

DTS

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Nº 26 · SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2002

EDITA Y DIRIGE:



Colegio Oficial de Diplomados
en Trabajo Social de Málaga

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL Nº 26

Segundo cuatrimestre de 2002

EDITA Y DIRIGE

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1º C · 29005 Málaga
Tel. 952 227 160 · Fax 952 227 431
E-mail: malaga@cgtrabajosocial.es

VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y DOCUMENTACIÓN
Mónica Tabares Arrebola

CONSEJO DE REDACCIÓN

M^a Luz Burgos Varo, Francisco Cosano Rivas,
Eva Díaz Aguilar, Paloma Mora Rosado,
Carmen Díaz Jiménez, M^a Luisa Taboada González,
Mónica Tabares Arrebola, Rosa M^a Valero Rodríguez
y Francisco Jesús Bravo Ruano.

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

SECRETARÍA TÉCNICA

Beatriz Garrido Gutiérrez

ASESOR DE PUBLICACIONES

Francisco Guerrero Cuadrado

DISEÑO

Magdalena García y Antonio Pedrajas

Condicionantes patógenos en el entorno laboral del
Sistema público de Servicios Sociales.
La deficiente gestión de los recursos humanos..... 5
JOSÉ ANTONIO JIMÉNEZ MARTÍN

Intervención con familias monoparentales
afectadas de cáncer 29
MIGUEL ÁNGEL GODOY GARCÍA

El Trabajo Social como ejemplo de la aportación de las
Ciencias Sociales a las intervenciones en salud 45
MARIANO SÁNCHEZ ROBLES

Trabajadores Sociales e implicación Socio-Política 79
RAQUEL LAGUNAS CARRETERO

El Trabajo Social en el ámbito de la formación profesional
no reglada. Una propuesta metodológica y didáctica 117
ANTONIA GUADALUPE VEGA LEZCANO

Boletín de Suscripción 151

Índice de números publicados 153



Con motivo del **fallo del VI Premio Científico de nuestra revista, que se celebró el 31 de octubre de 2002**, tenemos el gusto de ofrecer en este número, el artículo ganador de la Sexta Convocatoria del Premio Científico, titulado **"Condicionantes patógenos del entorno laboral en el Sistema Público de Servicios Sociales"** firmado por Jiménez Martín, Jose Antonio. En este artículo se aborda los problemas que pueden surgir en dicho entorno laboral, como Síndrome de Burnout, Estrés o el famoso Mobbing... dándole la importancia que se merece la figura del "trabajador de lo social" en este Sistema.

Así mismo os ofrecemos el **artículo "Intervención con familias monoparentales afectadas por el cáncer"**, en el cual se analizan las necesidades que presentan estas familias, los instrumentos, itinerarios de intervención y recursos para satisfacerlas.

Y para cerrar este número 26, analizaremos el papel del Trabajo Social en distintos ámbitos, tales como la Política, la Salud y la Formación Profesional no reglada, gracias a los siguientes artículos:

"El T. S como ejemplo de la aportación de las Ciencias Sociales a las intervenciones en salud", señalando la importancia de estas aportaciones en el ámbito sanitario, a fin de cubrir todas las necesidades del usuario.

"T.S e implicación Socio-Política" que nos propone plantearnos nuestra profesión, ya que si tiene como objetivo lograr el Bienestar Social, tendría mucho que aportar a la Política.

"El T.S en el ámbito de la Formación Profesional no reglada", hablándonos sobre las funciones de coordinación, dirección y formación de estos profesionales en las Casas de Oficios y Talleres de Empleo, presentándonos además una propuesta metodológica y didáctica a llevar a cabo.

Condicionantes patógenos
en el entorno laboral del
Sistema público de
Servicios Sociales.
La deficiente gestión de
los recursos humanos.

Este artículo, surge de la propia experiencia personal y como necesidad de poner de manifiesto un nuevo tipo de enfermedad profesional que se viene dando en muchos ámbitos laborales, pero principalmente dentro de las instituciones públicas.

Se abordan someramente varias de las patologías más actuales: el Acoso Laboral (Mobbing), el Síndrome de Burnout y el Estrés; como desencadenantes o inductores de un ambiente hostil y desahogado en los lugares de trabajo. Se trata de poner de manifiesto, la escasa gestión de los recursos humanos que trabajan en Servicios Sociales, ya que, en definitiva, los "trabajadores de lo social", son eso mismo, trabajadores asalariados, personas, que prestan su capacidad de trabajo en el marco de las instituciones que deben interrelacionarse bajo parámetros de modernidad laboral.

Se hace especial hincapié en el tema de "Mobbing Laboral", como expresión más grave del deterioro o inexistencia de una adecuada gestión de recursos humanos, para pasar al síndrome del quemado o el estrés, que cohabitan en el complejo laberinto de las relaciones entre institución, usuarios y los propios trabajadores.

Por último, se trata de abrir este campo a la reflexión y el debate de los profesionales, ya que hasta ahora la bibliografía profesional en este sentido, es escasa o nula. Se habla de los Servicios Sociales hasta la saciedad y se olvida uno de sus pilares más importantes: "el trabajador de lo social" que desarrolla, en definitiva, la praxis diaria de las políticas sociales de Ayuntamientos, Diputaciones...

Un trabajador contento, es una herramienta engrasada, feliz y productiva, que trasvasa su actitud al trabajo diario. No debemos olvidar que no es una cadena de montaje, sino el día a día con la realidad, los problemas y las personas.

José Antonio Jiménez Martín
Trabajador Social y Técnico Intermedio en
Prevención de Riesgos Laborales

EL CONTEXTO SOCIO-LABORAL DONDE SE PRODUCE

Llegamos a pensar que trabajamos en un Sistema Público seguro, ordenado, con defectos asumibles, pero en progreso constante. Así es, de entrada, en el terreno de lo social, donde nos situamos los Trabajadores y Trabajadoras Sociales. Un sistema inconcluso, sumido en contradicciones que le permiten redefinirse así mismo y buscar alternativas. Plantearse el desarrollo de modelos teóricos y metodológicos, epistemología del Trabajo Social, análisis documentales, reflexiones en torno al objeto y desarrollo del trabajo social, los métodos de trabajo y, las necesidades de Políticas Sociales, que respondan a las demandas de los ciudadanos sobre las que recaen. Todo este conjunto de situaciones nos hacen ser lo que somos como Sistema Público: vivos y en crecimiento.

Preocuparse desde los diferentes ámbitos de la administración por mantener el proceso de mejora del sistema es encomiable; también es necesario, que los debates y conclusiones de los actores de lo social que trabajamos en el teatro de la calle, sean algo más que un compendio de buenas intenciones que emborrone la praxis diaria y genere literatura profesional escrita, tan escasa en Servicios Sociales.

Hasta aquí todo es normal, saludable, pedagógico y políticamente correcto. ¿Pero por qué reflexionar sobre este tema?. Básicamente, considero que, es una cuestión de racionalidad y salud ambiental dentro del ecosistema laboral donde se mueven los trabajadores y, por eficacia, en el uso de los recursos humanos del propio sistema.

En este ¹"*El avance que se ha producido en los Servicios Sociales durante las dos últimas décadas en nuestro país ha sido prodigioso, no sólo porque hemos pasado de su práctica inexistencia a la creación de amplias y complejas redes de servicios... las necesidades de los ciudadanos han ido evolucionando y creciendo de una forma progresiva, lo que ha obligado al sistema a*

responder, quizá, sin la planificación y coordinación que hubiese requerido un Plan integrado de Servicios Sociales y sin la aplicación de los modelos de gestión más adecuados...".

La práctica nos demuestra que continúa como asignatura pendiente la gestión de los recursos humanos de los Servicios Sociales, si bien, la consolidación de los comunitarios y especializados, parece ya una realidad sólida en nuestro país.

Cabe preguntarse entonces, si los actores principales de los Servicios Sociales son sus trabajadores. Debería ser fácil entender, que de su buen estado de salud laboral y de unas condiciones psicolaborales idóneas, se desprenda un adecuado desarrollo de los diseños de las políticas sociales, se enriquezcan los roles profesionales y podamos hablar, bidireccionalmente, de calidad de vida (Ciudadano /trabajador).

¿En cuantos documentos y bibliografía se habla del papel de los trabajadores de lo social, de sus problemas, características y circunstancias laborales...?. ¿A caso no son trabajadores y trabajadoras?

Pero además, en el citado ecosistema laboral, se da una imperfecta pirámide de relaciones entre los distintos niveles, que puede generar, por circunstancias patógenas ajenas o propias del sistema, una serie de consecuencias negativas para el conjunto de los recursos humanos propios y, por contagio, a los usuarios e institución a la que se sirve.

Uno de estos elementos viciosos, es el denominado "Mobbing Laboral" (acoso u hostigamiento dentro del ámbito laboral) que afecta a muchos trabajadores de lo social. ² *"Es una realidad, cotidiana y poco conocida, presentada en forma de violencia psicológica en el trabajo, atentatoria contra derechos fundamentales de las personas, que ha sido fundamentalmente identificada en instituciones públicas.*

Esta mayor predisposición y frecuencia de las organizaciones públicas, se vincula a su carácter más intensamente reglamentado, a su mayor grado de homogeneidad, al particular conservadurismo que continúa dominando sus estructuras y dinámicas de funcionamiento organizativo, así como a la especial intensidad del principio jerárquico.

En este tipo de lugares de trabajo, predominan las estructuras cerradas y, una cultura de gestión, que sigue considerando el poder y el control, como valores prioritarios para conseguir la eficacia de los trabajadores, frente a otros parámetros propios de las organizaciones de empresa, como la productividad, la eficiencia, la competitividad o, incluso, la racionalidad.

Son las instituciones públicas, a diferencia de las organizaciones privadas, las que deberían estar más fuertemente sometidas o vinculadas al principio de legalidad de sus actuaciones.”
La realidad no parece ser así.

Este sometimiento exige, entre otras cosas, un exquisito respeto a la vigencia efectiva de los Derechos Fundamentales y las Libertades Públicas (Constitución Española y Estatuto de los trabajadores, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, entre otras normas...), pero también, aunque esto le cuesta muchísimo más trabajo reconocerlo a la Administración, hacia sus empleados, que no son puros «servidores públicos», sino también trabajadores, personas... que por el ámbito y cometido de su trabajo, necesitan un entorno institucional gratificante, para que puedan dar lo mejor de sí.

LA REALIDAD

Diversos estudios realizados en Europa indican que la población afectada por "Mobbing" en todo el continente supone unos 12 millones de personas, lo que representa un 8,1 por ciento de la población activa; los afectados se reparten en un 7 por ciento hombres y un 9 por ciento mujeres.

