos

Los aspectos negativos se refieren principalmente a la condición de estar en una institución penitenciaria y a la falta de continuidad del programa, ya sea dentro o, idealmente, fuera de prisión. Más específicamente, los aspectos negativos se refieren a la falta de material, falta de personal cualificado, poca profundización de temas teóricos explicados, falta de confianza en el grupo cuando los monitores son funcionarios. Otras críticas se relacionan con falta de oportunidad para cumplir condena en un recurso comunitario.

CONCLUSIONES

Intentando resumir la amplia información descriptiva recogida durante el periodo de intervención psicosocial, concluimos con unos ideas que intentan resumir lo anteriormente expuesto:

1.- Se trata de una población con escasos recursos personales, especialmente en lo referido a formación académico y laboral.

Las características ofrecen un perfil de personas jóvenes, con edad media de 21.8 años, principalmente varones, salteros, con escasa formación académica y laboral. Las que han trabajada alguna vez, el 89.1%, han ocupado puestos no especializados,

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

cambiando frecuentemente de trabajo.

2.- Existe una gran desestructuración familiar: abandono de un progenitor, familias numerosas con escasos recursos socioeconómicos.

La media de hermanos es de 5.2, lo que significa un elevado número de miembros en las familias. El 26.5 % y el 56%, respectivamente, pertenecen a clase social baja o clase baja asalariada. Se aprecia que los padres de algunos individuos han tenido problemas con las drogodependencias y/o con la justicia y casi la mitad de los internos tiene uno o varios hermanos en situaciones similares. Un dato significativo es que el 56% de los internos no ha convivido de forma continuada con ambos progenitores; y esto, antes de que el recluso cumpliera los 16 años de edad. En el 36% del total ha faltado la madre y en el 53% el padre, lo que sigue manifestando la desestructuración familiar y la falta de modelos a seguir. Por último, el 23.4% tiene al menos un hijo sin mantener una relación estable de pareja.

Se han realizado diversas investigaciones sobre la influencia del número de hermanos y el puesto que se ocupa en la serie como factor específico que influye en las puntuaciones en tests de inteligencia y en el rendimiento general del niño, factores importantes para que el desarrollo posterior sea adecuado (Amelang y Bartussek, 1981). Las familias con problemas de delincuencia en alguno de sus miembros, suelen tener mayor número de hijos que las que no sufren estos comportamientos. Por otra parte, la relación fraterna se ve afectada por aspectos estructurales, tales como el sexo, el número de hermanos, el orden de nacimiento, etc. (Arranz y Malla, 1986).

3.- Carrera delictiva y su relación con las drogodependencias.

Se confirma el inicio temprano de la carrera delictiva; el 18.7% estuvo en algún centro de reforma y el 44% tiene antecedentes penales.

Todos los delitos por los que se encuentran en prisión se relacionan con el consumo de drogas, estando acusados de robos

Documentos de Trabajo Social DTS

con o sin intimidación el 95.2% de los sujetos. Para el 95%, la principal droga de consumo sigue siendo la heroína, estando acompañada de cocaína en el 55.7% de los casos. El 86% de estos adictos consumen por vía intravenosa, lo que supone el uso de jeringuillas y el consecuente contagio de enfermedades.

4.- Tienen problemas de salud graves.

Según los datos pedidos al equipo médico, un 56.2% de los participantes en nuestro programa se encuentran infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), encontrándose en diferentes estadios.

La inmensa mayoría de la población del programa ha padecido o padece algún tipo de hepatitis, principalmente de tipo B y C. Más de la tercera parte de los participantes padece o ha padecido algún tipo de las enfermedades denominadas de transmisión sexual (E.T.S.).

En el momento de la recogida de datos, sólo el 20.3% posee una boca aséptica (sin infecciones ni caries actuales).

5.- Ruptura con el mundo exterior.

Los presos mantienen escasas relaciones con personas que viven fuera del centro penitenciario. Casi el 22% no recibe ninguna comunicación o visita durante su internamiento.

6.- Cambios en los hábitos drogodependientes cuando se ingresa en prisión.

El problema de las drogodependencias en prisión se caracteriza por una serie de cualidades que se reflejan en los datos obtenidos en esta investigación: a) hay pocos internos que presenten problemas de tolerancia y síndrome de abstinencia, debido a la dificultad para disponer de droga suficiente para ello; b) existe un elevado número de politoxicómanos, con preferencia por la heroína, si dispone de ella; c) el drogodependiente prefiere la vía intravenosa para la administración de drogas, un elevado número de internos son y/o han sido adictos por vía parenteral, aunque muchos cambian

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE UN CENTRO PENITENCIARIO;
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y SAANITARIAS DE PRESOS
DROGODEPENDIENTES**

la vía de administración durante la estancia en prisión; d) no todos los drogodependientes pasan por los filtros de la delincuencia ni por la prisión. Tampoco todos los reclusos en las cárceles son drogodependientes, sin embargo un alto porcentaje sí lo son. Mayoritariamente, el denominado drogadicto no entra en prisión por cometer delitos contra la salud pública (tráfico de drogas) sino por delitos contra la propiedad; e) en los internos drogodependientes, cuando se incorporan a la sociedad, y si no están siguiendo ningún tratamiento de deshabituación, se agrava su toxicomanía, volviendo a delinquir y a reingresar en prisión.

BIBLIOGRAFÍA

Amelang, M. y Bartussek, D. (1981). PSICOLOGÍA DIFERENCIAL E INVESTIGACIÓN DE LA PERSONALIDAD. Barcelona: Ed. Herder.

Moreno Jiménez, P. (1997). INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS DROGODEPENDIENTES EN EL CONTEXTO PENITENCIARIO. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1986). INTRODUCCIÓN A LOS MÉTODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACIÓN. Barcelona: Ed. Paidós.

**“ANTE TODO
SON
PERSONAS:
NO TENGO
TECHO PERO
SÍ
DERECHOS.”**

**Lema campaña
Sin Techo 1.998
y 1.999**

Remedios García Álvarez
Josefa Moreno Román
Roberto Peña García

Trabajadores Sociales

RESUMEN

En el presente artículo pretendemos dar a conocer la intervención que, desde Cáritas Diocesana de Granada, llevamos a cabo un equipo de personal contratado y voluntarios, con el colectivo de marginados sin hogar. La intervención se centra en tres fases: Primera Acogida; Norma-lización y Reinserción. Para ello hacemos una primera aproxi-mación conceptual del colectivo, sus características y tipología. A continuación describimos el proceso metodológico de in-tervención con este colectivo, para terminar con unas conclusiones de carácter general.

INTRODUCCIÓN

El objetivo que nos lleva a elaborar este artículo es dar a conocer la realidad social que vive el colectivo de transeúntes en la provincia de Granada. Tras varios años de intervención constatamos que los prejuicios y estereotipos hacia este colectivo siguen presentes en nuestra sociedad, dificultando, de esta manera, las alternativas de integración e inserción a las que, como personas, tienen derecho.

Los estereotipos que los preceden: "están ahí porque quieren"; "se lo merecen"; "son vagos y maleantes "; "prefieren vivir en la calle"; "están sucios y huelen mal"; "ellos se lo buscan";....., hacen que la normalización e inserción sea una labor ardua y bastante difícil, no dependiendo esto sólo de su cambio y recuperación personal, sino de la aceptación por parte de la sociedad en general.

Nuestra exposición versará sobre el Programa que desde Cáritas, en colaboración con la Administración Local, se lleva con este colectivo, distinguiendo tres grandes fases: Primera Acogida; Normalización y Reinserción.

