

R-1332

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL. Nº 2.

Octubre, 1.994.

EDITA.

Colegio Oficial de Diplomados
en Trabajo Social de Málaga.

GESTION Y ADMINISTRACION.

Vocalía de Publicaciones y Biblioteca.
C/ Alamos nº 17, 1ª, D.P. 29012. Málaga.
Horario: de lunes a viernes de 9,30 a 13
horas y de lunes a jueves de 17 a 18 horas.

REALIZACION.

Diseño y Maquetación:
Equipo de Redacción.

PORTADA.

"Soldado".
Diego García (1.938).

IMPRIME.

Gráficas ANAROL
Pozos Dulces, 32 - MALAGA
Depósito Legal. MA-1.126-1993.

DIRECTOR.

Cristóbal Gil Valenzuela

SUBDIRECTORA.

Resurrección Hernández Gómez.

EQUIPO DE REDACCION.

Mari Luz Burgos Varo.
Rosario Pavón Miranda.
Juan Jesús Rendón Ortega.
Pedro García Calero.
María del Carmen Gámez Lomeña.

ISSN. 1133-6552



Indice

Editorial. Equipo de Redacción. (Pág. 5).

La Ludopatía: una enfermedad social. María Jesús Parrondo. (Pág. 7).

Hacia la especialización del trabajo social penitenciario. Antonio Yañez Dominguez y Guadalupe Cordero Martín. (Pág. 21).

El apoyo social para la reinserción del enfermo mental en la Comunidad. Luisa Fernández López y Pedro González Aceituno. (Pág. 31)

Trabajo social en un centro asistencial de salud mental. Adriana García Moreno. (Pág. 41).

Problemática social del paciente discapacitado. Función del trabajador social de atención primaria. M^a Luz Burgos Varo. (Pág. 47).

Estudio sobre el comportamiento de las mujeres, en edades comprendidas entre 20 - 30 años, ante la planificación familiar de la Zona Básica Trinidad. Causas del no uso de este servicio. Mercedes Villalobos Bravo, M^a Auxiliadora Rueda Tirado, Lourdes Acuña Muñoz y Francisco Cosano Rivas. (Pág. 61).

Nuevas necesidades y tendencias organizativas en los servicios sociales comunitarios. Gustavo García Herrero. (Pág. 79).

Opinión:

Privatización si, privatización no. Isidoro Fernández Utrilla-Minaya. (Pág. 105).

Bibliografía comentada:

Discapacidad motórica. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Gallardo Jáuregui, M.V. y Salvador López, M.L. Ediciones Aljibe, Málaga, 1994. Por Miguel Cardona Martín. (Pág. 113).

Editorial.

Lanzamos un nº más de Documentos de Trabajo Social. La revista se consolida, el envío de trabajos es considerable, y aunque todos no pueden ser publicables agradecemos a todos aquellos compañeros y compañeras que desean colaborar y lo materializan, y les animamos para seguir contando con ellos.

En este nº, en el que no incluimos monográfico, inauguramos una nueva sección, que esperamos continuar en la medida que los lectores se animen a mantenerla; es la sección de opinión, abierta a recibir los planteamientos técnicos, políticos e ideológicos de temas de actualidad relacionados con el Trabajo Social y la Política Social. La iniciamos con un tema candente, que podría provocar "ríos de tinta", como es la **privatización de los servicios públicos o su mantenimiento dentro de la gestión estatal.**

A lo largo de las páginas de este nº encontraréis, temas especializados tratados con bastante rigor como el **trabajo social penitenciario** o el **trabajo social en el tratamiento de la ludopatía**, aportaciones interesantes sobre experiencias en el campo de la **salud mental hospitalaria y extrahospitalaria**, unas magistrales aportaciones sobre un campo de máxima actualidad en la teorización de los servicios sociales comunitarios, **las nuevas formas de gestión y organización de los Centros de Servicios Sociales**, realizadas por Gustavo García Herrera en unas jornadas organizadas por el Excmo. Ayuntamiento de Málaga.

Completan el nº aportaciones relativas a **la atención del enfermo incapacitado** desde una concepción integral e interdisciplinar de la salud, y la exposición de un trabajo de bastante interés en cuanto a su metodología, en el que se describe las actitudes de las mujeres de una Zona Básica de Salud en relación a la **planificación familiar.**

Esperamos que todos o algunos de los temas que se exponen te sirva de utilidad para tu práctica profesional y tu formación. Para que este proyecto continúe si es de utilidad que sigamos recibiendo aportaciones sobre tu práctica y reflexión profesional.

María Jesús Parrondo. Diplomada en Trabajo Social.

RESUMEN.

El presente artículo nos introduce el tema de la ludopatía, o juego patológico, analizando los efectos que provoca en el individuo y su entorno, afectando a las distintas facetas de su vida.

La acción preventiva y rehabilitadora del trabajador social, mediante técnicas de acogida y terapia de grupo, definen la intervención profesional, que se conjuga con la intervención de los voluntarios-afectados.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (DSM-III-R. 1988) sitúa la ludopatía en "Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados", epígrafe 312.31.

"La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar y en la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares o vocacionales" (...) "Los problemas característicos suponen un aumento extraordinario de las deudas personales e incapacidad consiguiente para pagarlas y hacer frente a otras responsabilidades financieras, con lo que se alteran las relaciones familiares y la atención al trabajo, recurriendo a actividades financieras ilegales para poder pagar" (pág. 388)

Estamos, pues, ante una enfermedad mental de carácter social. En 1992, sólo en Andalucía el dinero gastado en juegos de azar se ha estimado en 350.000 millones de pesetas (ZAMBRANO IMBERNÓN, R., 1992). Sabemos que la prevalencia es del 2 al 3 por ciento de la población adulta, y, teniendo en cuenta que el núcleo familiar del jugador se ve afectado, podemos calcular que esta situación engloba en Andalucía a un colectivo de más de 400.000 personas (ídem).

El juego patológico, al igual que el

resto de conductas adictivas o dependientes, genera una situación-problema con importantes implicaciones sociales. La capacidad del usuario para el desenvolvimiento normal de su vida diaria se ve gravemente afectada.

Nadie vive en el vacío. Todos nos movemos en diferentes ámbitos sociales, estableciéndose una interacción compleja y multidireccional entre los sistemas individuo-familia-grupo-sociedad donde el flujo de inputs y outputs informativos es continuo. De tal manera, que un individuo afectado de una determinada patología influirá en los ámbitos sociales en los que se mueve, y a su vez recibirá respuestas en un proceso de retroalimentación continua.

alteración en las relaciones familiares, irregularidades en el trabajo, y actividades financieras ilegales

El DSM-III-R habla de alteración en las relaciones familiares, irregularidades en el trabajo, y actividades financieras ilegales. En mayor o menor grado, la desestructuración familiar está presente en el entorno de los jugadores patológicos. La familia nuclear constituye un espacio social en el que cualquier elemento distorsionante encuentra rápidamente respuestas, que se traducen en un deterioro progresivo de la convivencia, no sólo conyugal, sino también paterno-filial.

Documentos de Trabajo Social

Nadie se encuentra a gusto, de modo que los miembros de la familia entran en una dinámica de conflictos de relación de difícil control. Esto puede verse agravado por problemas de índole económica que aparecen en no pocos casos. Sin olvidar que un entorno conflictivo no es el lugar más adecuado para la formación de los miembros más jóvenes de la generación. Gran parte de las anomias sociales se han gestado en ambientes familiares conflictivos.

La familia es la primera instancia socializante. En ella se transmiten de manera intencional y sistemática, aunque sólo sea por la insistencia, las pautas de educación social asumidas por el grupo familiar. Desde pautas de satisfacción de necesidades básicas: alimentación, higiene,..., hasta relaciones afectivas, sentido de pertenencia, códigos lingüísticos, prioridad de objetivos y perfil ideológico. Es en el seno de la familia donde se interioriza por imitación y asimilación las pautas de conducta social y cultural.

El ámbito laboral es otro espacio social a considerar. Cuando el nivel de adicción al juego es considerable, resulta fácil encontrar excusas para distraer parte del tiempo que debería dedicarse al trabajo. O simplemente, el estado anímico del sujeto le impide desarrollar su labor de manera satisfactoria, y algo puede empezar a fallar. La situación puede complicarse si se delinque, accediendo de manera ilegal a bienes económicos de la

empresa, o de clientes. Aparecen los problemas legales e incluso el despido laboral. Dado que el mercado de trabajo en la actualidad no ofrece grandes posibilidades a los demandantes de empleo, los jugadores patológicos que se encuentran en situación de paro laboral son la mano de obra idónea para la economía sumergida: empleos sin contrato; sin cobertura de la Seguridad Social; o bien se acogen a los subsidios y prestaciones no contributivas, de modo que las administraciones públicas se hacen, en definitiva, subsidiarias de estas situaciones-problema. En vez de un afrontamiento serio de la realidad social, se está propiciando la dependencia económica del Estado, al mismo tiempo que se favorece un estado de vida conformista y de nulo crecimiento.

No podemos olvidar al ama de casa. La mujer jugadora que se dedica a las tareas domésticas también tiene su ámbito laboral: el hogar. Normalmente, el ama de casa está sola: los niños en el colegio, el marido en el trabajo,..., ¿quién le impide entonces dar una escapadita al bingo o a las máquinas de azar?. Puede que no emplee grandes sumas de dinero, pero tendrá que hacer verdaderas maravillas para tener el trabajo a punto. El deterioro de la economía doméstica, las tensiones en el seno de la familia, discusiones, etc., terminan por desestabilizar la convivencia.

Además, la cultura occidental suele

rechazar con más fuerza la conducta dependiente en las mujeres, dándose la paradoja de que se ha educado a las mujeres tradicionalmente para asumir el papel de dependiente: de los padres; posteriormente del marido; e incluso de los hijos. Así que no es de extrañar que la frase más común que verbalizan los maridos/compañeros de las jugadoras patológicas sea: "¿Cómo ha podido hacerme esto a mí?". El sentimiento de culpa aumenta, constituyendo un verdadero lastre a la hora de la rehabilitación, y frecuentemente el apoyo familiar se reduce a esperar de manera pasiva que se produzca el cambio.

Respecto al ámbito grupal-relacional, es factible que sea afectado en un sentido u otro. No es raro que el jugador pida prestado dinero. Así es que los amigos pasan a ocupar el status de acreedores, por lo que se procura evitarlos, sobre todo, si las posibilidades de devolver el préstamo son escasas o nulas.

El jugador patológico no es un jugador social. El 78% juega siempre sólo.

El jugador patológico no es un jugador social. El 78% juega siempre sólo (BOMBÍN, 1.992). Por otra parte, cada vez emplea más tiempo en el juego, y consecuencia de ello es un aislamiento social cada vez mayor.

En definitiva, la vida social del

jugador patológico pierde calidad, abarcando un amplio espectro: desde el grave deterioro de la convivencia familiar, hasta el desarraigo familiar, laboral y social, que ya supone una verdadera marginación social.

Resulta evidente que la actividad lúdica es importante -imprescindible para el equilibrio emocional del ser humano. Sin olvidar que es a través del juego de la forma que los niños integran y asimilan las experiencias y conocimientos que van adquiriendo en sus primeros años de vida. Esto permite una evolución adecuada y una aprehensión de los roles familiares y sociales de su entorno.

Ahora bien, cuando hablamos del juego, se impone hacer dos matizaciones:

- 1) El juego en sí, no es nocivo.
- 2) Hay que clarificar las acepciones que la palabra juego toma en nuestro idioma:
 - Juego infantil, en su concepción evolutiva: juegos de dar y tomar; juegos de arrastre; juego simbólico; juego de reglas;..
 - Juegos de mesa: parchís, monopoly; trivial;.. Son juegos de pasatiempos que favorecen la interacción social.
 - Juegos de azar, o de apuestas. En este grupo entran todas aquellas

Documentos de Trabajo Social

actividades que necesitan de un riesgo, normalmente económico, para ser utilizados: loterías, quinie-las; bingos; máquinas tragaperras;...

Es en este último grupo donde las personas que presentan conducta dependiente o adictiva no tóxica encuentran su infierno particular. Así que, la utilización de los juegos de azar en sí misma, no es patológica. Sí lo es, el uso inadecuado de los mismos. Ha de darse la conjunción de dos circunstancias: la personalidad adictiva y la presencia de los citados juegos de azar.

¿Qué significa el término conducta dependiente? Una serie de rasgos de personalidad, que configuran un perfil psicológico y cuya última consecuencia es la adicción a determinadas sustancias (dependencia tóxica); o a determinadas actividades desadaptati-vas (dependencias no tóxicas).

De modo que el juego patológico es una particularidad del cúmulo de conductas dependientes conocidas: uso compulsivo de tarjetas de crédito; adicción al trabajo; adicción a los video-juegos; adicción al deporte; obesidad por ansia de hidratos de carbono, etc..

En el DSM-III-R aparecen los criterios diagnósticos del juego patológico (312..31). Cuando se manifiestan cuatro de los siguientes síntomas se puede decir que estamos ante un jugador patológico:

1) Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar.

2) Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había pensado.

3) Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada. (tolerancia)

4) Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar. (síndrome de abstinencia)

5) Pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperarlo.

6) Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego.

7) Con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.

8) Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar.

9) Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego. (dependencia) (pág. 390)

Respecto a las variables que inciden

en la conducta del jugador patológico, hay una característica básica de personalidad inmadura, pudiéndose definir en conjunto al jugador como persona "de carácter débil, inestable, abierto, confiado, nervioso, impaciente, ansioso, inseguro, mágico-fantástico e incapaz de integrar de forma coherente y satisfactoria sus apetencias instintivas en un yo volitivamente fuerte" (BOMBÍN, pág. 36). Esto se traduce en un gusto por el riesgo: perder o ganar; incapacidad para hacer frente, de manera adecuada, a los problemas cotidianos que implican toma de decisiones; desorganización vital; falta de planificación y previsión; poca resistencia al aburrimiento; etc...

En cuanto a las variables sociales, podemos citar las que bajo el título de factores predisponentes recoge el DSM-III-R: "disciplina familiar inadecuada (ausencia, inconsistencia o permisividad); exposición al juego durante la adolescencia; valores familiares que se apoyan sobre todo en símbolos materiales y financieros y falta de hincapié familiar en el ahorro, planificación y establecimiento de presupuestos. Las mujeres que presentan este trastorno tienen más probabilidades al tener un marido con dependencia alcohólica, o que con frecuencia se encuentra fuera de casa" (pág. 389). Vemos el gran peso que tiene lo aprendido en la conducta del jugador patológico.

Tratamiento del juego patológico:

las asociaciones de autoayuda y ayuda mutua.

la prevención, rehabilitación y reinserción social del jugador patológico, entendida ésta como la consecución de una modificación de conducta que suponga la autonomía del sujeto.

Las asociaciones de autoayuda y ayuda mutua constituyen un grupo homogéneo de personas afectadas por el mismo problema, y que comparten un objetivo común: la prevención, rehabilitación y reinserción social del jugador patológico, entendida ésta como la consecución de una modificación de conducta que suponga la autonomía del sujeto. Es decir: ningún tratamiento se considerará completo, y por lo tanto efectivo, si está orientado sólo a suprimir o controlar la conducta de juego, porque la personalidad del sujeto le haría caer en otro tipo de dependencia si no se logra una modificación de conducta. De hecho, el alcohol, el tabaco, el café y otras drogas aparecen como dependencias asociadas al juego patológico. (BOMBÍN, 1992)

Se configuran las asociaciones de autoayuda y ayuda mutua como ámbitos de expresión de solidaridad, por lo que "han de ser objeto de un tratamiento de fomento, apoyo y

Documentos de Trabajo Social

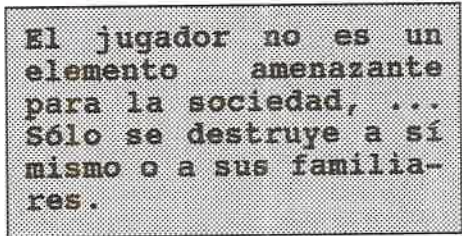
prestigio por parte de las Administraciones Públicas." (GARCÍA HERRERO, G. y RAMÍREZ NAVARRO, J.M., 1992, pág. 91). Efectivamente, deberían "merecer atención prioritaria por parte de las Administraciones Públicas, por lo que representan en cuanto a la responsabilidad de los propios afectados por un mismo problema o situación, y por sus efectos: educativos, ecológicos, eficaces y eficientes." (ídem). Pero esto está muy lejos de la realidad actual. Las asociaciones de autoayuda y ayuda mutua que trabajan en el ámbito del juego patológico reciben una mínima aportación en el terreno de las subvenciones y, lo que es peor, escasa o nula consideración en cuanto a su naturaleza, cometido e índices de rehabilitación.

Una de las causas es imputable a su bisoñez, (la primera asociación se creó en Córdoba en el año 1988). La segunda causa es que el jugador no es un elemento amenazante para la sociedad: no atraca en la vía pública bajo el síndrome de abstinencia; no perpetra robos en establecimientos ni entidades bancarias a fin de obtener dinero para sus dosis diarias de bingo, máquinas tragaperras, loterías o cupones de la ONCE; no puede intimidar a nadie con objetos supuestamente infectados de enfermedades,...Sólo se destruye a sí mismo o a sus familiares.

La actuación se centra en el grupo terapéutico. La terapia grupal es un

método para tratar patologías personales que se desarrollan en el ámbito social. Las ventajas de la terapia grupal son múltiples, considerando los siguientes conceptos:

- 1) La economía asistencial (relación paciente-equipo terapéutico) es máxima: numerosos pacientes para un mismo equipo clínico.
- 2) El control de calidad es máximo, gracias al control del grupo.
- 3) El desarrollo de mecanismos defensivos es amplio y diversificado, según la cultura del grupo.
- 4) Los mecanismos contraterapéuticos (negación, represión, mentiras) resultan difíciles, y cuando menos controlables por el grupo.
- 5) La capacidad catártica es máxima, con posibilidad de proyección psicodramática.



El jugador no es un elemento amenazante para la sociedad, ... Sólo se destruye a sí mismo o a sus familiares.

- 6) La capacidad didáctica sobre el juego es grande, sobre todo en cuanto a su condición de enfermo social.

7) La capacidad transferencial es amplia y matizada.

8) El estímulo evolutivo es máximo, al coexistir con niveles distintos de madurez.

9) La continuidad-durabilidad del tratamiento es mayor y más regular.

10) Los recursos complementarios son máximos, en cuanto permite la participación de la familia, favorece la integración y aprendizaje sociales y potencia la actividad sanitaria. (BOMBIN, 1992)

El grupo terapéutico no es una relación de personas afines, sino que tiene claramente establecidos los objetivos de capacidad de autocrítica, autorreflexión personal y conocimiento de sí mismo. Dos características definen a este tipo de asociaciones:

1ª.- **La acogida.** Realizada por los mismos jugadores patológicos rehabilitados o familiares de jugadores, dependiendo de si la persona es jugador o familiar.

Se trata de exponer ante el recién llegado cómo vivían, cómo llegaron a la asociación y su estado actual. Es un relato sincero de sus propias vivencias que, en la mayoría de los casos, coincidirá con las del acogido. Con esto se persigue reducir los niveles de ansiedad con los que el posible usuario llega, y disminuir el senti-

miento de culpa al aclarársele que su situación-problema se debe a una enfermedad.

Una vez terminada la acogida, se inicia el tratamiento psico-social a cargo de los profesionales, y siempre en estrecha colaboración con los monitores y responsables de la Junta Directiva de la asociación.

2ª.- **Terapia de grupo.** Formada por jugadores y familiares en grupos separados. Se tratan temas previamente acordados, relacionados con el juego patológico, o se exponen vivencias de los afectados. No se dan soluciones generales, no se aconseja, y nadie se posiciona a favor o en contra de los que hablan.

En los grupos de autoayuda todos aprenden de todos a solucionar sus propios problemas y a manejar situaciones que antes no podían controlar.

El trabajador social interviene siempre que se den al menos dos circunstancias: manifestación de una situación-problema; existencia de una demanda.

Hemos expuesto cómo la situación del jugador patológico no sólo es problemática, sino que puede llegar a ser desesperada. Y la demanda se materializa a través de las asociaciones que atienden al colectivo.

Documentos de Trabajo Social

El T.S. tiene que desarrollar dos actividades diferentes, aunque interrelacionadas: planificar y proporcionar la atención social; el asesoramiento y apoyo al usuario y al grupo, entendido como tal, la asociación en su aspecto formal.

La demanda se agrupa alrededor de cuatro temas básicos:

Económicos: problemas de deudas con conocidos, familiares, bancos,...; plazos de hipotecas no satisfechos, con peligro de desahucio; imposibilidad de afrontar las necesidades básicas del núcleo familiar, etc..

Legales: asesoramiento y apoyo en cuanto a procesamientos por estafa, apropiación indebida de bienes económicos, falsedad en documento público, etc..

Laborales: fundamentalmente, búsqueda de empleo. Es frecuente que el jugador sea despedido de su empresa, e incluso que abandone el trabajo por iniciativa propia.

Relaciones familiares: problemas de separación y divorcio; falta de apoyo del cónyuge (normalmente en las jugadoras); rechazo de los hijos; desarraigo familiar, etc..

Básicamente, el trabajador social

tiene que desarrollar dos actividades diferentes, aunque interrelacionadas.

La primera consiste en planificar y proporcionar la atención social a un grupo afectado de unas características específicas. Para ello, debe conocer las redes de servicios sociales existentes en la zona, y en su caso, ser capaz de crear recursos adecuados al perfil de necesidades concretas del colectivo.

La capacidad innovadora del profesional es importante. Innovar significa convertir en recurso algo que a priori no lo es.

En este sentido, el trabajador social se convierte en instrumento e intermediario entre el usuario y los posibles recursos a su alcance. El papel del profesional es el de un técnico gestor que canaliza las demandas tras un estudio-diagnóstico objetivo y riguroso.

La segunda actividad se centra en el asesoramiento y apoyo al usuario y al grupo, entendido como tal, la asociación en su aspecto formal.

El usuario necesita asesoramiento en cuanto a la comprensión de una situación en la que él es el protagonista, y que ya sabemos, resulta multidireccional. No es fácil ser objetivo en estas condiciones y las demandas explícitas pueden no ajustarse a las necesidades reales. El profesional dispone de un lugar de observación

privilegiado, con la distancia suficiente para abarcar la situación de manera global, así que el usuario no siempre oye del profesional lo que le gusta oír. Es el momento de ayudarlo a aceptar o cambiar algún aspecto de sí mismo o del mundo en que vive. (NATIONAL INSTITUTE FOR SOCIAL WORK, 1992)

De este modo, la entrevista social no es sólo un instrumento (cuándo hay que aplicarla), o una técnica (cómo llevarla a cabo), sino que se convierte en un arte que consiste en establecer la comunicación adecuada con el usuario. Dos cualidades, de sobra conocidas por los profesionales, deben estar presentes: capacidad empática y gusto por la gente.

Debemos tener en cuenta que el contacto del profesional con los usuarios de un grupo de autoayuda resulta ser cotidiano. Se establece un delicado equilibrio entre el "profesional de despacho" y el profesional que debe entablar una relación muy directa con los usuarios, necesaria para mantener un clima de confianza mutua, base de todo proceso rehabilitador.

Las asociaciones de autoayuda y ayuda mutua, al estar compuestas por voluntarios implicados directamente en el problema, carecen de recursos, salvo el propio grupo, que se contempla como recurso en sí. Pero no son entidades prestadoras de servicios sociales, y como tal, están sujetas a la

política social que, en principio, queda fuera de su alcance.

El asesoramiento profesional consiste pues, en una serie de actividades relacionadas con las administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales, a saber:

- * contactar con aquellos organismos e instituciones relacionados directa o indirectamente con el colectivo;

- * posibilitar la implementación de recursos, en materia de subvenciones, ayudas institucionales, para lo que una adecuada planificación de la acción social desde la asociación es imprescindible.

La labor del trabajador social se puede contemplar según la modalidad de la acción. Dos son las principales.

1) **Rehabilitadora.** Es la más inmediata, ya que estas asociaciones nacen con la intencionalidad de rehabilitar a jugadores patológicos. Y este término -rehabilitar- debería emplearse en su forma reflexiva -rehabilitarse-, ya que es el usuario quien en definitiva tiene la última palabra. O, mejor dicho, las últimas palabras, que en este caso son dos verbos: querer y poder.

En los procesos rehabilitadores se conjugan entre sí, apareciendo cuatro alternativas:

- * El usuario quiere, pero no puede: circunstancia en la que se encuentran

Documentos de Trabajo Social

muchos jugadores patológicos. Quieren abandonar el juego, pero, por sí solos, no lo consiguen. La integración en un grupo de autoyuda y ayuda mutua, supone encontrar el contexto idóneo de comprensión y apoyo.

* El usuario puede, pero no quiere: es decir, conoce el camino a recorrer pero no quiere, porque aún no ha decidido que ha llegado el momento de abandonar la actividad. Lleno de problemas, con angustia, sentimiento de culpa, deterioro de su vida social,...,"todavía no ha tocado fondo". Aunque momentáneamente deje de jugar, sigue siendo jugador.

La actuación de la familia en este caso es vital. Modificando el tipo de respuestas a los estímulos del jugador, puede hacer que dé el paso que él solo se está negando a dar.

* El usuario ni quiere, ni puede: no ha decidido aún reconocerse como jugador patológico. Ni pensar en rehabilitación, ¿quién la necesita?.

Probablemente, muchos jugadores patológicos y sus familias están ajenos a la existencia de estas asociaciones. Por eso, hay que darse a conocer: importantes, las actividades de divulgación.

* El usuario quiere y puede: se reconoce como jugador y obtiene apoyo familiar, así como ayuda en la asociación. Esto sólo es el principio.

La rehabilitación es un proceso educativo y como tal, largo, complicado y costoso. Supone desmontar unas estructuras inadecuadas y, con lo que queda, o mejor, a pesar de lo que queda, volver a construir. Hablamos de modificación de conducta; reajuste de hábitos y habilidades sociales. De modo que volvemos a la idea expuesta en el principio: nadie vive en el vacío. Los ámbitos sociales afectados por la situación-problema deben normalizarse.

Los trabajadores sociales no somos educadores sociales informales. El rol educativo del trabajador social hace referencia a una cualidad, a una intencionalidad. Resulta más cómodo acceder a una demanda que estudiar con el usuario la pertinencia o no de la petición. Se trata de proponer metas lo suficientemente accesibles para que el usuario las alcance, con un nivel de esfuerzo razonable; pero esto no quiere decir que se allane el camino de manera paternalista, de manera que el usuario concluya que puede desentenderse de su propio proceso.

2) **Preventiva.** El trabajador social por sí solo, no puede actuar de manera preventiva. La prevención es un ámbito que trasciende del espacio profesional, ya que va dirigida a la totalidad de la población, a fin de actuar sobre los grupos de riesgo.