En España ³ "se calcula en torno a millón y medio de trabajadores que pueden padecer acoso moral y psíquico en el trabajo, lo que le cuesta a la sociedad unos 90 millones de Euros por bajas o invalidez profesional. Estos datos incluidos en un estudio de la Universidad de Alcalá han sido difundidos por la recién creada Asociación Vasca contra el Acoso Moral en el Trabajo.

Según se enumeraron, los sectores más afectados son la universidad, el mundo sanitario, la hostelería, empresas familiares, el ejército y, en general, las instituciones públicas (Ayuntamientos, Diputaciones...) en las que resulta más difícil echar a la víctima, que aguanta esta situación durante períodos de tiempo prolongados, o resuelve el conflicto temporalmente cogiendo una baja por depresión, invalidez o cambiando y dejando el trabajo".

La construcción, el campo, la industria o el sector servicios cualquier ámbito, ya sea rural o urbano, es susceptible de generar y padecer estas conductas de hostigamiento hacia cualquier trabajador.

DEFINICIÓN, CONSECUENCIAS E INDICADORES DEL "MOBBING LABORAL".

Del mismo modo que el maltrato familiar trae consecuencias físicas y psíquicas, el amedrentamiento laboral es la causa un apreciable número de las bajas laborales que se producen, mimetizadas de una u otra forma: depresiones, cuadros ansiosos, estrés y cefaleas.

El maltrato laboral está siendo estudiado por primera vez en nuestro país, por Catedráticos de Psiquiatría como el profesor Díaz de Rivera, y otros.

Desde la Organización Internacional del Trabajo, hasta el Defensor del Pueblo Europeo, lanzan sus recomendaciones para prevenir el acoso laboral. En España, actualmente, se están preparando varios Proyectos no de Ley para regular el acoso, además de algunas sentencias judiciales dictadas en este sentido.

4 "En la víctima de maltrato laboral, son comunes los sentimientos de ira y rencor, y deseos de venganza contra el agresor o agresores. En general, puede decirse que la salud social del individuo se encuentre profundamente afectada, pues este problema puede distorsionar las interacciones que tiene con otras personas e interferir en la vida normal y productiva del trabajador."

La salud de éste se verá más afectada cuanto menores apoyos efectivos encuentre (personas que le provean de afecto, comprensión consejo, ayuda...) tanto en el ámbito laboral como fuera de él.

La conducta lógica de un trabajador sometido a una situación de "Mobbing" sería el abandono de la organización, sin embargo, en muchos casos éste no se produce debido, a la difícil situación del empleo en la economía actual.

El entorno social y familiar del afectado padecerá las consecuencias de tener una persona cercana amargada, desmotivada, sin expectativas ni ganas de trabajar, y que sufrirá posiblemente algún tipo de trastorno psiquiátrico, grave o leve según la personalidad de la víctima y otros aspectos del ambiente hostil.

Los conflictos con el cónyuge o sus hijos, pueden ser frecuentes como reacción-agresión, ante su entorno laboral y la impo-

sibilidad de dar salida a sus sentimientos. Para la comunidad, no hay que menospreciar las consecuencias que a este nivel se producen: la pérdida de fuerza de trabajo, costes de ILT...

Abundando en el "Mobbing Laboral", en este, debe darse una relación jerárquica, pero no tiene porqué ser necesariamente así (entre compañeros sería también posible), puede ser de experiencia adquirida o antigüedad en la empresa. Desde el punto de vista psicosocial, otros elementos son necesarios para completar las circunstancias en las que se desarrolla el síndrome.

- 1- En primer término: la presencia de una persona que asuma el papel de perseguidor principal, investida de la suficiente autoridad o carisma, como para movilizar las dinámicas grupales de acoso. Su personalidad, puede presentar, una peculiar combinación de rasgos narcisistas y paranoides, que le permiten autoconvencerse de la razón y justicia de su actividad destructiva.

González de Rivera ⁵ la describe como **mediocridad inoperante activa** *"un trastorno de la personalidad caracterizado por exacerbación de tendencias repetitivas e imitativas, apropiación de los signos externos de creatividad y el mérito, ansia de notoriedad y, sobre todo, intensa envidia o mediocridad no asumida, por lo que procura destruir por todos los medios a su alcance cualquier foco de resistencia: nunca se equivocan, perdonan a la víctima, actúan así por el bien, no refuerzan lo bien hecho y necesitan dejar claro quien manda."*

CONDUCTAS DE PSICOTERROR LABORAL:⁶

¿Quién no ha sido "víctima" alguna vez?

Ataques al trabajador con medidas de organización:

- El superior restringe al afectado las posibilidades de hablar o de defender su postura cuando se discute un conflicto.

- Cambiarle de mesa, de departamento o incluso de oficina, con ánimo de separarle de sus compañeros o colaboradores más cercanos.
- Prohibir a los empleados que hablen con él.
- Obligarle a ejecutar tareas que vayan en contra de su conciencia.
- Juzgar de manera ofensiva su desempeño en la empresa.
- Asignarle misiones sin sentido, innecesarias, muy por debajo de su formación y capacidad, o con clara intención de humillar.
- Encargarle trabajo en exceso, difícil o imposible de realizar.
- Privarle de la realización de cualquier tipo de actividad u ocultarle las herramientas necesarias para llevarla a cabo.

Ataques a las relaciones sociales de la víctima, con aislamiento social:

- Rehusar la comunicación con una persona a través de gestos y miradas.
- No dirigirle la palabra.
- Tratarla como si no existiera (ignorarla de forma radical).

Ataques a la vida privada de la víctima:

- Críticas permanentes a su forma de vida.
- Terror telefónico.
- Hacerle parecer estúpida.
- Darle a entender que tiene problemas psicológicos.
- Mofarse de sus discapacidades.
- Imitar gestos, voces y otras cualidades propias de esta persona no como una broma, sino como burla.

Ataques a las actitudes de la víctima:

- Ataques a sus creencias políticas o religiosas, o a su reputación profesional.
- Mofarse de su raza o nacionalidad.

Agresiones verbales:

- Gritar, insultar, amenazar, etc.
- Acusar a una persona en público de conductas falsas, para crear animadversión contra ella.
- Criticar o menospreciar su trabajo en presencia de los compañeros o compararlo con otro supuestamente mejor.

Rumores:

- Hablar mal a espaldas de la víctima.
- Difundir rumores sobre ella, sean ciertos o no.

- 2 -** El segundo aspecto se relaciona con la colaboración y permisividad del resto del personal de la organización. La persecución psicológica se desarrolla en medio de un sorprendente silencio e inhibición de los observadores, que, aunque conscientes del abuso e injusticia de la situación, se abstienen de intervenir, sea por complicidad implícita con el plan de eliminación del acosado, sea para evitar convertirse ellos mismos en objeto de represalia.

La indiferencia e indefensión del trabajador / víctima, es el sentimiento más corrosivo del acoso. Exponerlo a la Dirección de su Centro, Delegado Sindical, Jefe de negociado de RR.HH, etc., y obtener por respuesta, la inhibición o el silencio del conjunto de cómplices activos del psicoterror laboral, provoca un

agudo sentido de soledad y en una fase más grave, un sentimiento de identificación con el agresor, ya que nadie parece darle apoyo; llegándose a cuestionar si realmente no se merece lo que le esta pasando, ya que nadie parece ver nada, salvo la propia víctima.

No obstante, debemos distinguir entre comportamientos necesarios de cualquier organización para regularse (jerarquía, división del trabajo, desempeño, buena fe...) y los que entran dentro del "Mobbing". Es decir, una comunicación hostil o una muestra de agresividad pueden ser un indicio de un conflicto puntual y no comportar mayores consecuencias para el trabajador: es la repetición sistemática de tales comportamientos, durante un tiempo prolongado, la que causa los efectos patológicos.

A la luz de lo anterior, el profesor Heinz Leymann, nos dice: *"en las sociedades industrializadas, el entorno laboral es el único campo de batalla en el que es posible matar a alguien sin ser juzgado. Y el <Mobbing> no es más que matar laboralmente, en primer lugar, y socialmente después"*.

El "mobbing laboral" es un círculo vicioso. Una vez iniciado el acoso el proceso se retroalimenta del miedo que la víctima siente ante el agresor; ver al acosador desencadena, tensión o ansiedad; ver a la víctima, genera desprecio, prepotencia y agresión. Es muy importante romper este círculo vicioso antes que la ansiedad y el estrés provoquen daños irreparables en el trabajador.

ORÍGENES DEL "MOBBING":⁷

1.- Factores de riesgo psicosocial en el entorno relacional de trabajo y en una inadecuada gestión de los conflictos interpersonales por parte de los superiores. Supervisión y trato recibido, relación con el Jefe, subordinados y compañeros, clima de grupo...

2.- Factores de riesgo por la organización del trabajo: presiones y carga de trabajo, sistemas y procedimientos de trabajo, contenido de las tareas y definición de las funciones y responsabilidades.

3.- Factores de desarrollo:

- **Fase de aparición del conflicto:** ataques suaves, pequeñas situaciones sin apariencia agresiva.
- **Fase de instauración del "Mobbing":** se intensifican las conductas violentas o agresivas (comentarios, gestos, agresividad de comunicación no verbal, etc).
- **Fase de intervención de la empresa:** después de un período de tiempo, la empresa (RR.HH, Comité de Salud laboral, Servicio de Prevención, etc.) actúa, aunque generalmente tarde y mal.
- **Fase de marginación o exclusión de la vida laboral:** se llega a un diagnóstico de carácter psicopatológico que debe ser tratado. La víctima abandona la vida laboral después de sucesivas bajas, en muchos casos disfrazadas de depresiones sin causa aparente, o solicita traslados de puesto de trabajo.

EL BURNOUT " SÍNDROME DEL QUEMADO" PROFESIONAL.

Como ya habíamos referido, una consecuencia del "Mobbing" puede ser la pérdida de interés por el trabajo, menosprecio hacia sí mismo, baja autoestima, etc. De entrada, produce un cierto alivio pensar que la mala situación que padece el trabajador no es fruto de su incapacidad o torpeza profesional, sino que se incardina en lo que se puede denominar como "enfermedad profesional", con un origen ambiental o generado por conductas de terceros con autoridad, pero sin capacidad de gestión de los recursos humanos.

El concepto de autoridad, debe serlo tanto en el terreno moral, como profesional. Un jefe tiene que ser un referente, un profesional que inspire confianza, seguridad y capacidad. La autoridad a secas es un atributo que genera rechazo y, más aún, si se ejerce con dudosos estilos de mando.

El "Burnout", en sentido literal significa estar quemado. Muchas veces lo hemos oído en profesionales de lo social, asumiéndose coloquialmente a modo de gran excusa. Los síntomas principales del "Burnout" se agrupan en tres categorías:⁸

- **Cansancio emocional:** que se traduce por agotamiento físico y psíquico, abatimiento, sentimientos de impotencia y desesperanza, desarrollo de un autoconcepto negativo y actitudes negativas hacia el trabajo y la vida en general.
- **Evitación y aislamiento:** traducido en absentismo laboral, ausencia de reuniones, resistencia a enfrentarse con personas o atender al público.
- **Actitud emocional:** que se vuelve fría, distante, despectiva, y aparece un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional, con deterioro progresivo de su capacidad laboral y pérdida de todo sentimiento de gratificación en el trabajo.