Como aproximación al tema nos parece oportuna definir qué entendemos por Transeúnte – sin Techo, aclarando algunas características o rasgos comunes que los definen y diferenciando la tipología que dentro del término Transeúnte – sin Techo se engloba.

DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y TIPOLOGÍAS

DEFINICIÓN:

Transeúnte – Sin techo: Persona que transita, que está de paso, deambula de un sitio a otro, de lugar en lugar, de institución en institución, sin más recurso que lo que lleva encima, buscando algo que le permita sobrevivir a corto plazo aunque sea en un nivel vital mínima. Estamos hablando del transeúnte "marginado", lo contrario de integrada.

CARACTERÍSTICAS

Los transeúntes son personas con problemáticas muy diversas, siendo los rasgos más comunes los siguientes:

.Desarraigo: sin raíces sólidas, sin grupo humano de referencia, por lo cual viven en tránsito.

.Carencia: sin recursos, sin trabajo, sin vivienda.

.Marginación: por la sociedad, excluidos sociales, no preocupan en exceso porque no presentan amenazas.

.Soledad: sin relaciones interpersonales, sin lazos personales y sociales, sin familia, sin cariño; les lleva a ser individualistas, desconfiados, agresivos, aislados, guardando celosamente su intimidad.

.Ruptura personal: fracasados, ausentes de triunfos o gratificaciones, encerrados en un laberinto sin salida, humillados, con baja autoestima; lo que les lleva a desequilibrios personales, apatía, desmotivación, negatividad, victimismo, todo lo cual lo traducen en una mala imagen externa.

.Subcultura como modo de vida: mentalidad que mezcla valores tradicionales con valores y comportamientos marginales, acostumbrados a ciertos hábitos de supervivencia, llevándoles a acomodarse en su situación y a una falta de ganas a integrarse socialmente.

.Dependencia institucional: incapacidad para afrontar sus problemas, viven la inmediatez, pícaros, recurren a las instituciones para sobrevivir.

.Conflictividad familiar: lazos familiares rotos por causas de drogodependencia, alcoholismo, ludopatía, separaciones conyugales, etc, llevándoles, tras agotar otros recursos, o "rular" o "carrilar" como forma de vida.

“ANTE TODO SON PERSONAS: NO TENGO TECHO PERO SÍ DERECHOS.”

.Aspectos sanitarios: otras de las causas que abocan a estas personas a padecer el transeuntismo es la presencia de diversas patologías mentales que se agravan por la falta de grupo de referencia: familias, amigos, etc; así como la falta de recursos especializados de atención en salud mental. Situaciones que vemos agravadas a raíz de la reforma psiquiátrica (aún pendiente).

.Vivienda: la falta de una política de vivienda adecuada a las características de los colectivos más desfavorecidos, favorece el que existan personas que vivan en la calle.

.Falta de cualificación: el no tener formación y/o cualificación profesional dificulta su entrada en el mercado laboral, presentándose situaciones de paro prolongado, de desmotivación para el reciclaje laboral, de poca acceso a la formación ocupacional o reglada, etc. Todos estos factores les llevan a permanecer de forma crónica en su situación.

TIPOLOGÍAS

Tres son los grandes grupos en que se suelen subdividir a los transeúntes atendiendo al tiempo de permanencia en esta situación, al grado de desarraigo y de dependencia (aunque los del tercer tipo adoptan una postura de plena independencia), así como a sus posibilidades de inserción social:

.El incipiente (o navato, según algunos): es el que inicia su búsqueda de medios de vida fuera de su lugar habitual de residencia, y que se caracteriza por una relación familiar deteriorada, por la escasez de recursos y por la utilización esporádica de los servicios de acogida.

.El habitual (o veterana): es el que suele llevar más de seis meses en esta situación, utiliza habitualmente los servicios y tiene dificultades para afrontar su situación y salir de ella.

.El crónico: es el que lleva ya muchos años como transeúnte (aunque incluso desde hace tiempo ya no se mueva de una misma población) y que está caracterizado por un gran deterioro (tanto

físico como psíquico), por la ausencia de utilización de los servicios (ni siquiera quiere ya acomodarse a las normas), que vive en cualquier lugar que encuentra y al que le resulta imposible afrontar su situación por sí sólo.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON TRANSEÚNTE – SIN TECHO. PROCESO METODOLÓGICO

Desde hace cuatro años llevamos a cabo nuestra intervención con este colectivo enmarcado dentro de la Acción Social de Cáritas, Departamento de Exclusión; y más concretamente en el Programa Integral de Atención a Transeúntes y Marginados sin hogar de la provincia de Granada.

Este programa pretende dar respuesta al compromiso social con los colectivos y territorios más desfavorecidos, con el objetivo último de construir una sociedad más justa para todos. Partiendo y apostando por reconocer que estas personas son parte activa de y en la sociedad.

Como objetivos específicos destacamos, cuando comenzamos a trabajar hace ya un tiempo, los siguientes:

1. Consolidar las fases del Programa de atención a Transeúntes – Sin Techo, priorizando la promoción e inserción de la persona desde el comienzo de la intervención.
2. Fijar criterios de actuación para cada fase: Acogida; Promoción – Normalización y Reinserción.
3. Operativizar y optimizar los recursos que actualmente se destinan a la atención del colectivo desde una coordinación interna y externa (comedores sociales, Cáritas, Administración local, etc).

“ANTE TODO SON PERSONAS: NO TENGO TECHO PERO SÍ DERECHOS.”

FASES DE INTERVENCIÓN (PROCESO METODOLÓGICO)

Antes de comenzar a describir las diferentes fases que integran el Programa Integral de Atención a los Transeúntes-Sin Techo en Granada creemos conveniente señalar que nuestra filosofía de acción se basa en una relación de proximidad, seguimiento y acompañamiento individualizado a lo largo de todo el proceso de recuperación personal del usuario. El mencionada programa cuenta con las siguientes fases:

1ª FASE: CENTRO DE ACOGIDA

Este recurso, desde Cáritas lo definimos como aquellos espacios que tratan de acoger a todo transeúnte que llegan a una localidad en situación de necesidad.

¿Cómo se hace?

La persona encargada de realizar la acogida deberá discernir si es transeúnte o acude al servicio por un problema concreto (trabajo, conflicto familiar, etc), a través de la siguiente técnica de trabajo:

La entrevista: entendida como primera relación entre el transeúnte y la persona que la realiza, valorando este encuentro importante ya que debe contener los elementos básicos que van a definir una posterior intervención a seguir, resaltando lo siguiente: crear un clima sosegado; desdramatizar la situación sin crear expectativas; ayudar a enfocar sus necesidades partiendo de las posibilidades y no de las carencias; derivar a los albergues o casas de acogida.

¿Dónde se realiza?

La primera acogida se lleva a cabo en los siguientes lugares:

.Cáritas Parroquiales,

.Centro de orientación y atención social al transeúnte (C.O.A.S.T.),

Documentos de Trabajo Social

DTS

„Casa de Acogida “Luz casanova”.

En función de la situación presentada por el usuario y detectada tanto por el personal voluntario como remunerado, el beneficiario podríamos clasificarlo como:

Los crónicos: personas de edad avanzada, con gran deterioro físico y psíquico que ni siquiera utilizan las albergues por su incapacidad para adaptarse a las normas o bien por su rechazo a las mismas (mendigos, vagabundos, etc.).

Los habituales: (a los que también llamamos veteranas), son personas mayores de 45 años con dificultad para acceder al mercado laboral y con pocas posibilidades de promoción y en edad o muy cerca de la jubilación.