Recordemos las variables psicológicas y las variables sociales en el juego patológico: son los indicadores que

definen los grupos de riesgo. Unos, los psicológicos, de carácter determinante: hay un perfil psicológico del jugador patológico; otros -los sociales- de carácter condicionante: hay un contexto social donde se desarrolla la patología, de modo que la aportación del trabajador social en la modalidad preventiva consiste precisamente en la definición de esos indicadores sociales.

La historia social del usuario es el relato biográfico donde aparecen los indicadores que marcan la trayectoria social del individuo.

Se impone, por lo tanto, un estudio sistemático, donde se analicen, empezando por la configuración de la familia de origen, los ámbitos sociales en los que se ha gestado y desarrollado la personalidad del jugador patológico.

En conclusión, la labor del trabajador social, en las asociaciones de autoayuda y ayuda mutua, se resume en actividades de:

- atención directa y planificación de la intervención, donde el profesional actúa como gestor y canalizador de las demandas, con capacidad innovadora y conocimiento de las redes de servicios sociales;

- asesoramiento y gestión en materia de implementación de recursos, divulgación y elaboración de proyectos.

Y todo ello con intencionalidad:

* educativa, en cuanto al proceso de rehabilitación;

* investigadora, de cara a una intervención precoz, de carácter preventivo.

BIBLIOGRAFÍA:

(1) BOMBÍN MÍNGUEZ, B. (1992) El juego de azar. Patología y testimonio. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección Gral de Salud Pública y Asistencia. Valladolid.

(2) DSM-III-R (1988) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. A.P.A. Masson. Barcelona.

(3) GARCÍA HERRERO, G. y RAMÍREZ NAVARRO, J.M. (1992) Los nuevos servicios sociales. Librería Certeza. Zaragoza.

(4) IRURITA BERTOLDO, I. (1993) Los problemas en el cónyuge y la familia. En III Congreso Andaluz de Jugadores de Azar en Rehabilitación. (FAJER). Huelva.

(5) NATIONAL INSTITUTE FOR SOCIAL WORK. (1992) Trabajadores sociales. Su papel y cometidos. Narcea. Madrid.

(6) PARRONDO CARRETERO, M^a

Documentos de Trabajo Social

C. (1993) La labor del trabajador social en las asociaciones de autoayuda y ayuda mutua. En I Jornadas Técnicas sobre Tratamiento de la Ludopatía. Málaga.

(7) TORO, A.J. DE (1991) Análisis descriptivo de algunas características sociales de los ludopatas tratados en el centro ACOJER. En I Congreso Andaluz de Jugadores de Azar en Rehabilitación. (FAJER). Torremolinos. Málaga.

(8) VEGA MEDINA, E. (1991) Asociaciones de autoayuda. En I Congreso Andaluz de Jugadores de Azar en Rehabilitación. (FAJER). Torremolinos. Málaga.

(9) ZAMORANO IMBERNÓN, R. (1992) Ludopatía y adicción. (El movimiento andaluz de jugadores en rehabilitación y sus demandas) (AS-EJER). En II Congreso Andaluz de Jugadores de azar rehabilitados. Sevilla.

Nota: La bibliografía citada relativa a Jornadas y Congresos puede localizarse en las asociaciones de jugadores en rehabilitación.

HACIA LA ESPECIALIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL PENITENCIARIO

Antonio Yañez Dominguez. Diplomado en Trabajo Social
Guadalupe Cordero Martín. Diplomada en Trabajo Social y
profesora en la EUTS de Sevilla

RESUMEN.

El presente trabajo trata sobre la necesidad existente en la especialización del Trabajo Social Penitenciario, ahondando para su argumentación en la historia, normativa, y características específicas de la intervención del Trabajo Social Penitenciario, que sin duda, resultará de interés a los más profanos en dicho campo.

INTRODUCCION

En nuestra sociedad , despersonalizada e insegura, y en ella, "la idea predominante, es la competitividad y el valor supremo al que aspiramos, el triunfo y el éxito personal" (1). Ha sido llamada, Sociedad del Ocio, Sociedad de Consumo y Sociedad de la Abundancia. Esta sociedad, genera desajustes sociales y un elevado número de individuos quedan fuera de las normas y reglas de juego de la misma. Así, encontramos colectivos marginales y marginados, con una personalidad complicada y una trayectoria familiar, social, escolar y laboral tortuosa. Estos, en ocasiones manifiestan una actitud violenta hacia esa sociedad, que no les ha tratado bien.

Los poderes públicos y la sociedad, salvamos la responsabilidad, creando instituciones especializadas donde son atendidos por profesionales para llevar a efecto su resocialización e inserción social. Asistimos a la institucionalización de la marginación.

Estas medidas adoptadas en frecuentes ocasiones, no obtienen los resultados propuestos. Por ello, tendríamos que preguntarnos "si en el medio social halló elementos que concurrieron a su caída ¿no tiene derecho a que la misma sociedad le procure también cuantos puedan contribuir a que se levante? (Concepción Arenal, en Estudios Penitenciarios, 1985).

HISTORIA

A través de la historia, se ha contemplado la necesidad de atender y dar respuesta a colectivos de individuos que presentaban unas características especiales, por lo que eran internados en instituciones donde eran privados de libertad.

La idea de ayudar a aquellos que se encuentran en prisión, a los liberados y a sus familias, es muy remota. Hacinamiento, ociosidad y condiciones sanitarias fueron algunas de las primeras preocupaciones de esos remotos momentos.

En los orígenes, fueron instituciones eclesíasticas las que practicaron la caridad con pobres y miserables como función primordial de su misión evangélica. Ya en el siglo XIII, aparece en Italia cofradías religiosas, que se dedican al socorro material y espiritual de los presos. También aparece en Toulouse (Francia) la cofradía de la Misericordia, que posteriormente serviría de modelo para la creación de otras muchas, Cofradías de Nobles Caballeros de Salamanca y los Toribios en Sevilla entre otras.

Es a fines del siglo XVIII, cuando se crearán las verdaderas instituciones de Patronato, con esta denominación se conoce a la obra encargada de la protección de presos y familiares, constituyendo instrumentos para su reintegración.

Documentos de Trabajo Social

El Congreso Penitenciario de Londres, celebrado en 1872, ya trato la necesidad de contar con un personal especializado

A la difusión de estos Patronatos, contribuyeron los congresos penitenciarios de ámbito internacional. Así, el Congreso Penitenciario de Londres, celebrado en 1872, ya trato la necesidad de contar con un personal especializado y en él se puso de manifiesto, que el tratamiento para la rehabilitación del delincuente debe centrarse en el principio de "combatir la delincuencia eliminando las causas que la producen" que utilizar la imposición de penas como armas principales contra el delito. Y en este momento se aprecia la necesidad de contar con personal especializado y formado, como instrumento básico en el tratamiento de los delincuentes. Posteriormente, el celebrado en Praga en 1930, estudia la fórmula de organizar de forma científica la preparación de los profesionales de los centros penitenciarios.

En España, "los antecedentes de la asistencia a los presos, se remonta al siglo XVI (Obras de Sandoval y de C. Tallada) y en la labor de diversas asociaciones religiosas" (2). En 1863, Concepción Arenal verdadera autoridad en la materia penitenciaria y pionera en la reforma de la misma, "se convierte en visitadora de presos y

pobres" (3). Para Concepción Arenal, "la institución penitenciaria había de tener una función social educadora, además de su carácter punitivo" (4). Además, "abordó la cuestión penitenciaria de manera plural, integral y con sentido progresista" (5).

El celebrado en Praga en 1930, estudia a fórmula de organizar de forma científica la preparación de los profesionales de los centros penitenciarios.

Los orígenes más inmediatos en nuestro país los encontramos, en el Patronato Nacional de Presos y Penados que en 1945 pasaría a denominarse de San Pablo. Con posterioridad, el Patronato Nuestra Señora de la Merced, y hasta 1983, ejerció las funciones de protección y tutela de presos y penados y de ayuda a los familiares y liberados, ejerciendo fundamentalmente funciones asistenciales.

JUSTIFICACIÓN DE LA ESPECIALIZACIÓN

Es por nuestra Constitución, por la que el Estado Español se proclama como un "Estado Social y Democrático de Derecho" (art. 1). A partir de aquí, se determinan unos derechos sociales para todos los ciudadanos, por los que deberán de velar los poderes

públicos.

Sin tratar explícitamente el término servicios sociales referido al colectivo reclusos, nuestro Texto Constitucional, plantea una concepción humanitarista en el tratamiento de los mismos, "las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social" (art. 25.2). Esta disposición de la Constitución sienta los principios básicos del tratamiento de los internados en prisión.

La preocupación de los poderes públicos de adaptar la normativa penitenciaria al sistema legal enmarcado por la Constitución, queda de manifiesto en la aprobación de la Ley Orgánica General Penitenciaria (1981). Esta normativa penitenciaria tratará apartados como la Asistencia Social Penitenciaria, funciones de los asistentes sociales en éste ámbito. La figura del "trabajador social penitenciario", se creará precisamente con esta L.O.G.P. (1979).

Por último, la Ley de Sevicios Sociales de la Comunidad Autónoma Andaluza, al tratar los Servicios Sociales Especializados y los sectores de actuación de los mismos dice "grupos con conductas disociales, para incidir en la prevención y tratamiento social de la delincuencia y la reinserción de los exreclusos" y "otros colectivos sociales que requieran una intervención social especializada" (6).

Es en este marco legal, en el que debe situarse la intervención profesional del trabajador social. Además hay otras consideraciones importantísimas para abordar y justificar la especialización del campo penitenciario.

La institución penitenciaria es un medio hostil y donde el individuo encuentra dificultad tanto al pretender su conocimiento como la adaptación al mismo.

Mary E. Richmond decía, "que el trabajo social encuentra aplicación en todos los organismos cuyas decisiones afectan a la vida de los individuos: hospitales, tribunales, escuelas, etc." y la inclusión de los trabajadores sociales en las plantilla de estas instituciones hizo necesaria la especialización dependiendo del medio en el que se ubicara" (7).

En el momento actual, el ejercicio profesional del trabajo social ocupa distintos espacios, es en este contexto en el que el campo penitenciario aparece como uno de ellos, siendo uno de los campos de actuación del mismo. Este campo de intervención como tal, presenta unas características concretas y unos condicionantes específicos que no se pueden obviar al plantear la necesidad de esta especialización:

Documentos de Trabajo Social

La institución penitenciaria es un medio hostil y donde el individuo encuentra dificultad tanto al pretender su conocimiento como la adaptación al mismo. El contacto del individuo con este medio, genera un estado muy particular, desánimo y sensación de hundimiento aparecen como consecuencia del mismo, si se prolonga el internamiento, este estado empeora condicionando en el individuo una actitud negativa y de rechazo ante la vida y la sociedad.

La Psicología Diferencial, ha realizado investigaciones con individuos en situación de internamiento y ha establecido rasgos de personalidad propias de conductas desadaptadas: "ansiedad, agresividad, bajo nivel de autoestima, labilidad afectiva, inestabilidad emocional, egocentrismo, rechazo a la autoridad, sentimiento de inferioridad, bajo rendimiento escolar, falta de previsión de futuro, etc." (8).

El individuo no se encuentra aislado, está inmerso en la familia, entendida esta como grupo primario, es en ella, donde se produce la transmisión de los valores y donde se han cumplido las funciones de reproducción social. En una sociedad cambiante como la nuestra, y debido a múltiples factores, estas funciones tradicionales de la familia se han ido modificando.

Por tratamiento, la L.O.G.P. entiende "las actividades dirigidas a la reeducación y reinserción social de los penados" (art. 59), este será individualizado, continuo y dinámico"

Es necesario, implicar a la familia en el tratamiento como vía de romper el círculo vicioso prisión-delincuencia y como medida de evitar el desarraigo y los fenómenos de desestructuración y conflicto familiar. Para ello, es necesario abordar a la familia como un SISTEMA, es decir "como un conjunto de roles, normas, valores que interdependen e interactúan en el logro de un objetivo común" (9). En este mismo planteamiento no se puede olvidar que, "cada sistema familiar, tiene una historia común, sus miembros viven de una historia pasada y se dirigen a la construcción de una historia futura" (19).

Por lo tanto, la familia es objeto de intervención y se deben proporcionar los medios para que "posea una estructura estable y apta, para proporcionar a sus miembros capacidades de adaptación a condiciones externas cambiantes, equilibrando en su seno tendencias homeostáticas y tendencias al cambio" (11).

La aportación del trabajador social al tratamiento penitenciario de los internos, es otro punto fundamental a

tener en cuenta. Por tratamiento, la L:O:G:P. entiende "las actividades dirigidas a la reeducación y reinserción social de los penados" (art. 59), este será individualizado, contínuo y dinámico" (art. 62). El trabajador social penitenciario, como partícipe en estas actividades enfocadas a la reeducación y reinserción social, no debe entender el delito como un acto aislado del individuo, valorando al ser humano en su conjunto y como resultado de experiencias vividas, de aspiraciones, de aprendizaje, etc.

Resulta imprescindible, enfocar el tratamiento del individuo de forma interdisciplinar, ya que intervienen profesionales de varias disciplinas: criminólogos, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, ... , cada uno aportará la información propia de su especialidad. El enfoque interdisciplinar, debe entenderse "como una actitud y disposición que remite a un estilo de afrontar dificultades, supone la interacción orgánica de diversas disciplinas" (12). Este enfoque se ha impuesto, por la imposibilidad de atender problemáticas de diversa índole por una sola de ellas. Es importantísimo, conocer el contenido de la intyervención de cada disciplina, para obtener unos resultados más satisfactorios.

El trabajador social penitenciario, debe intervenir en este medio social, creando vías de conexión entre la prisión y la sociedad, esta actuación repercutirá en los logros de integración.

No se puede olvidar, que cuanto el preso es excarcelado retorna a su medio social, es el medio en donde se desenvuelve cuando está en situación de libertad, en él se relaciona con otros individuos, de los cuales recibe numerosas influencias, su comportamiento, estará condicionado e influido por este medio. Este, no siempre es una realidad armónica ni equilibrada, es por ello, que hay que dotarlo de estructuras terapéuticas y educativas con profesionales y servicios, tanto para integrar a los liberados como para ofrecer respuestas alternativas a la prisión. El trabajador social penitenciario, debe intervenir en este medio social, creando vías de conexión entre la prisión y la sociedad, esta actuación repercutirá en los logros de integración.

OBJETIVOS DE LA ESPECIALIZACIÓN

El logro de unos objetivos, conlleva al análisis de la justificación de la especialización del trabajo social

Documentos de Trabajo Social

penitenciario. La actuación profesional, desde esta óptica, se presenta como una intervención especializada, en la medida en que para obtener resultado optimos, debe de atender unas necesidades concretas, para lo que debe contar con conocimientos específicos.

El trabajador social al tomar contacto con el medio penitenciario, habrá obtenido conocimientos de mareas referidas al sistema penitenciario, organización del mismo, estructura, funcionamiento, problemas cotidianos de la prisión, etc.

Al igual, deberá tener conocimientos del mundo de la marginación, psicología diferencial del delincuente, criminología y otros contenidos teóricos que le permitan autonomía y libertad para trabajar en este medio particular.

Es necesario, que el trabajador social sepa implicar a la familia en el proceso y situaciones por las que atraviesa el individuo que es encarcelado, para lo que debe tener suficiente formación en familia y trabajo social familiar, con ello, evitará la ruptura con el medio y los vínculos familiares.

Preocupación constante de nuestra sociedad, es el problema de las drogodependencias y como en muchos casos son causas de internamiento en prisión del individuo que hace uso de las drogas. Por lo que se considera muy importante, una formación profunda

del mundo de la drogodependencias, causas, motivaciones y factores que en ellas confluyen.

En la medida en que para obtener resultado optimos, debe de atender unas necesidades concretas, para lo que debe contar con conocimientos específicos.

Conocer alternativas a la prisión y resultados obtenidos en las experiencias que se han puesto en marcha.

Ofrecer modelos de intervención sin depender estos de las políticas penitenciarias del momento, concretando funciones específicas para las diferentes fases por las que pasa un individuo que ha cometido un delito y es condenado a cumplir una pena: detenido, preventivo, penado, liberado condicional, provisional, etc. Al igual que posibles situaciones que se puedan dar: preventivo primario, penados primarios, reincidentes.

FORMULAS DE ACCESO A LA ESPECIALIZACIÓN

Distintas medidas se pueden habilitar para dotar de contenido a esta especialización del trabajo social penitenciario:

Los Planes de Estudio de la diplo-

matura de trabajo social, deben contemplar la posibilidad de asignaturas optativas, orientadas hacia esta y otras especializaciones. Tratando directamente el T.S.P. como las materias auxiliares a este que son imprescindibles para ejecutar el mismo con eficacia.

Un cuarto año de estudios, donde se realizaría la especialización por campos.

Master, cursos de postgrado y licenciaturas en trabajo social, serían propuestas a poner en marcha.

CONCLUSIONES

Para finalizar y como síntesis de esta comunicación, señalamos algunas ideas de nuestra reflexión personal y profesional:

Consideramos, que los estudios de Diplomado en Trabajo Social son reducidos, al impartirse en tres cursos académicos. Es necesario dar respuestas concretas y viables que suplan estas deficiencias.

En una sociedad cambiante como lo es la nuestra, en la que el binomio necesidad-recursos tiene un grado de dinamicidad jamás alcanzado anteriormente, es importantísimo la formación permanente de los profesionales y potenciar la investigación, lo que facilitará dar respuestas adecuadas a

las necesidades y problemas y por lo tanto mejorar nuestra intervención.

Se observa como necesario, la conceptualización del Trabajo Social especializado por campos y la posterior realización de estas especializaciones en los distintos ámbitos de intervención.

Uno de estos campos debe ser el Trabajo Social Penitenciario por presentar peculiaridades específicas. Hemos expuesto, como contenidos teóricos tratados anteriormente, tienen una relación más directa con este campo por lo que habría que estudiar en profundidad.

Coincidimos con T. Rossell (7 Congreso de D.T.S. celebrado en Barcelona 1992) cuando dice: "La especialización es un hecho en el Trabajo Social y debería estimularse la formación de sus conocimientos, así como la docencia de la misma".

Estas notas, se aportan como elementos de reflexión para iniciar un futuro debate y despertar el interés de potenciar futuros campos de especialización en trabajo Social.

NOTAS

(1) GARCÍA COTARERO, R.: Del Estado de Bienestar al Estado del Malestar. Centro de Estudios Constitu-

Documentos de Trabajo Social

cionales. Madrid, 1986, pags 23-24

(2) TRINIDAD FERNANDEZ, P.: Asistencia y Previsión Social en el siglo XVIII. En "De la Beneficencia al Bienestar Social, cuatro siglos de Acción Social". Editorial Siglo XXI. Madrid, 1986. Pags 105-108

(3) BAHAMONDE A. y TORO J.: Mendicidad y Paro en el Madrid de la Restauración". Estudios de Historia Social 7. Madrid, 1978, pags 73-74

(4) LACALZADA DE MATEO M.J.: El reo, el Pueblo y la Justicia, reflexiones a partir de Concepción Arenal. Revista de Trabajo Social. Barcelona, 1987, pag. 75

(5) Ibidem, pags. 73-74

(6) Ley 2/1988 de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía. Capítulo III, art. 11,5 y 7

(7) ZAMARRILLO T. y GAITAU L.: Para comprender el Trabajo Social. Verbo Divino. Estella (Navarra) 1991, pag. 103

(8) VALVERDE J.: El Proceso de Inadaptación Social. Editorial Popular. Madrid, 1988, pags. 99-100

(9) ROVERE A.M. y ALLENDE L.: Propuestas Metodológicas para el Trabajo Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1984, pag. 51

(10) GAMBA I.: Trabajo Social Familiar. En conceptos y herramientas básicas. EUTS ICESB, Barcelona, 1989. pag. 444

(11) CAMPANINI, A.M. y LUPPI.: Servicios Sociales y Modelo Sistémico. Editorial Paidós. Barcelona, 1991. pag. 137

(12) ORIOL MARTÍ.: La Interdisciplinariedad. Op. cit. pag. 479

BIBLIOGRAFÍA

CAMPANINI, A.M. y LUPPI.: Servicio Social y Modelo Sistémico. Editorial Paidós. Barcelona, 1991

FRIEDLANDER, W.A.: Dinámica del Trabajo Social. Editorial Pax. Mexico, 1979.

GINER, S.: Sociología. Editorial Nexos. Barcelona, 1990

HERAS, de las P. y CORTAJARENA, E.: Introducción al Trabajo Social. Editorial Siglo XXI. Madrid, 1979

HILL, R.: Metodología Básica en Servicio Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1982

MINISTERIO DE JUSTICIA: LEGISLACIÓN PENITENCIARIA. Biblioteca de Textos Legales. Editorial Tecnos. Madrid, 1992

MINISTERIO DE TRABAJO Y
SEGURIDAD SOCIAL: Infancia,
Adolescencia y Prisión. Dirección
General de Acción Social. UNICEF.
España, 1984

MINISTERIO DE TRABAJO: Histo-
ria de la Acción Pública en España.
Madrid, 1990

RICHMOND, M.: Casos Social
Individual" Editorial Humánitas.
Buenos Aires, 1982

REZSOHAZY, R.: El Desarrollo
Comunitario. Editorial Narcea.
Madrid, 1988

SABATER, A.: Los Delincuentes
Jóvenes. Editorial Hispano-Europea.
Barcelona, 1967

VALVERDE, J.: El proceso de ina-
daptación social. Editorial Popular.
Madrid, 1988

EL APOYO SOCIAL PARA LA REINSERCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN LA COMUNIDAD

Luisa Fernández López y Pedro González Aceituno.
Diplomados en Trabajo Social y TT.SS. de la Unidad de
Rehabilitación de Área (U.R.A.).

"Un loco creía ser un grano de trigo y por ello tenía verdadero terror de las gallinas. En el hospital psiquiátrico se le cura y al cabo de un tiempo el loco puede volver a su casa porque es clínicamente cuerdo. Sin embargo, después de una semana vuelve al hospital y al médico, que le pregunta qué le pasa, le contesta que él está bien, que él sabe que está cuerdo y que no es un grano de trigo. Pero añade: "Sin embargo, doctor, las gallinas allí fuera no lo saben". (M. Marchioni en Planificación Social y Organización de la Comunidad).

I. COMO ANTECEDENTE: EL MANICOMIO

La asistencia psiquiátrica a nivel institucional -el manicomio- surge ante la necesidad de dar una respuesta a un colectivo de personas difícilmente diferenciables entre sí que, aún no siendo clasificables como delincuentes, amenazaban el orden y la tranquilidad social.

En estas instituciones se trataba de proteger a la sociedad de estos "anormales", no delincuentes, y se justificaba esta actuación represora, -internamiento de por vida-, por la necesidad que tenían de una intervención científica, "el tratamiento". Desde un principio la asistencia psiquiátrica ha enmascarado su actividad represora con la científica.

Es a principios del siglo pasado cuando desde la medicina se intenta reconducir el tema de la locura como enfermedad. Hasta entonces, el "loco" no había sido más que un extravagante con desviación de su moral y de la voluntad, por lo que no había más solución que reprimirlo mediante el encierro. La importancia del cambio está en que el loco deja de ser una persona que se comporta mal, y pasa a ser un organismo que funciona mal, y que se manifiesta mediante alucinaciones, delirios, movimientos desordenados,....

La importancia del cambio está en que el loco deja de ser una persona que se comporta mal, y pasa a ser un organismo que funciona mal

Hubo un cambio cualitativo en la concepción de la enfermedad mental, pero no hubo cambio en su tratamiento, el individuo siguió encerrado, y su enfermedad peligrosa e incurable.

La represión autoritaria respecto al loco ya no era ejercida en nombre de la religión como pasaba en la Edad Media, ni en nombre del orden y la paz con el nacimiento del Estado Burgués, sino en nombre de la Ciencia. Este desarrollo de la psiquiatría ha mediatizado ideológicamente las actitudes y las formas de comportamiento de la mayoría de los profesionales de la salud mental y, por supuesto, del resto de la sociedad.

Durante el presente siglo la medicina ha intentado atajar científicamente el problema de la locura, en un principio con experiencias como la lobotomía, el coma insulínico, el electroshock,... Y a partir de los años cincuenta con la aparición de los psicofármacos, medicamentos sintomáticos, de efectos sedantes, pero no curativos.

La psiquiatría moderna, con todos los avances habidos en la psicofarmacología, no ha logrado curar, ni evitar los síntomas, sino reconducir y acondicionar al "loco" a unos comportamientos más aceptables. Esta situación abre nuevas posibilidades, cuestiona, pone en crisis el manicomio, dejando de ser éste la única alternativa a la locura.

II. EL VACIAMIENTO DE LOS MANICOMIOS

El Manicomio ha sido fundamentalmente una institución represiva-protectora, ya que encerraba al individuo (re-presión) y les cubría las necesidades básicas (protección) -techo, comida, ropa, aseo- y, muy secundariamente, era sanador.

La política de desinstitucionalización no es un fenómeno que se pueda producir aisladamente, es la conjunción de diversos factores lo que posibilita el vaciamiento de los manicomios; la aparición de los psicofármacos, elementos controladores de los enfermos en la comunidad, las luchas sociales que cuestionan las estructuras autoritarias, se produce en la sociedad un discurso solidario basado en los derechos de la persona, ... Al manicomio como institución en crisis, a las luchas sociales, se une la percepción por parte de la Administración de que vaciar los manicomios es rentable política y económicamente.

La década de los sesenta reúne todas las condiciones para el cuestionamiento de la política manicomial, y ofertar alternativas comunitarias. En el Estado español, debido a la Dictadura, este fenómeno sufre un considerable retraso.

A la caída de la Dictadura, con unos movimientos sociales pujantes, con alta participación en la vida política del país, y una decidida actitud de lucha contra la marginación, es la ocasión para poner en crisis las estructuras psiquiátricas; se inicia la lucha utópica de destruir los Manicomios.

Se pensaba que la destrucción del manicomio traería consigo la liberación del loco, se pensaba que la locura, el sufrimiento y la segregación -marginación del loco era debido únicamente a su encierro en un manicomio.

Para poder ayudar a los internados a externalizarse se pusieron en marcha sofisticados programas de rehabilitación, en los que el loco vuelve a ser una vez más conducido a la fuerza, en aras de "su interés". Antes fueron conducidos a la fuerza a un manicomio, fueron destruidos como personas y convertidos en incapaces, ahora se trata de rehabilitarlos y devolverlos rápidamente a la comunidad.

La política de altas se convirtió en una carrera premiada desde la Administración, algunas hechas de forma

tosca, autoritaria y sin el más mínimo beneficio para el paciente.

La utopía de destruir los manicomios, de liberación de la locura, para evitar sufrimiento innecesario al loco, movilizó esfuerzos y voluntades. El trabajo de muchos profesionales, fue rápidamente aprovechado por la Administración, que reconvirtió la Reforma Psiquiátrica en AHORRO del gasto público.