El "Burnout" produce actitudes negativas hacia los usuarios de los servicios, traducido en irritabilidad hacia ellos, despersonalización en las relaciones, incapacidad de enfrentarse a los problemas y sensación generalizada de descontento con su vida profesional e incluso personal.

Los casos de "Burnout", muchas veces son achacados a situaciones muy generales o justificadas como normales en cualquier trabajo, cuando en realidad, puede estar existiendo todo un conjunto de experiencias negativas hacia el trabajador.

Pero debemos dejar patente que el "Burnout" no tiene por

que ser directamente generado por el "Mobbing", puede convivir con éste, ser una consecuencia, secuela o tener su origen en la realidad del trabajo humano que se realiza, sin que medie agresión u acoso, como se da en el "Mobbing Laboral".

Lo que sí parece estar claro, es que las ramificaciones del acoso laboral se hunden en el terrero de "Burnout", el estrés, la depresión y otros trastornos psicopatológicos que no se están trabajando desde el Sistema Público de Servicios Sociales, más preocupado por construir y ofrecer servicios, que en cuidar los recursos humanos, que trabajan el día a día de la realidad social.

EL ESTRÉS LABORAL: REFLEJO PSICOSOMÁTICO DEL ECOSISTEMA LABORAL

Sin lugar a dudas las malas relaciones personales en el trabajo representan una fuente de estrés laboral. ¿ Esta afirmación es exagerada ?

El ámbito del estrés laboral es muy amplio, puesto que comprende:

- 1.- Lo que el **trabajador hace** en su puesto de trabajo.
- 2.- Las **condiciones de trabajo** en que se realiza la actividad laboral (física, psíquica, relacionales, etc)
- 3.- Lo que el **trabajador es** (capacidades, aptitudes, aspiraciones y experiencias)
- 4.- La **vida extralaboral** del trabajador.

Al estrés, no se le puede definir solo en función del trabajo; sino que tenemos que observar toda la vida del trabajador, como individuo, como persona y como profesional, sin olvidar las condiciones de vida laboral en la que se mueve.

El estrés: "es el estado de fatiga física y psicológica de un trabajador, provocado por exceso de trabajo, pero también por exceso de desórdenes emocionales, ansiedad, miedo, etc."

Factores de relación entre salud y trabajo. Desencadenantes de estrés laboral:

- 1.- Factores intrínsecos al propio trabajo.
- 2.- Factores procedentes del desempeño de roles en la empresa (organización).
- 3.- Factores procedentes de las relaciones interpersonales.
- 4.- Factores relacionados con el desarrollo y posibilidades de promoción profesional.
- 5.- Factores procedentes de la estructura y clima organizacional.
- 6.- Factores extraorganizativos. (vida personal, características de personalidad...)

Las diferencias individuales: "Cada trabajador es único, frente a su realidad"

El estrés aparece también cuando las habilidades de las personas, sus capacidades, son incongruentes con la demanda del entorno laboral y con las exigencias de la tarea, o cuando el trabajador encuentra fuertes impedimentos para conseguir la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus valores más importantes.

En resumen, se podría definir como el desajuste del binomio persona / entorno. No todos los individuos reaccionan de la misma manera a situaciones iguales. La personalidad del trabajador y las circunstancias sociales influyen en el tipo de respuesta que da éste y los comportamientos que realiza ante determinadas situaciones que para él resultan estresantes.

Es fácil usar la tópica expresión de «los problemas personales hay que dejarlos fuera del trabajo» ¿Pero que ocurre cuando el trabajo (ambiente, jefes, compañeros, etc.) es el foco del problema?.

Por último, y para no ser extenso debemos citar el "Acoso Sexual", como otro importante factor desencadenante de "Mobbing Laboral" y que supone un motivo de grave riesgo patógeno para el trabajador. ⁹*Los costes del acoso sexual son ab-sentismo laboral, (común al "Mobbig" y "Burnout") y un clima laboral malo por toda la carga emocional y física que este tipo de agresiones comporta en el medio laboral.*

CONSECUENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES.

¿Quiénes desarrollan las políticas sociales?. Sin lugar a dudas un amplio abanico de profesionales (Trabajadores Sociales, Psicólogos, Educadores, Pedagogos, Abogados, Administrativos...) subordinados dentro de una estructura jerárquica, descentralizada y con competencias multiformes según su ámbito de gestión rural o urbano.

En definitiva, los pies y las manos del sistema público, son esos profesionales que recorren las calles de nuestros pueblos: atienden en el Centro de Servicios Sociales, visitan a Domicilio, van al Centro de Día, organizan una charla, apoyan una Asociación de Autoayuda, gestionan derechos de los ciudadanos (AEF, AES, PNC, etc.).

Desde el ámbito de los Servicios Sociales, actuamos para la Comunidad, el grupo y los individuos en sus diversas formas de desarrollo y problemáticas, sin recabar en la salud laboral, ni por asomo, de los profesionales que desempeñan esta importante labor. El sistema de bienestar social se contradice a sí mismo, al desatender los recursos humanos, de su propia organización ofertadora de servicios y gestora de prestaciones.

Este sistema se ocupa de los demás, mientras los propios recursos humanos están desatendidos. Es cierto que se paga por el trabajo que se realiza, pero no lo es menos, que una organización que optimiza su personal, funciona más y mejor.

El medio natural del Trabajo Social, esta enmarcado por:

- Unas condiciones de trabajo inestables (temporalidad versus indefensión laboral).
- Municipios rurales pequeños con escaso nivel de servicios.
- Carencia de medios materiales, infraestructuras y financiación adecuada.
- Falta de una estructura de servicios que garanticen la eficacia de la gestión integral que realizan los Trabajadores y Trabajadoras Sociales (escasez de Centros de día, plazas de residencia, ayuda a domicilio, teleasistencia, programas de empleo para colectivos desfavorecidos...)
- Escasa receptividad institucional ante las quejas o demandas técnicas.
- Estructuras jerárquicas burocratizadas.
- Exigencias hacia los trabajadores de lo social de resolución de problemas, sea como sea. Es decir, el Trabajador Social como recurso multiuso, pantalla refractaria.
- Un medio social insolidario, con graves injusticias, escasos recursos y un alto nivel de exigencia de soluciones mágicas.

¿Quién controla, supervisa o atempera estas situaciones? Progresar en el terreno de las políticas sociales con este lastre es complejo. Generalmente nunca se habla de estos temas, ya que todo lo vergonzoso de cualquier sistema tiende a situarse bajo la alfombra; mientras pregonamos las excelencias de los servicios y programas sociales.

No obstante, la **Ley de Prevención de Riesgos Laborales** de 1995, comienza tímidamente a tomar el control de este panorama de despropósitos en la gestión pública de los recursos humanos. Con el desarrollo de la citada ley, las empre-

sas están obligadas en función del número de trabajadores a disponer de servicios de prevención, propios o ajenos.

Hablar de la ley y sus aspectos más destacados, abriría otro apartado en este artículo; sin embargo, la vinculación con el tema que nos ocupa es total y no debemos perderlo de vista, ya que están íntimamente unidos, aunque hasta el momento su relación este muy lejos de ser mínimamente cordial.

Algunos aspectos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995:

Art. 4-3 LPRL Definiciones.

“Se considerará como daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”.

Art. 4-2 LPRL

“Se entenderá como riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”.

Art. 14. “Derecho a la protección frente a los riesgos laborales”.

Art. 14-2 “...el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo...”

Art. 15 “Principios de la acción preventiva... evitar los riesgos...evaluar los riesgos... combatir los riesgos en su origen... adaptar el trabajo a la persona..., etc.

Art. 25 “Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos”.

Art. 42 “Responsabilidades de los empresarios... y otros...”

De la lectura de la ley, se constata que los empleadores deben asumir la protección de la salud de sus trabajadores y, por lo tanto, se impone una revisión global de los modelos de gestión de los RR.HH de las empresas (Ayuntamientos, Diputaciones, Servicios Sociales Especializados, etc), que hasta el momento se basan en un modelo burocrático jerarquizado, alejado de estándares empresariales de calidad de los recursos humanos (eficacia, promoción, adaptación de las características personales al desempeño de las tareas, etc).

ACTUACIONES Y PREVENCIÓN.

La evolución social, empresarial, política y tecnológica pueden provocar todo un conjunto de elementos nocivos para el ambiente de trabajo, cuando una sociedad da mayor relevancia a los factores económicos, administrativos y políticos que a los factores humanos. En la mayoría de los casos el "Mobbing", principalmente, aparece porque no existen canales de comunicación eficaces en la organización. Las consecuencias se hacen extensible tanto al trabajador como a la propia institución, comunidad y usuarios de nuestro sistema público.

Las organizaciones, presentan una serie de consecuencias derivadas de las patologías que hemos venido tratando:

- Disminución del rendimiento y productividad social o económica.
- Enrarecimiento del clima laboral.
- Mayor siniestrabilidad laboral (accidentes, ILT...)

Actuaciones ante los ambientes laborales patógenos

A.- Actuación correctiva: tratar de paliar los efectos negativos cuando ya han aparecido los síntomas: Negociados de recursos humanos, entrevista con los superiores jerárquicos...

B.- Actuación preventiva: actuar antes de que aparezca, atenuar los factores que incitan al "Mobbing": Denuncia en los Comités de Empresa, Sindicatos, o Asociaciones de Autoayuda.

C.- Actuaciones defensivas del trabajador:

- **Unirse a un grupo** de personas que estén en la misma situación.
- **Anotarlo todo**, incluso los detalles más insignificantes, ante posibles demandas por la vía judicial (Inspección de trabajo, Juzgado de lo Social, Recursos Humanos de su empresa, etc.).

EPÍLOGO.

La gestión de los servicios públicos conforme a los parámetros hoy marcados por los estándares de calidad, de la «calidad total», pasa, necesariamente, por la mejora de las condiciones de vida y de trabajo existentes en este marco de relaciones interpersonales y grupales.

Hasta ahora este imperativo comprometido por los poderes públicos brilla por su ausencia cuando el trabajador se ve arrollado por comportamientos tan degradantes para la dignidad de la persona y su integridad moral, como los sintetizados en el acoso psicológico y sus repercusiones: "Síndrome de Burnout", estrés...

Para luchar contra la persistencia (causas y efectos) de estas enfermedades profesionales, es necesaria la conciencia colectiva de que estamos ante fenómenos realmente patológicos que requieren una contundente respuesta del sistema social, político y del propio Sistema Público de Servicios Sociales.