Los promocionables: son aquellos que teniendo posibilidades no optan por un proceso de normalización e inserción sencillamente por desconocer sus ventajas o querer mantener su estilo de vida “hasta que el cuerpo aguante”.

El trabajo realizado con cada uno de estos grupos es el siguiente:

Con los primeros, los crónicos, tratamos su deterioro a través de la acogida y asistencia en el albergue así como la dignificación de sus condiciones de vida, desarrollando hábitos de higiene, de convivencia y gestionando algunas prestaciones económicas.

Con los habituales de edad avanzada trabajamos el desarrollo de capacidades en el ámbito formativo, ocupacional, cultural, relacional y económico.

Con el tercer grupo partimos de potenciar las posibilidades de cambio, así como empezar un plan de trabajo con actividades ocupacionales, relacionales y de recuperación personal.

Todo este proceso de intervención individualizado con cada uno de los usuarios o quienes podemos englobar en alguno de los grupos anteriormente mencionados, se inicia en la Casa de Acogida

“ANTE TODO SON PERSONAS: NO TENGO TECHO PERO SÍ DERECHOS.”

Luz Casanova (1ª Fase) con capacidad para 27 residentes (21 hombres y 6 mujeres). Serán los que, de manera progresiva, cumplan los objetivos marcados en su plan de trabajo personalizado los que pasen a Residencia Madre de Dios (2ª Fase) con el fin de continuar su progresiva normalización. Este Centro cuenta con un total de 28 plazas (20 para residentes de edad avanzada, 3 para alcohólicos crónicos y 5 para residentes en proceso de normalización).

2ª FASE: FASE DE NORMALIZACIÓN: RESIDENCIA MADRE DE DIOS

Se definen como los centros en los que mediante un régimen de estancias se trata de elevar los niveles de dignidad y calidad de vida de los transeúntes que a él se incorporan, contribuyendo a solucionar con ellos una serie de problemas vitales y tratando su incorporación a un proceso de inserción iniciado en la primera de las fases con las que cuenta el Programa de Atención Integral.

3ª FASE: REINSERCIÓN: CENTROS DE REINSERCIÓN

Se definen estos centros como los espacios donde se incorpora el transeúnte dispuesto a seguir un proceso de promoción y reinserción, a través del seguimiento del plan de trabajo iniciado en las dos primeras fases, por lo que huelga decir que los beneficiarios han de residir antes de hacerlo en Casa de la Esperanza (3ª Fase), con capacidad para 10 residentes, en los dos Centros anteriormente mencionados: Casa de Acogida Luz Casanova y Residencia Madre de Dios.

¿Cómo se hace?

Desde el plan de trabajo personalizada se definirán las siguientes áreas de atención:

Psicológica afectiva,
Social (vivienda),
Familiar,
Sanitaria,
Cultural – educativa – formativa,

Jurídica,
Laboral y
Económica (autoadministración)

Todas estas fases ubicadas en los centros están dotadas de recursos económicos, humanos y materiales adecuados para dar respuesta a esta realidad.

CONCLUSIONES

La praxis y experiencia diaria que hemos ido recogiendo en estos últimos cuatro años, nos permiten llegar a los siguientes conclusiones:

.Los prejuicios y estereotipos hacia este colectivo siguen presentes en nuestra sociedad dificultando de esta manera las alternativas de integración e inserción a las que, como personas, tienen derecho por lo que sería conveniente potenciar la realización de campañas de sensibilización.

.Se detecta un elevado grado de abandono de los procesos iniciados por parte de los usuarios debido en gran medida a que se trata de personas que tienen fuertemente arraigados determinados hábitos de vida.

.Existe una deficiente coordinación entre la Administración Pública e Iniciativo Social que dificulta el poder proporcionar una atención adecuada a las personas marginadas sin hogar.

.Deficiente dotación presupuestario o dotación del mismo.

.Cambio del perfil del transeúnte tradicional.

.Atención deficiente a las personas que pertenecen a este colectivo afectados por trastornos de salud mental, ya que la reforma psiquiátrica que se anunció allá por los años 80 (desinstitucionalización), no ha llegado o desarrollarse.

.Los Centros de Acogida para personas sin hogar pueden compararse con un "cajón desastre" en el que todo cabe, a saber,

“ANTE TODO SON PERSONAS: NO TENGO TECHO PERO SÍ DERECHOS.”

personas mayores, toxicómanos, alcohólicos, enfermos de salud mental y afectados por problemas físicos que han sido dados de alta en el hospital pero que requieren, por su estado de salud, cuidados médicos, personas afectados por problemas de ludopatía, etc.

PROPUESTAS

.Incrementar la formación de los profesionales de las unidades de intervención y otros servicios concurrentes que realicen funciones relacionadas con las personas marginadas sin hogar.

.Profundizar en el conocimiento sobre la población marginada sin hogar en Andalucía, especialmente sobre su situación, características y necesidades sociales.

.Sería conveniente no facilitar billetes de viaje, pues de esta manera favorecemos fácilmente la movilidad de las personas que integran el colectivo, lo que ocasiona un mayor desarraigo en ellos.

.Es necesario fomentar la existencia de Centros de Acogida y no favorecer la implantación de albergues.

La intervención que se desarrolla en este artículo nos confirma el cómo se puede instrumentalizar y llevar a cabo itinerarios de inserción con un marco teórico orientador para la intervención social con los marginados sin hogar.

Desde nuestra experiencia y trabajo diario, no sólo de los profesionales sino también de todo el voluntariado que participa de forma activa en este proceso, consideramos oportuno valorar y estimular la implantación de la iniciativa social, de la Administración y de todos los profesionales del Trabajo Social, que, al igual que nosotros, intervienen con los colectivos marginados y excluidos desde el horizonte de alcanzar y ver la construcción de una sociedad más accesible para todos.

BIBLIOGRAFÍA

Cáritas Diocesana. PROGRAMA DIOCESANO DE TRANSEÚNTES. Granada, 1998.

Cáritas Española. VOLVER A SER. MODELO DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON TRANSEÚNTES. Madrid, 1996.

PLAN DE SERVICIOS SOCIALES DE ANDALUCÍA 1993/1996. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON MUJERES DE SECTORES SOCIALES DES- FAVORECIDOS

Josefa Moreno Román
Diplomada en Trabajo Social por la
Universidad de Granada.

Gabriel José Martín-Martín
Doctor en Psicología Evolutiva y de
la Educación.

Rosana de Matos Silveira
Santos
Licda. en T. S. por la Universidad de
Minas Gerais Belo Horizonte. Brasil.

RESUMEN

En este artículo exponemos el modelo de intervención psicosocial que hemos seguido en el Taller de Promoción de la Mujer de Cáritas Diocesana de Granada, basada en un trabajo multidisciplinar. Desde ambas perspectivas, social y psicológica, llevamos a cabo una intervención individual basada la primera, en el Modelo de Intervención de Cristina de Robertis, y la segunda, en la Terapia de Valoración Cognitiva (TVC). En este artículo damos repaso a la metodología que hemos seguido y a los buenos resultados logrados.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha cambiado la perspectiva desde la que se enfoca la problemática de la mujer. La puesta en discusión de la supremacía masculina como fundamento único de la sociedad y la cultura, permitió desvelar la situación discriminada de la mujer, algo hasta entonces ignorado, o lo que es peor, carente de interés social. Actualmente, las mujeres en su relación con la educación y con el trabajo, con la economía y la política, con el consumo y el ocio, con la droga y la delincuencia, con la complejidad de facetas que ofrece la problemática social, ocupan y preocupan. Y uno de los temas más recientemente incorporados a esta problemática ha sido la relación entre las mujeres y la pobreza.¹

Podemos afirmar que la pobreza tiene género, y lo tiene porque las tasas de actividad femenina en España son las más bajas de Europa, el salario de las mujeres en iguales trabajos son un 18 % menor al de los varones, y porque el paro de larga duración afecta a un 56 % del total de mujeres frente al 38 % de los hombres. Además, la pobreza de las mujeres es una pobreza encubierta, invisibilizada bajo la estructura familiar, y vinculada a la situación de dependencia afectiva y económica con los varones, a ser perceptora de una menor protección social y recursos para combatir la pobreza, y a la mayor responsabilidad delegada o asumida por las mujeres en la gestión de recursos escasos: aumento del trabajo no remunerado y búsqueda de apoyo social externo.