Los manicomios como elemento de control no son necesarios y salen caros

A nivel político podemos hacer de esta situación una lectura simple. Los manicomios como elemento de control no son necesarios y salen caros, estamos en una época en que está mal vista la institución cerrada y autoritaria. Si podemos ejercer el mismo control sin ellos, a un precio más económico, y además apuntarnos al carro de la solidaridad, hagamos la Reforma. Es curioso que uno de los impulsores de la política de vaciamiento de los manicomios en los sesenta en EE.UU. fuera Ronald Reagan cuando era Gobernador de California, cerró los manicomios públicos de su Estado.

III. LA REFORMA QUE NO FUE.

El manicomio ofrecía una estructura autoritaria, rígida, protectora, que destruía a la persona. Le ofrecía al "loco" un mundo ordenado, simple, de fácil acomodación, la institución ofrecía TODO, pensaba por TODOS. Esta peculiaridad de la institución era en sí misma contradictoria, ya que había un beneficio secundario para el "loco". Dentro de su mundo desordenado, de la desestructuración que le provoca sufrimiento el orden externo impuesto le favorece.

Como pensamos que las utopías por ser irrealizables no deben ser desechables, la destrucción del manicomio es viable sin las connotaciones negativas y economicistas en que se ha realizado. Es factible una Reforma Psiquiátrica que libere al loco del encierro, que tenga un tratamiento psiquiátrico comunitario y que no tenga que pagar con despersonalización el establecimiento de un mejor orden en su vida.

Esta alternativa se hace viable si se conjuga el progresivo desmantelamiento del manicomio con la articulación de una red comunitaria de apoyo a estas personas, tanto en lo terapéutico como en lo social.

Pero el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica, en concreto de Málaga, fue de lo más esclarecedor. Un vuelco ingente de voluntades, de recursos humanos, técnicos,... para vaciar el

manicomio, mientras en la comunidad no se montaba apenas nada alternativo. Las experiencias que se hacía eran obligadas por el proceso de vaciamiento, pero aquel que no tenía historia institucional, que no tenía que ser desinstitucionalizado, era abandonado a su suerte.

El modelo de atención al enfermo mental que se fue montando en Andalucía desde el SAS fue estrictamente médico, hay un cierto desarrollo de lo "terapéutico" y un olvido de las otras facetas. Quizás, se pensara que si el manicomio era un elemento marginador, la atención comunitaria debía ser normalizadora, y ésto se conseguía por sí mismo, en la medida de que los locos hiciesen uso de los servicios sociales comunitarios. Pero esta creencia, si es que existió, se ha demostrado falsa.

Además, la sociedad de los noventa, no es la sociedad en lucha de los sesenta, los movimientos insolidarios, marginadores están en auge, la crisis económica, el paro, el racismo,... hacen mella en la sociedad como para esperar un esfuerzo en la integración del loco. La sociedad actual, aún con el loco en libertad, es tanto o más marginadora que el Manicomio.

Empezar a pensar en montar estructuras alternativas, que apoyen el mantenimiento del enfermo mental en la comunidad

Y otro elemento a tener en cuenta, es la dificultad propia del loco para hacer uso de estos recursos, aunque estén disponibles. Por lo que no queda otra opción que empezar a pensar en montar estructuras alternativas, que apoyen el mantenimiento del enfermo mental en la comunidad. Aún con el riesgo de ser tachadas de segregantes, hay que arriesgarse, procurar no caer en ello, y que sean la puerta para el uso de las estructuras normalizadas, aunque la mayoría de los pacientes psicóticos van a necesitar de por vida algún tipo de apoyo. Pero más vale ésto que estar encerrado o vagabundeando por las calles.

IV. ALGUNOS APUNTES SOBRE EL MODELO A DESARROLLAR EN EL APOYO SOCIAL DEL PACIENTE PSICÓTICO EN LA COMUNIDAD.

La atención del paciente psicótico en la comunidad, no puede realizarse exclusivamente desde el sistema sanitario, deben desarrollarse los apoyos sociales suficientes para que, por un lado el tratamiento sanitario, en la medida de lo posible, se logre sin

necesidad de internamiento, y por otro, sea real el máximo de integración social del paciente.

El apoyo social al enfermo mental debe cumplir unos requisitos básicos:

- Los dispositivos de apoyo social no pueden ser rígidos, daríamos igual respuesta que los manicomios, no se analiza las necesidades de las personas, sino que se da una única respuesta para todo. Cada paciente deberá tener su programa individualizado.

- No pueden caer en ser invalidantes como la institución, no se deben ofertar apoyos innecesarios.

- Es primordial una coordinación entre los dispositivos de salud mental y los de apoyo social.

Si partimos de que la atención psiquiátrica está garantizada a través del sistema sanitario, debemos estructurar el apoyo social, sin el cual sería imposible una real integración del enfermo mental en la comunidad.

Por la experiencia, hemos dividido las necesidades a cubrir en cuatro grandes áreas, lo que no obliga a que todo enfermo mental deba ser atendido en todas y cada una de ellas. Cada cual tiene sus dificultades y se atiende según sus necesidades.

1. VIVIENDA.

En distintos recursos, según el nivel de supervisión, número de componentes, se pretende dar cobertura a los antiguos pacientes del Hospital Psiquiátrico que no tenían donde ir con el desmantelamiento del Hospital. En los últimos años se empiezan a introducir pacientes que carecen de soporte familiar o la convivencia con ella es imposible.

Pero las necesidades de este grupo no se reducen a tener un techo. Se tiene con ellos, según el grado de autonomía, un trabajo de seguimiento para el cumplimiento de consultas, toma de medicación, apoyo para el manejo de sus necesidades en el vestuario, compras, documentación, alimentación, enfermedades somáticas,... una ayuda a domicilio. Actualmente hay siete pisos en el que conviven tres-cuatro pacientes.

Otros pacientes, por diversas causas, viven en pensiones. Y hay dos grupos específicos que al necesitar una supervisión de veinticuatro horas, se han reunido en unos hogares en el que viven diez pacientes. Un grupo está formado por antiguos internados del Hospital que han vivido una etapa fuera de él, pero que la edad empieza a hacerlos dependientes. El otro grupos son pacientes, la mayoría jóvenes, sin pasado institucional, y aunque no estén para permanecer

Documentos de Trabajo Social

ingresados, su autonomía les hace dependientes de un apoyo durante las veinticuatro horas.

Los recursos existentes en alojamientos son escasos ante la demanda existente. Los psicóticos que antes acababan en el manicomio son difícilmente soportables en casa por su familia, otras veces es aconsejable sacarlos de ella.

Para el desarrollo del programa haría falta más presupuesto, y que éste fuera respaldado desde la Administración con la aportación de Viviendas Sociales, sería una forma de ahorrar en alquileres y de no recibir tantos NO por parte de los propietarios cuando se enteran de que son enfermos mentales, o tener que soportar alquileres abusivos.

2. TUTELA-CURATELA.

Los pacientes cuando salen del Hospital están en tratamiento, pero de alta. Algunos tienen capacidad para administrarse el dinero, sin embargo, otros necesitan, a

distinto nivel, ser administrados. Esta situación nos plantea una serie de contradicciones, por cuanto los individuos no somos totalmente capaces o incapaces, y así es como se considera la cuestión a nivel legal. Y menos un enfermo mental, que varía su capacidad para administrarse según el momento concreto de su psicopatolo-

gía.

En este campo habrían de aclarar muchos aspectos legales, sobre todo respecto a la responsabilidad de la familia.

3. TRABAJO-OCUPACION.

La integración social no es real si no existe una integración en el mundo laboral. El dicho "tanto tienes tanto vales" es básico a la hora de trabajar por la integración social del enfermo psicótico, en la mayoría de los casos está supeditado su valor a la Pensión No Contributiva, cuando sabemos que es sólo una minoría la que realmente está incapacitada absolutamente para el trabajo.

Sin embargo, en un momento de crisis económica, con tres millones y medio de parados, unas personas estigmatizadas, con escasa formación profesional, difícilmente van a ser contratadas.

Ante este panorama, muchos pacientes, que se consideran capacitados para trabajar, se encierran en la enfermedad para asegurarse un dinero mínimo con que subsistir y ser reconocidos en su familia.

Hay que desarrollar alternativas de empleo, en las que se parta de las dificultades que entraña el trabajo para un psicótico

Tras múltiples fracasos en que sea el paciente quién se busque un empleo normalizado, pensamos que hay que desarrollar alternativas de empleo, en las que se parta de las dificultades que entraña el trabajo para un psicótico.

Aún a riesgo de convertir las alternativas ocupacionales-laborales en estructuras marginantes, no nos queda más solución que ir construyendo desde el taller terapéutico un entramado que camine hacia lo laboral normalizado, encajando cada paciente en su nivel, según el momento psicopatológico en el que se encuentra, pero tendiendo a no perder de vista lo puramente laboral.

Dejando de lado el Taller Terapéutico, cuya finalidad lo define como más sanitario, el Taller Ocupacional debería estar integrado en los servicios sociales comunitarios, serían espacios donde no solo acudiesen enfermos mentales. Pero la realidad es otra muy distinta, el enfermo mental sigue siendo marginado y no tiene cabida en estos recursos si no son montados y financiados por y para enfermos

mentales.

Cuando el paciente se encuentra en condiciones de reinsertarse en el mundo laboral normalizado, la cosa se pone más

cruda, la competitividad en el mercado laboral y los rendimientos de productividad hace que éste ni se plantee seguir echando solicitudes. La alternativa pasa por constituir, con el apoyo de la Administración, empresas mixtas, pacientes y no pacientes, que tengan como objetivo primordial emplear al enfermo mental, sin por ello poner en riesgo la rentabilidad de la empresa. En esta idea se ha empezado a trabajar, pero los resultados aún son muy pobres, falta una mayor sensibilidad en la Administración que es quien debe dar el principal empuje ofertando a estas empresas parte de su mercado.

4. OCIO Y TIEMPO LIBRE.

Un problema que hemos detectado en los pacientes psicóticos es el aburrimiento, la apatía, la falta de relaciones sociales, de actividades que le motiven. Los procedentes del Hospital Psiquiátrico se dedican a merodear por los alrededores del Hospital, cerca de los recursos residenciales actuales, los jóvenes psicóticos, acaban rompiendo con las escasas

Documentos de Trabajo Social

amistades que les quedan y se encierran en sus casa.

El objetivo primordial de este área de trabajo sería integrarlos en el uso de los recursos comunitarios normalizados, sin embargo, volvemos a la misma situación que en las anteriores áreas, el simple deseo no es suficiente, hay un camino que recorrer.

Creemos que potenciar actividades propias, con el apoyo de un lugar que les sirva de encuentro, es imprescindible, siempre y cuando no sea un

centro cerrado, dirigido a organizar actividades internas. La proyección en todas sus actividades debe ser comunitaria, bien porque se realicen participando de actividades externas o porque sea una motivación para ello.

Las actividades que ahora estamos potenciando son: deporte, excursiones, visitas a centros culturales de Málaga y provincia, cine, participación en las fiestas como carnaval, feria,... y la organización de actividades en el Club como creación de un grupo en el que organicen los programas de ocio, un pequeño boletín informativo, concursos, fiestas,...

TRABAJO SOCIAL EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL.

Adriana García Moreno. Diplomada en Trabajo Social.
Trabajadora Social del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios
de Málaga.

RESUMEN.

La Salud Mental es un tema sobre el que se han dicho cosas bien dichas. Más modestamente, mediante este artículo nos unimos al grupo de las experiencias concretas pues pretendemos exponer, sencillamente, en qué consiste la realidad de la práctica profesional en este departamento, condicionada por las circunstancias determinadas del ámbito en que nos movemos: una institución privada.

Desde el momento del ingreso, si excluimos la prevención, hasta después del alta, se debe incidir en los aspectos sociales que contribuyen al equilibrio de la persona y a la vuelta de ésta a su entorno, a nivel individual, familiar y grupal, desde un enfoque globalizador de los diferentes profesionales.

Se trata de que el internamiento sea un período productivo que se rentabilice en la posterior "normalización", teniendo en cuenta que los recursos más susceptibles de movilizarse de cara a la inserción, son los personales y familiares, pues se sigue sufriendo la acuciante necesidad de que se creen recursos intermedios.

Antes que nada tenemos que presentarnos: el Centro Asistencial San Juan de Dios está situado en la Finca San José, en la carretera de Casabermeja, en la salida norte de Málaga. Depende de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Esta es la denominación actual de un centro que fue fundado en 1923 como lo que se llamaba entonces "Casa de Reposo", pero popularmente ha sido conocido como Sanatorio u Hospital San José.

Hoy por hoy, atiende a diferentes poblaciones dentro del ámbito de "lo mental": psicodeficientes, psicogerátrica y psiquiátrica. Sumando un total de 320 personas, de las que aproximadamente la mitad tienen diagnóstico psiquiátrico. Será en esta población en la que centraremos el presente artículo.

Estamos hablando, por tanto, de un centro privado de atención especializada.

Aún debemos señalar una diferenciación más de la población, referida al tiempo de estancia, pues es diferente el tanto la problemática como la intervención que requiere y la perspectiva de permanencia o no en una institución, hecho muy a tener en cuenta cuando hablamos de inserción o reinserción social.

Con todas estas diferenciaciones y añadiendo los matices de que entre teoría y práctica media un abismo, así como entre enfoques de diferentes

profesionales, pretendemos dar una visión general y lo más sistematizada posibles del trabajo que el Departamento de Trabajo Social desarrolla en este centro, en un campo en el que se han dicho tantas cosas bonitas a nivel teórico sobre una práctica tan irreal como la propia locura.

En nuestro servicio entendemos aquello de que la persona no se puede dividir en trocitos a la hora del tratamiento porque habitualmente no vive diferentes vidas a nivel biológico, psiquiátrico y social, por pura lógica todo abordaje que no sea integral desde el inicio pecará de incompleto y sectorial, pues no buscaría el restablecimiento de las diferentes variables que logran el relativo equilibrio de la persona con el medio-ambiente (con la Sociedad) que osadamente denominamos "normalidad".

El acto del ingreso supone una ruptura -que es hoy, en la mayoría de los casos, temporal con el entorno y modo de vida habitual de cada individuo. Aún cuando el origen de esa ruptura se encuentre en los actos derivados de la sintomatología, no quiere esto decir, que una vez que estos síntomas ya no aparezcan se haya borrado también las dificultades y conflictos socio-personales que se generaron a raíz del trastorno o que potenciaron el mismo.

De ahí, que sin objetivos ambiciosos, no nos planteemos modificar la

Documentos de Trabajo Social

sociedad, que los vecinos sean solidarios ni aspirar a los que serían maravillosos recursos intermedios, indispensables soportes inexistentes en la comunidad. Pero si con quienes más directamente e interesadamente están implicados: la persona con un trastorno mental y su familia.

INTERVENCIÓN INICIAL.

En el primer momento del ingreso se trata de explorar la situación, analizar la demanda, valorarla y considerar su urgencia, así como conocer datos que constituirán un primer aporte a lo que será la Historia Social, igualmente tratamos de conocer el cuadro de conflictividad socio-familiar que motiva el internamiento.

Esta primera fase de la exploración tiene lugar únicamente con la familia, a ser posible con más de un miembro para observar las relaciones que entre ellos se establecen y sus diferentes actitudes. Es importante que la familia refleje sus expectativas respecto al internamiento, su duración y tras el alta.

La exploración e intervención con el enfermo, a nivel social, no se inicia hasta transcurridos unos días desde el ingreso, cuando la medicación ha surtido ya algún efecto. Aunque se conoce su estado a través de la observación de la información proporcionada por otros profesionales, sobre todo por el personal de enfermería.

La primera visita tiene lugar lo más próximamente posible al ingreso, siempre que el estado del enfermo lo permita y persigue varios objetivos:

- En primer lugar, "empatizar" para posibilitar una actitud receptiva en el enfermo ante una posterior intervención.

- Obtener el grueso de la información que conforma la Historia Social.

- Establecer objetivos de intervención teniendo en cuenta el posicionamiento familiar ya explorado.

Cuando se trata de alguien que no ingresa por primera vez en el centro se retoma la intervención y se explora si ha habido modificaciones en las circunstancias que motivan un nuevo período de internamiento con respecto al o los anteriores, para seguir en la misma línea de intervención o adaptarla a la nueva situación.

La acogida a nivel grupal para informar y orientar, así como para disminuir la angustia subjetiva a través del grupo.

Paralelamente, dentro de una dinámica flexible, tiene lugar la acogida a nivel grupal para informar y orientar, así como para disminuir la angustia subjetiva a través del grupo. Esta acogida tiene lugar mediante una

dinámica grupal con las personas recientemente ingresadas (entro 2 y 5 miembros a partir del tercer día de ingreso), que es conducida por el coordinador de enfermería de la unidad y una trabajadora social.

En él se exponen los ritmos de vida en la institución, se desdramatiza el internamiento y se facilita el contacto con otros al recién llegado tras el desarraigo socio-familiar que supone este hecho. Igualmente, sirve como puente de derivación a otros servicios, ya sean talleres ocupacionales, actividades de animación socio-cultural y demás servicios profesionales cuando se estime conveniente.

SEGUIMIENTO.

El seguimiento se realiza a idénticos niveles: individual, familiar y grupal.

En el individual, usando entrevistas formales e informales junto con el intercambio de información con otros profesionales, para comprobar la oportunidad y efectividad de la intervención, lo que indicará la conveniencia de continuar con la misma o, en su caso, de modificarla. Se desarrolla incidiendo en diferentes aspectos según la previsión que exista respecto al alta.

No tratando de que se adapten a un ambiente enrarecido por el trastorno mental sino que adopten las pautas de comportamiento social habituales.

Sea cual sea el tiempo de estancia se trabaja el objetivo de socialización dentro del centro, para evitar situaciones de aislamiento y marginación, no tratando de que se adapten a un ambiente enrarecido por el trastorno mental sino que adopten las pautas de comportamiento social habituales, que le faciliten entablar relaciones con normalidad, tanto dentro como fuera de la institución.

Para aquellos casos en que se aproxime el alta se trabaja el objetivo de reinserción, conjuntamente con la familia cuando haya posibilidades de intervenir en el sentido de que adquieran compromisos referidos a sus actitudes y actuaciones en las relaciones interpersonales, o solamente con el interesado cuando la familia no sea susceptible de intervención, por estar muy desestructurada o porque la vuelta a la familia no sea conveniente pues potencie en gran medida las situaciones de estrés que contribuyen al desequilibrio del enfermo. Desgraciadamente, la realidad social actual no ofrece alcanzables alternativas para que se inserten unas personas que,

Documentos de Trabajo Social

además de ser objeto de un especial rechazo, no pueden acceder a recursos económicos, de vivienda, etc., suficientes. Es así que la familia aún patológica, desestructurada, o en cualquier situación, se constituye en el único recurso para acogerlas.

Según observamos desde este servicio no es lo más frecuente el hecho de que la familia se desentienda de su miembro enfermo. Sí es frecuente el miedo a asumir responsabilidades motivado por diversos factores: la agresividad del enfermo, el desconocimiento y la falta de respaldo por recursos socio-sanitarios a la familia. También son frecuentes la ansiedad y desorientación, incluso la impotencia.

Dentro de la confusión y de las contradicciones en que a nivel anímico se ve envuelta la familia, nuestra primera intervención intenta recordar la diferencia entre qué partes del comportamiento responde al enfermo y cuales otras a la persona sana, haciendo un repaso de las características de la enfermedad que afecta a su familia y de las implicaciones que puede tener; todo encaminado a que los familiares tomen conciencia de la enfermedad y no sólo vivan sus consecuencias.

Diffícilmente la familia llega a hablar sobre este tema si no se ha mantenido desde el inicio una actitud "de escucha" que de pie a la descarga de angustia y sitúe a la familia en posición de analizar cuál es la proble-

mática a la que ha hecho frente y si ha sido del modo más adecuado. Se recogen tanto las demandas explícitas como las implícitas para contrastarlas después con las del enfermo.

En posteriores intervenciones se facilita la comunicación entre ambas partes constituyéndonos en canal de diálogo siendo a veces portavoces de las percepciones de cada uno, de sus deseos y de las facetas que se está dispuesto a intentar cambiar para lograr un acuerdo de convivencia. Lo que en muchas ocasiones supone un cambio de actitudes consciente o no.

A nivel grupal los seguimientos se realizan a través de las actividades que se desarrollan en el Proyecto de Animación Socio-cultural. Dichas actividades no persiguen la mera ocupación del tiempo, sino que además proporcionan un ámbito de observación en circunstancias menos mediatizadas que las terapias grupales o la relación enfermo-terapeuta. Permite también canalizar las intervenciones destinadas a enseñar cuáles son los mínimos de los comportamientos sociales que hay que adoptar y respetar en la relación con los demás. Dichas actividades son entonces instrumentos que facilitan el logro de los objetivos de normalización y socialización.

Se ha observado que participan mayoritariamente quienes llevan un período de estancia, son ellos quienes aportan unas características estables

que le confieren continuidad y carácter de grupo.

Dicho proyecto se hace en colaboración con enfermería y se cuenta con información a nivel psicológico.

RECURSOS.

Recordemos que se trata de un centro privado y, por tanto, no está integrado en la red pública de atención de Salud Mental. Los recursos de que se dispone están centralizados en la misma institución.

Los contactos en lo referido al trastorno mental, con la red pública son escasos, lo más frecuente es que se trate de alguna consulta acerca de las condiciones necesarias para el internamiento ante la escasez de otro tipo de recursos -que podían ser más adecuados- y de soportes que permitiesen a estas personas mantenerse en su entorno habitual, sin rupturas si desarraigas mas que cuando fuese estrictamente necesario. Y sin sufrir el rechazo adicional provocado por la consecuencia de esa mala atención que todos vemos en las calles. Esto fomenta que los mismos recursos privados, atendiendo esta demanda, creen una mini-red de servicios que abarca desde el internamiento hasta los situados en la comunidad, encaminados a la reinserción. Un ejemplo son los proyectos de centro de día y de seguimiento domiciliario que actual-

mente se gestan en este centro.

El principal recurso es el sujeto-objeto de intervención: la persona afectada por un trastorno mental y sus familiares.

Así tendremos que el principal recurso es el sujeto-objeto de intervención: la persona afectada por un trastorno mental y sus familiares. Es el desarrollo de los recursos personales y de cada individuo lo que se trata de estimular pues son con los que siempre se cuenta y los que permiten un mejor aprovechamiento de los recursos restantes.

BIBLIOGRAFÍA.

- ROSSELL, Teresa. "La Entrevista en el Trabajo Social". Ed. Hogar del Libro. Barcelona. 1986.
- RAMÍREZ DE MINGO, Isabel. "Trabajo Social en los servicios de Salud Mental" Ed. Universidad Complutense de Madrid.
- TIZÓN, J.L., TROSSELL, M^a.T. et al. "Salud Mental y Trabajo Social". Ed. Laia. Barcelona 1983.

**PROBLEMATICA SOCIAL DEL PACIENTE DISCAPACITADO.
FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL DE ATENCION PRIMARIA.**

M^a Luz Burgos Varo. Diplomada en Trabajo Social.
Trabajadora Social del Centro de Salud de El Palo.

RESUMEN.

El presente artículo fué presentado como Ponencia en la Mesa Redonda sobre enfermos discapacitados, que se celebró en el VI Congreso de la Sociedad Andaluza sobre Medicina Familiar y Comunitaria. (Junio-94)

Se abordan las repercusiones personales, familiares y sociales que generan la incapacidad; haciendo especial hincapié en la figura del "cuidador"; considerado como el "paciente oculto", sin olvidar la influencia que el medio socio-cultural tiene en el afrontamiento de la enfermedad.

Se hace una brevísima descripción de los Servicios Sociales más significativos para la atención de esta problemática.

Se resalta la importancia de las Asociaciones de Ayuda Mutua y de los Grupos de Voluntarios, como parte del tejido social que brinda su apoyo para aumentar la calidad de vida de los enfermos. Así como la necesidad de contar con ellas desde las distintas instituciones.

Por último se hace una descripción detallada de las funciones y actividades del Trabajador Social de Atención Primaria de Salud en el Programa de Atención a Incapacitados.

INTRODUCCION

Es obvio que la incapacidad no solo tiene unas repercusiones físicas y funcionales, sino que afecta a la totalidad de la vida del enfermo, a nivel personal, familiar y social. Pero por otro lado, este mismo medio social y familiar influye de forma directa en la forma en que el paciente afronta la enfermedad.

Conscientes de la importancia del ámbito familiar en la atención al incapacitado y para ofrecer la atención integral que preconiza la Atención Primaria de Salud, en el Centro de Salud de El Palo llevamos trabajando tres años en el estudio y atención a dicha problemática. Se ha desarrollado varios estudios de investigación a través de técnicas cuantitativas y cualitativas (Mapa e Índice de Riesgo, problemáticas socio-familiares etc.) Igualmente se han realizado intervenciones en varios aspectos, tales como organización de grupos de familiares; coordinación con voluntariado, etc. El Centro de Salud El Limonar, perteneciente a nuestro distrito, lleva desde sus comienzos hace tres años, implementando el Programa, abordando los siguientes aspectos: visitas domiciliarias, formación a cuidadores de las residencia de ancianos de la Zona, coordinación con grupos de voluntariado, etc.

Esta exposición es fruto de las

conclusiones y resultados obtenidos de dichos estudios, así como de la práctica profesional y de la bibliografía consultada.

1.-REPERCUSIONES PERSONALES

Además de los aspectos puramente biológicos o físicos. Las repercusiones que a nivel personal padece el incapacitado depende de varios tipos de variables , entre ellas podemos citar: edad, sexo, rol, personalidad, actividad laboral y recursos personales para afrontar los problemas.

Las repercusiones que a nivel personal padece el incapacitado depende de varios tipos de variables , entre ellas podemos citar: edad, sexo, rol, personalidad, actividad laboral y recursos personales para afrontar los problemas.

El enfermar lleva consigo la inmediata reducción del campo de los intereses, de la percepción de sí mismo y del desarrollo vital.

Se limitan las perspectivas de futuro hasta reducirse a la inmediatez -el único horizonte sería la muerte-.

Documentos de Trabajo Social

Se produce un egocentrismo que prevalece sobre cualquier otra apreciación.

La curación significa para ellos el abandono de los privilegios del enfermo, comportándose como si temieran la recuperación

La personalidad se desestabiliza y se da una respuesta emocional que puede ser de amenaza, inseguridad, rechazo, miedo; ansiedad, angustia, desesperación, indefensión e impotencia, así como sentimientos negativos hacia sí mismos como consecuencia de una pérdida de la propia estima.

Existe una pérdida de control provocando un estrés que se transformará fácilmente en depresión. El enfermo intentará recuperarlo recurriendo a mecanismos de defensa entre otros: la negación o regresión.

* Con la negación de su enfermedad se produce una resistencia o rechazo a cualquier tipo de ayuda que se le ofrezca o que tenga disponible, precisamente para no perder el control sobre sí mismo.