¹⁰ También, la propia reacción de las víctimas, a través de la formalización de acciones encaminadas a denunciar primero, corregir y reparar después, y a reprimir, finalmente, tales pato-

logías de conductas o comportamientos «de» y «en» la empresa, con lo que ello supone de iniciativa personal y de lucha individual".

No es posible hablar de calidad y felicidad cuando el propio sistema se resiente de vicios, que deben ser corregidos por la propia salud del Sistema Público de Servicios Sociales y, por respeto, a los ciudadanos y trabajadores de lo social.

Este artículo es sólo una llamada de atención ...

Fuentes utilizadas y bibliografía

- BARROSO, Miguel A. "Mobbing: perversión en la oficina" Diario ABC 27/02/00.
E-mail: salterrae@salterrae.es
- Comunicación: "Estrés en el trabajo. Evaluación del síndrome de Burnout en profesionales sociosanitarios" Varios autores.
- Conclusiones de las "Jornadas sobre malestar en los profesionales de los Servicios Humanos y Sociales" (1992 A Coruña). Fundación Paideia.
- FRANCE-HIRIGOYEN, Marie. *El acoso moral*. Editorial Paidós, 1999.
- Fundación Esculapio de Salud laboral "Manual de Técnico de Prevención N.I" Volumen II.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, JL. *El trastorno por mediocridad inoperante activa* Psiquis, 1997, 18: 229-231.
- Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (diverso material).
- Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. "Violencia física y acoso sexual"
- LEUMANN, H.. *El acoso psicológico institucional*. Liga española antiacoso.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995.
- LÓPEZ GARCÍA SILVA, JA y CAMPS del SAZ, P. *Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral*. Mapfre Medicina, 1999, 10253-260.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales "Hacia los Servicios Sociales del año 2000".


- MOLINA NAVARRETE, Cristóbal "Reflexiones a propósito de la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, sección 6ª, de 23 de julio de 2001" Catedrático de Derecho de Trabajo y S.S. Universidad de Jaén.
- PANIAGUA, C. 1991. *Reflexiones sobre los fenómenos violentos de empresas*. Revista de Psicoanálisis de Madrid, números 45/47.
- PIÑUEL Iñaki. *¿Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo?* Santander: Editorial SAL TÉRREA. Apartado 77-39080. (recomendado)
- RIVERA y REVUELTA, JL .*El síndrome del acoso institucional*. psy@psicoter.es
- RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Andrés. *Organización y gestión de los SS. SS. CC. Una propuesta alternativa al modelo burocrático*.
- Sentencia del Juzgado de lo Social nº 1 de Pamplona (Iruña) Nº: 00058/2001. Nº de autos: 645/2000.

Direcciones de Internet:

- info@prevencionintegral.com
- <http://pub15.ezboard.com>. El refugio
- info@mobbing.nu (recomendado)
- www.calypso.com/acoso

NOTAS

- 1 RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Andrés, en su comunicación titulada "Organización y gestión de los SS. SS. CC. Una propuesta alternativa al modelo burocrático"
- 2 MOLINA NAVARRETE, Cristóbal «Reflexiones a propósito de la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, sección 6ª, de 23 de Julio de 2001 «Catedrático de Derecho del Trabajo y S.S.- Universidad de Jaén.
- 3 BARROSO. Miguel A. *Mobbing: Perversión en la oficina*. Diario ABC 27/02/00
- 4 PIÑUEL Iñaki. *Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Editorial SAL TÉRREA. Apartado 77- 39080. (recomendado)
- 5 GONZALES DE RIVERA, JL. *El trastorno por mediocridad inoperante activa*. Psiquis, 1997, 18:229-231
- 6 LÓPEZ GARCÍA SILVA, JA y CAMPS DEL SAZ, P. *Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral*. Mapfre Medicina, 1999, 10253-260.
- 7 LEYMANN, H. *El acoso psicológico institucional*. Liga Española Antiacoso
- 8 Conclusiones de las "Jornadas sobre malestar en los profesionales de los Servicios Humanos y Sociales" (1992 A Coruña). Fundación Paideia. Comunicación: "Estrés en el trabajo. Evaluación del síndrome de Burnout en profesionales sociosanitarios". Varios autores.
- 9 "Violencia física y acoso sexual". Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- 10 PANIAGUA C. *Reflexiones sobre los fenómenos violentos de empresas* Revista de Psicoanálisis de Madrid , números 45/47. 1991.



Intervención con familias
monoparentales
afectadas de cáncer.

En este artículo se hace un esbozo de las necesidades que presentan familias monoparentales en sus distintos tipos: viudas, mujeres separadas... Se realiza un resumen de las necesidades generales presentadas por estas familias, así como los instrumentos, itinerarios de intervención que el profesional debe realizar para transformar la realidad de las mismas. Así mismo, se esbozan los recursos que pueden encontrarse para cubrir las necesidades.

Miguel Ángel Godoy García
Trabajador Social

sumario

1.- INTRODUCCION.

En el ordenamiento jurídico español se contempla como modelo de familia la familia nuclear, esto es, la compuesta por dos adultos de distintos sexos unidos en matrimonio y, en su caso, con hijos no emancipados conviviendo. Por consiguiente, el matrimonio es el vínculo que jurídicamente constituye la familia nuclear.

Esta concepción de la familia debe ser revisada por la propia dinámica social. Así, la ley del divorcio dará lugar a la aparición de otras formas de familias: monoparentales y reconstituidas.

En este artículo, sólo me referiré a las monoparentales.

Se puede entender como familias monoparentales aquellas familias constituidas por personas solas con hijos a su cargo. Por sola, se comprende la inexistencia de pareja sexual estable que conviva sin importar el estado civil.

En un contexto de familia nuclear, la familia monoparental, por su estructura incompleta, devino problemática. Por ello, disponer de uno o dos padres afectaba de forma directa en la situación económica, formas de vida, inserción laboral, y ocio del adulto, así como en la socialización del niño.

Pero la sociedad a lo largo de estas últimas décadas, se ha vuelto mucho más compleja. Por ello, ésta requirió un periodo de formación a sus ciudadanos. Esta prolongación del periodo de formación agrava los problemas de la familias monoparentales debido a la repercusión en la misma en retraso de la edad de emancipación de los hijos. Es indudable que la escolarización global de la población y el retraso en la incorporación supusieron un gran avance en la sociedad, pero para las familias monoparentales implicó la dilatación de los efectos perniciosos.

Podríamos situar la aparición pública de este tipo de familia durante la década de los sesenta. Las últimas décadas han con-

tribuido a la mayor presencia de esta familia en la sociedad debido a múltiples factores: incorporación de la mujer en el mercado laboral, que permitió su propia autodeterminación facilitadora de un proyecto familiar al margen del matrimonio y de la convivencia con el hombre; las adopciones por personas separadas, divorciados, etc.; y separaciones matrimoniales.

Las situaciones vinculadas a estas familias son muy diversas:

1. Vinculadas a la natalidad: madres solteras.
2. Vinculadas por la relación matrimonial: abandono familiar, separaciones de hecho, divorcio y viudedad.
3. Vinculadas al ordenamiento jurídico: adopción por solteros de conformidad a la nueva redacción del Art. 178 del Código Civil.
4. Vinculadas a diferentes situaciones sociales: emigración, hospitalización, trabajo de la pareja en distintas ciudades, encarcelación.

2.- EXPOSICIÓN DE DATOS.

Para la elaboración de este artículo se ha tenido en cuenta la información obrante en los expedientes de la Asociación Española contra el Cáncer desde 1996 hasta junio de 2001. Las familias atendidas que respondieron a esta tipología durante este período ascendieron a ciento cincuenta y seis.

Se han mantenido un total de 438 entrevistas, siendo el promedio de entrevista por familia de cuatro miembros.

De estas familias, el 97 por ciento resultaron ser familias monoparentales cuya cabeza de familia era una mujer. La media de edad de la cabeza de familia fue de 42,9 años, y el promedio de hijos fue de 2,3, con picos de uno a siete hijos. La media de edad de los hijos ascendió a 12,1 años.

Dada la diversidad de orígenes de la familia monoparental, concentraré mi atención en los siguientes subtipos:

- Fallecimiento de un cónyuge con hijos menores: destaca en este tipo, sobremanera, la familia monoparental en la que la cabeza de familia es una mujer. Sumados a la aflicción de la pérdida del marido, encontramos aquellos problemas surgidos por la situación en la que la familia queda: disminución importante de ingresos económicos, que obliga a la readaptación familiar a los nuevos recursos. Supusieron el 39,5 por ciento del total de familias atendidas.
- Ruptura de la pareja, originada por el conflicto entre sus miembros agravado por la aparición de una enfermedad oncológica en unos de los hijos. Son aquellos casos en que los que existe un conflicto previo a la aparición de la enfermedad. Así, Kaplan y colaboradores en 1986, realizaron estudios que demostraron que los problemas familiares se hacen más frecuentes si el niño fallece, y que un 70 por ciento de los matrimonios sufren problemas conducentes al divorcio o separación en un 23 por ciento. El final de este proceso es que los cónyuges debe afrontar la pérdida del otro cónyuge y la del hijos. Supusieron el 32,8 por ciento del total de familias atendidas.
- Familias monoparentales de madres separadas, cuya separación, previa al diagnóstico del proceso tumoral, no tiene su origen en el mismo, habiendo afectado éste a unos de los hijos. Supusieron el 8,4 por ciento del total de familias atendidas.
- Familias monoparentales separadas, cuya separación es previa al diagnóstico del proceso tumoral, no tiene su origen en el mismo, habiendo afectado éste a la madre. Supusieron el 19,3 por ciento del total de familias atendidas.

3.- ANÁLISIS.

Todas estas estructuras familiares tienen un denominador común que las sitúa en una posición de desventaja respecto a la familia nuclear, situación que se traduce en carencias económicas, sociales y personales.

- Carencias económicas: generalmente, la existencia de un solo adulto en estas familias supone un menor aporte de ingresos económicos comparándolo con la familia nuclear. Por consiguiente, afectará en las condiciones de vida de los que la componen.
- Carencias sociales: la asunción por parte del único adulto de las responsabilidades del sostenimiento familiar supone la dedicación plena a los mismos, y, por ello, una limitación de las posibilidades de relación social y ocio. Además, quedarían afectadas la consecución de un clima adecuado de seguridad y aceptación y derivada de ésta, malas adaptaciones personales y sociales de los niños.
- Carencias personales: divididas en:
 - 1.- A nivel físico: esta sobrecarga en el sostenimiento familiar tiene un coste físico. Se desarrollan conductas de alto riesgo, alimentación deficitaria, falta de descanso necesario, etc.
 - 2.- A nivel psicológico: la carencia de apoyo afectivo, el no compartir estas responsabilidades familiares, el no tener el apoyo del otro en las decisiones que afectan a la educación de los hijos, disminuyen el bienestar emocional del adulto, con el riesgo de la alteración del equilibrio psicológico.
- Carencias laborales: dada la importancia de la integración laboral como aspecto personalizador y de autonomía del enfermo oncológico, se debe ofrecer por parte del trabajador social la información necesaria para aprovechar los re-

cursos de la comunidad dedicadas al empleo. Para ello, el trabajador social procurará motivar a la enferma para reincorporarse a la vida laboral, y darle a conocer los derechos sociales y legislativos mediante un acercamiento a sus problemas de empleo concretos, facilitando la información y formación educativa constante. El marco que debe encuadrar la intervención del trabajador social responderá a unos objetivos:

1. Fomentar y facilitar la reinserción laboral en cabezas de familias monoparentales afectadas de cáncer.
2. Disminuir la percepción de inválida de la persona en edad laboral.
3. Crear un servicio de información y asesoramiento con documentación actualizada en temas de empleo y formación laboral.