El empobrecimiento de las mujeres no se debe sólo a factores económicos sino que existen otros elementos sociales-culturales que están incidiendo en él de forma interrelacionada.

Esta relación entre las mujeres y la pobreza ha llevado a acuñar el término "feminización de la pobreza", término que significa que la proporción de mujeres sobre el total de los pobres ha aumentado. La pobreza conduce a la mujer al máximo grado de dependencia e influye negativamente en todas las esferas de su vida: degradación física y emocional; quebrantamiento de la salud; estrés; depresión; recortes en los gastos de la vivienda, comida y ropa; reducción del número de amigos, ya que no disponen de

Documentos de Trabajo Social

DTS

medios o lugares para atenderlas; deterioro de las relaciones con la familia y otras personas próximas; imposibilidad de acceso a los lugares de diversión, actos u objetos de tipo cultural; necesidad de recurrir continuamente a los servicios sociales por la necesidad de hacer frente al pago de muchas de las necesidades básicas.

Si tenemos en cuenta la distribución de ingresos, parece que existe un diferencial desfavorable a las mujeres, que presentan porcentajes de población notablemente más elevados en el estrato de rentas más bajas, un 7,8 % del total en el caso de los varones y casi el 30 % en las mujeres.²

En cuanto a la relación mujer-trabajo, la carencia de un trabajo remunerado constituye aún uno de los principales índices de pobreza. El paro lo sufren especialmente las mujeres; de cada tres parados, dos son mujeres. A esto se une la falta de cualificación profesional y el bajo o nulo nivel cultural, lo que hace que las mujeres sigan dependiendo económicamente del hombre para poder subsistir y, en ausencia de estos, de las ayudas de instituciones tanto públicas como privadas. Esta realidad condena a las mujeres a vivir permanentemente en situaciones de dependencia, bien del varón, bien de los recursos institucionales. Existen indicios suficientes para poder afirmar que los cambios en el mercado laboral en la última década han afectado de un modo más negativo a las mujeres, con un aumento mayor de su tasa de paro y un menor crecimiento relativo de sus salarios reales.³

Por otra parte, también el nivel educativo está en estrecha relación, tanto con el grado de participación en el mercado laboral como con el tipo de ocupación y las condiciones laborales. El aumento del nivel educativo se traduce en una mayor propensión a entrar en el mundo del trabajo.

Las causas que llevan a una mujer a entrar en el mundo de la pobreza son diversas, no sólo factores relacionados con el empleo -el desempleo, la subocupación, la temporalidad y la discriminación racial- sino también otros factores que interrelacionados entre sí abocan a las mujeres a vivir situaciones de marginación y pobreza.

Uno de estos factores es el gran aumento de familias mono-

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON MUJERES DE SECTORES SOCIALES DESFAVORECIDOS

parentales, hogares cuyo sustentador principal es una mujer, integrados en un porcentaje importante por personas mayores de 65 años y mujeres cabezas de familia (según el Panel de Hogares de la Unión Europea en casi todos los Estados Miembros cerca del 85 % de familias monoparentales tenía como sustentador principal a una mujer).⁴ Según datos del Ministerio de Asuntos Sociales, el crecimiento de estos hogares continuó entre 1990 y 1995, aunque a un ritmo más lento que en el período previo. Parte de este crecimiento ha estado protagonizado por los procesos de ruptura familiar, con un notable aumento del porcentaje de mujeres separadas y divorciadas con hijas a su cargo y con el incremento también del porcentaje de hogares encabezados por madres solteras.

Esto, unido a la dificultad de la mujer para reincorporarse o acceder por primera vez al mercado laboral, nos dice que caben pocas dudas sobre la entrada de la mujer en el mundo de la pobreza.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Las mujeres con las que intervenimos presentan una realidad compleja, cambiante y contradictoria, que se refleja en las demandas que nos plantean y en las problemáticas sociales que presentan. Como trabajadoras sociales, en nuestra práctica profesional procuramos responder *"a las necesidades sociales básicas de las personas y a los problemas de la sociedad"*⁵ Desde esta perspectiva queremos señalar el cómo a través del Trabajo Social respondemos a las necesidades demandadas por las mujeres con las cuales trabajamos en el Taller de Promoción de Córitas Diocesana de Granada.

Nuestra práctica tiene como marca conceptual el *Modelo de Intervención* según Cristino de Robertis, intervención que llevamos a cabo a nivel individual. Basándonos en este Modelo actuamos como *"agentes de cambio"* (cambios personales, familiares, sociales), determinando los objetivos precisos que se quieren alcanzar y los medios para lograrlos.⁶ Destacar que las mujeres

Documentos de Trabajo Social

DTS

son protagonistas de su propio proceso de cambio y que juntos (profesional – usuaria) señalamos los objetivos, las acciones y evoluamos la intervención.

Partimos del principio de que la mujer “no puede participar activamente en la historia, en la sociedad, en la transformación de su realidad si no se le ayuda a tomar conciencia de la misma y de su propia capacidad para transformarla”.⁷

Pensamos que la realidad no puede ser modificada hasta que la mujer no descubre que es modificable y que ello puede hacerlo, a partir de aquí y a través de nuestra acción procuramos provocar en ellas una actitud crítica, de reflexión, que comprometa a la acción y por consiguiente al cambio.

Cuando una mujer decide acudir al Trabajador Social ha atravesado por varios fases, se ha enfrentado o un problema y lo siente como necesidad. Ha tomado conciencia del mismo y solicita ayuda. Hasta aquí la mujer ha recorrido parte del camino, está en movimiento, aunque con sentimientos de miedo, de angustia, etc.

El Taller de Promoción noce después de un estudio de la reolidad, donde constatamos que el 90 % de las demandas eran hechos por mujeres. En un primer momento (demanda explícita) la petición está centrada en el tema económico, aunque esta demando trae consigo una demando implícito: problemas psicológicos, malos tratos, baja autoestima, dificultad paro afrontar las situaciones de crisis en los que se encuentran, separaciones, dificultad poro acceder ol mercado laboral, etc.

Las mujeres que acuden o solicitar ayuda tienen cargas familiares, deficiencias en su autoestima y de valoración de su aportación personal, poca o nula cualificación profesional y carencias en habilidades sociales que les permito afrontar las relaciones interpersonales y sociales poro superar sus deficiencias y el aumento de la colidad de sus vidos.

Desde esta realidad, entendimos lo urgencia de una acción de promoción y desarrollo integral de este sector de la población, tan desfavorecido y excluído socialmente. Si solamente tratamos de

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON MUJERES DE SECTORES SOCIALES DESFAVORECIDOS

resolver las carencias económicas haríamos un floco favor a la consecución de una sociedad más justa e igualitaria. Por ello, la cobertura de las carencias económicas debe ir acompañada de acciones que doten a las mujeres de recursos que les permita el logro de su autonomía personal y económico.