* Con la regresión, se vuelven muy dependientes; hallando en esta situación de una manera más o menos consciente la facilidad de obtener ciertas ventajas que valoran distorsionadamente y procuran perpetuarla

hasta el extremo de que tan pronto aparece mejoría se niegan a aceptarla, presentando síntomas distintos para requerir nuevos cuidados.

La curación significa para ellos el abandono de los privilegios del enfermo, comportándose como si temieran la recuperación y con ella el tener que reanudar el enfrentamiento con la realidad de la existencia autónoma.

La depresión conlleva un comportamiento pasivo frente a la problemática, lo que impide la readaptación y el ajuste, sumen a la persona en la tristeza, decaimiento, apatía y desesperanza. Aumenta el nivel de dependencia y merman la fuerza de voluntad que unido a los deseos de evitación y escape llevan a algunos en ocasiones, a desear la muerte.

No obstante, muchos enfermos asumen una actitud de resignación ante la enfermedad, existe una fuerte asociación entre el concepto de vejez y pérdida de salud y autovalimiento, que les lleva a conformarse. De hecho en uno de nuestros estudios, al preguntarle directamente al incapacitado por su estado de ánimo, el 25% manifiestan encontrarse bien a pesar de las graves limitaciones que padecen.

Hay que tener en cuenta que la influencia de "lo cultural" y "lo social" es decisiva en la percepción individual de la enfermedad. Nuestra sociedad da un valor desmesurado a la imagen corporal y al bienestar, por lo que las

enfermedades más temidas son las enfermedades deformantes y dolorosas.(1)

2.- REPERCUSIONES FAMILIARES

Es indudable que todo tipo de enfermedad incapacitante conlleva graves repercusiones familiares:

- A nivel emotivo: Genera los mismos sentimientos que a nivel individual. En general: ansiedad, agresividad, resentimiento y culpa.

Constituye un acontecimiento imprevisible, para el que la familia no suele estar preparada, y que irrumpe en su ciclo vital originando usualmente fuerte estrés puesto que se ven obligadas a compaginar las funciones propias de la etapa en la que se encuentre, frecuentemente la adolescencia o marcha de los hijos, con la tarea de proveer cuidados y atención a un enfermo que le absorbe gran cantidad de tiempo y de desgaste físico y emocional.(4)

Pese al alto coste que supone el atender a un incapacitado y pese a que puede haber existido una historia previa de distanciamiento, malas relaciones e incluso malos tratos, se da por sentado que la familia va a asumir este deber, convirtiéndose en una norma social cuyo no cumplimiento conlleva la condena unánime, desde el

propio medio social (amigos, vecinos), los profesionales de salud y de los servicios sociales, hasta el propio sistema que delega y exige al familiar todo el peso de la atención independientemente de otras cargas familiares, problemas laborales, emocionales, económicos, etc. Sin que por otro lado exista un sistema institucional de apoyo a la familia que compense de forma equitativa esta sobrecarga. Más adelante pasaremos a describir los servicios existentes y sus requisitos.

Así se producen a veces disfunciones graves a nivel emocional, sanitario, relacionales, etc. bien en el cuidador o bien en su familia. Por otro lado es muy importante tener en cuenta la forma de evolución de la enfermedad; ya que la percepción de la familia es distinta según se trate de:

* Una enfermedad crónica más o menos estable en la que no se prevén cambios a medio plazo; teniendo la familia un tiempo para ajustarse al problema.

* Un accidente o enfermedad súbita; que curse por crisis, o por episodios o bien con frecuentes ingresos hospitalarios o intervenciones quirúrgicas, etc. que suponen aumentos del nivel de angustia.

* Si es una enfermedad terminal de la que se presume un desenlace definitivo en un plazo de tiempo.

Documentos de Trabajo Social

* De forma especial hay que citar las repercusiones en la familia de los enfermos demenciados. En un estudio cualitativo realizado en el Centro de Salud El Palo, se destacan estos familiares como los que mayor grado de estrés y angustia manifiestan.(4)

Otras veces la familia se adapta a la incapacidad a menudo haciendo de esta el centro de atención, de forma que la vida de la familia gira en torno a la enfermedad.

Uno de los miembros, normalmente mujer (constituyen el 93,6%), se erige en cuidadora asumiendo el timón de todas las atenciones que hay que dispensar al enfermo. En torno a ella y a la persona incapacitada se posiciona el resto de la familia apoyandola o distanciandose, olvidando, apartando o posponiendo las tareas propias de su etapa vital.

Al mismo tiempo la familia se aísla, distancia los contactos sociales y se vuelca hacia sí misma formandose patrones de conducta rígidos, sin que sus miembros puedan analizar si son los más adecuados.(4)

A la figura del cuidador hay que dedicarle un apartado específico dada la gran importancia de esta figura. Hemos comprobado, en la comunicación presentada esta mañana, que la existencia o no de un cuidador asignado es determinante para evitar el riesgo de abandono del incapacitado. La bibliografía consultada coincide

con nosotros en los siguientes aspectos:

- Hemos dicho que la cuidadora suele ser mujer y generalmente ama de casa. Angeles Durán- Profesora de Sociología de la Universidad Complutense- ha dedicado numerosas investigaciones a los llamados "cuidados informales"; esto es el conjunto de atenciones y tiempo que invierte generalmente el ama de casa en el cuidado de la salud y enfermedad de la familia. En su libro "De puertas adentro" fundamenta el papel asignado, y asumido por las mujeres, sobre el establecimiento en el hogar de los hábitos y conductas en salud, el cuidado de la misma y la relación con el Sistema Sanitario.

En caso de desempeñar un trabajo fuera del hogar, suele acabar abandonándolo, o rechazando posibles promociones para dedicarse a la atención del incapacitado. Algunas mujeres son predestinadas a ser cuidadoras en razón a su soltería y viceversa.

La cuidadora se entrega con dedicación plena al cuidado del incapacitado, estableciéndose una relación de dependencia entre ambos, que da lugar a sentimientos y actitudes ambivalentes, como sobreprotección, ira contenida o deseo inconsciente de muerte. A veces el enfermo se convierte o es vivido por el cuidador como un tirano al que tiene que servir las 24 horas del día.

Se suele ir descuidado otras relaciones y responsabilidades, pasando la pareja y los hijos a ocupar un segundo término, con un fuerte desgaste en las relaciones familiares.

la existencia o no de un cuidador asignado es determinante para evitar el riesgo de abandono del incapacitado.

Si bien el cuidador es siempre un miembro de la familia, normalmente, cónyuge o hija, en nuestro medio cultural y de forma especial en el ámbito rural o en los barrios más antiguos cuando se carece de familia, los cuidados aún pueden ser asumidos por otros familiares de segundo grado: sobrinas, cuñadas o incluso por vecinas.

- La edad del cuidador suele ser media o avanzada. En nuestro estudio 44% entre 50 y 65 años y el 22% mayores de 65. En algunos artículos se señala: un 25% entre 65 y 74 años y un 10% mayores de 75 años. Con lo que nos encontramos con un amplio sector de enfermos incapacitados cuyos cuidadores además de la sobrecarga que supone la atención al enfermo; se encuentran ellos mismos con una serie de déficit y problemas asociados a vejez.

- Independientemente de la edad,

suelen estar afectados de numerosos problemas de salud, se le ha llamado "el paciente oculto"; también se habla del "síndrome del cuidador". Suelen ser hiperconsultadores, consumir gran cantidad de fármacos y presentar numerosas somatizaciones como forma de manifestar su estado de ansiedad.

La edad del cuidador suele ser media o avanzada. En nuestro estudio 44% entre 50 y 65 años y el 22% mayores de 65.

En nuestra experiencia, observamos cómo aprovechan la visita del médico al incapacitado para exponer sus quejas y achaques, de lo que se deriva una atención sintomática y de demanda, constituyendo un hándicap para la atención programada, historizada y de seguimiento de los cuidadores. Entre los problemas más usuales podemos señalar:

- * físicos: artrosis, lumbalgias, etc.
- * psíquicos: ansiedad y depresión, que aumenta al fallecimiento del incapacitado.
- * sociales: aislamiento.

3.- REPERCUSIONES SOCIALES. INFLUENCIA DEL MEDIO.

A nivel social, ya hemos comentado que la familia en general y en especial el cuidador suele descuidar o

Documentos de Trabajo Social

abandonar las relaciones sociales para dedicarse al cuidado del enfermo, esto conlleva un empobrecimiento de las relaciones sociales, produciendo incomunicación, depresión y sentimiento de soledad.

En cuanto a los aspectos económicos, la incapacidad supone una carga; gastos en alimentación (por dieta); acondicionamiento de la vivienda (supresión barreras arquitectónicas); pañales (en caso de incontinencia); ayuda doméstica, aparatos ortopédicos: sillas de ruedas, camas hospitalarias, transporte en caso de frecuentes desplazamientos a especialistas, pruebas, rehabilitación, etc.

Y viene, como hemos comentado, acompañados de una pérdida del poder adquisitivo (posible abandono del trabajo por parte de los cuidadores) e imposibilidad de continuar haciéndolo por parte del propio incapacitado.

Así mismo, para el sistema sanitario la incapacidad supone un altísimo coste en cuanto a dedicación de recursos (profesionales, farmacológico, de tratamiento y sobretodo de tiempo asistencial, que incluye los desplazamientos al domicilio del enfermo.

Por otro lado el medio económico y social en que viven los incapacitados influye fuertemente en su atención y cuidado. Como se ha reseñado en la introducción, en el Centro de Salud El

Palo realizamos una investigación para ver cómo influyen los factores medio ambientales en la mejor o peor atención a la incapacidad. Este estudio consta de dos partes:

* En la primera: Elaboración de un Mapa de Riesgo, se construyó un índice de riesgo de abandono del incapacitado según las características sociales y del entorno por sectores geográficos delimitados- Índice de Riesgo de Zona-; teniendo en cuenta como factores de riesgo:

- La posibilidad de apoyo familiar.
- Los recursos económicos.
- La vivienda.
- El medio ambiente.

* La segunda parte de este trabajo ha consistido en establecer un Índice de Riesgo Personal, a través de un estudio multivariante caso-control resultando ser el Índice de Riesgo de Zona el que más se asocia de forma estadísticamente significativa al hecho del abandono. ($p < 0,025$)

De lo cual se concluye la influencia directa de los factores sociales del entorno sobre la mejor o peor atención al incapacitado.

La vivienda está considerada como una necesidad básica para cualquier persona; para el incapacitado, que se ve obligado a estar recluido en ella, constituye todo su universo.

En nuestra experiencia con grupos de familiares de demenciados, observamos unas características diferentes en el modo de afrontar la incapacidad en los distintos niveles socio-económicos:

- En los niveles socio-económicos altos es más frecuente la depresión del cuidador, el rechazo al incapacitado, y el deterioro de las relaciones sociales de la familia; presentando un mayor número de quejas por existir una mayor disminución de las expectativas.

- En los niveles deficitarios observamos una mejor aceptación de los cuidados como obligación familiar y mayor apoyo social de las redes vecinales, voluntariado y servicios sociales.

La vivienda está considerada como una necesidad básica para cualquier persona; para el incapacitado, que se ve obligado a estar recluido en ella, constituye todo su universo. El equipamiento adecuado, la conservación, la comodidad y el entorno es vital para

el bienestar del enfermo. Las barreras arquitectónicas constituyen el mayor handicap para su autovalimiento.

4.- SERVICIOS SOCIALES

Pasemos a hacer una breve síntesis de los recursos o apoyos institucionales que en Andalucía existen para las personas discapacitadas, dependencia y requisitos:

a.- Prestaciones económicas:

Paralelamente al sistema de pensiones de la Seguridad Social, existen pensiones no contributivas. Las hay de dos clases: por jubilación, para los mayores de 65 años y por invalidez, para aquellos que sus capacidades funcionales están disminuidas en al menos un 65%. La cuantía está establecida en 32.635 ptas. mensuales; que se incrementa hasta 48.955 ptas si la minusvalía es superior al 75%. Para ambas, existe un límite de ingresos familiares como requisito fundamental. A modo de ejemplo, cuando los convivientes son sólo el matrimonio es de 1.941.783 ptas./año para 1994, tope que se amplía en caso de convivir con hijos a su cargo.

- El IASS (Instituto Andaluz de Servicios Sociales) gestiona un Plan de Ayudas individualizadas, que permite solicitar prestaciones económicas para prótesis y supresión de

Documentos de Trabajo Social

barreras arquitectónicas, entre otras; destinadas a sectores con unos niveles de ingresos mínimos y con una cuantía determinada por unos límites, aunque quizás el mayor problema se haya en los trámites burocráticos que demora su cobro varios meses.

b.- Residencias:

Existen una serie de Residencias para ancianos no válidos, públicas o concertadas en las que el anciano debe entregar el 75 % de su pensión. La demora suele ser de unos 10 a 12 meses.

c.- Servicio de Ayuda domiciliaria:

El Servicio de Ayuda domiciliaria consiste en la asistencia de una auxiliar de hogar que realiza funciones de aseo personal, elaboración de comidas, limpieza del hogar, compañía y gestiones. La media de atención es de 4 horas semanales y los requisitos son carecer de familia y recursos económicos suficientes para poder contratar por su cuenta a cuidadores pagados.

El número de auxiliares de hogar es aún muy limitado. Por ejemplo en nuestro Distrito, existen dos auxiliares de hogar, siendo la población censada incapacitada por los Centro de Salud (Limonar y el Palo) de 500 incapacitados aproximadamente.

d.- La Universidad de Málaga, a suscrito un acuerdo con el IASS para

el **alojamiento de universitarios con ancianos o minusválidos** a cambio de prestación de asistencia.

5- APOYO SOCIAL. TEJIDO SOCIAL (3)

El apoyo social se puede definir como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros.

Se entiende por necesidades sociales básicas, las necesidades de alimento, vestido, afecto, pertenencia, etc.

Podemos distinguir tres tipos de apoyos:

- Apoyo emocional: Estima, empatía, confianza.
- Apoyo Instrumental o de ayuda: Bienes y servicios.
- Apoyo Informativo: Información para comprender y/o resolver problemas.

El apoyo social puede venir dado a varios niveles:

- por la familia y amigos.
- por las redes sociales.
- por las instituciones.

Entendemos por redes sociales las relaciones que la persona mantiene con su ambiente (familia extensa, vecinos, amigos, compañeros, etc.)

Por otro lado el tejido social estaría formado por el conjunto de las distintas redes sociales existentes en una comunidad, que se entrecruzan y relacionan entre sí, tanto a nivel informal, como formal (asociaciones, organizaciones comunitarias, etc.)

Estos conceptos son fundamentales a la hora de abordar la incapacidad en cuanto que una persona que no puede valerse por sí misma dependerá de forma absoluta del apoyo social y familiar con que cuente para tener sus necesidades básicas cubiertas.

Así, desde cualquier dispositivo sanitario, para hacer una atención integral deberá tenerse en cuenta cuáles son y cómo funcionan los apoyos y recursos institucionales, formales e informales de la población a atender, y conocer el tejido social de la comunidad en la que se inserta.

6.- ASOCIACIONES DE AYUDA MUTUA. GRUPOS DE VOLUNTARIADO

Las Asociaciones de ayuda mutua o grupos de autoayuda, son grupos de enfermos y/o familiares que se reúnen para ayudarse a resolver una situación problemática común, compartir sentimientos en un clima de apoyo y entendimiento e intercambiar información relevante sobre problemas prácticos relacionados con su enfermedad.

Afortunadamente, la Consejería de Salud ha sabido valorar la importancia del papel de la familia y el entorno inmediato en el cuidado de la salud,... como elementos fundamentales a tener en cuenta para conseguir los objetivos marcados en el Plan Andaluz de Salud

Entre otros podemos destacar como efectos positivos de estos grupos:

Efectos cognitivos: Puesto que se obtiene información, coeducación, etc,

Afectivos: Se comparten y hace frente a los problemas emocionales (miedos, angustias, dificultades).

Efectos sobre la conducta: Se comparten estrategias de afrontamiento. Se proporcionan modelos de conducta.

En definitiva se dice que convierten las crisis personales en experiencia social.

Por otro lado, los grupos de voluntariado son asociaciones de personas que de forma libre se unen para prestar un servicio sin ánimo de lucro ni compensación económica.

Forman parte del tejido social de toda comunidad y actúan independien-

Documentos de Trabajo Social

temente de las instituciones públicas, si bien suelen tener actitudes positivas de colaboración con ellas para aumentar la calidad de vida de las personas sobre las que trabajan. Aportando en numerosas ocasiones una crítica constructiva hacia determinados servicios deficitarios o con mal funcionamiento, ofreciendo una visión de dichos servicios, desde la perspectiva de los usuarios.

En nuestra Zona Básica se está desarrollando una experiencia de colaboración y coordinación continuada con grupos parroquiales, cuyos componentes suelen ser mujeres, amas de casa, de mediana edad, residentes en la propia Zona. Esta colaboración está resultando altamente positiva, al ser este perfil el más idóneo para la atención de enfermos incapacitados.

Afortunadamente, la Consejería de Salud ha sabido valorar la importancia del papel de la familia y el entorno inmediato en el cuidado de la salud, incluyendo los cuidados informales, las asociaciones de autoayuda y el voluntariado como elementos fundamentales a tener en cuenta para conseguir los objetivos marcados en el Plan Andaluz de Salud, aprobado hace un año.

7.- FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA DE ATENCION AL INCAPACITADO

Por último, aportamos a modo de resumen, las funciones del Trabajador Social en el Programa de Incapacitados.

Nuestro objetivo general irá encaminado a fomentar la salud del paciente en el entorno de su familia y de su medio socio-cultural. Nuestra finalidad será potenciar y apoyar las propias capacidades de los enfermos y sus familias, y aprovechar, mejorar y coordinar los recursos disponibles, enlazando los servicios del Centro de Salud con los extrasanitarios, siendo esta conexión una de las funciones básicas Trabajador Social en salud.

Cualquiera que sea su área de intervención, el Trabajador Social, actúa en tres niveles: individual, familiar o por grupos y comunitario; aplicando en cada uno de ellos, las etapas metodológicas de investigación, valoración, intervención y posterior evaluación.

INVESTIGACION:

En el Programa de Atención a Incapacitados, a nivel individual, el Trabajador Social, una vez conocido el estado físico, las limitaciones que padece y el grado de afectación de la vida diaria (aspectos somáticos) se estudiará:

1.- Repercusión personal de la incapacidad:

* Aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales; esto es:

- Cómo asume la enfermedad (percepción de la misma y sentimiento ante la incapacidad).
- Cómo ha afectado a sus hábitos, costumbres y comportamiento.
- Cómo afronta los problemas y limitaciones.

2.- Repercusiones familiares y apoyo social:

* Conocer las relaciones familiares y sociales (actitud de la familia hacia el incapacitado y viceversa)

* Disponibilidad de apoyo emocional e instrumental (bienes y servicios)
-Dimensión objetiva-

* Percepción del incapacitado del apoyo que recibe
-Dimensión subjetiva-

A nivel familiar:

- Conocer y profundizar sobre las repercusiones que conlleva la incapacidad para la familia: sobrecarga familiar, estrés familiar, disfunciones, sentimiento de culpa e impotencia, etc.

3.- Identificar posibles problemas:

* Carencia de cuidados mínimos por:

- Falta de familia.
- No prestación de apoyo familiar o vecinal.

* Problemas económicos graves.

* Problemas familiares graves.

* Problemas de vivienda: Insalubridad, hacinamiento, barreras arquitectónicas, ubicación etc.

* Baja capacidad para afrontar los problemas.

A nivel comunitario, se investigará:

- Conocer los organismos, entidades, asociaciones y tejido social que prestan o pueden prestar algún tipo de atención a incapacitados.

- Detectar los grupos de mayor riesgo.

- Realización de un Mapa de riesgo de abandono del anciano incapacitado.

- Investigación de las características socio-familiares de la población adscrita al Programa.

Una vez conocida la situación se efectuará la VALORACION O DIAGNOSTICO; Es decir, realizar una estimación de las necesidades y/o problemas del incapacitado y su familia en relación con:

-Sus propias habilidades y recursos para afrontarlos.

-El apoyo que pueda percibir por parte de su entorno.

Documentos de Trabajo Social

- La ayuda profesional que se le pueda ofrecer.
- Los servicios socio-sanitarios existentes.

La INTERVENCION, del Trabajador Social irá encaminada a aumentar la calidad de vida del incapacitado, sus objetivos serían los siguientes:

- 1.- Contribuir a desarrollar al máximo las capacidades residuales del enfermo.
- 2.- Favorecer el apoyo familiar, vecinal, etc. hacia el incapacitado.(Redes de apoyo naturales)
- 3.- Creación de grupos de autoayuda.
- 4.- Atender y orientar los distintos problemas identificados estableciendo un tratamiento social continuado en los casos que así lo requieran.
- 5.- Informar y orientar sobre los distintos recursos y prestaciones sociales a los que puedan acceder.
- 6.- Valoración conjunta y seguimiento del problema con los profesionales de los organismos a los que se haya derivado.
- 7.- Sensibilizar al EBAP y a la comunidad sobre los problemas de las familias con incapacitados a su cargo.

A nivel comunitario:

- 8.- Trabajar de forma conjunta con las distintas entidades de la Zona que actúan o pueden actuar con la población incapacitada o sus familias.
- 9.- Organizar, formar y trabajar de forma coordinada con los grupos de

voluntariado de la Zona.

- 10.- Difusión del Programa y de sus actividades.

EVALUACION

La evaluación de las actividades del Trabajador Social en el Programa vendrá dada por el grado de cumplimiento de los objetivos y criterios de control de calidad que se proponen en el mismo, en cada Centro de Salud.

CRITERIOS DE DERIVACION

Por último, proponemos como criterios de derivación al T.Social de A.P.S.; aquellos incapacitados y familias que se encuentren en alguna de estas circunstancias:

- 1.- Falta de apoyo familiar y/o social:
 - Por carencia de familia.
 - Por imposibilidad o incapacidad para atenderlo.
 - Por abandono.
 - Desarraigo.
 - Soledad.
 - No existencia de relaciones vecinales.
- 2.- Sobrecarga familiar que afecte gravemente las relaciones familiares o la salud mental del cuidador.
- 3.- Existencia de problemas de relación familiar graves: disgregación familiar, intereses contrapuestos respecto al incapacitado, relaciones

familiares conflictivas, etc.

4.- Falta de habilidad grave para afrontar la enfermedad por analfabetismo funcional, rechazo de la enfermedad, etc.

5.- Escasez de recursos económicos.

6.- Falta de cobertura sanitaria.

7.- Convivientes con grupos marginados.

8.- Problemas de vivienda: Grave deterioro, insalubridad, barreras arquitectónicas, etc.

9.- Otros: Cualquier situación en la que el problema de salud origine un problema social grave.

De esta forma entendemos, que el Trabajador Social aporta una visión global e integradora de la salud; ofreciendo desde el trabajo en equipo un apoyo a la familia mediante la interconexión entre los medios sanitario, social y comunitario, haciendo posible en lo concreto y en la práctica el principio de la intersectorialidad.

BIBLIOGRAFIA

1.- VALENCIANO, A. "Dimensión psicológica en el paciente ostomizado:

Generalidades en Atención integral al paciente ostomizado". Editado para Coloplast Productos Médicos S.A.

2.- DURAN A., "De puertas adentro" Serie Estudios. Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura 1.987. Madrid.

3.- ESPINOSA J.M., BURGOS M.L., MUÑOZ F, SALAZAR.J.A. "Programa de Atención a pacientes incapacitados en un Centro de Salud". Revista Atención Primaria. Vol.10; Nº5. Octubre 1.992.

4.- BURGOS M.L., MUÑOZ F. "La mujer como cuidadora de enfermos Incapacitados". en "Las mujeres en Andalucía" Serv. de Publicaciones. Diputación Provincial de Málaga.

5.- BARRON A. "Apoyo Social: Definición" y "Un ejemplo de intervención con grupos de apoyo". Revista JANO 9-15 de Marzo de 1.990 VOL. XXXVIII Nº 898.

6.- GOMEZ LOPEZ L., RODRIGUEZ CAÑAS I. "Salud mental del grupo familiar ante la enfermedad orgánica". Revista Trabajo Social y Salud nº3. Pgnas. 81-95. Zaragoza. 1989.

ESTUDIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LAS MUJERES, EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 20 - 30 AÑOS, ANTE LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LA ZONA BASICA TRINIDAD. CAUSAS DEL NO USO DE ESTE SERVICIO.

Mercedes Villalobos Bravo. Diplomada en Trabajo Social y Asistente Social del Centro de Salud Trinidad. **M^a Auxiliadora Rueda Tirado** y **Lourdes Acuña Muñoz.** Alumnas de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Málaga. **Francisco Cosano Rivas.** Profesor de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Málaga.

RESUMEN.

El presente estudio tiene como objetivo investigar el comportamiento de la población fértil de la Zona Básica Trinidad, para conocer las causas que inciden en el no uso del Servicio de Planificación Familiar.

Esta investigación surge como necesidad, al evaluar las coberturas del primer año de funcionamiento del programa y conocer que sólo ha sido atendido un 2% de las mujeres de la población total.

Se trata de un estudio de carácter cualitativo, dado que lo que queremos obtener es información sobre las características que deben ser consideradas, para llevar a cabo modificaciones que mejoren el servicio, en función de las necesidades expresadas por la población.

INTRODUCCION.

Una de las características que define a la Atención Primaria de Salud es la "accesibilidad". Los servicios (programas) puestos en marcha desde un Centro de Salud, deben caracterizarse por estar al alcance de la totalidad de la población que abarca(1).

Cuando la población diana no accede a alguno de los programas puestos en marcha, el equipo de atención primaria debe buscar mecanismos que estudien las causas que ponen trabas a dicho acceso, para poder realizar actuaciones de captación que favorezcan una mayor cobertura de población. Este es el caso del Programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud Trinidad. Nos planteamos por ello estudiar, mediante un proyecto de investigación, el comportamiento anticonceptivo de la población utilizando una metodología participativa y de carácter cualitativo que nos proporcione información sobre sus propias vivencias y opiniones.

Sólo después de analizar los resultados obtenidos con el presente estudio podemos plantearnos las actuaciones necesarias para la mejora del servicio y de este modo poder conseguir el objetivo final que nos proponemos: "mejorar la accesibilidad".

OBJETIVOS.

Objetivo general:

- Conocer el comportamiento de las mujeres ante el uso de métodos anticonceptivos y del Servicio de Planificación Familiar.

Objetivos específicos:

- Conocer la información que se tiene sobre métodos anticonceptivos y sobre Planificación Familiar.

- Conocer qué características debería tener un servicio de Planificación Familiar (Características deseadas).

- Averiguar qué uso se hace de los métodos anticonceptivos.

- Conocer la norma moral de su sistema de referencia.

METODOLOGIA.