Por otra parte, las actitudes y comportamientos adoptados con respecto a los hijos por los adultos de familias monoparentales pueden ser perjudiciales tanto por defecto como por exceso de protección, afecto o autoridad.

El sobreproteger a los hijos supone que estos no experimenten los éxitos y los fracasos, impidiendo el desarrollo de la autonomía personal. En cuanto a la autoridad, en las familias monoparentales oscila entre una tolerancia excesiva y la severidad de la disciplina. Así mismo un exceso de afecto puede originar una dependencia que perjudique a los hijos a la hora de entablar relaciones amorosas.

Los niños de familias monoparentales tiene más probabilidad de padecer carencias en el ámbito educacional al ser muy frecuente que estos niños no completen el periodo de formación. Por consiguiente, supone una deprivación personal de las ventajas y satisfacciones de la cultura.

En el desarrollo de la labor profesional, he observado cómo, en bastantes ocasiones, se producían separaciones, divorcios, fallecimientos, apareciendo, por tanto, familias monoparentales, donde antes existía una familia nuclear. Esta modificación de la estructura familiar era una consecuencia tanto directa como indirectamente del proceso tumoral. También he podido observar el impacto de un proceso tumoral en familias que ya eran monoparentales consistente en el incremento de la problemática social y psicológica.

4.- METODOLOGIA.

Se ha basado en la realización de entrevistas semiestructuradas con las familias.

En su primera parte, la parte estructurada, se recopilaba los datos personales del enfermo, consistentes en direcciones, edades, profesión, y grado de información que poseía tanto el enfermo como la familia. Asimismo, se elaboraba un genograma de la familia.

En su segunda parte, la parte no estructurada, se realizaba una pregunta abierta en donde los afectados exponían todas aquellas circunstancias que vivenciaban como problemas. En esta parte, no estructurada, se pretende ofrecer la información y orientación convenientes. Posteriormente, se llegaba a un acuerdo con los usuarios para determinar qué problemas atajar y en qué orden, según sus propias estimaciones.

En estas entrevistas se elaborara un plan, guía o hipótesis acerca de la situación actual y relaciones de la paciente, con el objeto de dar una orientación al proceso de atención, trabajándose con el modelo relacional-sistémico. Con ello, se procederá a la planificación y desarrollo del tratamiento social adecuado a la paciente a los efectos de atajar, como se menciona "ut supra", los problemas relacionados con la enfermedad.

De estas entrevistas, se deduce que el objetivo de la intervención con estas familias consistiría en mejorar la calidad de vida, creando mecanismos compensatorios de las alteraciones emocionales, psíquicas y sociales originados por el diagnóstico, tratamientos, remisión, recidiva.

Para ello, deberemos:

- Prevenir situaciones personales críticas.
- Apoyar la adaptación de la familia a la situación monoparental.
- Posibilitar el mantenimiento del nivel de salud familiar.
- Disminuir los sentimientos de culpa, miedo, indefensión, creando un marco de seguridad a tal efecto.
- Atender reacciones emocionales desadaptativas (ansiedad y depresión).
- Reconducir el impacto de la pérdida hacia niveles de respuesta adecuada y estrategia de afrontamiento adaptativas.

5.- CONCLUSIONES.

La problemática susceptible de atención psicosocial está centrada en el ámbito personal, familiar, escolar, hospitalario y laboral.

En el ámbito personal, las consecuencias adversas son consecuencia de la naturaleza física de la enfermedad y el tratamiento, así como al impacto psicológico, es decir, malestar físico, cambios corporales, privación de contactos sociales y de estimulación sensorial, estrés, ansiedad, depresión, desarrollo de conductas de abuso o manipulación, problemas de comportamientos.

En cuanto en el ámbito familiar, quedan afectadas varias áreas y la interacción entre ellas, fundamentándose en las mismas

para realizar una valoración psicosocial multidimensional que identifique los problemas existentes y potenciales. Así:

1. Factores de desarrollo: si el enfermo es un niño, se deberá estudiar no sólo los problemas de desarrollo general, sino también el nivel de comprensión del niño en lo relativo al tiempo, muerte, a fin de proporcionar una información adecuada a su edad.
2. Problemas socioeconómicos y culturales: los gastos adicionales que supone la enfermedad conducen a su reducción de los ingresos familiares.
3. Capacidad de afrontamiento valorando el estilo de la familia.
4. Comunicación y unión familiar: la forma en que una familia se comunica en relación a la enfermedad nos darán idea de los patrones generales de la misma. Los estudios de Greenly, en 1986, hacen ver que una comunicación abierta permite una mejor adaptación emocional.
5. Historia personal / familiar: la historia de la familia permitirá anticipar problemas en lo referente al afrontamiento. Así, experiencias previas de separaciones y pérdidas pueden ser reactivadas o interferir en la capacidad de afrontar la crisis.
6. Emergencia de sentimientos de culpabilidad, temor, ira que pueden afectar al proceso de normalización del desarrollo familiar.
7. Hermanos e hijos del enfermo.

En cuanto al ámbito escolar, será oportuno mantener el estado escolar del niño enfermo, su progreso y su reintegración. Para ello será necesario la identificación y evaluación de las consecuencias físicas, déficits de aprendizaje, posibles fuentes de perjuicios y discriminación. Se deberá posibilitar un proceso de

reinserción. Con éste, la vuelta al colegio del niño enfermo supondrá un trato todo lo normal que sus condiciones lo permitan. Con el objeto de facilitar este proceso de reinserción será necesario:

- Servicios de orientación, asesoramiento y consejos sobre formas de escolarización más apropiadas, procurándose procedimientos de evaluación, seguimiento y control de los mismos.
- Apoyar la interconexión entre el sistema de educación especial y el ordinario, la readaptación de los diseños curriculares. Se deberá formar al profesorado y al alumnado con el objeto de obtener la integración y diseño de programas de desarrollo individual.

En cuanto al ámbito hospitalario, deberá analizar el grado de confianza que tanto la familia como el enfermo tienen con los profesionales sanitarios. También deberá medirse la implicación de los afectados en el tratamiento y la información facilitadora.

Los estudios de Grace Christ y de Margaret A. Adams, en 1984, resaltan como momentos críticos en el tratamiento de la enfermedad: diagnóstico, inicio del tratamiento, efectos del mismo, fin del tratamiento, regreso a la vida normal, recaídas, y metástasis, enfermedad.

Un adecuado procesamiento de la información médica resulta imprescindible para que el afrontamiento de la situación crónica tenga éxito, así como una normalización de la vida familiar, facilitando su reinserción.

- Facilitación del proceso de la información. Toda la información que se pueda proporcionar sobre la enfermedad, pruebas, tratamientos, permite una correcta percepción de la enfermedad, contribuyendo a:

1. Implicar al paciente y familia en el tratamiento.
2. La reducción de la ansiedad antes intervenciones quirúrgicas y reacciones a los tratamientos.
3. Permitir que tanto la familia y el paciente puedan formular preguntas y dudas, comunicar sus temores y expectativas.
4. Potenciar una relación basada en la confianza y la comprensión.
5. Anticipar reacciones.
6. Incrementar el control del paciente y la familia.

En cuanto al ámbito laboral, se encuentra con dificultades añadidas por las cargas familiares que estas familias traen aparejadas. Por ello, el profesional deberá procurar la consecución de unos objetivos:

1. Proporcionar información sobre lo establecido desde el marco administrativo en cuanto a pensiones, discapacidades y Seguridad Social.
2. Definir los intereses y objetivos de los usuarios; elaborar un registro de información con su perfil y características.
3. Realizar un estudio social respecto a la situación formativa y laboral de los enfermos para establecer estrategias de actuación con entidades públicas y privadas.
4. Facilitar el acceso a programas de reciclaje profesional.
5. Coordinación con entidades y organismos del sector público o privado que favorezcan la permanencia o el acceso al puesto de trabajo.
6. Capacitar a los usuarios para mantener el empleo o acceder a otros nuevo.
7. Fomentar el cooperativismo de las bolsas de empleo.

Para la realización de estos objetivos, las acciones a realizar se dividirán en dos períodos:

A.- Anterior a la reinserción socio-laboral, en la que se realizará un número determinados de acciones. Estas consistirán en:

1. Entrevistas personales que tendrán como objetivos:
 - Valorar los intereses laborales del interesado.
 - Conocer las motivaciones hacia el trabajo.
 - Conocimiento de las experiencias anteriores.
 - Conocimiento de las expectativas laborales.
2. Información de prestaciones económicas en el supuesto de baja laboral por razones de la enfermedad.
3. Difusión de la información obtenida de bolsas de empleo dirigidas a personas con discapacidad tanto públicas como privadas.
4. Entrenamiento de la persona afectada para su plena reinserción, consistente en:
 - Habilidades de ajuste al entorno laboral.
 - Habilidades para la búsqueda de empleo.

B.- Durante el proceso de reinserción socio-laboral. En ella encontraremos:

- Creación de medios de fomento de empleo para personas con certificación de minusvalía.
- Promoción de cursos de formación laboral.
- Avisos de empleo público.
- Cursos de técnicas de búsqueda de empleo.

Estas acciones estarán encaminadas a dirigir la intervención hacia la reducción de las necesidades detectadas a través de los recursos que se pretenden generar en el marco de una metodología activa y participativa, en función de las demandas y recursos disponibles.

Simultáneamente a todo ello, se realizarán entrevistas de toma de contacto con entidades dedicadas a la orientación y formación laboral. En ellas, se darán un conocimiento de la problemática de estas familias. El objetivo de estas entrevistas es que faciliten información periódica de posibles programaciones y ofertas. Como ejemplo de entidades se podría citar:


- En cuanto a la creación de bolsas de empleo: Fundosa Consulting (Fundación ONCE), Instituto andaluz de la mujer, SIPE, COCEMFE...
- En cuanto a recursos de formación: F.P.O., INEM...