Entre las características que presentan estas mujeres destacar:

- *Forman familias monoparentales con una media de dos hijas.
- *Paseen bajo a nulo nivel cultural.
- *Carecen de cualificación profesional.
- *Ausencia de hábitos normalizados.
- *Tienen poco ayudo de la familia extensa (teniendo en cuenta que la familia extensa presenta las mismas patologías sociales).
- *En un gran número presentan problemáticas de malos tratos.
- *Precariedad económica.

Para dar respuesta a esta problemática nace el Taller de Promoción con el objeto de llevar a cabo una intervención global con el colectivo de mujeres excluidas socialmente.

El Taller consta de dos fases complementarias entre sí. Fase de Promoción y Fase de Especialización.

En la primera fase las mujeres acceden desde el Servicio de Atención Primaria después de un estudio y valoración del caso. En esta fase hay actividades diversas: taller de cocina, de alfabetización, de costura, de habilidades sociales, terapias de grupo, charlas culturales, video forum, salidos culturales, visitas a recursos de la zona, etc. La permanencia aquí oscila entre seis meses y un año y perciben una beca salario.

En la segunda fase, de Especialización, se encuentran las mujeres procedentes de la primera fase (o bien pueden pasar directamente del Servicio de Atención Primaria), que estén preparadas para realizar trabajos de confección y arreglos de ropa. El objetivo de esta segunda fase es el autoempleo.

En cuanto al Equipo de Trabajo, coordinado por una Trabajadora Social, está compuesto por personal contratado y

Documentos de Trabajo Social

DTS

voluntario, entre ellos: trabajadores sociales, monitores, pedagogos y diplomados en magisterio, psicólogos, modistas, etc. Todo esto desde un enfoque interdisciplinar, donde como señala Monserrat Colomer *“estamos (todo el equipo) ante un objetivo común, en una posición igualitaria pero diferente por el tipo de información que pueden aportar y la intervención que puede realizar”*.

Partimos que el rol del Trabajador Social como coordinador del equipo es el de posibilitar la integración y cohesión del mismo, favoreciendo una comunicación fluida entre todos los miembros; así como el de facilitar recursos, tanto humanas como materiales; favorecer la participación de todos y cada una de las miembros y llevar a cabo un sistema de evaluación de la intervención, que permita alcanzar el perfeccionamiento del trabajo realizado y el alcance de los objetivos propuestos.

Los Objetivos que el Taller persigue son:

- *Abordar procesos de socialización.
- *Hacer emerger, verbalizar la demanda latente de las mujeres.
- *Ofrecer las becas salariales como forma de dignificar la ayuda económica.
- *Despertar la motivación, favorecer la autonomía económica e incentivar hacia el trabajo.
- *Promover la adquisición de una autoestima y un conocimiento de sus propias potencialidades.
- *Construir una dinámica grupal basada en la cooperación y la ayuda mutua entre las mujeres.
- *Impulsar la búsqueda de “espacios propios” (formativos, ocupacionales, lúdicos...) que favorezcan la promoción y el desarrollo personal de las mujeres.
- *Confeccionar un Plan de Trabajo Personalizado con cada una de ellas, que facilite la elaboración de sus proyectos vitales.

En la primera entrevista (la acogida) que realizamos a las mujeres que llegan al taller constatamos que la demanda explícita es muy concreta y muy de nivel inmediato: dinero para el pago de necesidades básicas (alquiler, agua, luz, etc); problemas con algún miembro de la familia (toxicomanía, paro, encarcelamiento del

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON MUJERES DE SECTORES SOCIALES DESFAVORECIDOS

marido y/o hijo, etc). Sin embargo existe en ellas una demanda latente que en este momento no siempre expresan (o bien no detectamos).

Esta demanda comenzará a aflorar en la medida en que vayamos profundizando en la problemática que en un principio nos plantean. En las sucesivas entrevistas va emergiendo de forma cada vez más clara y concreta la verbalización de *su demanda personal* (baja autoestima, inseguridad, malos tratos, sentimientos de rechazo, falta de afectividad, otras). A partir de este momento el equipo (trabajadores sociales, psicólogo, monitores) realiza un análisis de la situación y junto con la mujer elabora lo que llamamos el Plan de Trabajo Personalizado, es decir, comenzamos la intervención individual propiamente dicha.

Consideramos importante que la mujer se sienta parte de su propio proceso, que sienta la necesidad del cambio y que experimente como suyos los logros alcanzados.

A lo largo de todo el tiempo de permanencia en el taller vamos evaluando las acciones realizadas, los avances, los retrocesos, en definitiva las diferentes respuestas a las diferentes acciones que desde el comienzo se planificaron. Todo esto metodológicamente se va desarrollando en las reuniones quincenales que todo el equipo mantenemos.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Desde la primera vez que nos enfrentamos al hecho de trabajar con mujeres de sectores sociales desfavorecidos, nos dimos cuenta que necesitaban una intervención especialmente diseñada para ellas. Aunque no presentaban, en líneas generales, graves trastornos, sí que mostraban una baja autoestima y un mal autoconcepto. Hablando con ellas, compartiendo experiencias, descubrimos que sus problemas, en gran medida, residían en una concepción bastante negativa de ellas mismas, concepción originada en las desigualdades sociales, desigualdades entre los dos sexos y mantenida por justificaciones sostenidas por el contexto social en que se desenvuelven. El papel secundario de la mujer respecto del varón en sus contextos, las hacía sentir, intrínsecamente, menos

valiasas y menos dignas de estima. Nos planteamos crear una intervención para estas mujeres, una intervención evidentemente femenina que analizase estas concepciones, su origen y promoviese su superación.

En las mujeres de sectores sociales desfavorecidos, hemos encontrado unos niveles bastante bajos de autoestima, así como unos autoconceptos bastante negativos. Se trata de mujeres con muy baja escolarización que no conocen más visión del mundo y de las relaciones que la imperante en su contexto social. La ausencia de educación imposibilita que cuenten con otros modelos de referencia que les ayuden a cuestionar los roles que les han sido asignados. Partiendo de este hecho y de nuestra concepción de autoconcepto y autoestima, hemos elaborado un método de intervención basado en la reeducación, en el cuestionamiento de los roles asignados a la mujer en su contexto social (mediante el análisis histórico-social de los mismos) y el ofrecimiento de alternativas a sus cogniciones desadaptativas.

Se trata, en definitiva, de un procedimiento específico para mujeres (de determinado estrato social) con finalidades educativas en el que se ofrece una orientación y el apoyo necesario para desarrollar habilidades críticas con el contexto y sus concepciones, aumentar la capacidad discursiva de nuestras usuarias y suplir las carencias que en estas mujeres (y en este terreno concreto) origina una menor educación que la recibida por mujeres de diferentes contextos sociales. En este artículo explicamos este procedimiento.

No vamos a entrar en este artículo a explicar aquí cómo establecemos una apropiada comunicación con nuestras usuarias (suponemos que los lectores saben de sobra cómo establecer un buen nivel de rapport), sino que entraremos de pleno en la explicación del método que empleamos, siendo el principal momento del mismo, la detección de cogniciones desadaptativas.