MUESTRA. La muestra ha sido elegida entre las mujeres de la zona con edades comprendidas entre 20 y 30 años. Se organizaron subgrupos, de ocho a doce participantes en los que se incluyeron mujeres de distinto nivel cultural y de todos los núcleos que componen la zona básica, quedando representado el total de la población diana.

Documentos de Trabajo Social

HIPÓTESIS, VARIABLES		
HIPÓTESIS	V. ESTUDIADAS	V. OPERATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> - No se acude a la consulta de Planificación Familiar por desconocimiento de la misma. - Las mujeres poseen escasos conocimientos sobre métodos anticonceptivos y sobre Planificación Familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre la consulta de Planificación Familiar y métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de métodos anticonceptivos y de la consulta. - Fuentes de conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> * deseadas * reales
<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres opinan que el servicios de P.F. debería estar más humanizado y personalizado. - Algunas mujeres no acuden a P.F., porque piensan que no hay un buen servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percpción del servicio de P.F. - Características deseadas del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud del personal: <ul style="list-style-type: none"> * Características personales. * Actitud restrictiva. - Organización del servicio: horario, demora,... - Deseos de los usuarios.
<ul style="list-style-type: none"> - Muchas mujeres utilizan métodos anticonceptivos pero sin conocer el uso correcto de ellos. - Las mujeres que no tienen una relación de pareja estable no sienten la necesidad de usar métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta anticonceptiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de métodos. - Uso del servicio. - Tipo de métodos. - Control de métodos.
<ul style="list-style-type: none"> - Una norma moral rígida influye en la no utilización de métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas Subjetivas. - Instituciones de referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedencia de las normas. - Tipo de normas. - Tipo de instituciones: <ul style="list-style-type: none"> * barreras. * facilidades.
<ul style="list-style-type: none"> - Algunas mujeres no se planifican pero tienen intención de hacerlo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intención de planificarse 	<ul style="list-style-type: none"> - Intención de uso: <ul style="list-style-type: none"> * servicio de P.F. * métodos anticoncept - Intención de no uso: <ul style="list-style-type: none"> * servicio de P.F. * métodos anticonceptivos.
<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres opinan que el uso de los servicios de P.F. y métodos anticonceptivos comportan más inconvenientes que beneficios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios del uso de los servicios de P.F. y métodos anticonceptivos. - Costes del uso de los servicios de P.F. y métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida. - No aborto - Calidad de las relaciones sexuales. - Costes biológicos. - Costes psicológicos: culpa, vergüenza, entorpece las relaciones sexuales. - Costes estructurales

TECNICA DE GRUPO FOCAL. Al tratarse de un estudio exploratorio sobre actitud y comportamiento anticonceptivo, la información obtenida es puramente cualitativa.

No nos interesa saber: ¿cuántas mujeres acceden a Planificación Familia?, ni qué edad tienen las mujeres que no acceden?, o ¿cuál es su nivel de instrucción?

Estas cuestiones de carácter cuantitativo que también son de interés se podrían considerar en una segunda fase de investigación, pero es primordial empezar estudiando: ¿por qué se planifican o no las mujeres de la zona?. ¿de qué manera se planifican?, ¿por qué no vienen a la consulta?, ¿qué piensan de ella?, es decir, realizar un estudio "cualitativo" sobre comportamiento anticonceptivo.

¿por qué se planifican o no las mujeres de la zona?. ¿de qué manera se planifican?

Al tratarse de un estudio cualitativo, estudiamos cualidades y no frecuencias, por ello, la metodología de investigación es diferente, sin perder por ello validez científica.

Para la obtención de información utilizamos la Técnica de Grupo Focal. Consiste en formar reuniones para

obtener información usando un guión que contemple todas las variables que queremos estudiar.

Un moderador que guía la reunión guarda registros de la sesión, mientras permite a los participantes, que hablen libremente y de forma espontánea. Conforme surgen nuevos temas relacionados con el guión, el moderador ahonda en ellos para obtener nuevas impresiones de utilidad.(2.1)

Para la recogida de datos se ha utilizado una grabadora, (dado que las participantes lo permitían).

VALIDEZ DE LA TECNICA.

La técnica se valida mediante la homogeneidad de los resultados en los grupos, con un mínimo de cuatro. Se organizan tantos grupos como sea necesario, hasta conseguir respuestas homogéneas.(2.2)

ANALISIS DE CONTENIDO.

Una vez realizada la técnica de grupo se lleva a cabo el análisis de contenido, con el que se pretende identificar y obtener explicaciones de los conocimientos que dan sentido al discurso de las participantes.

A través de esta técnica se estudia, cataloga y descubre la relación de los objetos de referencia las normas y valores vigentes en cada momento de

Documentos de Trabajo Social

las mujeres en relación a la Planificación Familiar.

Como señalan algunos autores (Bardin 1986); "el análisis de contenido no es un instrumento sino un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones"(3.1). En nuestro estudio se han empleado varios tipos:

A) TRANSCRIPCIONES.

En primer lugar se transcribió todo el contenido resultado de las reuniones, escribiendo literalmente palabra por palabra cada una de las intervenciones de las participantes. Para posteriormente, realizar una interpretación de datos totalmente objetiva.

Tras la lectura de las transcripciones se hace un preanálisis; se lleva a cabo una "lectura superficial" con la que se establece el primer contacto con los documentos y suceden las primeras impresiones, poco a poco la lectura se va haciendo más precisa.(3.2).

B) DESCRIPCION ANALITICA A TRAVES DEL ANALISIS CATEGORIAL.

Este tipo de análisis toma en consideración la totalidad de un texto (representación gráfica del discurso) para ordenarlo y analizarlo en función de categorías, variables o epígrafes significativos, que previamente deben haber sido claramente definidos y consensuados por las participantes en la investigación.

Analizamos frase por frase el total del contenido, encuadrando cada una de ellas en la variable que le corresponda (previamente definida), pudiendo ser codificada. Por ejemplo: si una de las variables es "percepción del servicio", encuadramos en ella todos los mensajes que hagan referencia a las impresiones positivas o negativas de la consulta, que hayan resultado del total de las reuniones.

DEFINICION DE VARIABLES A ESTUDIAR:

- Información sobre la consulta de Planificación Familiar y los métodos anticonceptivos.

Son los conocimientos que se poseen sobre los métodos anticonceptivos y sobre la existencia de la consulta.

Este conocimiento puede provenir de distintas fuentes:

* Reales: Son aquellas de donde les ha llegado la información (medios de comunicación, amigos, etc.).

* Deseadas: Son aquellas que las mujeres verbalizan como fuente de donde les debería llegar la información (escuela, profesores, etc.).

- Percepción del servicio de Planificación Familiar.

Impresión que recibe la usuaria del servicio cuando hace uso del mismo (actitud del personal, organización del servicio).

- Características deseadas del servicio.

Son aquellas cualidades, expresadas por las mujeres como necesarias para el correcto funcionamiento de un servicio de Planificación Familiar.

- Conducta anticonceptiva.

Es el comportamiento que adoptan las mujeres ante la utilización del servicio de Planificación Familiar (si acceden o no a la consulta) y de los métodos anticonceptivos (qué uso hacen de ellos, qué tipo de métodos, etc.).

- Norma subjetiva.

Influencias del entorno que hacen que adoptemos una postura u otra en relación a un determinado hecho (Planificación Familiar). Está referida a nuestra forma de pensar.

- Instituciones de referencia.

Son aquellas instituciones que pueden facilitar o poner barreras en la accesibilidad a los servicios o al uso de métodos.

- Intención de planificarse.

Es cualquier manifestación que denote predisposición en el uso o no de métodos anticonceptivos y del servicio de Planificación Familiar.

- Beneficios.

Efectos positivos que produce la utilización de un método anticonceptivo o servicio de Planificación Familiar (prevención de embarazos no deseados, relaciones sexuales más satisfac-

torias por pérdida de miedo al embarazo, etc.).

- Costes.

Efectos negativos que produce la utilización de un método anticonceptivo o servicio de Planificación Familiar.

Estos pueden ser:

* Biológicos: Engloba los posibles efectos secundarios que producen sobre el organismo, derivados del uso de ciertos métodos anticonceptivos.

* Psicológicos: Son los sentimientos de culpa, vergüenza, etc., que entorpecen las relaciones sexuales o el uso de métodos anticonceptivos.

* Estructurales: Son los factores que pueden incidir negativamente en el uso de los métodos anticonceptivos y que están relacionados con el precio, la ausencia de disponibilidad y las características del servicio.

- Llamadas para la acción.

Ya que con los resultados del presente estudio, se persigue encontrar posibles mecanismos para la futura captación de mujeres al programa, nos planteamos obtener además de la información referida a las variables ya definidas, sugerencias e ideas que surjan de la técnica de grupo en relación a "llamadas para la acción".

se persigue encontrar posibles mecanismos para la futura captación ... sugerencias e ideas que surjan de la técnica de grupo en relación a "llamadas para la acción".

Serán definidas como: "el detonante para que una conducta se ponga en marcha, es decir, los estímulos que harían salir a la luz las percepciones, sentimientos e intenciones en relación con el uso de métodos anticonceptivos".

C) INTERPRETACION.

Los resultados brutos obtenidos han sido tratados de manera que resulten significativos y válidos, en este caso, a través de los procesos de triangulación.

La triangulación es un método plurifacético de investigación y de trabajo que permite corroborar y confrontar la información obtenida, fiable y consistente, a través del contraste de las distintas entrevistas de grupo focal y de la interpretación por parte de los investigadores.

Se trata, por tanto, de consensuar o triangular por parte de varios investigadores, cada una de las ideas resultantes del estudio, como requisito previo al encuadre de estas en la variable que corresponda.

CODIFICACION DE VARIABLES.

1. Información sobre la consulta de Planificación Familiar y los métodos anticonceptivos.
2. percepción del servicio de Planificación Familiar.
3. Características deseadas del servicio.
4. Conducta anticonceptiva.
5. Norma subjetiva.
6. Instituciones de referencia.
7. Intención de planificarse.
8. Beneficios.
9. Costes.
10. Llamadas para la acción.

ANALISIS DE CONTENIDOS RESULTADOS .

INFORMACION SOBRE LA CONSULTA DE P.F. Y LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Después de analizar toda la información obtenida se observa que las hipótesis anteriormente planteadas se confirman, ya que las mujeres no acuden a la consulta de Planificación Familiar por desconocimiento de la misma.

Han oído hablar de Planificación Familiar; pero no se conoce la ubicación exacta, la forma de acceso, ni su funcionamiento. En consecuencia no se identifican con la consulta a no ser que estén casadas o tengan hijos. No conociendo su función preventiva e informativa.

En cuanto a conocimiento de métodos aunque han oído hablar de todos ellos, generalmente no saben en que consisten ni como actúan.

Entre los distintos métodos anticonceptivos el preservativo, la píldora y el D.I.U., son los más conocidos. El preservativo, es conocido sobre todo por la televisión. La píldora es un método en el que se desconoce su uso correcto y como actúa.

"Creo que cuando estás descansando te hacen efecto las pastillas".

En cuanto al D.I.U., se detecta una opinión generalizada de rechazo hacia él, por miedo a efectos secundarios, a través de opiniones de referencia y no por una experiencia personal.

"No, ¡huy! el D.I.U. yo no lo quiero, me han hablado muy mal".

De la ligadura de trompas y la vasectomía, se desconoce sobre todo quién puede hacer uso de estos métodos, quién puede solicitarlo, de qué manera y en qué consiste.

Analizando la procedencia de la información debemos distinguir entre las fuentes reales y aquellas fuentes que se consideran más adecuadas como vía de transmisión de conocimientos:

- Reales: La información que se tiene proviene generalmente de los amigos, y en un segundo término se

encuentran las revistas, libros y televisión.

Los rumores, la información de "boca a boca" es considerada para una parte de la población como fuente de información consolidada, siendo en muchos casos causa de graves errores, de conductas anticonceptivas que llevan a embarazos no deseados.

La fuente manifestada por ellas como más idónea para dar la información, son los padres, sin embargo, en general todos dicen no haber hablado con ellos sobre estos temas.

- Deseadas: La fuente manifestada por ellas como más idónea para dar la información, son los padres, sin embargo, en general todos dicen no haber hablado con ellos sobre estos temas. Señalando además que los padres no están preparados para informar.

Otras vías consideradas como importantes para difundir la información son los colegios, ginecólogos o gente preparada, sin necesidad de ser profesionales.

"Pues yo pienso que la información te la puede dar gente preparada o como ustedes. Te la puede dar un médico o no".

Documentos de Trabajo Social

PERCEPCION DEL SERVICIO.

En las manifestaciones que corresponden a la variable "percepción del servicio" hay que diferenciar dos grupos, en función de si se ha hecho uso o no del mismo:

- Quien lo conoce, que son una minoría, tiene un buen concepto de él porqué han recibido un buen trato, se les ha informado y han sido bien atendidas (análisis, citologías, etc.).

"En Planificación Familiar te explican muy bien lo del D.I.U. porque a mí me lo explicaron estupendamente".

Sin embargo, se demanda el derecho a elección del/la profesional que te atienda en consulta.

- Quien no lo conoce, que son una mayoría tienen el concepto de otras consultas o del Nivel II. Las alusiones referentes a organización del servicio y actitud del personal, en este caso, son bastante negativas. Tratamiento frío, deshumanizado y mecánico.

"Que por lo menos levante la cabeza para saludar, que ni eso: nombre, edad...".

"Muchos médicos ven bultos".

CARACTERISTICAS DESEADAS DEL SERVICIO

El sexo del profesional que atiende en la consulta de Planificación Familiar, no parece ser una característica que se considere fundamental, a pesar

de que en algunos casos, haya referencia hacia un sexo u otro. Lo que sí tiene un valor importante para la mujer, es que sea buen profesional, que dedique tiempo suficiente en consulta para hablar e informar, y que esté en posición de escucha, respetando, en lo posible, el deseo de las usuarias.

"A mí me da igual que sea hombre o mujer, siendo un buen especialista o un buen médico, me da igual".

"Que te trate de una forma cordial... como un amigo".

La edad tampoco parece ser un factor determinante si reúne las demás características de profesionalidad, de buen trato, etc. La limitación en el horario se utiliza como excusa para no encontrar el momento oportuno de hacer uso del servicio.

Hay total unanimidad a la hora de preferir encontrarse siempre con la misma persona en la consulta. Esto es una característica fundamental para que se establezca un clima de confianza y facilitaría en gran medida la accesibilidad al servicio.

"Con la misma persona, porque ya te conoce, coges confianza...".

CONDUCTA ANTICONCEPTIVA

Respecto a la conducta anticonceptiva, y en relación al uso del servicio de Planificación Familiar, hay que distinguir tres modalidades:

1. Autocontrol:

las mujeres actúan siguiendo los consejos de amigas, sin sentir necesidad de orientación profesional.

Mayoritariamente no se hace uso de este servicio debido a que las mujeres actúan siguiendo los consejos de amigas, sin sentir necesidad de orientación profesional.

"Un grupo de amigas toman la misma marca de anticonceptivos. Se la recomiendan unas a otras".

2. Medicina privada:

Otro grupo de población no accede al servicio, bien por desconfianza de la medicina pública, o bien por falta de intimidad en el centro de asistencia que le corresponde.

Al no ser aceptado socialmente el uso de métodos anticonceptivos de manera general, surgen sentimientos de culpabilidad y vergüenza, por lo que rechazan ser vistas por familiares o vecinos.

"Yo siempre he oído comentar: yo, ¿al médico de la Seguridad Social?, ¡qué va!".

"Yo creo que a las solteras les cuesta más trabajo por lo mismo (ir a la consulta); con la cabeza agachada por si la ve la vecina..., o

que se entere la madre".

3. Consulta de Planificación Familiar o ginecología:

Una minoría acude de manera irregular a algunos de los niveles de Planificación Familiar o ginecólogo de cupo, casi siempre después de un embarazo o asociado a algún problema de salud, y en muy pocos casos, por información o prevención.

"Cuando nos ocurre algo es cuando acudimos".

Habría que considerar que la población estudiada, correspondiente a edades entre 20 y 25 años, acude al Centro de Orientación Sexual para Jóvenes debido a que allí se contemplan las características propias para que acceda este grupo de población.

Respecto al conocimiento relacionado con el uso de métodos, los más utilizados son el preservativo, la píldora y el coito interrumpido.

Se manifiesta el uso del D.I.U. y de la anticoncepción quirúrgica, pero con bastante menos frecuencia que los métodos anteriores.

Por grupos de edad, los más jóvenes generalmente, o usan preservativo, o bien no usan ningún método debido al tipo de relación (esporádicas) y a las cualidades psicológicas que los caracteriza. El adolescente carece del

Documentos de Trabajo Social

sentido del riesgo.

"A mí no me va a pasar. Por una vez, no me quedo embarazada".

"El preservativo es más que nada, para gente joven que no tiene así estabilidad".

Las mujeres en edad media suelen utilizar, normalmente el preservativo como método de carácter temporal o sustitutivo, siendo la píldora (autocontrolada) y el coito interrumpido, los considerados como métodos más habituales.

Sólo las mujeres multíparas han hecho uso del D.I.U. o de la esterilización.

En general, se aprecia que las mujeres no usan un método anticonceptivo de manera habitual, debido a que en todos ellos encuentran algún efecto secundario, tanto físico como psicológico.

La conducta anticonceptiva del hombre, se caracteriza por la no participación en los aspectos relacionados con la Planificación Familiar.

NORMA SUBJETIVA

Existe un pensamiento generalizado, de que las relaciones sexuales no deben darse en la adolescencia por no estar "formados psicológicamente".

"Yo creo que no se está formado psicológicamente como para eso".

Se asocia la información sexual y anticonceptiva al matrimonio, por lo tanto, antes de este hecho, la sociedad y en concreto los padres, no ven la necesidad de informar.

"Como no deben existir las relaciones prematrimoniales, no tienen porqué informar".

Como se ha analizado en otras variables, socialmente se piensa que, dar información del tema a adolescentes, favorece el comienzo de las prácticas sexuales a esta edad.

"Creen que porque te informen, eso es incitar a una persona".

Esto hace que tengan un sentimiento de culpabilidad ante el reconocimiento del uso de anticonceptivos y de la consulta de Planificación Familiar.

"Si vienes aquí te puedes encontrar a tu vecina de enfrente, ... y te ven sentada en la puerta de Planificación Familiar... todo el mundo se da cuenta de que estás en esa consulta".

"Las solteras vienen con la cabeza agachada por si la ve la vecina que entra en el ginecólogo".

Se observa como norma el carácter pasivo del hombre frente a la responsabilidad de la anticoncepción, no participando en el uso de los métodos disponibles.

"Yo creo que ninguno colabora en realidad, por la sociedad, por costum-brismo".

una gran parte de la población masculina piensa que la esterilización tiene efectos sobre la potencia sexual

Por desinformación y por creencias, todavía una gran parte de la población masculina piensa que la esterilización tiene efectos sobre la potencia sexual, aludiendo a ello, para no elegirlo como método.

"Muchos piensan que con la vasectomía pierden su ego varonil, toda su virilidad".

Podríamos definir que las normas vigentes que marcan la conducta anticonceptiva de estos mismos, viene determinada por una moral que no acepta las relaciones sexuales y, por tanto, el uso de métodos fuera del matrimonio.

Además, sigue rigiendo un comportamiento machista (asumido también por la mujer) ante la anticoncepción y sexualidad. La mujer continúa representando un papel pasivo, asociando su sexualidad a la función reproductiva.

INSTITUCIONES DE REFERENCIA

La principal institución de referencia que actúa como represora en la utilización de métodos anticoncepti-

vos, es la familia, cuando se trata de población soltera y haciendo diferenciación por sexo, siendo más permisiva en el caso del hombre.

"La moralidad de los padres... les cuesta mucho trabajo, que estando una persona soltera tenga relaciones..."

"Mi hermano trae los preservativos y no pasa nada: tú sí hijo, póntele..."

Además se percibe un miedo asociado al reconocimiento de las prácticas sexuales de los hijos con la pérdida de vínculo de dependencia.

"Para los padres sigue siendo "mi niña". No, es que mi hija; y es una muchacha con dieciocho años".

Los centros docentes podrían ser un medio facilitador para el uso de métodos anticonceptivos de la población que abarca. Sin embargo, los profesionales de la enseñanza, en general, se caracterizan por tener muchos prejuicios ante la obligación de informar sobre estos temas.

Por un lado, por no sentirse preparados, y por otro, por miedo al enfrentamiento que puedan tener con los padres de alumnos. Su labor, en este sentido, se limita a ver únicamente ciertos temas relacionados con la reproducción, dentro del programa de Ciencias Naturales.

"Yo soy profesora y me ha tocado el tema de la reproducción. Los niños me hacen muchas preguntas y yo no puedo cerrar el libro... Mis

Documentos de Trabajo Social

compañeros me dicen: ten cuidado que te vas a meter en un lío".

Las instituciones sanitarias podrían ser facilitadoras si cumplieran las características principales de confidencialidad, humanización del servicio, confianza, etc.

La farmacia actúa como fuente facilitadora del uso de métodos, y a la vez, podría ser también facilitadora del uso del servicio de Planificación Familiar, si actuara como medio informativo de él.

INTENCION DE PLANIFICARSE

A pesar de las bajas coberturas del programa, hemos podido observar que las mujeres muestran interés e intención de acudir al servicio. Sin embargo, la Planificación Familiar no es sentida como una necesidad de primer orden, por lo que sería necesario un estímulo que impulse su conducta al uso de este programa.

"Siempre se piensa que ya te llegará algún día que lo hagas (Ir a Planificación Familiar), nunca se le da importancia ahora en el presente sino en el futuro".

"Yo había oído hablar de Planificación Familiar pero tampoco me interesaba así... yo pensaba en otras cosas".

Sólo se manifiesta de manera clara la intención de hacer uso del servicio de Planificación Familiar cuando va asociada al matrimonio.

"Nunca se piensa que se tenga que ir a Planificación Familiar en un

principio, la gente siempre piensa: cuando esté casada".

intención de acudir a la consulta de Planificación Familiar, en situaciones en las que se desea un método al que no pueden acceder por sus propios medios

Se detecta una clara intención de acudir a la consulta de Planificación Familiar, en situaciones en las que se desea un método al que no pueden acceder por sus propios medios, como son la anticoncepción quirúrgica y el D.I.U.

"Yo lo que necesito es una ligadura de trompas, entonces hasta que no me decida hacerlo, para que voy a venir".

"Yo lo que he estado a punto de ir a Planificación Familiar, es para lo del D.I.U.".

En relación a la intención del uso de métodos anticonceptivos, podemos destacar la píldora, anticoncepción quirúrgica y D.I.U.

La anticoncepción quirúrgica es preferida por las mujeres que tienen varios hijos. El D.I.U. es otro método en que tienen interés, pero en algunos casos el miedo de haber escuchado posibles efectos secundarios les hace que no se decidan a ponérselo.

BENEFICIOS

Los beneficios que se derivan del uso de los métodos anticonceptivos y el servicio de Planificación Familiar, apenas son manifestados por las mujeres.

Entre los métodos anticonceptivos, la vasectomía es valorada positivamente, sobre todo por el hecho de ser un método definitivo y que presenta más ventajas que la ligadura, respecto a la intervención y riesgo clínico.

"Yo estuve viendo todo lo que le hicieron y en trece minutos salió por su propio pie, como va a ser igual que te duerman entera".

Se recoge como ventaja principal de los métodos anticonceptivos, que son un medio para evitar el aborto en posibles embarazos no deseados.

"Lo mejor sería no tomar pastillas, pero claro, si tienes conciencia de lo del aborto, de lo que se te puede presentar..."

A pesar de que la mayoría expresan que el D.I.U. tiene numerosos costes y efectos secundarios, también se reconoce como beneficio la comodidad del método.

"Yo quiero un D.I.U., es un método que me gusta, además lo veo lo más cómodo, controlándote y eso puedes pasar y tener una vida normal".

En cuanto a la consulta de Planificación Familiar, es considerada como un medio idóneo para obtener una información correcta de anticoncepción y no guiarse por conocimientos o creencias erróneas.

"Te informas y tomas cultura".

"Te enteras de muchas cosas, de creencias que... "mitos" que todo el mundo tiene y que en realidad no son así".

COSTES

Se observan numerosas manifestaciones de efectos secundarios como disculpa del no uso de métodos anticonceptivos.

Entre los costes, se pueden distinguir:

1. Costes biológicos.

Destacan, sobre todo, los efectos secundarios del D.I.U. y la píldora. Al D.I.U. le atribuyen problemas relacionados con cáncer, infección, alergia, dolor, molestias y embarazos intrauterinos. Asimismo, manifiestan que la píldora ocasiona: dolores de cabeza, vómitos, problemas circulatorios, nerviosismo y aumento de peso.

"Con el D.I.U. la gente ha tenido muchos problemas..., que se le daba alergia, que si duele, que si molesta..., muchos problemas".

"Yo fui a ponérmelo, pero una semana antes se lo puso una amiga mía, se le descolgó, pasó una semana "malísima" y yo dije que no me lo ponía".

"Me puse como una bombona... y las dejé de tomar (píldoras)".

"A mí me caían fatal (píldoras)."

Documentos de Trabajo Social

Empecé con unos dolores de piernas...".

Respecto a la anticoncepción quirúrgica, el principal coste es el riesgo a la anestesia.

2. Costes psicológicos.

Como costes psicológicos del D.I.U., resalta la inseguridad del método ante posibles embarazos y la necesidad de que sea manipulado por el profesional.

"Me han hablado bastante mal del D.I.U., en concreto mi cuñada, le ha ido fatal, se le movía y se quedó".

"Tienes que venir a que te lo pongan, luego controlártelo...".

En cuanto a la píldora, destaca la necesidad de una atención diaria, y en relación a ello, la inseguridad del método por olvido.

"Yo no tengo cabeza para eso... y se me olvidan".

El preservativo entorpece la relación y produce pérdida de sensibilidad.

"El preservativo tienes que parar, no sé que...".

"Con el preservativo, el contacto y las relaciones no son las mismas".

"Yo creo que de vérsela plastificada, no va a sentir lo mismo".

En relación a la anticoncepción quirúrgica, aparecen como costes: el miedo a la intervención y a la pérdida de la facultad reproductiva, y los problemas psicológicos derivados de la no reversibilidad del método.

"No es lo mismo no querer que no poder".

"Tengo mucho miedo a los problemas psicológicos que me pueda acarrear la ligadura de trompas, ¿y si luego quiero un hijo, y ya no puedo tenerlo?".

3. Costes estructurales.

Además de los costes fisiológicos y psicológicos, tenemos que considerar otros que también inciden en el no uso de anticonceptivos y del servicio, la mayoría relacionados con las características de dicho servicio:

- Discontinuidad del personal sanitario.

"A mí me gusta siempre el mismo porque si no, a cada uno le tienes que contar una historia".

- Falta de empatía en el personal del servicio.

"Es que los médicos son muy secos, cuando entras: nombre, edad..."

- Vergüenza a ser vista por conocidos en la consulta.