Como toda intervención, ésta debe ser evaluada, y para ello pueden servir como indicadores:

- Número de informaciones demandadas.
- Tipo de información solicitada.
- Número de ayudas concedidas.
- Número de entidades participantes en el proyecto.
- Número de altas laborales.
- Número de ocupaciones.
- Número de familias atendidas.
- Grado de aceptación e interés que presentan las familias.
- Reducción de la ansiedad y estrés.

BIBLIOGRAFÍA.

- FERNÁNDEZ CORDÓN, J.A. y TOBIO SOLER, Constanza. *Las familias monoparentales en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.
- FUENTES GARCÍA, R y RODRÍGUEZ LÓPEZ, R. *Análisis cuantitativo de la creación de empleo para minusválidos*. Madrid: Fundación Mapfre, 1991.
- IGLESIAS de USSEL, Julio. *Las familias monoparentales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, Serie Debate, 1988.
- SIERRA HERNÁIZ, Elisa. *Acción positiva y empleo de la mujer*. Madrid: Colección Estudios nº. 82, Consejo Económico y Social, Madrid, 1999.
- SOLER NIETO, Gloria et al. *Nuevas formas de empleo para personas con discapacidad*. Córdoba: Ed. Promi, 1998.



El Trabajo Social como
ejemplo de la aportación
de las Ciencias Sociales
a las intervenciones
en salud.

Este trabajo pretende recordarnos, una vez más, que el ser humano es ese ser complejo que desarrolla su vida diaria en un ámbito particular y, a la vez, en un contexto comunitario con sus tradiciones, valores, costumbres, prejuicios, es decir, con su propia cultura. Cuando lo que se pretende es adentrarse en los entresijos de esas creencias y costumbres, en ocasiones fuertemente arraigadas entre la población, no podemos arriesgarnos a hacerlo de forma sesgada, parcial y superficial.

Por ello, las intervenciones en el ámbito de la salud deben incluir, como ya reconoció Hipócrates hace más de 2000 años, el estudio del medio social en que este ser complejo vive, investigando las causas que perturban su estado de salud y no deben limitarse, como ya estamos acostumbrados, a solucionar los problemas biológicos, sin más. Siguiendo esta línea argumental, se ha intentado plasmar en este trabajo, la incuestionable aportación que las Ciencias Sociales, y más concretamente el Trabajo Social, vienen demostrando a lo largo de muchos años en las intervenciones en el ámbito de la salud.

En los últimos tiempos, la figura profesional del Trabajador Social, está siendo arrinconada, infrutilizada y despreciada por los que, teniendo la potestad de articular para este colectivo una actuación fundamental e integradora en el contexto sanitario, no tienen a su vez la capacidad para hacerlo, preocupados más de la estadística asistencial, de hacer una gestión sanitaria de "pasarela", para la galería y de ofrecer al usuario lo que le pide y en el momento en que éste lo pide, sin valorar si es eso lo que realmente necesita. Una política sanitaria que tiene más de lo primero que de lo segundo y un interés social general que sucumbe ante el interés económico particular.

Se trasladan a estas páginas, opiniones, comentarios, ideas y argumentaciones que, desde hace ya mucho tiempo, vienen señalando, recalcando e insistiendo, en la importancia de un abordaje integral de las intervenciones en salud, como única garantía de su éxito. Y se pone como ejemplo la amplitud de posibilidades de intervención del Trabajador Social en este ámbito. Tal vez, tan sólo sea cuestión de que nos dejaran demostrárselo.

Mariano Sánchez Robles
Trabajador Social

"PARA CONOCER MEJOR LA SALUD Y LA ENFERMEDAD ES NECESARIO ESTUDIAR EL HOMBRE, EN SU ESTADO NORMAL Y EN RELACIÓN CON EL MEDIO EN QUE VIVE, E INVESTIGAR, AL MISMO TIEMPO, LAS CAUSAS QUE HAN PERTURBADO EL EQUILIBRIO ENTRE EL HOMBRE Y EL MEDIO EXTERIOR Y SOCIAL".

(Hipócrates.-460-360 a.c.)

1. INTRODUCCIÓN.

En una comarca tropical de Perú se pensó llevar a cabo una campaña con objeto de implantar la costumbre de hervir el agua que se usaba para beber y, de esta forma, erradicar las epidemias. Pese a los cuantiosos gastos y esfuerzos invertidos en el proyecto, los resultados fueron desastrosos: nadie hervía el agua para beber.

Las causas de este estrepitoso fracaso las descubrió una antropóloga destacada en la zona, precisamente, para buscar una solución a esta situación: las mujeres de posición social elevada se negaban a ser instruidas por otras mujeres que parecían como superiores a ellas (funcionarias), porque eso es lo que se solía hacer con las mujeres pobres. Además al ver que esto les suponía una sobrecarga de trabajo, sin ninguna ayuda material, les hizo desentenderse de las recomendaciones y de la campaña. Si la presencia de esta profesional de las ciencias sociales se hubiese previsto en la planificación inicial de la campaña, con toda seguridad, los resultados hubiesen sido distintos.

Los aspectos sociales y culturales de la población no fueron tenidos en cuenta a la hora de diseñar esta intervención en salud.

2. EL BINOMIO SALUD - ENFERMEDAD.

2.1. *¿Qué es la salud?*

Sobre la definición, contenido, significado y alcance del término Salud no existe un acuerdo unánime, ni mucho menos. Todos conocemos sobradamente la definición de la OMS con su "completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad"; la crítica de Terris a esta definición por considerarla utópica, estática y subjetiva, y a la que añade la "capacidad de funcionamiento" como elemento fundamental y elimina el término "completo" de la misma por inalcanzable.

Si bien la definición de Terris aparece como más operativa y supone un avance en el análisis conceptual de la salud, ambas conllevan el inconveniente de que puede darse el caso de coincidir en un mismo sujeto el bienestar y la enfermedad, como podría ser el caso de la tuberculosis pulmonar asintomática o un cáncer de cuello de útero en fase presintomática.

Lo que sí es evidente en toda la literatura al respecto, es que se evidencia un interés creciente hacia las definiciones positivas y dinámicas de la salud, en las que se valoran más las características deseables de la vida humana que los aspectos negativos, en los que tan sólo se considera la ausencia de enfermedades y alteraciones. La concepción dinámica de la salud implica que la separación de la salud y la enfermedad no es absoluta y que, a veces, no es posible distinguir lo normal de lo patológico, todo lo cual se conoce como el continuo salud-enfermedad.

Una de las definiciones más originales de Salud que he podido encontrar que, además, tiene origen en nuestro país, es la del X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana de 1976, que la definía como "Aquella forma de vivir que fuese autónoma, solidaria y alegre". Sin embargo, sea cual sea la definición que se pretenda utilizar, el estado de salud individual va a depender siempre de la interacción de varios factores o determinantes de la salud.

El estilo de vida es, probablemente, el determinante más importante de la salud humana, acompañado de otros factores como el biológico, el medio ambiente y el impacto de las nuevas tecnologías. No obstante, los factores sociales constituyen unos condicionantes de primera magnitud, tanto en la salud como en la enfermedad, y el que se alcance un determinado nivel de salud o se produzca una muerte prematura está muy relacionado con las condiciones sociales en las que se vive.

En este contexto, y salvando las consideraciones efectuadas anteriormente, en el sentido de que el bienestar no siempre equivale a salud, se ha definido la Salud desde un punto de vista dinámico como:

“El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso un individuo y la colectividad”.

En lo que concierne a las colectividades, ello no significa el abandono de la modificación de estos factores sociales, sino todo lo contrario ya que, como se verá más adelante, la promoción de la modificación de estos factores es uno de los objetivos más importantes de la Salud Pública, y la Educación Sanitaria ha pasado a convertirse en una de las técnicas fundamentales de la misma.

2.2. ¿Qué es la enfermedad?

Resulta evidente que Salud y Enfermedad son unos conceptos que adquieren su verdadero significado y alcance en el contexto interno del ámbito de su propia cultura. Ambos son el objeto de representaciones sociales en las que el cuerpo es sólo uno de sus aspectos. La enfermedad, diferenciándola de la patología, debe ser considerada como un fenómeno cultural complejo en el que los indicadores patológicos son transformados en signos sociales y relacionados simbólicamente con otras dimensiones de la vida social.

La enfermedad irrumpe en todos los grupos humanos como alteración del funcionamiento biológico o conductual, pero como consecuencia de la reinterpretación cultural de los hechos biológicos, el concepto de alteración no es, en todas partes, el mismo. Por ejemplo, entre nosotros, la Obesidad es objeto de preocupación y rechazo social, mientras que en otras culturas la favorecen, la provocan, la veneran y representa un factor de prestigio y reconocimiento social fundamental en y para dicha cultura.

La transformación social de las alteraciones en síntomas significativos implica además una tipificación de las enfermedades, que tienen mayor o menor importancia, no tanto por su etiología, cuanto por su incidencia en el proceso social: "*no puede trabajar*", "*no se le puede visitar*", "*es contagiosa...*", "*hay pocas esperanzas de vida*", son expresiones bien elocuentes a este respecto y que, sin duda, sirven de base, entre nosotros, para clasificar un trastorno más que otros hechos diferenciales de naturaleza biológica.

Ante la enfermedad se desencadenan actitudes de solidaridad y altruismo; se olvidan rencores y enfrentamientos personales; se vuelven a profesar creencias, mediante rezos y promesas; se modifican actitudes y conductas. Y ello es así porque, de alguna manera, se piensa que la causa de la enfermedad está en el deterioro de los valores y de las relaciones sociales.

Podríamos, dicho todo esto, definir la Enfermedad como "*una alteración del estado de salud, o la pérdida transitoria de ese completo bienestar que representa la salud*", aunque en este caso vamos a utilizar dos acepciones: sentirse enfermo y estar enfermo. Esta diferencia podemos verla claramente en la lengua inglesa en la que el término *disease* hace referencia a una manifestación clínica de la enfermedad, que puede ser o no sentida por el individuo, y el término *illness* que hace referencia a la

repercusión social de dicha enfermedad, con un alcance muy superior al primero.

3. AMPLIANDO HORIZONTES EN LAS INTERVENCIONES EN SALUD.

La historia nos descubre una relación impresionante de contribuciones, realizadas a través de la investigación, a fin de mejorar la salud. El conocimiento proporcionado por la investigación comunitaria ha sido uno de los instrumentos más importantes en la lucha contra la enfermedad, la discapacidad y la muerte. Los investigadores sienten un orgullo justificado por su labor pasada y presente. El conocimiento es esencial para transformar una política en una realidad y la investigación es el instrumento más poderoso para obtener ese conocimiento. La investigación, la mayoría de las veces de marcado carácter biomédico, ha proporcionado el conocimiento que hay detrás de las victorias más importantes en la lucha contra la enfermedad. Tal investigación posee todavía un valor incuestionable.