1. La detección de cogniciones desadaptativas.

Hemos detectado numerosas cogniciones que resultan

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON MUJERES DE SECTORES SOCIALES DESFAVORECIDOS

desadaptativas para las mujeres. Para ella, recurrimos a un método relativamente simple. Planteamos un tema: familia, relaciones de pareja, el trabajo fuera de casa, etc., siempre un tema en el que sepamos que nuestras mujeres (si no todas, gran parte), tienen problemas. Les pedimos que nos cuenten dificultades que tienen en estas áreas y situaciones relacionadas que las hagan sentir mal. Si aparecen bloqueos recurrimos a procedimientos que los evitan, fundamentalmente dos: que escriban lo que piensan o los problemas que tienen, para ser leídos por el terapeuta garantizando el anonimato de quien la ha escrito y un segundo procedimiento al que llamamos "le pasa a una amiga". Hemos comprobado⁸ que cuando pedimos que nos cuenten los problemas que tiene, en relación al área tratada, alguien que conozcan, las usuarias suelen expresar sus propias dificultades aprovechando el anonimato que les garantiza que "le pase a otra persona". Evidentemente, en el tratamiento individualizado, todas las máscaras se eliminan, pero durante la terapia grupal, hemos conseguido con estos procedimientos establecer un flujo comunicativo usuaria-terapeuta libre de bloqueos.

A partir de aquí, aparecen los sentimientos, percepciones y pensamientos que las mujeres experimentan en un contexto determinado y que suelen ser bastante desadaptativos. Para no ser demasiado cansinos, pasaremos a sistematizar estas cogniciones. Fundamentalmente, hemos hallado de dos tipos:

* Cogniciones que denotan desigualdad entre los sexos (en perjuicio del femenino).

* Cogniciones acerca del rol que corresponde a la mujer.

Entre las primeras, hemos encontrado cogniciones y reglas personales de vida (Wessler y Hankin-Wessler, 1991) tales como "la mujer es menos inteligente que el hombre", o "el hombre es más fuerte que la mujer y eso le capacita mejor para la vida".

Entre las segundas encontramos ejemplos como: "la mujer debe satisfacer siempre a su marido"; "el lugar natural de la mujer es la casa"; "el trabajo en casa, no es trabajo" o "el papel natural de la mujer es la maternidad".

Aunque a muchos de nosotros nos pueden parecer más que superados estos modos de pensar, para estas mujeres, con una escasa educación y, por tanto, poca capacidad crítica, son poco menos que “dogmas de fe” que gobiernan la vida en sus contextos sociales⁹, confiriéndoles un papel siempre secundario y poco alentador.

Lo importante en este momento es tener presente que las mujeres se perciben, debido a estas cogniciones, de un modo bastante negativo, ya que «son inferiores a los hombres y su papel no es realmente importante». El cabeza de familia, el que aporta el sustento, de quien depende la buena marcha de todo, es el varón, nunca ella. Si sus cogniciones las sitúan en un lugar secundario e irrelevante en numerosos casos (en comparación con el varón), no nos sorprende que sus autoconceptos sean negativos y tengan una baja autoestima.

2. El Análisis Histórico-Social

Una vez detectadas las cogniciones que resultan desadaptativas y que originan un autoconcepto negativo, procedemos a trabajar sobre ellas mediante un proceso educativo que implica un cuestionamiento de tales cogniciones apoyado en un análisis de tipo social basado en el estudio de la historia en numerosas ocasiones. Por decirlo de un modo sencillo, nuestro trabajo resalta el aspecto desajustador de ciertas cogniciones que comparte un grupo social, e intentamos ofrecer alternativas a estas cogniciones mediante la reeducación. Es muy sencillo, pero ha ofrecido resultados muy positivos.

Para este análisis histórico-social, nos remontamos en la historia al momento en que se originó determinada cognición o un rol concreto. Analizamos sus causas y observamos que en el origen del mismo está, casi siempre, un condicionante económico, de poder o similar¹⁰. Evidentemente, nos apoyamos en el trabajo de antropólog@s e historiador@s. Una vez analizado el origen histórico-social de las cogniciones a tratar, planteamos alternativas, tras facilitar la comprensión del hecho histórico en sí. A partir de este momento, las mujeres ya son capaces de manejar argumentos en contra de sus propias cogniciones y son capaces, por sí mismas

y apoyadas en el terapeuta, de encontrar cogniciones alternativas que resulten mejores para su autoconcepción y que permitan una mejora de su autoestima.

3. Los Resultados

A partir de este momento, empiezan a ver clara que determinadas concepciones que las hacen sentir menos valiosas no se les aplica por el mero hecho de ser mujeres, sino por ser mujeres en esta sociedad concreta y que, por tanto, podrían ser de otra forma. Además, estas concepciones parten de un momento histórico en el que la sociedad era muy distinta a la actual y que, por tanto, son reminiscencias de un momento que no tiene ninguna vigencia en la actualidad. A continuación y apoyadas en el trabajo de monitora y trabajadora social, se orienta a las mujeres para que recurran a asociaciones de mujeres, delegaciones del Instituto de la Mujer, etc., donde se verán reforzadas en sus nuevas concepciones y en su nuevo modo de ver el mundo y las relaciones con los demás.

Trabajamos concepciones asociadas a áreas como las relaciones familiares, las relaciones sentimentales, la crianza de los hijos, el reparto de tareas en el hogar, etc. siempre siguiendo el mismo proceso: detección de las concepciones, análisis histórico-social de las mismas, planteamiento de alternativas y comprensión de la no vigencia de las mismas en la sociedad actual. A partir de esto, las mujeres comienzan a desarrollar una visión diferente de ellas mismas, visión en la que se consideran más valiosas, más importantes, más capaces y más autónomas. Comienza un proceso de cuestionamiento de sus anteriores concepciones desadaptativas y aparecen visiones de sí mismas más positivas. Con esto, su autoconcepción mejora notablemente y por ende, su autoestima. Además, se les refuerza directamente (apoyo, alabanza, etc., como en cualquier terapia) y mediante el contacto con asociaciones y/o colectivos que les puedan resultar de interés.

Empleando un lenguaje sencillo y promoviendo el debate y la participación de las mujeres, analizando las concepciones que durante este debate emergen, hemos conseguido avances notables y mejoras tanto en sus autoconceptos como en su autoestima.

Del mismo modo, hemos logrado progresos en su autonomía personal de manera que han encontrado trabajo el 65%; han superado conflictos familiares el 70%, y manifiestan encontrarse más o gusto consigo mismas y tener una mejor imagen propia el 71%, así como también el 71% manifiesta sentir un afecto más positivo hacia sí misma.

CONCLUSIONES

Desde el Taller de Promoción de Córitos valoramos que el trabajo multidisciplinar para la intervención con mujeres de sectores sociales desfavorecidos es uno de los instrumentos más eficaces para facilitar los procesos de integración social y de recuperación personal. Desde nuestro trabajar junto a este grupo de mujeres constatamos la importancia de una buena coordinación, lo que va a dar lugar a mejores respuestas y a mejores resultados. Otro dato importante a tener en cuenta es la participación que las mujeres tienen en todo el proceso, participación que potenciamos, ya que consideramos prioritario que la mujer se sienta parte de su propio proceso, que sienta la necesidad del cambio y que experimente como suyos los logros alcanzados, sólo así nuestra intervención, o mejor dicho la intervención de todas y cada una de las mujeres que pasan por el Taller será un éxito.

NOTAS

1.- Elejabeitia, C.: FEMINIZACIÓN DE LA POBREZA, en Documentación Social nº 105. Cáritas Española. Madrid, 1996.

2.- Ayala Cañón, L.: CAMBIO DEMOGRÁFICO Y POBREZA en las condiciones de vida de la población pobre en España. Fundación Foessa. Madrid, 1998. Pág. 609.

3.- Ibid, pág. 608.

4.- Ibid, pág. 616.