"Estás sentada allí y piensas: ¿me estará viendo mi vecina...?".

- Prejuicio al reconocimiento médico.

"¡Yo es que no puedo!: relájate, pon la barriga... me pongo nerviosa".

- Dificultad de acceso a la cartilla de la Seguridad Social, en el caso de los jóvenes.

"Es un follón venir, porque tienes que coger la cartilla a escondidas, ir al médico de cabecera para pedirle un pase para el ginecólogo y luego, otra vez coger la cartilla a

escondidas".

- El preservativo tiene como costes, la vergüenza que conlleva su adquisición y el precio del mismo.

"A mí me da vergüenza ir a la farmacia a comprar preservativos, me da corte pedirlo, no sé porqué".

"El preservativo vale muy caro, sale más caro que el D.I.U. a la larga".

Por otro lado, tanto el diafragma como los métodos naturales son poco fiables y necesitan entrenamiento y autoconocimiento para su utilización.

"Para usar el diafragma te tienes que conocer bastante bien. Es difícil, si te lo pones mal pues...".

"Los métodos naturales son para quien tenga una regla más regular. Por eso yo nunca me lo he planteado, no puedo exponerme".

LLAMADAS PARA LA ACCION

necesidad de impartir educación sexual y anticonceptiva desde edades tempranas, principalmente en la adolescencia.

Como manifestación más generalizada en relación a estímulos para la captación de mujeres al programa, aparece la necesidad de impartir educación sexual y anticonceptiva desde edades tempranas, principalmente en la adolescencia. Dicha información debería ser contemplada desde los centros docentes y compartida en el

ámbito familiar por parte de los padres.

Dado que educadores y padres no están suficientemente preparados para asumir esta tarea, se considera que sería necesario que fueran primero informados.

"Pero partimos de la base que hay que informar a los educadores de los niños: los padres, en el núcleo familiar y los profesores a nivel colegio y a nivel instituto".

Una forma idónea para realizar la captación de mujeres al programa sería la realización de reuniones informativas, como medio donde poder aclarar conocimientos y expresar experiencias relajado y participativo. El/la coordinador/a de los grupos debe tener una personalidad asequible, poseer información suficiente, sin necesidad de ser un experto.

"Yo no hablaría de profesionales, sino de gente como tú, que saben porque han estudiado, pero de tú a tú".

Los medios de comunicación audiovisuales (T.V. y radio) podrían ser otro canal de difusión, al igual que los folletos o carteles informativos.

"Yo creo que con los medios de comunicación se llega a conocer, te van machacando y aunque sea más pesado, pero la gente dice: bueno, vamos a probarlo".

La consulta de medicina general también podría constituir un estímulo para la acción del servicio llevando a

Documentos de Trabajo Social

cabo una labor informativa desde la misma.

Otras actividades informativas se pueden realizar fuera del Centro de Salud.

"En las asociaciones de vecinos se podrían dar charlas de información".

La transmisión de información a través del "boca a boca" puede ser un medio favorecedor para la captación al programa.

"Siempre se corre la voz. Por ejemplo, nosotras ahora tenemos amigos y seguramente le podemos contar..."

CONCLUSIONES GENERALES

La población general objeto del presente estudio, está sujeta a la influencia de una diversidad de factores que actúan como resistencia al uso de métodos anticonceptivos, así como de la consulta de Planificación Familiar, exponiendo a continuación los más importantes.

Hemos podido observar que la mayoría de las mujeres no tiene estabilidad en su anticoncepción, cambiando de métodos de manera continuada, por alusión a los posibles efectos tanto físicos como psíquicos.

El control anticonceptivo suele hacerse sin apoyo del profesional sanitario. Generalmente se da un autocontrol del método utilizado, que previamente ha sido recomendado por amigas o conocidas.

La gran parte de las mujeres que usan métodos con control sanitario lo hacen por medio de la medicina privada.

rechazo generalizado a la consulta de Planificación Familiar como una experiencia que desagrada e intimidada,

Existe un rechazo generalizado a la consulta de Planificación Familiar como una experiencia que desagrada e intimidada, siendo más acentuado cuanto más joven sea la población.

Sólo se detecta una "necesidad" clara de uso del servicio, en los casos que se presenta un problema relacionado con el método utilizado, o en los que la adquisición del método depende directamente de dicho servicio (D.I.U. y esterilización).

En una minoría de casos existe una conciencia clara del carácter preventivo del programa de Planificación Familiar.

Aunque el concepto de Planificación Familiar y la existencia de consultas que la abordan, en general, parece estar claro, habría que señalar que se da un alto grado de desconocimiento sobre la ubicación exacta del servicio, su funcionamiento y forma de acceso.

ALTERNATIVAS

Actualmente estamos trabajando en la puesta en marcha de un proyecto de actuación en base a las alternativas planteadas con los resultados obtenidos:

- A) Realizar mejoras en el servicio:
 - Profesional con actitudes que favorezcan la comunicación, confianza y empatía.
 - Asistencia sin necesidad de requisitos previos: cartilla de la Seguridad Social.

- Continuidad del personal que atiende en consulta.
- Posibilidad de elegir de entre los profesionales que llevan el programa.
- Posibilidad de ser atendidas por una mujer (en aquellos casos que existan preferencias por sexos).
- Puesta en marcha de Tarde Joven en el Centro de Salud.
- Planfear dentro del servicio, además de consultas individuales sesiones informativas de carácter grupal.

B) Realizar mejoras de captación:

- Campaña informativa mediante carteles colocados en lugares estratégicos.
- Reparto de folletos informativos en la zona.
- Derivación de la población fértil a través de la consulta de medicina general, al servicio de Planificación Familiar.
- Difusión a través de los medios de comunicación.
- Reuniones informativas con grupos ya formados: asociaciones, escuela de adultos, etc..
- Coordinación con el Centro de Orientación Sexual para Jóvenes, para la captación de la población perteneciente a la zona.

NOTAS

- (1). MARTÍN ZURRO, A. CANO PÉREZ. Manual de Atención Primaria.(1989). Barcelona. Edt. Doyma. V.o.(1986).
- (2). Técnicas cualitativas de Investigación en Salud. Granada (1993). Documentos de Apoyo bibliográfico. Núm.3. Pág.1-3.
- (3). BARDIN LAURENCE. Análisis de Contenido. (1986). Madrid. Edt. Akal. Pág. 23-110.

BIBLIOGRAFIA.

- MARTÍN ZURRO, A., CANO PÉREZ J.F. Manual de Atención Primaria (1981). Barcelona. Edt. Doyma v.o. (1986).

- PICK DE WEISS, Susan. Estudio social-psicológico de la Planificación Familiar. México. 1980. Edit. Siglo XXI, S.A. V.O. (1979).

- Grupo de Investigación de riesgo en Salud Materno Infantil en Andalucía.

Embarazo no deseado en la provincia de Málaga. Factores causales y consecuencias asociadas.

- Circular Núm. 1/87, 9 de enero de 1987. Consejería de salud. Junta de Andalucía.

- Planificación Familiar.Nº10. Series Manuales (1987). Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

- Grupo de Investigación de Riesgo en Salud Materno-Infantil en Andalucía. Emilia Moreno Sánchez.

- Estudio de los procesos cognitivos implicados en el uso de métodos anticonceptivos.

- Decreto 195/1985, de 28 de Agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía.

- Curso: Técnicas cualitativas de Investigación en Salud. Granada (1993). Documento de Apoyo Bibliográfico, Nº3.

**NUEVAS NECESIDADES Y TENDENCIAS ORGANIZATIVAS
EN LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS.**

Gustavo García Herrero. Diplomado en Trabajo Social.
Master en Gerencia de Servicios Sociales.

RESUMEN.

El autor de esta Ponencia desarrolló la misma verbalmente, con el apoyo de un esquema detallado y la apoyatura de diversos materiales visuales. El propio autor ha elaborado por escrito posteriormente esta Ponencia, a petición de la revista Documentos de Trabajo Social, siguiendo para ello el esquema utilizado en las Jornadas, así como los citados materiales, y tratando de ajustarse en la medida de lo posible al desarrollo verbal de la ponencia tal y como fue expuesta.

INTRODUCCIÓN

El autor de esta Ponencia desarrolló la misma verbalmente, en las Jornadas sobre "CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES: NUEVAS TENDENCIAS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN", celebradas en Málaga los días 3 y 4 de marzo de 1994.

A lo largo de estas dos Jornadas, vamos a debatir desde muy diversas ópticas, teorías y experiencias, el tema de la organización de los Servicios Sociales Comunitarios. Y me ha correspondido a mí iniciar estas reflexiones. Permittedme por ello que dedique los primeros minutos de mi tiempo a una reflexión importante, que no quisiera que perdieramos de vista a lo largo de estos debates.

Los beneficios de la Organización: el interés humano del tema.

APELACION AL HUMANISMO.

Quizás os llame la atención que comience afirmando que no tiene ningún sentido en si mismo debatir es "bueno" o "malo" en si mismo.

Toda Organización es en definitiva un "instrumento" para algo; y es ese "algo" lo que da sentido a la Organización. En nuestro caso, el sentido del debate sólo podemos encontrarlo si previamente enunciamos qué utilidades

sobre "organización"; puede ser un debate vacío, una simple elucubración teórica sin interés para nada. Porque en principio, ningún modelo organizativo esperamos que produzca la Organización sobre la que nos proponemos debatir. O más en concreto, si nos planteamos qué beneficios concretos queremos -o esperamos- que pueda encontrar la población en los Servicios Sociales Comunitarios; y más concreto aún: qué beneficios diferentes a los que pueden -o deben- encontrar en otros Sistemas de Protección Social que no son los Servicios Sociales.

El sentido del debate sólo podemos encontrarlo si previamente enunciamos qué utilidades esperamos que produzca la Organización sobre la que nos proponemos debatir

En definitiva, si previamente reflexionamos y en la medida de lo posible, si nos ponemos de acuerdo o al menos si nos entendemos unos a otros, sobre la utilidad concreta que deseamos que produzcan los Servicios Sociales Comunitarios para la población. Y es éste un debate que se refiere a la cotidianidad de la vida de las personas; no es o no debe ser -un debate abstracto, lleno de palabras como "calidad de vida", "integración", "desarrollo comunitario", "animación",

Documentos de Trabajo Social

"pleno e integral desarrollo de las personas y los grupos"... Debe ser por el contrario una reflexión sobre la vida cotidiana de las personas, de las familias, de los grupos y entornos vecinales...; una reflexión sobre sus necesidades concretas y sobre aquello que hoy podemos -y debemos- hacer para facilitarles una vida más agradable, desde el encargo genérico que institucionalmente hemos recibido los Servicios Sociales.

La respuesta a estas cuestiones condiciona el debate sobre Organización; porque bien pudiera ocurrir que lo que en apariencia sean desacuerdos sobre el concepto mismo de Sociedad, de Convivencia, de Necesidad Social, de Protección Social o de Servicios Sociales. Conceptos diferentes pueden significar opciones por diferentes modelos de Organización. Puede ocurrir que modelos bien diferentes, sean adecuados cada uno de ellos, si bien para finalidades diferentes.

Así por ejemplo, si concebimos los **Servicios Sociales como un espacio de protección dirigido a procurar atenciones a personas y grupos marginados** -la marginación como objeto y objetivo de la intervención de los Servicios Sociales-, podríamos pensar que **la Organización más eficaz para esos fines sería un modelo de carácter sectorial**, atendiendo a las características específicas de aquellos grupos o colectivos a los que se quiere dar respuesta.

Si por el contrario, la opción es **convertir a los Servicios Sociales en ámbitos centrados en la tramitación y gestión de ayudas económicas y de servicios materiales**, el modelo organizativo más adecuado, a nuestro entender, sería el **clásico modelo de una administración muy jerárquizada y protocolizada, de trabajo individual "de despacho", integrado jerárquicamente** mediante procedimientos como "la norma", "el protocolo", "la derivación", "la coordinación", "el expediente"...

También hay quienes desde la teoría o la práctica, apuestan por los **Servicios Sociales como un espacio para promover dinamismos culturales o sociales**, convirtiéndolos en elementos activistas en detrimento de cualquier otra función propia de la Protección Social -la actividad por la actividad- **el modelo organizativo que mejor facilitaría esta finalidad sería el de una "red de activistas sueltos"**, con escasa o nula estructura jerárquica, sin normas, sin procedimientos, sin controles...

Frente a todos estos conceptos y prácticas de los Servicios Sociales, **nuestra opción tiene como eje LA CONVIVENCIA**: Entendemos que los Servicios Sociales debe ser instrumentos eficaces para prevenir situaciones de crisis de la convivencia, para ayudar a las personas que las sufren a superarlas, y para promover una convivencia más positiva, más enriquecedora y más gratificante para las

personas.

Para lograr este Objetivo, los Servicios Sociales deben llevar a cabo **una práctica de Intervención Social, en la que su eje sea una dimensión técnica, que utilice complementariamente para el logro de su finalidad, ayudas económicas y servicios materiales;** y no al contrario y como la práctica exhibe con demasiada frecuencia, la ayuda económica o el servicio material como base prestacional y la intervención técnica como su complemento.

Entendemos que los Servicios Sociales deben ser instrumentos eficaces para prevenir situaciones de crisis de la convivencia

Esta es mi reflexión y mi opción personal, compartida con otras muchas personas vinculadas a los Servicios Sociales, y a través de ellas a toda una trayectoria teórica y práctica con la que me siento plenamente comprometido; de la misma manera que por lo que puedo conocerles, todos los ponentes y muchos de los comunicantes que van a participar en estas Jornadas, comparten básicamente esta misma filosofía y forma de entender los Servicios Sociales.

Por eso, si para la mayoría de los

que aquí vamos a intervenir, la CONVIVENCIA es el referente de los Servicios Sociales, y la INTERVENCIÓN SOCIAL su mecanismo para incidir en la misma, preciso será que dediquemos alguna breve reflexión a ambos aspectos, por cuanto van a condicionar decisivamente el modelo de Organización que proponemos.

Al decir CONVIVENCIA nos estamos refiriendo a un continuo relacional entre seres humanos, en el que todos nos hayamos comprometidos, pero que a efecto de su análisis y de las respuestas que podemos establecer, podemos diferenciarlo en una doble dimensión:

* **La Convivencia personal**, ese espacio de intimidad, proximidad, intensidad en las relaciones, que simboliza el concepto genérico -y a la vez bien concreto- de "familia".

* **La Convivencia social**, todo ese ámbito de relaciones interpersonales directas que se producen en el entorno próximo del barrio, pueblo o vecindad.

En este punto me hubiera gustado detenerme, para reflexionar como se merece sobre las circunstancias actuales de estos ámbitos en los que se desarrolla la convivencia humana; lo específico del tema que aquí hemos de tratar, me impide detenerme como hubiera deseado; quizás en otro momento tengamos ocasión para ello.

Documentos de Trabajo Social

No obstante, aunque sea brevemente, sí creo oportuno dedicar unos minutos a dibujar el panorama de esta convivencia, pues ha de constituir la necesaria referencia para los aspectos organizativos -no olvidemos que sólo son instrumentales-, que a lo largo de estas jornadas vamos a contemplar.

La Convivencia personal ha sufrido a lo largo de los siglos, profundas transformaciones; es algo bien sabido. Como es algo bien sabido que en las últimas décadas, estos cambios han sido de una dimensión extremadamente importante. Con mucha frecuencia al referirnos a ellos, lo hacemos desde un aspecto puramente cuantitativo; decimos que la familia actual se ha diversificado, que se ha reducido en su extensión y en el número de sus miembros, que cada vez es menor la tasa de natalidad, que las personas mayores ya no siempre tienen cabida en el hogar familiar de los hijos...

Pero tras todos estos cambios hay una realidad mucho más profunda: **las nuevas formas de convivencia personal, el nuevo espacio de libertad y las nuevas ocasiones para la convivencia, que los seres humanos hemos logrado.** Un logro Histórico, de la mano del desarrollo de las tecnologías, del progreso económico y de las conquistas democráticas y sociales de la humanidad.

En estos meses de 1.994, declarado por la ONU "Año Internacional de la Familia", hemos tenido ocasión de

escuchar comentarios no siempre muy acertados, en los que se utiliza la sensiblería fácil de añorar esa familia tradicional, en la que la mayoría nos hemos criado, con el mismo sentimiento con el que se añoran "las rosquillas de la abuela"; se ha dicho por sesudos comentaristas que "vuelve la familia, a pesar de los teóricos que han pretendido acabar con ella".

Nada menos cierto; en absoluto vuelve "la familia tradicional", afortunadamente; porque cuando dicen que "vuelve la familia", en realidad están añorando un modelo de familia de rasgos tradicionales; y en absoluto es cierto que ningún teórico, al menos ninguna teoría organizada como tal, ni mucho menos ninguna corriente política arraigada, ha luchado "contra la familia"; es una vieja acusación de los sectores más tradicionales, cargada de intereses, contra las opciones más progresistas de la sociedad. Basta leer los libros o manifiestos de los anarquistas más radicales, para comprobar que su lucha es contra un modelo determinado de familia, reflejo de una sociedad explotadora, pero nunca contra ese modelo de convivencia libremente elegido y basado en el respeto personal, en el amor, en la solidaridad.

Porque mientras la familia ha perdido muchas de sus funciones históricas (unidad de producción, educación, sanidad, incluso la de reproducción está en crisis), hay un valor esencial de la familia que no

solo no se ha perdido, sino que se ha reforzado; la familia como manifestación más primaria de la solidaridad entre los seres humanos, como expresión del afecto, el cariño, la intimidad...

¿Qué se ha perdido de la familia tradicional?; sin duda su extensión, el que ya no es ese espacio de protección tan seguro y extenso, pero también se ha perdido, no lo olvidemos, el autoritarismo del padre respecto a la mujer y a los hijos, el rol sumiso e impersonalizado de la mujer, las jerarquías, la prevalencia de la norma sobre la voluntad de las personas, el distanciamiento entre generaciones... Todo eso también era parte esencial de la "familia tradicional"; ¿alguien lo añora...? Si es así que lo manifieste, pero que no confunda un modelo familiar históricamente superado, con la familia en si.

la familia actual ha ganado en libertades; ... ha ganado en cuanto a la intensidad de las relaciones en la pareja y entre padres e hijos

Porque la familia actual ha ganado en libertades: libertad de las personas para decidir con quien comparten su vida más íntima, o cuando lo hacen; libertad para decidir en base a sus vivencias y creencias, si continúan

viviendo con alguien o lo dejan; la familia actual ha ganado en cuanto a la intensidad de las relaciones en la pareja y entre padres e hijos. La familia actual es un espacio organizado en base a la libre decisión de las personas, por impulso de afecto e intimidad, por encima de normas o valores. Es una ocasión como nunca han tenido los seres humanos para disfrutar de la convivencia en dimensiones desconocidas por otras generaciones.

Ahora, bien es cierto que toda moneda tiene dos caras; frente a estas nuevas ocasiones para la convivencia y la realización personal, la familia actual significa un espacio frágil, donde los riesgos son mayores que antes; además un espacio de protección más reducido, que hace que muchas personas queden desamparadas ante situaciones de necesidad o de falta de autonomía personal.

Ante este panorama podemos enunciar el papel progresista de los Nuevos Servicios Sociales: nos ha correspondido la responsabilidad de hacer que todas las personas puedan disfrutar de este derecho y esta posibilidad de disfrutar libremente de la convivencia como deseen, superando las limitaciones personales, de autonomía, económicas, relacionales o culturales que se lo puedan impedir. Tenemos que procurar que las personas para las que su convivencia es un

Documentos de Trabajo Social

infierno (mujeres maltratadas, por ejemplo), no vean limitadas por ninguna de esas circunstancias su libertad a decidir continuar en su casa o abandonarla.

nuestras respuestas ya no pueden conformarse con atender a sus necesidades materiales ... es imprescindible atender a sus aspectos de convivencia

Debemos ocuparnos de ofrecer protección a aquellas personas que carecen de una referencia familiar adecuada: niños, personas mayores, minusválidos... Pero nuestras respuestas ya no pueden conformarse con atender a sus necesidades materiales (alojamiento, limpieza, vestido, comida, cuidados corporales...), sino que es imprescindible atender a sus aspectos de convivencia, ofreciéndoles marcos adecuados para ello.

Desde esta perspectiva, será necesario utilizar creativamente los recursos tradicionales en forma de ayudas económicas o servicios materiales (Ayuda a Domicilio); pero también las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías (telealarmas, "casas inteligentes"...). Y sobre todo estar en condiciones de proporcionar intervenciones técnicas de apoyo psicosocial, de tratamiento familiar, de educación familiar...

Estos componentes de la intervención familiar constituyen referencias para el diseño organizativo que nos proponemos realizar.

Pero nos falta por abordar el otro aspecto de la Convivencia que antes hemos enunciado: la Convivencia social. En este sentido, resulta paradójico que en una etapa histórica caracterizada por el desarrollo de las comunicaciones -"la aldea global"-, y a la que ampulosamente llamamos la "era de la comunicación". es precisamente cuando más sienten los seres humanos la "incomunicación", el aislamiento.

Por qué ocurre esto; precisamente por la preeminencia de los Medios de Comunicación, que han quebrado la esencia de las relaciones humanas, poniendo en crisis las relaciones personales directas en el entorno más próximo, y sustituyéndolas por un modo de comunicación mediatizado: son los Medios de Comunicación el vehículo para relacionarnos con los demás; a través de ellos nos enteramos de lo que ocurre, de lo que se piensa... Piensan por nosotros; "debatimos", intercambiamos ideas, con personas a las que no tenemos acceso, para configurar así nuestras propias opiniones y sentimientos; y a través de los Medios de Comunicación tenemos noticia de como viven, como sufren o como disfrutan, personas a las que posiblemente nunca tendremos acceso directo.

Así bien puede ocurrir, como de

hecho ocurre, que conozcamos mejor cómo es por dentro la casa de una "famosa", que la casa de nuestra vecina; que sepamos dónde veranean y qué tal se lo están pasando las familias "famosas" de cantantes o princesas, y que ignoremos dónde veranea el vecino de al lado y qué tal se lo ha pasado; conocemos al momento los últimos avatares de los amoríos de tal o cual famoso o famosa, mientras que no tenemos ni idea de cómo van los amoríos de nuestros hijos, de nuestros hermanos o de nuestros vecinos.

Así, lo que constituye el ambiente relacional con el entorno próximo (intercambio de ideas, conocimiento de la vida cotidiana que genera intereses comunes y solidaridad), se quiebra en beneficio de un mundo irreal, de seres a los que sólo vemos reflejados en papel couché policromado o en la pequeña pantalla.

Pero además a través de éstas imágenes irreales, los Medios de Comunicación nos imponen un modelo relacional, cuyas pautas van a marcar la mayor o menor capacidad de cada uno de nosotros para tener "éxito" en el mundo de las relaciones personales y sociales: la belleza física, la riqueza, la inteligencia, la juventud, la fuerza, el prestigio..., son otros tantos valores esenciales para unas relaciones exitosas; quien más los tiene, mayores posibilidades tendrá

para encontrar con quien relacionarse; quien menos los tiene, o quien más se aleja de esos parámetros, más dificultades tendrá para encontrar entornos en los que relacionarse con éxito.

Frente a esos valores, otros son cada vez más minoritarios: el placer de la relación humano "per se", el cariño y el afecto, no son valores generalizados en alza.

Este es el entorno de las nuevas marginaciones; ya no se trata de la marginación clásica del mendigo, el pobre, el desamparado, sino del que se encuentra involuntariamente "solo", aislado, sin ocasiones para relacionarse espontáneamente con los demás en su propio entorno, si ocasiones para disfrutar de la convivencia.

Los Servicios Sociales han de nadar contra corriente; han de ser el catalizador de relaciones humanas directas, descubriendo espacios de interés colectivo, ofreciendo ocasiones para relacionarse a las personas que conviven en el entorno próximo; ha de generar sentimientos de comunidad, sentimientos solidarios, han de redescubrir el placer por la convivencia, frente al consumismo de bienes materiales y de espacios televisivos.

Este es el otro reto que va a marcar las características de la organización que vamos a proponer para los Servicios Sociales.

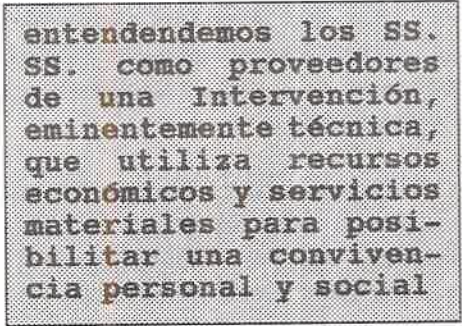
Documentos de Trabajo Social

En todo caso, la referencia a la Convivencia en su doble vertiente, personal y social, es la ocasión de superar algunas contradicciones clásicas en las que se mueven los Servicios Sociales; una contradicción entre teoría -que siempre habla de "universalizar" y práctica, -que inevitablemente termina por centrarnos en personas o grupos "marginados"-. Esa contradicción entre el enunciado de que los Servicios Sociales han de impulsar el protagonismo y la responsabilidad social, mediante acciones participativas, y la práctica que nos reduce con demasiada frecuencia a ser una simple oferta de servicios y ayudas.

Si nuestra referencia es la Convivencia, necesariamente hemos de actuar sobre el conjunto de personas que configuran ese espacio (en la familia o en el entorno social); y es en esa promoción de la Convivencia donde se generarán posibilidades para quienes más necesitan un entorno en el que integrarse eficazmente. Desde esta perspectiva de actuar sobre la Convivencia, el principal recurso de los Servicios Sociales es el potencial que la Convivencia genera; son las potencialidades de las personas, de los grupos y del entorno vecinal, y no las carencias de cada uno de éstos ámbitos, que inevitablemente nos abocan a una acción paliativa.

En consecuencia, el reto de los Servicios Sociales y de sus estructuras, no es otro que activar las potencialidades útiles de la Convivencia: actitudes,

habilidades, ocasiones... En este contexto, las clásicas ayudas económicas o servicios materiales son un complemento necesario, pero complemento al fin y al cabo, de la intervención técnica.



entendendemos los SS.
SS. como proveedores
de una Intervención,
eminentemente técnica,
que utiliza recursos
económicos y servicios
materiales para posi-
bilitar una conviven-
cia personal y social

Por ello podemos terminar estas reflexiones sobre los retos de los Servicios Sociales, que constituirán la referencia para el diseño organizativo que nos proponemos abordar, diciendo que **entendendemos los Servicios Sociales como proveedores de una Intervención, eminentemente técnica, que utiliza recursos económicos y servicios materiales para posibilitar una convivencia personal y social lo más gratificante posible a todos los ciudadanos, con especial atención a aquellos que tienen más dificultades para lograrlo por sí mismos.**

Las claves de la organización de los Nuevos Servicios Sociales.

Los retos que nos acabamos de plantear, como referencia para la

actuación de los Servicios Sociales de nuevo cuño, muestran bien a las claras las características de la Intervención Social que han de garantizar:

* **Complejidad:** tanto por su objeto (las relaciones humanas), cuanto por su objetivo (promoverlas, mejorarlas, potenciarlas...), y en consecuencia por su proceso.