No obstante, desde hace ya muchos años, se está pidiendo un cambio fundamental en la investigación. Desde la OMS se pide que este instrumento se utilice con más eficacia que nunca para alcanzar una finalidad específica: "Salud para Todos". Quieren que los formuladores de políticas y la comunidad investigadora de cada país trabajen en conjunto para proporcionar el conocimiento necesario para llegar a esta meta, construyendo y utilizando las estrategias de investigación adaptadas a sus necesidades especiales. En el corazón del movimiento "Salud para Todos" existe un aspecto nuevo de salud, con una perspectiva más amplia. La salud mantiene la finalidad de las políticas sanitarias y de los sistemas de atención de la salud, pero tiene una definición más amplia.

Se está trabajando para un tipo positivo de salud, ese estado de bienestar físico, mental y social completo al que ya nos hemos referido anteriormente. Pero llegar a tal finalidad requiere

una visión más amplia de los factores que afectan a la salud, abarcando mucho más que los problemas físicos de cada persona. Esta visión debe examinar la forma en que dichos factores sociales y el entorno afectan a la salud de la población y de cada individuo.

Una política para ese deseo de "Salud para Todos" requiere pasar de las frases grandilocuentes a los hechos y el estado de salud positivo habrá de construirse basándose en formas y escenarios nuevos, mediante nuevas combinaciones de gentes, de profesionales, todo ello sumado a los métodos y medios utilizados con éxito en el pasado.

Se requiere un cambio y el compromiso de personas y profesionales varios, procurando que la gente descubra cómo afecta su trabajo a la salud y la manera de trabajar activamente con los demás. Los objetivos cubrirán campos de actividad que son fundamentales para la salud pública, pero que constituyen temas nuevos para las políticas de cada país y la investigación sanitaria.

Las investigaciones en el ámbito de la salud deben aventurarse, de una vez por todas, sin más retóricas ni teorías no dotadas de contenidos ni medios, en los campos que están fuera de sus dominios tradicionales: la salud y las ciencias relacionadas con ésta.

Para alcanzar el éxito, los investigadores sanitarios deben pedir ayuda a los profesionales de otras disciplinas que puedan contribuir a obtener los conocimientos expertos necesarios. Esto incluirá principalmente a las ciencias biomédicas, pero no se podrán obviar, tal y como se viene haciendo actualmente, otras aportaciones desde el ámbito social, de la conducta, así como las de otros especialistas: arquitectos, ingenieros... que podrán dar respuesta a otro tipo de cuestiones que seguramente van a plantearse.

Los investigadores que trabajan en favor de la salud se deberán adentrar, sin miedos ni complejos, en áreas nuevas, desconocidas, incluso sorprendentes, y habrán de trabajar, codo con codo, con otros profesionales, con otros compañeros, de una forma diferente a como lo han venido haciendo hasta ahora.

La comunidad investigadora, con el apoyo de unas políticas sanitarias adecuadas, tiene la oportunidad no sólo de continuar con una labor básica en pro de la salud, sino también, a través de un trabajo reorientado hacia una finalidad nueva: tomar parte directamente en la realización y respuesta en práctica de esas políticas sanitarias de investigación, ayudando así a decidir su propio futuro profesional y contribuyendo al logro de la salud para todos.

4. LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD: UN DERECHO FUNDAMENTAL.

En nuestro país la atención a la salud viene recogida en el ordenamiento jurídico como un derecho fundamental y reflejado como tal en el artículo 43 de nuestra Constitución:

“Se reconoce el derecho a la protección de la salud”.

La Ley General de Sanidad confirma y lleva a la práctica este derecho fundamental, al exponer como objetivo de la misma *“hacer efectivo el derecho a la protección a la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”*, para lo que las distintas comunidades autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias, en el ejercicio de las competencias que les atribuyan los correspondientes Estatutos de Autonomía (Art. 2.2. de la L.G.S.).

En lo que la Comunidad Autónoma de referencia de estas líneas se refiere, Andalucía, nuestro Estatuto de Autonomía, en su artículo 13.21 le reconoce *“la competencia exclusiva sobre Sanidad e Higiene”* y la capacidad de *“desarrollo legislativo y la*

ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior". Para hacer efectiva esta potestad, la Ley de Salud de Andalucía señala, en su artículo 1.1. que su objetivo es "la regulación general de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección a la salud previsto en la Constitución española".

Ahora bien, este derecho fundamental, emanado de la Constitución y reflejado en la normativa básica de la Comunidad Autónoma Andaluza, es decir, aplicable a los ciudadanos residentes en esta Comunidad, no se limita a la mera atención a la salud, sino que va, al menos en la teoría escrita, mucho más allá.

La Ley General de Sanidad hace alusión explícita a esta cuestión, al fijar como una de las actuaciones de las Administraciones Públicas, a través de sus servicios de Salud.. **"la atención primaria integral de la salud"**. Así mismo, su artículo 20.3 indica que *se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados".*

Si profundizamos aún más en la normativa que regula la atención de salud como, no lo olvidemos, un derecho fundamental, encontramos que, en Andalucía, el Decreto 195/85 de Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud, define el Centro de Salud como *"la estructura física y funcional que permite el adecuado desarrollo de la atención primaria de salud, integral, permanente y continuada por parte del Equipo Básico de Atención Primaria"* (Art.3), señalándose, de forma explícita y concreta, en la Orden de 2/9/85, también en su artículo 3º, que *"en los Centros de Atención Primaria se desarrollará la atención INTEGRAL"*.

El gran incremento de los costes de la atención sanitaria, sin cambios evidentes en el nivel de salud, impulsó un cambio de política sanitaria en Andalucía a principios de los años 80, que dedicaba entonces el 85 por ciento de sus recursos a tareas relacionadas con la enfermedad, no con la salud. La nueva orientación ideológica, la reforma sanitaria, suponía cambiar de la asistencia al enfermo a la atención a la salud; de la curación a la prevención y promoción de la salud; de la pasividad del enfermo a la participación ciudadana; de la asistencia individual al trabajo en equipo; de la percepción individual y biomédica a la percepción social y comunitaria, en la que la aportación de las ciencias sociales, centrada la misma en la figura profesional del Trabajador Social, se hizo imprescindible en el arranque y justificación comunitaria de dicha reforma.

Llegados a este punto, y antes de proseguir una línea más, se hace preciso hacer una reflexión y presentar una primera argumentación en la que basar el resto del contenido de estas páginas.

“Los Andaluces tenemos reconocida por Ley, como un Derecho Fundamental, la atención INTEGRAL de nuestra salud, lo que exige de los poderes públicos, que procuren la correcta y verdadera atención de nuestros problemas físicos, psíquicos y sociales, en el contexto de la Atención Primaria de Salud y, más concretamente, a través de todos y cada uno de los profesionales que integran el Equipo Básico de Atención Primaria, en los Centros de Atención Primaria de Salud”.

Por todo ello, se considera un error absurdo, ilegal e incomprensible, el que la administración sanitaria andaluza haya sacado del Equipo Básico de Atención Primaria a los Trabajadores Sociales para integrarlos en los Distritos Sanitarios, con unas demarcaciones geográficas y poblacionales que les convierte en inoperantes.

5. LAS CIENCIAS SOCIALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.

Una vez asimilado el concepto de "Atención Integral de la Salud", y reconocido el mismo como un Derecho Fundamental de cada uno de los ciudadanos, no cabe otra cosa que llevarlo a la práctica lo que, evidentemente, va a implicar la inclusión en la estrategia de intervención de la tecnología apropiada, la participación de la población, el énfasis en la promoción y la prevención, el trabajo bajo programas y/o procesos asistenciales, la coordinación interniveles, la convergencia profesional, la multi e interdisciplinariedad, la continuidad asistencial y de cuidados y la coordinación con los servicios sociales.

Para lograr una verdadera atención integral se hace preciso dar cuenta de la dimensión social y cultural del proceso salud-enfermedad. Atención en la que, por ejemplo, la figura del Trabajador Social cobra un protagonismo indiscutible, si bien, en no pocas ocasiones, sus intervenciones queden difuminadas y "diluidas" entre un marasmo de datos clínicos o, simplemente, no se recojan en apartado alguno.

Las Ciencias Sociales (Trabajo Social, Antropología, Psicología, etc.), aportan a la intervención en salud una profundización en el conocimiento de la historia, de la comunidad, de sus formas de organización, instituciones, liderazgos, redes sociales y recursos, todo lo cual va a permitir un avance en el conocimiento de las distintas instituciones, organizaciones y grupos que están ya trabajando en esta comunidad, posibilitando, en la medida de lo posible, la coordinación de acciones.

Nos van a facilitar la reflexión sobre la relación del Centro de Salud con la comunidad, el grado de acercamiento, las imágenes, expectativas, experiencias, las demandas en lo asistencial y los programas, intentando fortalecer los vínculos existentes y formulando una metodología adecuada de trabajo.

Todo proceso de conocimiento implica una relación social que debe ser tenida en cuenta en el análisis socio-cultural. Una cultura constituye un modo de expresar fenómenos sociales, un sistema de clasificación que no es externo a las acciones y prácticas de los sujetos, sino que otorga sentido a esas prácticas. Pocas veces se analiza el impacto de la población sobre el equipo y los profesionales y las profundas transformaciones personales y profesionales que esto implica.

6. EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD.

La salud es, sin duda, el factor que más se valora a la hora de interpretar el contenido del concepto de "vida plena"; concepto que lleva implícito el desempeño de determinados roles para cada individuo. Sin embargo, la falta de salud puede impedir a dicho individuo que desempeñe sus roles, lo que le convierte, temporalmente, en un "marginado social".

Estas situaciones o circunstancias referentes a la salud individual o colectiva, que suponen un elemento negativo para la plena realización personal, requieren de la figura, entre otros, del Trabajador Social, que deberá estar presente en cada una de las etapas de la atención a la salud:

- Prevención.
- Asistencia.
- Rehabilitación.

Motivando sus intervenciones en los factores sociales que influyen en la salud o en la pérdida de la misma y que podrán ser:

- Individuales.
- Ambientales.
- Laborales.
- Psíquicos.

Los esfuerzos aislados de médicos y personal de enfermería serán, por tanto, insuficientes y serán muy necesarios también los Trabajadores Sociales con experiencia en el ámbito de la salud. Al diagnóstico clínico deberá acompañarle siempre un diagnóstico social que, en caso necesario, ayude a comprender al personal sanitario el verdadero contenido socio-cultural en que se encuentra inmerso cada paciente. Una intervención integral de salud no puede entenderse si no está referida a las necesidades y capacidades del individuo, y el individuo en particular no será atendido sin la referencia a su ambiente y al contexto social en el cual actúa. Sólo un diagnóstico integral permitirá un tratamiento integral.

L. Besada y P. Odriozola, profesoras de la Escuela de Trabajo Social de Santiago de Compostela, reconocen que la integración de nuevos profesionales en los EBAP hace necesario un aprendizaje y un periodo de adaptación, y consideran al Trabajador Social como el principal agente de interrelación y coordinación con la comunidad, sin menoscabo de la implicación de los demás profesionales del Equipo.