5.- Escartín Caparrós, M^o J.: MANUAL DE TRABAJO SOCIAL. MODELOS DE PRÁCTICA PROFESIONAL. Ed. Aguaclara, pág10.

6.- De Robertis, C.: METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL. Ed. El Ateneo, 2^a edición, Barcelona 1992, pág. 68.

7.- Freire, P.: CONCIENTIZACIÓN. Ed. Búsqueda, Argentina 1974, pág. 43.

8.- Mediante reuniones con la Monitora y la Trabajadora Social, quienes nos confirman en numerosas ocasiones que el problema expresado por la usuaria, le ocurre a ella realmente y no a "una amiga".

9.- De aquí la importancia que conceden a la educación en estos contextos, las políticas de lucha por la igualdad entre los sexos, tanto desde colectivos feministas como entidades públicas (Instituto de la Mujer, Ministerio y Consejerías de Educación).

10.- Desde un punto de vista antropológico, nos adscribimos al materialismo cultural (ver Harris, 1985).

BIBLIOGRAFÍA

. Cáritas Española. Revista Documentación Social nº 105. MUJER. Octubre – Diciembre 1996. Madrid.

. Cáritas Española. PISTAS PARA UNA ACCIÓN SOCIOE-
EDUCATIVA CON MUJERES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN.
Madrid, 1999.

. De Robertis, C.: METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN EN
TRABAJO SOCIAL. Ed. El Ateneo, 2ª edición, Barcelona, 1992.

. Escartín Caparrós, Mª J.: MANUAL DE TRABAJO SOCIAL.
MODELOS DE PRÁCTICA PROFESIONAL. Ed. Aguaclara.

. Freire, P: CONCIENTIZACIÓN. Ed. Búsqueda, Argentina,
1974.

. Fundación Foessa: LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA
POBLACIÓN POBRE EN ESPAÑA. Informe General. Madrid,
1998.

. Harris, M. (1985): CULTURE, PEOPLE, NATURE. AN
INTRODUCTION TO GENERAL ANTHROPOLOGY. New York.
Harper y Row Publishers. [Trad. Cast. *Introducción a la
Antropología General*. Madrid; Alianza Editorial. (1987)]

. Pascal, H. y De Robertis, C.: LA INTERVENCIÓN COLECTIVA
EN TRABAJO SOCIAL. LA ACCIÓN CON GRUPOS Y
COMUNIDADES. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1994.

. Toro, V. (1997): LAS TOP 100, MUJERES CIENTÍFICAS. Muy
Interesante 192, Mayo.

. Wessler, R. L. y Hankin-Wessler, S. (1991): LA TERAPIA DE
VALORACIÓN COGNITIVA. En Caballo, V. E. Manual de Técnicas
de Terapia y Modificación de Conducta (pags. 555-579); Madrid,
Siglo XXI de España Editores.

ENTREVISTA A DON TOMÁS ALBERICH

D. Tomás Alberich Nistal
Doctor en Sociología y Coordinador
del Master en Investigación, Gestión
y Desarrollo Local de la Universidad
Complutense de Madrid.

Por Elisabet Rodríguez Zurita
Trabajadora social.

RESUMEN

D. Tomás Alberich Nistal, Doctor en Sociología y Coordinador del Master en Investigación, Gestión y Desarrollo Local de la Universidad Complutense de Madrid, participó con su ponencia "Tercer Sector en el desarrollo comunitario" en el I Encuentro de Ciudades Europeas sobre Participación Social en el S. XXI. Aprovechamos su presencia en Málaga, así como su experiencia en el mundo de las entidades sociales (ha sido presidente del Congreso Internacional de Movimientos Sociales y presidente de la Coordinadora de Actividades Culturales de Madrid) para analizar los retos de la participación social en los próximos años.

¿A qué se llama Tercer Sector?

De forma simple se podría definir Tercer Sector como la suma de entidades sin ánimo de lucro. En el Tercer Sector estarían desde fundaciones, organizaciones religiosas, entidades de adscripción obligatoria -como los colegios profesionales, las comunidades de vecinos, las mancomunidades- y de adscripción voluntaria -como los sindicatos y las asociaciones-. En el límite del Tercer Sector estarían los partidos políticos, entidades sin ánimo de lucro pero que cumplen una función política, y las empresas de economía social, entidades sin ánimo de lucro pero a caballo entre el Tercer Sector y el Mercado.

Me ha parecido muy interesante la diferencia que hace entre las asociaciones y los movimientos sociales ¿podría ampliarla?

Es importante diferenciar entre lo que son las asociaciones, entidades voluntarias sin ánimo de lucro de diferentes tipos, y los movimientos sociales, entidades que se plantean una transformación, un cambio del sistema en algún aspecto, es decir, se plantea conscientemente un cambio social.

En los años 70 y principios de los 80, por el contexto político la gran mayoría de las asociaciones participaban de movimientos sociales. En los años 80 se produce un cambio, cada vez son más las asociaciones que reúnen a personas con un interés concreto, pero no se plantean ser movimiento social, al menos de forma consciente. Existe libertad para ser una u otra cosa.

¿Qué importancia tiene el Tercer Sector?

En la actualidad, tiene una importancia creciente, tanto a nivel español como internacional. En los años 80 se produce una crisis del Estado y de los sistemas estatales de protección; se produce entonces una crítica al mal funcionamiento del Estado que es aprovechada para una ofensiva de las ideas neoliberales. Las administraciones públicas cometen muchos errores de funcionamiento; la alternativa que se plantean, especialmente algunas opciones políticas, es privatizar servicios, dar más

Documentos de Trabajo Social DTS

protagonismo al Mercado, a los sistemas de economía privada.

Es necesaria plantear la necesidad de una reforma de la administración pública, sin rechazar las colaboraciones de empresas privadas en temas concretas, pero que el Tercer Sector tenga un papel creciente en la gestión de servicios y en la colaboración para que las administraciones públicas funcionen mejor, y esto se hace a través de una participación ciudadana real, que debe ser un ejercicio democrático, además de corregir, para la mejora de la eficacia de las administraciones. Las destinatarias de los servicios deben participar en la toma de decisiones.

Existen intereses egoístas por parte del Estado que planteo que a través del voluntariado, de organizaciones de voluntariado, se gestionen servicios, lo cual implica un ahorro de dinero. A pesar de ello, se puede llegar a puntas de encuentro.

¿Qué importancia tiene el Tercer Sector para el Estado y el Mercado, consideradas el primer y el segundo sector?

Durante la estancia de esta mañana se ha hablado del papel que deben desempeñar los tres sectores. Mientras que para muchas el Tercer Sector es simplemente un sector complementario a los otros dos, nuestro planteamiento es el que denominamos «Tercer Sistema», es nuestra visión sobre a qué debe tender el Tercer Sector. Éste debe tener su propio sistema de valores, que no es un sistema subsidiario de los otros dos, sino que los tres deben complementarse entre sí, debe buscarse un equilibrio que hoy por hoy no existe. El poder que tienen el Estado y el Mercado es mucho mayor que el que puedan tener las ciudadanas individualmente u organizadas en asociaciones. A la hora de hacer valer sus derechos estos últimos cuentan con muchas menos recursos materiales y humanos, con mucha menos capacidad para defenderse. Por todo esto es necesario un equilibrio transparente y democrático por el que el Estado debe velar. Este papel se pierde cuando entro en juego el omiguismo y el funcionamiento poco clara de muchas administraciones públicas a la hora de otorgar subvenciones o hacer convenios; ésta es una osignatura pendiente.

¿Qué tipo de relación debe existir entre el Tercer Sector y los Ayuntamientos, órganos de la administración pública más cercanos a los ciudadanos?