* **Riesgo:** por lo incierto de sus resultados; mientras en las llamadas "ciencias exactas", $A+B$ siempre será $= a C$, en la Intervención Social esto no ocurre, porque "falla la principal": es imposible encontrar dos factores ("A" y "B") iguales; o lo que es lo mismo, nunca habrá dos circunstancias convivenciales ("A") idénticas, ni dos respuestas ("B") idénticas; algo que si podemos encontrar si nos reducimos a aplicar recursos baremados (pueden existir y existen personas con los mismos requisitos).

Complejidad y riesgo son las dos características de esta Intervención Social que los Servicios Sociales han de llevar a cabo. Estas características nos dan la clave de cómo debe ser la Organización de los Servicios Sociales, para que desarrollen eficazmente la Intervención Social que les es propia; estas son:

* **Necesidad disponer de espacios de responsabilidad colectiva: EQUIPOS**

* **Necesidad de diseñar y evaluar racionalmente las intervenciones: PROYECTOS**

* **Necesidad de reforzar la capacidad técnica de sus profesionales.**

Pero además, la Organización de los Servicios Sociales ha de ser:

* **Abierta al entorno, permeable: PROXIMA Y DESCENTRALIZADA**

La clave de la Organización de los SS.SS, desde la perspectiva que proponemos, son los Equipos de Trabajo, los espacios técnicos de responsabilidad colectiva.

* **Adaptable, flexible: CAPAZ, RESPONSABLE Y CREATIVA.**

La clave de la Organización de los Servicios Sociales, desde la perspectiva que proponemos, son los Equipos de Trabajo, los espacios técnicos de responsabilidad colectiva. Pero no cualquier tipo de "Equipo"; porque tan ineficaz es, a los efectos que interesa desarrollar, el individualismo, aunque en algunos casos pueda tener el encanto del "romanticismo", cuanto los equipos de trabajo burocratizados.

Documentos de Trabajo Social

Incluso en las empresas industriales que fueron cuna del taylorismo, la idea del equipo mecanizado, donde cada uno tiene su tarea perfectamente definida y rutinizada, está en crisis, frente a formas más flexibles y creativas.

Sobre estos aspectos va a disertar uno de los ponentes -Angel Parreño-, a quien considero uno de los mejores expertos en esta materia, y cuya ponencia se refiere precisamente a la "comunicación interna", clave del trabajo de estos Equipos. A su intervención me remito en consecuencia, para desarrollar esta idea que yo aquí dejo enunciada, con la confianza de que es la persona más apropiada para ello, tanto por su práctica como Director de un Centro de Servicios Sociales, cuanto por su capacidad teórica reconocida.

Sin embargo por la importancia del tema, quiero dar algunas pinceladas como anticipo; y para ello permitidme que os lea un texto que para mi refleja perfectamente la idea de Equipo que me gustaría transmitir; se refiere a Equipos sanitarios de intervención familiar, pero lo que dice bien puede aplicarse a los Equipos de Servicios Sociales Comunitarios:

"SI UN EQUIPO HA DE TRATAR UNA FAMILIA EN CUANTO UNIDAD INTEGRADA, EL MISMO EQUIPO DEBE DE MUCHAS MANERAS, FUNCIONAR COMO UNA UNIDAD

FAMILIAR MUY INTEGRADA. Sin esta capacidad de mantenerse a sí mismo, un equipo acabará por quemarse, como tantos "equipos mecánicos"".

"Es en realidad muy improbable que, ante la misión de proporcionar "atención general centrada en la familia", sea alguna vez factible tener descripciones de trabajo completas y definidas. (...) La respuesta a un problema específico no puede ser la pregunta "¿A quién le corresponde el trabajo?", sino que tal vez tiene que ser "¿Quién del equipo es capaz?" o "¿Quién tiene que aprender a manejar esta situación?"

"Las normas son las de la rigidez, mientras la complejidad del medio y la tarea a realizar exigen flexibilidad. La cualidad frustrante y provocadora de ansiedad de la tarea crea demanda por un lugar donde poder recargar la propia batería emocional. El equipo constituye, en potencia, ese lugar".

"El equipo no puede trabajar si lo que hay son roles que hablan con roles; hace falta una dependencia mutua mucho más personal.

La influencia, la frecuencia de la comunicación y el liderazgo habrán de determinarse de acuerdo con la naturaleza del problema a solucionar, no por la posición

jerárquica, por el lugar que se ocupa en las reuniones, por la formación o el status social".

Cómo expresar mejor la idea que queremos comunicar; hablamos de Equipos de trabajo como espacios de responsabilidad colectiva, y no como simples estructuras donde se superponen profesionales y roles; Equipos de trabajo en clave de solidaridad interna, comunicativos, porque ya es hora que nosotros mismos, en nuestro trabajo, prediquemos con el ejemplo, practicando aquello que decimos a la sociedad que debe hacer.

Comunicación interna y dinámica "ad hoc" en base a proyectos ; los dos temas claves de la Organización de los S.S.C.

Este funcionamiento de los Equipos de Trabajo exige flexibilidad en las funciones profesionales; no podemos estar todo el día refugiándonos en "mis funciones", sacralizando ese espacio de identidad profesional; eso no sirve para el trabajo en Equipo. Cuando en una estructura de Servicios Sociales sus profesionales apelan constantemente a "mis funciones", y reclaman compulsivamente a sus responsables que se las delimiten con precisión, es síntoma inequívoco de deterioro colectivo y personal del

trabajo; anuncio claro de que se han rendido a la tentación de la rutina, de la burocratización.

Dice Angel Parreño en uno de sus escritos, que "la cualidad más apreciada para el trabajo en Equipo es una cierta heterodoxia en lo profesional y hasta en lo personal". Una de las frases más certeras de las muchas que compartimos con nuestro admirado Angel.

El Equipo no puede ser una superposición de "funciones", sino la integración de todas ellas.

Por supuesto que defendemos la identidad profesional; por supuesto que entendemos que existen "funciones específicas" de cada uno de los roles profesionales. Pero las entendemos no como espacios gremialistas de exclusión y refugio de incapacidades, sino como potencialidades que cada profesional aparta al Equipo, en función de su formación específica y de su propia experiencia y capacidad personal. El Equipo no puede ser una superposición de "funciones", sino la integración de todas ellas, la suma de potencialidades que se refuerzan, se suplen, se complementan, se enriquecen...

Documentos de Trabajo Social

La clave para ello es que todas las funciones de quienes integran un Equipo se integren en la responsabilidad colectiva sobre los Proyectos de intervención, en dinámicas que llamamos "ad hoc". A ellas se va a referir en su ponencia José Manuel Ramírez, mi socio y colega; él ha sido el responsable de trasladar estas reflexiones teóricas a la práctica del Centro de Servicios Sociales del Distrito Norte; por eso sus aportaciones pueden ser especialmente interesantes sobre este tema crucial para la Organización de los Servicios Sociales. Y por eso a ellas me remito.

Comunicación interna y dinámicas "ad hoc" en base a Proyectos; los dos temas claves de la Organización de los Servicios Sociales Comunitarios; los dos temas que dan título y contenidos a las dos siguientes ponencias. Por eso yo voy a centrarme en el otro aspecto que puede interesar relacionado con la Organización de estructuras.

Quizás algunos espereis que en este punto eche mano de recetas; que os exponga "mi modelo"; porque mucho se ha hablado de "modelos", para adherirse a ellos o para rechazarlos; se habla del "*modelo del Plan Concertado*", o incluso de un presunto "modelo" con mi nombre. Pero lo que muchos se preguntan es sobre la utilidad de los "modelos" organizativos, o incluso sobre si puede existir tales "modelos".

Si por "modelo" se entiende un determinado "dibujo" de organigrama, por mi parte he de decir que nunca he aspirado a elaborar ninguno de tales, como referencia genérica para todos los lugares y estructuras. Ahora bien, si por "modelo" se entiende una serie de criterios y referencias de valor genérico para un determinado tipo de estructuras, entonces he de afirmar que por mi parte, si he pretendido aportar un "modelo" de Organización de los Servicios Sociales Comunitarios.

Un "*modelo*" de Organización de los Servicios Sociales Comunitarios, que desarrollo en el libro "*Los Centros de Servicios Sociales*"; un "*modelo*" que en esencia, es el que propone el "*Plan Concertado*" como referente institucional. Un modelo cuyas características son:

- * La configuración de una **estructura integrada de recursos materiales, humanos, técnicos y financieros, con autonomía y capacidad suficiente** para llevar a cabo las Intervenciones que le son propias.
- * Una estructura **con dispositivos que garanticen la gestión de los recursos que tiene encomendados para la garantía de las Prestaciones Básicas -Programas-**.
- * Una estructura **como complemento y apoyo al Trabajo Social Comunitario que se**

desarrolla en su base, y que constituye la clave del funcionamiento de toda ella.

* Una estructura formada por **espacios de responsabilidad colectiva -Equipos-, con un funcionamiento "ad hoc" en base al desarrollo de Proyectos que se integran en Programas, y éstos a su vez en una Planificación estratégica de carácter institucional.**

* Una estructura con **tres niveles jerárquicos**: los Equipos de Base, el nivel de gestión de Programas y la Dirección; y con **dos staff**: uno de carácter técnico y otro administrativo.

Eso es lo que hemos querido reflejar con este Organigrama genérico:

Ver gráfico nº 1. ESQUEMA REFERENCIAL DE LA ORGANIZACION DE UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES.

Lo que no se puede ni se debe hacer, es trasplantar automáticamente lo que es una referencia genérica, a un Organigrama concreto de una estructura determinada; porque el diseño del Organigrama vendrá determinado por la dimensión de sus efectivos y de sus recursos, por las características del entorno poblacional (disperso, concen-

trado, urbano, rural...), por la características institucionales, por la propia trayectoria y experiencia de la estructura... Es decir, que debe hacerse un esfuerzo por adaptar estos criterios a cada realidad; sin ello, sin este esfuerzo creativo, el "modelo" se convierte en algo inservible y pierde todo su valor referencial.

Sólo como un simple muestrario, permitirme que exponga el resultado de aplicar este "modelo" a diversas realidades, para que pueda verse cómo pueden ser muy variados sus resultados en cuanto al Organigrama de cada una de tales estructuras:

Ver Gráfico nº 2. ESTRUCTURA ELEMENTAL DE UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES.

Ver Gráfico nº 3. ESTRUCTURA DE UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE CARACTERISTICAS INTERMEDIAS.

Ver Gráfico nº 4. ESTRUCTURA COMPLEJA DE UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES.

Ver Gráfico nº 5. ESTRUCTURA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS EN UN MUNICIPIO, QUE ORGANIZA SUS DISPOSITIVOS EN DOS ZONAS TERRITORIALIZADAS, CON LAS CARACTERISTICAS DE DOS CENTROS DE SERVICIOS SO-

Documentos de Trabajo Social

CIALES, Y MANTENIENDO UNIDADES CENTRALIZADAS A NIVEL CIUDAD.

Como puede verse, son muy variados los Organigramas que pueden resultar de una aplicación del "modelo" al que nos hemos referido; y estos que hemos mostrado son tan sólo algunos ejemplos. Lo que queremos decir es que la estructura, qué duda cabe, condiciona decisivamente el funcionamiento de los Servicios Sociales.

Pero dicho esto, y resaltando la importancia de una estructura y una organización adecuada, volvemos a insistir en la idea con la que iniciábamos estos comentarios: que más aún que la propia estructura, es la dinámica de funcionamiento lo que va a determinar la eficacia o no de los Servicios Sociales. Una buena organización, con un inadecuado funcionamiento, será ineficaz, se deteriorará, degenerará en un espacio burocrático, incapaz de llevar a cabo con éxito las Intervenciones que de ellos se esperan.

Por eso apostamos de nuevo en la idea de un trabajo en Equipo flexible, creativo, responsable colectivamente, solidario; y quizás esta idea quede mejor reflejada en el siguiente grafismo de una estructura de Servicios Sociales, en el que quedan bien reflejados estos espacios colectivos de responsabilidades, que se integran hasta formar la estructura de un Centro de Servicios Sociales:

Ver Gráfico nº 6. ESQUEMA DEL FUNCIONAMIENTO "ADHOCRATICO" EN UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES.

Lo que importa es la dinámica; una dinámica "ad hoc"; pero además una dinámica:

* en la que no se reduzca a los Servicios Sociales Comunitarios a ser "puerta de entrada", sin capacidad real para intervenir y dar respuesta a las demandas que reciben, sin necesidad de recurrir permanentemente a recursos externos sobre los que no tienen capacidad de decisión ("*derivaciones*")

* en la que se produzca una descentralización real de decisiones y recursos, si somos coherentes con la afirmación tan manida de que "*lo que pueda gestionarse en un ámbito más próximo a las necesidades, no debe hacerse en otro más alejado*".

* en la que terminaremos definitivamente con la inestabilidad de las estructuras, de las que decimos "estructuras básicas de los Servicios Sociales" en la Administración; tiene que terminar las fórmulas de financiación basadas en las "subvenciones"; hay que acabar con ellas para dar paso a fórmulas estables de cofinanciación entre Administraciones Públicas.

Por supuesto, **una estructura con un alto nivel de competencia técnica**

ca; lo señalábamos como una de las características de la Organización que proponemos. Aunque sea como un pequeño relato, quiero referirme a algunas de las técnicas en las cuales los profesionales de los Servicios Sociales debemos actualizar nuestros conocimientos para lograr esta competencia:

*Técnicas de **Organización**

*Técnicas de **Investigación Social**

*Técnicas de **Planificación y Evaluación**

*Técnicas de **Diagnóstico**

*Técnicas de **Intervención Familiar**

*Técnicas de **Trabajo con grupos**

*Procedimiento **Administrativo**

Y sobre todo, **Técnicas de COMUNICACION**, que han de constituir el paradigma de capacidades técnicas de los nuevos Servicios Sociales, si quieren cumplir su cometido de incidir en la CONVIVENCIA.

Seguir innovando, tras una década innovadora

Sé que a algunas personas les sorprende que hoy apostemos por un modelo de estructura integrada como el expuesto, por los llamados "*Centros de Servicios Sociales*", las mismas personas que hace pocos años hicimos popular el diseño de los "*Servicios Sociales de Base*". Más curioso aún,

resulta que algunos entornos que hace 7 u 8 años apenas, nos consideraban poco menos que herejes por implantar aquellos "*Servicios Sociales de Base*", hoy son paladines de los mismos, para oponerlos a nuestras nuevas propuestas de "*Centros de Servicios Sociales*".

Es preciso entender el desarrollo de un Sistema Público como un proceso evolutivo y no como una realidad cerrada; tanto más como es el caso de los Servicios Sociales, que hemos tenido que crear como nuevo Sistema en la Administración Pública. *Los "Servicios Sociales de Base"* cumplieron un importante papel histórico en esta evolución, del que quienes participamos en su génesis, en su práctica y en su teoría, nos sentimos orgullosos, Supusieron, qué duda cabe, una auténtica revolución en las formas de entender este espacio de Protección Social, superando siglos de beneficencia y asistencialismo; aportaron creatividad, utilidades para la vida cotidiana de muchos ciudadanos, pueblos, barrios y ciudades; crearon experiencia; difundieron con notable éxito la nueva idea de los Servicios Sociales... Marcaron impronta en una "década prodigiosa", de dinamismo teórico y práctico, como difícilmente podrá repetirse.

En definitiva: fueron instrumento más que eficaz para implantar las bases del naciente Sistema Público de Servicios Sociales. Pero si para ello

Documentos de Trabajo Social

fueron eficaces, no lo son tanto en el momento de lograr la consolidación definitiva del Sistema; al menos no lo son, si se mantienen anacrónicamente en su diseño original.

Quienes se empeñan en ello, en mantener a los "*Servicios Sociales de Base*" -o denominación similar-, tal y como se concibieron hace ya más de 10 años, están abocando esa rica experiencia y esa fértil trayectoria, a un final amargo. Hace tiempo que pudimos constatar su crisis, que quisimos reflejar en el siguiente grafismo, contenido en el libro "*Los Nuevos Servicios Sociales*", que escribí junto a mi compañero José Manuel Ramírez, y a cuyo texto nos remitimos para ampliar estos comentarios sobre la crisis de los "Servicios Sociales de Base"

Efectivamente, los "Servicios Sociales de Base" están en crisis; una crisis como consecuencia de la propia crisis exoómica, que ha supuesto un freno a sus recursos; una crisis en buena medida agravada por el arribismo de algunas personas, recién llegadas al sector al calor de sus nuevas oportunidades de promoción laboral, y que han actuado en el mismo con menosprecio de las personas que han sido sus auténticos promotores. Pero sobre todo, una crisis de crecimiento, una crisis del propio diseño, tan reducido en si mismo que se agota, si no evoluciona; un diseño muy adecuado -por su carácter tan reducido y flexible- para implantar los nuevos

Servicios Sociales, pero inadecuado para estabilizar sus Prestaciones y para garantizar las Intervenciones que le son propias.

Por eso la apuesta por las nuevas estructuras integradas -"Centros de Servicios Sociales"-, no puede entenderse con una alternativa a los ya clásicos "Servicios Sociales de Base", sino como una propuesta de evolución lógica a partir de los mismos; los "Centros de Servicios Sociales" aportan al Trabajo Social Comunitario -característico de los "Servicios Sociales de Base"-, los apoyos técnicos, administrativos y de gestión de recursos necesarios, para llevar a cabo las Intervenciones para la promoción y mejora de la Convivencia y para garantizar las Prestaciones Básicas que los ciudadanos tienen el derecho a esperar de los Servicios Sociales.

Por eso nos interesa que este desarrollo de las estructuras sea el adecuado; porque no basta con añadir nuevas Unidades en la base o en niveles intermedios, si no se hace con una lógica adecuada; a lo largo de estas reflexiones hemos tratado de mostrar un diseño de estructura que a nuestro entender se corresponde con esta necesidad de evolución; pero frente a estos modelos racionales, vemos con frecuencia otros que responden a la simple acumulación de efectivos y que confirman la crisis del Sistema; así lo hemos constatado en un lugar que bien puede servirnos como referencia:

En el ejemplo que mostraremos se comprueba como una estructuración inadecuada puede tener como consecuencia un deterioro de su funcionamiento y por ello de sus resultados:

Ver Gráfico nº 7. ESTRUCTURA INADECUADA DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS EN UN MUNICIPIO.

Como puede apreciarse, la estructura de Servicios Sociales Comunitarios apenas sufre ninguna modificación respecto al diseño original de los "Servicios Sociales de Base": continúan siendo Asistentes Sociales aislados, sin estructura. Así, la sobrecarga de coordinación que recae sobre el Director, único nivel jerárquico de la estructura; la falta de Equipos reales de trabajo; la inadecuada articulación de los Programas, en clave sectorial y no comunitaria ("Familia y Convivencia", "Prevención e Inserción Social", "Solidaridad"), hace que en una estructura de estas características se produzca una situación como la que refleja el siguiente esquema:

**Ver Gráfico nº 8. CUADRO SIN-
TETICO DE LA GENESIS Y
MANIFESTACION DE
UNA SITUACION DE CRISIS EN
UNA ESTRUCTURA DE SER-
VICIOS SOCIALES COMUNITA-
RIOS, COMO CONSECUENCIA DE
UN INADECUADO DESARROLLO
DE SUS DISPOSITIVOS.**

Los problemas de deterioro del "ambiente laboral" son los más evidentes casi siempre, para cualquier observador; pero a poco que se profundice en su origen, enseguida se ponen de manifiesto problemas de comunicación interna, de Organización; y si profundizamos un poco más, en la base de los mismos existe el problema de una estructura inadecuada, que es la que debemos corregir para solucionar primero los problemas organizativos -de comunicación interna-, y a través de ellos los problemas que afectan al "ambiente laboral" y al rendimiento. Esta es la consecuencia de una falta de evolución lógica en las estructuras de los Servicios Sociales Comunitarios.

Frente a ella nos remitimos a las consideraciones que hemos hecho respecto a cómo deben ser las estructuras y sus dinámicas de funcionamiento. Unas reflexiones que tan sólo he tratado de iniciar y que a lo largo de estas Jornadas serán detalladas desde una óptica genérica por mis dos compañeros de ponencias -José Manuel Ramírez y Angel Parreño-, y desde la experiencia de su aplicación por los compañeros del Centro de Servicios Sociales del Distrito Norte.

Reflexiones para concluir

Quienes apostamos por el desarrollo de los Servicios Sociales Comunitarios.

Documentos de Trabajo Social

rios, tenemos que ser conscientes de que nadamos contra corriente:

- Por la crisis económica.
- Por la crisis de valores.
- Por la crisis de Convivencia.

Pero también debemos ser conscientes de que toda crisis, frente a sus dificultades, es también una ocasión para superarnos, si sabemos aprovechar sus potencialidades:

- así la crisis económica está planteando nuevas exigencias a las Políticas Sociales, cambios profundos en la forma de entender el Estado del Bienestar; los Servicios Sociales Comunitarios, por su propio diseño, se adaptan mejor que otros Sistemas o Servicios a estas exigencias.

- la crisis de valores está haciendo aflorar en la sociedad, cada vez con un mayor peso, nuevos valores o nuevas formas de practicar viejos valores, como la solidaridad, en los que los Servicios Sociales Comunitarios nos sentimos tan involucrados, porque es parte de lo que debe constituir nuestra esencia.

- por último, la crisis de convivencia está haciendo que cada vez se revalorice más la vida cotidiana, lo próximo, lo relacional, lo humano... precisamente el terreno en el que los Servicios Sociales Comunitarios hemos de desenvolvernos.

Vivimos una etapa de dificultades pero también de potencialidades; en

nuestra mano está dejarnos vencer por aquellas, o aprovechar éstas. Pero si algo tenemos en contra para este aprovechamiento, es el que los Servicios Sociales todavía no hemos calado en la conciencia colectiva. Aún no hemos sabido transmitir las claves simbólicas que nos hagan ser conocidos y apreciados por la población, como lo son otros Sistemas de mayor solera, como la Sanidad o la Educación.

Por eso quienes todavía nos entusiasmos con la idea y las potencialidades de los Servicios Sociales Comunitarios, tenemos hoy dos claros retos:

*** Debemos realizar un importante esfuerzo por "comunicar"**, por relacionarnos con el entorno eficazmente, desde nuestra práctica cotidiana hasta nuestra imagen en los Medios.

*** Debemos exhibir un entusiasmo**, como el que han sabido mostrar los compañeros y compañeras del Centro de Servicios Sociales del Distrito Norte, en el que hemos tenido la suerte de ensayar a lo largo del último año, todos estos cambios y estas reflexiones. Por encima de estructuras y dinámicas, de recursos o decisiones institucionales, el entusiasmo de los trabajadores de los Servicios Sociales es la clave de su desarrollo en la encrucijada actual.

Un entusiasmo que se refleja en **actitudes animosas y solidarias**, que

en definitiva no son otra cosa que una opción personal de cada trabajador, que se refleja en un entorno colectivo de trabajo y en su proyección hacia el exterior.

Un entusiasmo que se refleja en una actitud científica, en la que **la crítica se manifiesta de forma racional y positiva**, frente al desaliento o la descalificación. Actitud científica que se manifiesta así mismo, en un **interés por la mejora profesional, por el reciclaje permanente.**

Desde esta perspectiva os emplazo al debate sobre mis reflexiones, y en el que debe producirse a lo largo de estas Jornadas:

- Desde el entusiasmo que el propio tema despierta en todos vosotros, y que os ha traído hasta aquí.

- Desde la lógica y positiva discrepancia, que se muestre con respeto e incluso con solidaridad hacia quienes comparten los mismos intereses aunque con ópticas distintas.

- Con alternativas, como corresponde a una crítica y a un debate racional y positivo, en definitiva, a quien lo realiza con una actitud científica.

Y siempre sin perder de vista la reflexión con la que iniciaba esta ponencia y con la que quiero terminar: **que todo lo que debatimos sobre Organización, debe tener como referencia el interés de los ciudadanos, de las personas concretas, de hombres y mujeres, niños y jóvenes, personas mayores..., que en definitiva es lo que justifica la existencia misma de los Servicios Sociales y el que realicemos estas Jornadas.**

Documentos de Trabajo Social

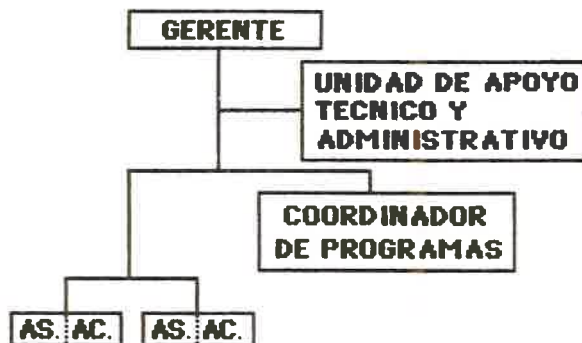
gráfico nº 1.

ESQUEMA REFERENCIAL DE LA ORGANIZACION DE UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES



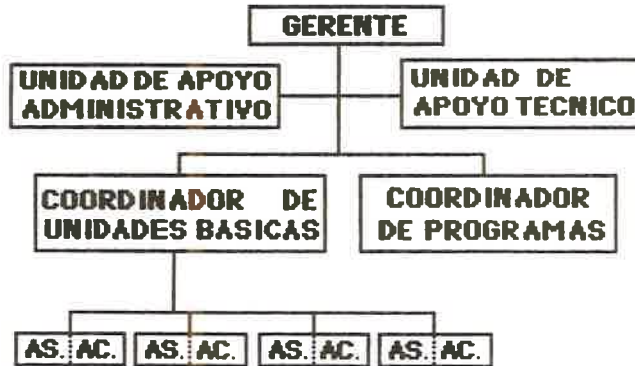
Gráfico nº 2.