Es necesario avanzar más en procesos de participación ciudadana, de participación directa, de voz en los plenos de los consejos sectoriales; hay que avanzar más en competencias. Con un tejido social débil como el que tenemos hoy, y digo débil no porque haya pocas asociaciones, ya que las hay y muchas, sino porque el tejido está muy fragmentado, la gente participa cada uno en su asociación, los consejos podrían ser órganos unificadores. Se puede contribuir a reducir esa fragmentación que ha sido promovida por las administraciones a través de la política de subvenciones y de la sectorización de todo. Según los ámbitos, hay que adecuar la forma de participar. En los municipios pequeños o en los distritos, las asociaciones deberían participar todas en un solo órgano de participativo.

Los temas de participación son cambiantes; crear un reglamento con muchas consejas y con mucha estructura a veces no da resultado, hay que ver la realidad y para ello hay que estar muy abiertos a la participación y a los cambios internos, que es lo que no suelen hacer las administraciones públicas. Los reglamentos de participación hay que desarrollarlos, hay que practicarlos.

Usted afirma que no todas los movimientos sociales sirven para caminar hacia y por la democratización social, siendo necesario unos movimientos sociales que asuman unos principios mínimos comunes ¿cuáles son dichos principios?

Ésa es una reflexión que hicimos el equipo organizador después del Congreso Internacional de Movimientos Sociales del año 1992. No todos los movimientos sociales están cumpliendo la función transformadora en el sentido que nos interesa, ya que existen movimientos racistas e intolerantes, mientras que nuestro interés se centra en movimientos antirracistas y tolerantes.

Los principios a los que nos referimos no son más que una serie de valores que consideramos que deben ser comunes en los movimientos sociales:

Documentos de Trabajo Social

DTS

a) Carácter transformador, en el sentido democrático. La transformación debe ir dirigida a conseguir una sociedad más justa y equitativa, más libre e igualitaria.

b) Independencia. Autonomía respecto de las organizaciones políticas y/o económicas.

c) Participación. Defensa de una democracia participativa como modelo de sociedad y también en el interior de las asociaciones y los movimientos sociales. Deben existir mecanismos de renovación y participación interna, los socios de un movimiento social deben ocupar cargos evitando estructuras excesivamente jerarquizadas; será necesaria una división del trabajo.

d) Economía social. No es lo mismo cualquier tipo de modelo económico; en nuestra sociedad los movimientos sociales deben potenciar la economía social y las relaciones privilegiadas con las empresas de economía social.

Hablamos de participación en el s. XXI, ¿cuáles serán los principales retos a los que deberán enfrentarse las asociaciones?

Estamos en un mundo muy cambiante, hablar del futuro siempre es arriesgado. Yo planteo retos y propuestas para las asociaciones:

a) Conseguir una cultura del Tercer Sector como Tercer Sistema.

b) Combinar lo local con lo global dentro del proceso de globalización cultural en el que estamos inmersas.

c) Elaboración de códigos éticos. El Estado y el Mercado están dando, aparentemente, muchas posibilidades de actuación a las ONGs y a las asociaciones en general, unas veces por incapacidad y otras veces por egoísmo o interés. Las asociaciones no pueden aceptarlo todo, no pueden convertirse en apagafuegos de las guerras que crean otros, como ocurre en la antigua Yugoslavia, y siendo esto así, deben denunciar a los causantes de esa situación. No deben permanecer neutrales.

ENTREVISTA A D. TOMÁS ALBERICH

En esta línea está el código ético elaborado por la Coordinadora de ONGs de Ayuda al Desarrollo en colaboración con otras asociaciones.

d) La participación interna; éste es un reto permanente.

e) La formación, la profesionalización de las asociaciones. Éstas deben formarse y reciclarse. Actualmente se producen vertiginosos cambios tecnológicos, especialmente en informática y telecomunicaciones, lo cual nos exige combinar, durante toda nuestra vida, procesos de formación con procesos de trabajo. Todavía muchos asociaciones viven con la mentalidad de los años 70 o principios de los 80, época de movilización y reivindicación, lo cual es muy importante, pero luego hay que participar en la gestión de las alternativas, de las propuestas; para ello se necesita formación en el sector en el que estemos trabajando. Es positivo que un profesional, de la profesión que sea, realice su acción voluntaria en lo que profesionalmente conoce y le gusta más. Nos encontramos con numerosos profesionales que dan su tiempo, gratuitamente, para que una asociación funcione.

¿Y cuáles serán los retos para los profesionales?

En parte, lo he comentado en la pregunta anterior:

a) La formación continuada.

b) La participación. Buscar su propia implicación y la implicación de los destinatarios.

c) Plantear reformas a la administración, para que los destinatarios de los servicios tengan más posibilidades de participar.

Con referencia a la participación, usted se refiere a la Animación Socio-Cultural como propuesta metodológica ¿con qué finalidad?

La Animación Socio-Cultural, como otras metodologías, como la investigación participativa, son métodos útiles para estos cambios que planteamos en relación con la participación. Lo que desarrolla

Documentos de Trabajo Social DTS

la A.S.-C., son técnicas participativas; ésta ha creado una serie de herramientas para el aprendizaje participativo (dinámicas de grupo, técnicas en grupos pequeñas...). Hay que tener presente la utilización de esta técnica, así como la evaluación participativa. Es necesario que estas técnicas sean aplicadas por parte de las asociaciones, los profesionales y las administraciones públicas, que suelen ser reacias a utilizar técnicas participativas.

Ya que hablamos de participación, ¿qué opina de la Ley del Voluntariado?

Me parece lamentable que no se haya hecho una ley de asociaciones, que no se haya contemplado el voluntariado como parte de lo que existe en la sociedad, ya que la mayoría del voluntariado está en las asociaciones, aunque hay voluntarios que colaboran con las administraciones públicas en un programa. Debería haberse promulgado una ley de asociaciones, participación ciudadana y voluntariado, ya que estamos con una Ley de Asociaciones de 1964, ley perteneciente a la época franquista.

Hay un gran interés por parte de la administración pública de regular el voluntariado, pero la que se ha hecho sólo sirve para grandes organizaciones como Cruz Roja o Cáritas, las cuales pueden adaptarse a la ley estatal y a las existentes en algunas comunidades autónomas. Para la mayoría de las organizaciones, se plantean aspectos que no se pueden cumplir, que están fuera del contexto real, tienen muy poca utilidad. Ha sido un error, más que por lo que dice por lo que no dice y no hace, que es regular otro tipo de temas. Se tendría que haber planteado de una forma más seria, ya que en la práctica está sirviendo de poco.

Lo que deberían hacer las comunidades autónomas, ya que no lo hace el gobierno central, o al menos no lo ha hecho en más de veinte años, es promulgar leyes que de forma flexible, regule toda el campo asociativa, que regulen unos mínimos, es decir, deben ser leyes marca reguladoras.

Sería interesante que se crearan, mediante decreto, consejos generales de asociaciones a nivel autonómico, que se regularan luego a nivel provincial, para asegurar la transparencia en el proceso

ENTREVISTA A D. TOMÁS ALBERICH

de subvenciones.

Hay que buscar un equilibrio. No es más eficaz tener pocas asociaciones con muchos afiliados, sino tener más programas sociales; y aquí es donde adquieren su importancia las pequeñas y medianas asociaciones, que deben trabajar en redes o plataformas, en las cuales colaboren y coordinen sus esfuerzos para no salapar actuaciones. En los últimos años están naciendo federaciones y confederaciones, lo cual implica colaboración entre asociaciones.