ESTRUCTURA ELEMENTAL DE UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES



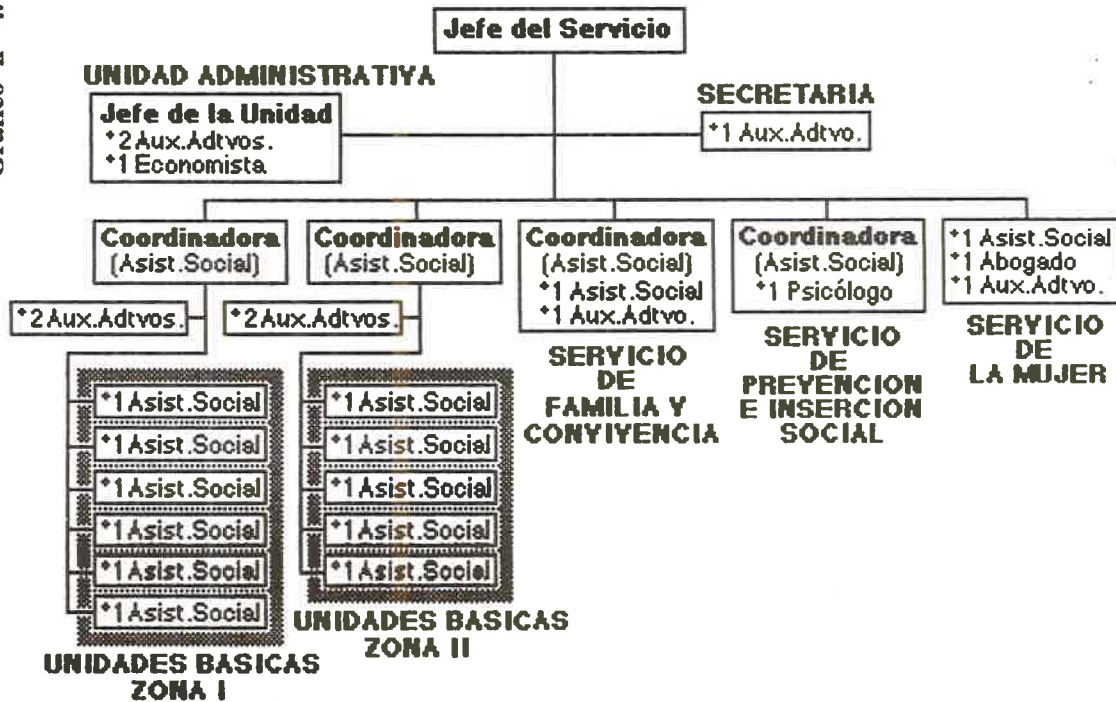
ESTRUCTURA DE UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE CARACTERISTICAS INTERMEDIAS

Gráfico nº 3.



ESTRUCTURA COMPLEJA DE UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES

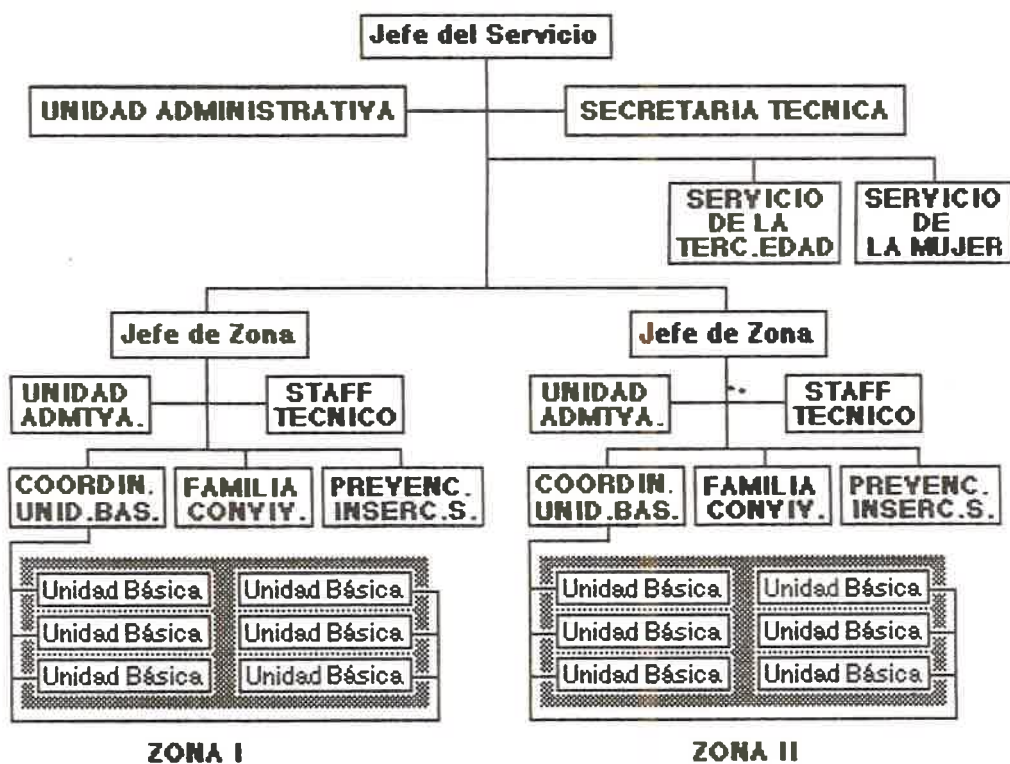
Gráfico nº 4.



Documentos de Trabajo Social

Gráfico nº 5.

**ESTRUCTURA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS
EN UN MUNICIPIO, QUE ORGANIZA SUS DISPOSITIVOS
EN DOS ZONAS TERRITORIALIZADAS, CON LAS CARACTERISTICAS
DE DOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES,
Y MANTENIENDO UNIDADES CENTRALIZADAS A NIVEL CIUDAD**



ESQUEMA DEL FUNCIONAMIENTO "ADHOCRATIO" EN UN CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES

Gráfico nº 6.

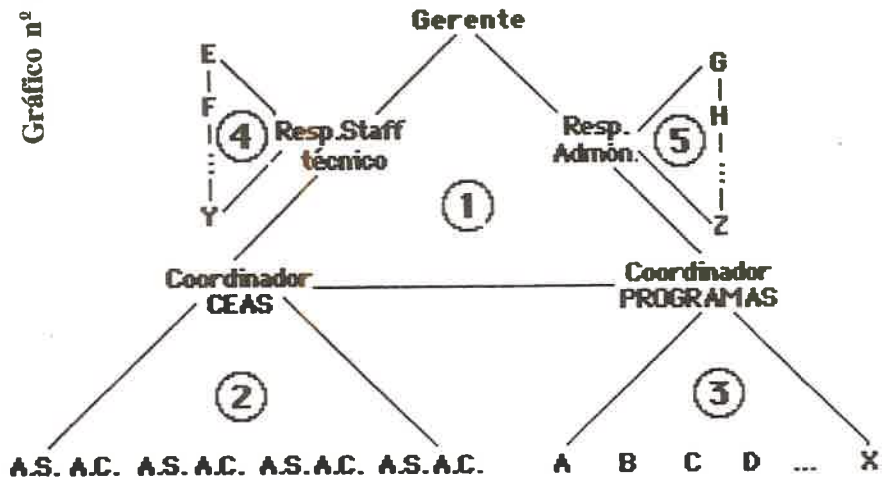


Gráfico nº 7.

ESTRUCTURA INADECUADA DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS EN UN MUNICIPIO

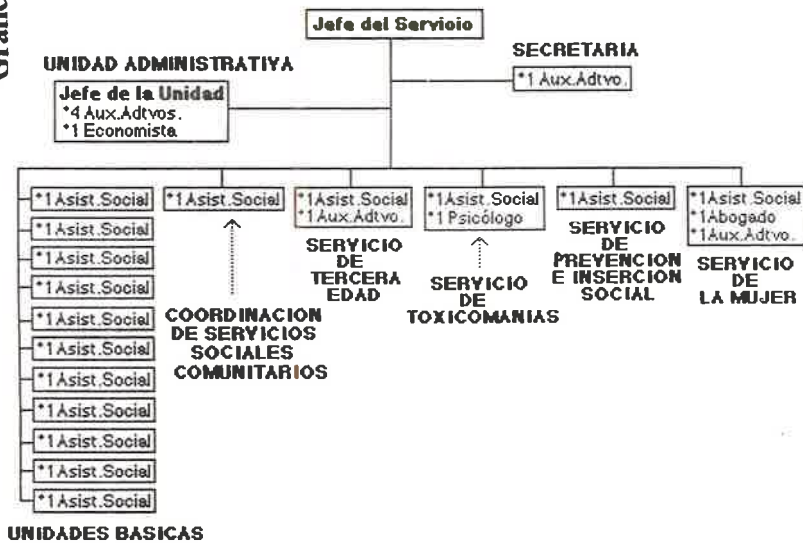
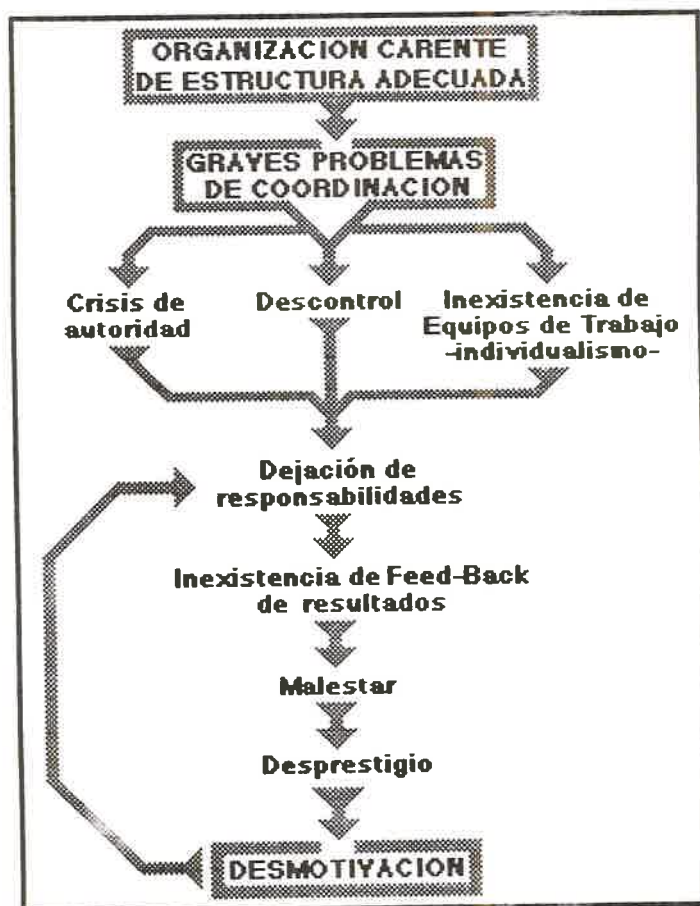


Gráfico nº 8.

CUADRO SINTENTICO DE LA GENESIS Y MANIFESTACION DE UNA SITUACION DE CRISIS EN UNA ESTRUCTURA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS, COMO CONSECUENCIA DE UN INADECUADO DESARROLLO DE SUS DISPOSITIVOS



PRIVATIZACION SI, PRIVATIZACION NO.

Isidoro Fernández Utrilla-Minaya. Diplomado en Trabajo Social y Profesor de Política Social de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Málaga.

Es la pregunta que estamos escuchando con más asiduidad en nuestros días. Tras los hechos que se han sucedido en nuestro viejo continente, que, tan solo un año antes nos parecían imposible, (caída del muro de Berlín, desintegración de la URSS con todo lo que implicaba de modelo político y económico, aparición de nacionalismos exacerbados que nos hacen pensar nos encontramos más en el siglo XIX que en el XX, etc...), aflora un comportamiento, una forma de pensar que pone en entredicho todo un conjunto de valores que ha sido el motor de muchas generaciones.

Aunque no es bueno vivir con la mirada puesta en el pasado, es necesario sin embargo no olvidarlo, pues de su entendimiento depende, muchas veces, la posibilidad de comprender el futuro, aunque creamos que no existe relación de continuidad entre uno y otro. Viene a cuento en cuanto que hemos pasado de una realidad

dominada por las ideas, a una situación de pragmatismo atroz donde da la sensación de que las ideologías han muerto, y solo se valora la capacidad de acumular riqueza, que no generarla, aunque el precio del hecho sea el empobrecimiento de las relaciones humanas, el predominio de los intereses individuales sobre los colectivos, etc... en una palabra, el surgimiento de valores que nada tienen de nuevos, pero que abanderando el deseo de libertades individuales conducen a la sociedad a una polarización por la que, generaciones enteras, han luchado por suprimir.

La historia humana es un continuo devenir de situaciones encaminadas a lograr un mayor bienestar para el individuo o el grupo, o el continuo devenir de situaciones encaminadas a lograr que una minoría tenga a su servicio a la mayoría y, por consiguiente, la atomización del bienestar en un sector poblacional.

Para conseguirlo, el hombre ha utilizado distintas formas que han ido evolucionando en función de los avances técnicos, aunque no siempre la evolución ha sido paralela en todas las sociedades, por lo que hoy podemos encontrar situaciones superadas en unas partes y vigentes en otras:

- . Fuerza bruta.
- . Religión-Ignorancia.
- . Dinero: Acumulación, o control medios de producción.

Pero, con la complejidad que origina en las estructuras sociales el aumento de la población y los cambios que se producen en las relaciones contractuales, bien por este mismo aumento, bien por la acumulación, en pocas manos, de la riqueza o del control de la misma, bien por la aplicación de las nuevas tecnologías a la producción, se llegó a un punto en que los pueblos tienen que optar; opción que, aunque su contenido es claro, no siempre es fácil materializarla.

Los hombres queremos básicamente dos cosas: "Libertad" y "Bienestar".

El primer término hace referencia a ideologías, se lucha por conseguir sistemas políticos concretos (Democracia), o por tolerancia en materia religiosa, étnica, social. Mucha sangre le ha costado a la civilización occidental conseguir tanto una como otra, y aún tenemos ejemplos recientes de la existencia de "Redentores" que,

parapetándose en una idea, bien política, religiosa o de bienestar social, secuestran la voluntad popular obligándoles a aceptar situaciones que, en circunstancias normales, no hubiesen aceptado:

- Fenómeno de ETA en nuestro país. (Así como todos los Nacionalismos radicales existentes en Europa, Extrema Derecha en Francia -Le Pen-; IRA en Irlanda del Norte; Cabezas Rapadas en Alemania -Neo Nazis-; etc...).

- Este fenómeno se hace más acusado si nos fijamos en el mundo Oriental, países africanos o latinoamericanos.

El segundo hace referencia a la praxis. El hombre no solo necesita ideas para vivir, necesita tener "el estómago lleno". Si este está vacío difícilmente funciona el cerebro, por lo que las ideas de "solidaridad", "cooperación", "ayuda mutua" etc... desaparecen en el momento que "nuestro cerebro" se percata de la existencia de posibilidades de poner en peligro el "bienestar conseguido":...XENOFOBIAS...

Los hechos son más complejos, pero tampoco nos podemos parar en hacer un análisis exhaustivo, no es esa la finalidad de este artículo, por lo que nos limitamos a hacer este pequeño esbozo que en otra ocasión desarrollaremos.

Pero se estarán preguntando que tiene que ver lo que se ha dicho con la privatización. Mucho.

Cuando las sociedades se hacen complejas, las relaciones entre los hombres o de unos grupos con otros pasan a ser de vasallaje a contractuales, sus componentes se polarizan encontrándonos dos grupos diferenciados:

- los que compran trabajo, (minoría).
- los que venden su fuerza de trabajo, (mayoría).

La confrontación entre los dos grupos ha generado, a lo largo de la historia, dos posturas difícilmente reconciliables aunque no han faltado intentos de acercarlas, bien es cierto que no se ha encontrado un equilibrio ni parece que éste esté cerca de alcanzarse en la actualidad.

La posición del Liberalismo es clara, ante todo: "la defensa de las libertades individuales, tanto en lo político como en lo económico. El Estado solo debe intervenir cuando se vea que están en peligro las libertades del individuo y las leyes que rigen el mercado, que se regula solo y que se rige por la ley de la oferta y la demanda.

Con esta postura se da carta de naturaleza y que es la iniciativa privada la llamada a generar la riqueza (puestos de trabajo), la finalidad del Estado es sólo servir de árbitro; pero también se consagra el principio, en

aras de esas libertades individuales, de conseguir el máximo beneficio con el mínimo costo basándose en la ley de la oferta y la demanda, siendo en este caso la función del Estado intervenir para hacer respetar la susodicha ley.

El Estado se nos ha convertido en un instrumento llamado a mantener la existencia del Libre Mercado y no en una estructura que nos garantice las libertades humanas en la sociedad.

Este hecho condujo a un tipo de sociedad insolidaria, aunque asumida por sus componentes, que permitía la existencia de mayorías dominadas por minorías vía contrato de trabajo.

La lucha por conseguir mejores condiciones en los contratos nunca ha cesado, siguiendo dos vías distintas:

a) Lucha porque el control de los medios de producción se encuentre en manos de los trabajadores, lo que, en teoría, tendría que haber generado un mayor reparto de las plusvalías producidas.

b) Cesión, por parte de los que controlan los medios de producción, de parte de sus beneficios en aras de mantener una "Paz Social" que permita que el trabajo no se pare y, así, seguir generando plusvalías en favor de la minoría que controla.

El primero de los mencionados generó las llamadas economías planificadas. La historia nos ha enseñado que

dicho movimiento no respondió a la ideología que la sustentaba, ocasionando un Capitalismo de Estado nocivo, conduciendo a las Naciones que lo han seguido al caos y, propiciando a largo plazo, su desintegración.

Ello ha supuesto que se hable "del fracaso del modelo de la Izquierda", del modelo que se quería como alternativa al Liberalismo, sin tener en cuenta ni analizar aue aquello a lo que se estaba llamando "modelo de Izquierda" no se ajustaba a la Idea que en un principio lo sustentó, ni respondía a las expectativas que dicha Idea había creado. Ello ha ocasionado que a nivel popular se hable sino que se le considere como única fuerza capaz de solucionar los problemas que la sociedad tiene planteados en la actualidad, en contraposición al caos que la supuesta izquierda había ocasionado.

Esta idea, hábilmente coreada por determinados estamentos y sembradas en las capas sociales adecuadas, ha generado la situación de inestabilidad que tenemos en la actualidad.

No somos tan pretenciosos como para creer que han sido solo las ideologías las que han originado los cambios, no, han sido las personas cansadas de:

- creer en promesas de mejoras que nunca llegán.
- estar sometidas por sistemas políticos que anteponen el "Prestigio del Sistema" o el "Bienestar de Elites" al Bienestar del pueblo.

... unido a una crisis económica generalizada que ha destruido un sistema económico basado en una planificación obsoleta y sin sentido.

El segundo es consecuencia de una simbiosis; cada una de las tendencias cedió una parte en aras de una paz social. La ideología de izquierda cede su componente violento, su afán de controlar los medios de producción por medio de la fuerza. El Liberalismo accede a repartir parte de sus beneficios vía Intervencionismo Estatal. Ello proporcionará una estabilidad de producción que, a la larga, beneficiará a ambas partes. (Nos atreveríamos a decir que el sistema se ha mantenido mientras la posibilidad de enfrentamiento ha sido real, desaparecida esta hipótesis nos encontramos con el predominio de una sobre la otra, dando lugar a lo que en la actualidad se está llamando triunfo de las tesis conservadoras en materia económica lo que, desde nuestro punto de vista, no es otra cosa sino una involución a principios decimonónicos en materia económica y social, con la aquiescencia, para nuestro pesar, de los poderes públicos.).

Este planteamiento estaría incompleto si no señaláramos el papel del Estado. Tanto una ideología como la otra lo aceptan como árbitro, asignándole las funciones, que se consideran imprescindibles, para que el sistema funcione, (aunque en teoría esta puede ser una situación beneficiosa para ambas partes sin embargo la historia

se ha encargado de demostrar que no ha sido así pues quien controla, a la larga, impone), como por ejemplo:

- Establecer el marco de referencia donde Capital y Trabajo puedan dirimir sus diferencias, evitando enfrentamientos que a ambos perjudican. (Legislación Laboral).

- Establecer los mecanismos disuasorios que permitan mantener las condiciones pactadas. (Políticas de Seguridad ad intra).

- Establecer un "salario indirecto" que permita satisfacer las necesidades que no se pueden cubrir con el "salario directo". (Políticas Sociales).

- Establecer un sistema tributario que le permita recaudar fondos para poder cumplir estos objetivos.

Esta situación conducirá a:

1.- Que el Estado asuma la función, entre otras, de empresario:

a) Para cubrir los servicios que la empresa privada no quiere hacer por considerar que no tienen rentabilidad. (Monopolios técnicos).

b) Para mantener el empleo, en momentos de crisis, y así permitir que la actividad económica no separe. (Motor económico).

c) Para generar las plusvalías que le permitan hacer frente al gasto que

le supone el cumplimiento de los objetivos que hemos señalado y que, con la mera recaudación tributaria, no es suficiente. (Función Empresarial).

2.- Que el empresario juegue con el Estado distintos papeles:

a) Pedir que asuma los costos de infraestructura, formación profesional, reconversiones, etc... que permiten la inversión en las mejores condiciones, o que eludan el desgaste que supone la transformación de un sector en crisis. En una palabra, que les libere de las mayores cargas posibles, con lo que aumentan sus beneficios.

b) Pedir que abandone una actividad, cuando ésta ha sido saneada y ya es rentable, por considerar que es función de la iniciativa privada y no del Estado. Es decir, que socialice las pérdidas y privatice los beneficios.

c) Pedir que se abandonen políticas sociales, al objeto de que dichas inversiones sean destinadas a financiar "sectores", desde su punto de vista, más productivos; aunque ello suponga un empobrecimiento de la población, lo que lleva consigo una indefensión del trabajador ante la contratación. Este se verá forzado a bajar sus demandas, trabajando en peores condiciones y más horas, para cubrir sus necesidades.

La situación que estamos describiendo arroja una realidad de caos.

1.- Por un lado un mundo que se derrumba. ¿Quiere eso decir que su oponente ha ganado, que ha convencido?.

2.- Por otro un mundo que ha huido hacia adelante. ¿Quiere eso decir que su oponente ha perdido y que él ha convencido?.

Creo que no, la huida hacia adelante se puede interpretar como un oportunismo ante la falta de opositor o alternativa. Ante esta realidad se intentan imponer unos principios donde las relaciones sociales vengan determinadas por las mismas Leyes del Libre Mercado y, en consecuencia, por la implantación del criterio de que:

a) La función del Estado sea la de árbitro, no de motor exonómico, ni de "paraguas" ante las necesidades sociales.

b) No es obligación del Estado cubrir todas las demandas que le hacen, en último extremo solo garantizar unos mínimos vitales, dejando en manos de la iniciativa privada, vía mercado, la oferta de los servicios que pueden cubrir las necesidades.

c) En base a lo anterior, el Estado debe invertir para generar la situación óptima que conduzca, a la iniciativa privada, a crear puestos

de trabajo que permitan al individuo un salario con el que poder, vía mercado, adquirir los servicios que precisa.

d) El Estado solo debe invertir para crear condiciones óptimas, como decíamos en el apartado anterior, o en sectores que sean productivos, que generen riqueza en el sentido puro de la palabra; se debe olvidar de aquellas actuaciones que impliquen solo gasto, pues ello se considera mala utilización de los recursos públicos, despilfarro, que conduce al endeudamiento progresivo del Estado y, en definitiva, al caos. (Políticas Sociales, Servicios Sociales, etc...)

e) Si es obligación del Estado invertir en un sector "no productivo: las Fuerzas de Seguridad", pues ello le garantiza a la iniciativa privada el cumplimiento de las leyes del mercado y una relativa paz social.

f) La función de la Iniciativa Privada es la de generar riqueza dentro del marco del Utilitarismo.

Son el Capital y el Trabajo los únicos que deben intervenir a la hora de fijar sus relaciones contractuales, siempre en base a la Ley de la Oferta y la Demanda, y todo ello se ha de establecer con un nuevo orden, caracterizado por la "Privatización de los sectores productivos que se encuentran en manos del Estado."

Opinión

Como se puede observar detrás de todo esto se aprecia una ideología concreta, que se enfrenta a una ausencia de alternativa, que intenta sacar el máximo provecho de esta situación y que nos conduce a un retroceso histórico.

La privatización implica, tal como se está planteando, volver a la situación creada en el siglo XVIII y XIX, con el consiguiente peligro de ruptura de la paz social y lo que puede suponer.

El discurso puede parecer alarmista, no es esa mi intención, simplemente aclarar que la realidad a la que nos enfrentamos no es otra que el enfren-

tamiento de dos ideologías, una el Liberalismo y otra el Socialismo, en su más puro sentido. Un liberalismo con tradición, con solera, sabiendo lo que quiere y con un terreno abonado para dar una buena cosecha.

El socialismo aún está por estrenar, pero con una fama negativa, consecuencia de una mala aplicación que pesará como una losa y que necesitará años para recuperar credibilidad.

Privatización sí, privatización no, es un interrogante como el clásico "Ser o no Ser" de Hamlet. En nuestras manos está aceptarlo o no, solo nosotros seremos responsables de nuestra decisión.

DISCAPACIDAD MOTORICA. ASPECTOS PSICOEVOLUTIVOS Y EDUCATIVOS.

Gallardo Jáuregui, M.V. y Salvador López, M.L.
Ediciones Aljibe, Málaga, 1994. 323 páginas.

Dentro de la Colección "EDUCACIÓN PARA LA DIVERSIDAD", la editorial malagueña Ediciones Aljibe, nos presenta el título "DISCAPACIDAD MOTORICA. Aspectos psicoevolutivos y educativos", de M^a Victoria Gallardo y M^a Luisa Salvador, que ofrecen desde su experiencia profesional (que actualmente desarrollan en los Equipos de Asesoramiento para las Discapacidades Motóricas, de la Consejería de Educación), un manual eminentemente práctico sobre la atención a las personas con discapacidad motórica.

Desde el primer capítulo, en el que se plantea, a modo de marco teórico, una visión global sobre la discapacidad motórica, que ágil y claramente tratada por el Dr. Toledo González, sitúa al lector perfectamente para el posterior desarrollo del libro.

A partir de aquí, las Autoras van realizando un recorrido de forma

sencilla y práctica a lo largo de todas las situaciones cotidianas y áreas de trabajo, que con niños y niñas con discapacidad motora, se nos pueden ir planteando.

Analizando aspectos familiares, de los equipos de orientación y de los profesionales de la enseñanza, nos introducen plenamente en las necesidades de adaptación de la escuela, en capítulos independientes van tratando áreas como: barreras arquitectónicas, transporte escolar, adaptación de mobiliario escolar, adaptación de aseos, materiales didácticos adaptados, comunicación, necesidades básicas, vestido, alimentación, etc...

Completando cada capítulo con los recursos existentes, y al final con anexos muy interesantes y prácticos, como registros de alimentación, de control de esfínteres, ficha de análisis de juegos, etc., recopilatorios de legislación sobre accesibilidad y

barreras arquitectónicas, de entidades con transporte adaptado, etc. y finalmente con una detallada y clasificada bibliografía, añaden más valor documental al libro.

Sin duda alguna, el gran número de ilustraciones originales, que representan gráficamente, de una forma sencilla, las ideas y detalles que las autoras quieren ir destacando, dibujos que de la mano de Ana.

Belén Espejo Martínez, con su sabiduría particular, han aportado gran calidad al trabajo.

Es por lo tanto un libro que si bien dirigido fundamentalmente a los trabajadores y trabajadoras de la enseñanza, confluirán en el gran número de profesionales de los campos de los Servicios Sociales, de la Sanidad y en general personas que en algún momento mantengan relación con la discapacidad motora.

En definitiva es un manual importante para las bibliotecas particulares y colectivas, con el que contar como documento de trabajo y consulta.

Miguel Cardona Martín
Málaga, Octubre de 1994