Cuando me refería en el apartado 4º a la normativa que regula la Asistencia Sanitaria en Andalucía hacía referencia a la Orden de 2/9/85, en la que, además de recoger la exigencia de una atención integral de los Centros de Salud, aparecen reflejadas las funciones de los Trabajadores Sociales en un Centro de Salud. En el ámbito teórico, estas funciones son básicamente:

1. El conocimiento de la comunidad y su implicación en la misma, aportando al equipo de salud la información y los elementos para poder priorizar los problemas sociales de su ámbito de actuación y, sobre la base de ello, poder desarrollar las intervenciones y programas de salud.
2. Promover la participación de la comunidad en aquellas actividades que parten del Centro de Salud y viceversa.

3. Detección de los grupos de riesgo, de enfermos frágiles y otros colectivos, para la organización de los mismos, a fin de llevar cabo una intervención profesional.
4. La Promoción de la Salud, que incluye la Educación Sanitaria.

El Trabajador Social ha de desarrollar esta actividad sin dejar de lado la atención socio-sanitaria individualizada en todas aquellas circunstancias o situaciones problemáticas que así lo demanden. No obstante, y se hace evidente que esta es la "queja oficial" de este trabajo, como bien señalan ya en 1993 Besada y Odriozola, los Trabajadores Sociales no formamos parte de ningún equipo, nos limitamos, en la mayoría de las ocasiones, a trabajar junto a otros profesionales, sin unas metas ni unos objetivos comunes.

Somos muchos los Trabajadores Sociales que compartimos con estas colegas la idea de que *"en la mayoría de los equipos LO SOCIAL es un añadido simbólico"*

Y no puedo dejar pasar por alto, por actual, lo que ya hace casi 10 años estas autoras definieron como *"cabalgamiento de roles"*, al referirse a las teóricas funciones de la enfermera comunitaria, dado que ahora mismo, en Junio de 2002, la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS, ha hecho público un borrador en el que aparece la creación de una nueva figura profesional en Atención primaria de Salud, la Enfermera Coordinadora de Cuidados Domiciliarios, a la que se pretende asignar la gran mayoría de competencias actuales de los Trabajadores Sociales.

Y no puedo hacerlo por respeto hacia aquellos profesionales que, a partir de 1984, hicieron buena la Reforma Sanitaria Andaluza; por aquellos primeros Trabajadores Sociales que realizaron una magnífica labor de valoración socio-sanitaria de las Zonas Básicas de Salud; que identificaron grupos y elaboraron

mapas de riesgo; que recorrieron barrios, barriadas, chabolas y antros, explicando la filosofía de aquella reforma; sus ventajas, "diluyendo" sus inconvenientes y "vendiendo" un producto en que creían, y aún creen, pero en el que ya, al parecer sólo ellos siguen creyendo.

7. CRÍTICA AL ACTUAL MODELO DE INTERVENCIÓN EN SALUD.

Pese a lo escrito hasta ahora, pese a la normativa vigente antes comentada y pese a cualquier lógica de intervención en salud, la realidad, lo que realmente "sufre" o "disfruta" el usuario de los centros sanitarios, en no pocas ocasiones, dista muy mucho de poder ser considerado como una verdadera atención integral de salud, algo a lo que, vuelvo a insistir en ello, tiene legítimo y reconocido derecho.

La perspectiva tecnológica domina la medicina contemporánea, formando parte inherente de la formación y currículo de los profesionales sanitarios, y si bien el uso de criterios científicos y de la tecnología que se deriva de ellos es correcto y necesario, sin embargo, la creciente dependencia de la tecnología ha originado un sutil, pero significativo, deslizamiento hacia una evaluación basada en la competencia desplegada en la realización del acto sanitario en sí. "La intervención fue un éxito..... pero el paciente falleció".

Por otro lado, este énfasis tecnológico subraya tan sólo los aspectos físicos, biológicos o fisiológicos, descuidando de forma más que evidente los aspectos sociales que, inevitablemente, concurren en estas situaciones. La definición que hiciera la OMS del término Salud pretendía incluir estos aspectos a la misma, pero en realidad la retórica y la palabrería y una política sanitaria de "escaparate", han colocado dicha definición en el limbo de los "deseos", ya que el papel de las Ciencias Sociales, especialmente la del Trabajo Social en Salud, no se vienen teniendo en cuenta en gran cantidad de ocasiones y situaciones.

De la misma forma, la preocupación de los responsables sanitarios, políticos y administradores no es otra que la de asegurar una distribución equitativa de los recursos, sin tener en cuenta que la fórmula de: *"a más recursos mejor acceso a los mismos"*, no garantiza, ni mucho menos, una utilización racional de esos recursos.

Debido a esta estrategia obsoleta, cuestiones de relevancia indiscutible como la Educación Sanitaria, la Prevención, la Salud Ambiental y las Actividades de Promoción de la Salud, reciben considerablemente menos atención.

8. HACIA UN NUEVO MODELO DE INTERVENCIÓN EN SALUD.

Este modelo de intervención en salud que reduce su atención a las actuaciones de médicos y enfermeras; que prescinde de las profesiones sociales presentes en su propio entorno de trabajo y actuación y, por tanto, que olvida los factores sociales que acompañan a las situaciones de pérdida de la salud, ha sido denominado por varios autores como "Modelo Biomédico".

Uno de estos autores, Miguel Martínez en su crítica a dicho modelo hace referencia a la salud y la enfermedad como fenómenos dependientes de la cultura y de la vida social, atribuyendo a la Antropología la puesta en evidencia de la necesidad de intervenir en salud mediante una perspectiva crítica y constructivista que aborde las categorías biomédicas como productos de la vida social. La Antropología ha planteado pues, una visión multidimensional que permite recuperar la condición del hecho social, cultural y político-económico de la enfermedad.

La construcción social de la enfermedad, el cómo afecta a cada comunidad, a cada familia, a cada individuo de forma distinta, aunque sea la misma en todos los casos, nos indica la presencia de unos condicionantes sociales que van a originar sentimientos, prácticas, hábitos y comportamientos asociados

a los mismos. La enfermedad, por tanto, es el resultado de un proceso complejo en el que intervienen tanto factores sociales como biológicos.

De la misma forma, diversos estudios sobre el impacto de ciertas enfermedades, demuestran las relaciones existentes entre el incremento de la mortalidad y la disminución o menor presencia de relaciones sociales.

Se pone como ejemplo el impacto de la viudedad en el mayor riesgo de mortalidad y de padecimiento de enfermedades coronarias y de diferentes tipos de cáncer, correlaciones que sin poder ser explicadas por el reduccionismo biológico, si que pueden entenderse, al menos en parte, a partir del efecto de las culturas sobre las dimensiones biológicas de la enfermedad.

Al igual que los placebos producen una teórica mejoría en el estado de salud percibido por los pacientes, el "efecto nocebo" provoca justamente el efecto contrario y no por la intervención de una medicación neutra, sino por las expectativas sociales que sobre la enfermedad que se padezca (por ejemplo en cáncer) tenga el entorno social en el que se vive.

La vulnerabilidad de los individuos aumenta y serán más proclives a un empeoramiento debido al desequilibrio inmunitario provocado por las emociones y sus efectos neuroquímicos.

De todo ello podríamos deducir que en el origen de la enfermedad están presentes múltiples factores, cuyo abordaje requerirá de estudios epidemiológicos y sociales.

9. APLICACIÓN DEL NUEVO MODELO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD.

Partiendo de la idea de que el binomio salud-enfermedad debe entenderse como un fenómeno multidimensional, frente a la unidimensionalidad analítica y centrada exclusivamente en la biología que ha articulado el actual modelo biomédico, las intervenciones que se pretenda realizar en el ámbito de la promoción de la salud en la comunidad, habrán de participar de esta misma perspectiva, o bien correr el riesgo de obtener unos resultados poco deseables.

Habría que tener en cuenta que los síntomas y signos de la enfermedad no son idénticos en diferentes contextos sociales y culturales y abrir los ojos ante la arbitrariedad que guarda la definición biomédica de lo patológico, teniendo en cuenta que la definición de Salud no es asumible sin la interdependencia entre la normalidad biológica y la normalidad social, es decir, que aquello que se entiende por bienestar es muy diverso, incluso dentro del mismo ámbito social. Es preciso recordar, por ejemplo, que la homosexualidad, no hace demasiado tiempo, era considerada en ciertas culturas como una perversión psicopatológica; o que una misma limitación funcional no es percibida de la misma forma por un pastor de la Alpujarra que por un ejecutivo del Paseo de la Castellana, un futbolista o un peón de la construcción.

En el caso de las enfermedades psicosomáticas y gran parte de los trastornos mentales, éstas no pueden abordarse, ni sus medidas preventivas, sin tener en cuenta el papel de la cultura y su acción mediante expectativas, valores, conflictos y experiencias que ejercen un poder sobre la construcción y producción de esos trastornos.

Volvemos a toparnos de nuevo y de lleno con la multidimensionalidad de la enfermedad y surge la necesidad de contar por ello, en los equipos de profesionales de la salud, de profesionales de las Ciencias Sociales, que en el ámbito que nos ocupa, la Atención Primaria de Salud no son otros que los Trabajadores Sociales.

10. EDUCACIÓN SANITARIA Y TRABAJO SOCIAL.

Veamos, en primer lugar, como se define desde la propia OMS este término y que alcance real se le otorga. Para la OMS la "health education" comprende *"las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad"*.

La Educación para la Salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La Educación para la Salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

Por tanto, la Educación para la Salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. En el pasado, este término englobaba la movilización social, la abogacía por la salud, métodos que ahora son englobados por la Promoción de la Salud.

Desde la propia OMS se hace referencia a los *"factores de riesgo"* y a los *"comportamientos de riesgo"*, y cuando buscamos de entre los profesionales del Equipo Básico de Atención Primaria el perfil profesional idóneo para este tipo de intervenciones, nos encontramos con que los términos *"riesgo"* y *"cambio social"* son inherentes a uno de esos profesionales, el Trabajador Social; es la justificación de su presencia profesional en dicho equipo.

Y de la misma forma en que se obvia la intervención social en las actuaciones sanitarias, la figura profesional del Trabajador Social no es tenida en cuenta a la hora de planificar las intervenciones en Educación para la Salud, en la Promoción de la Salud en la comunidad. Se repite un esquema idéntico, un mismo patrón, y, al negarse los aspectos e interconexiones sociales, se produce un enmascaramiento de las relaciones sociales que envuelven a los procesos de salud y enfermedad.

Las Culturas, ya sean colectivas, grupales o familiares, son tradiciones y costumbres transmisibles mediante el aprendizaje que rigen las creencias y el comportamiento de las personas expuestas a ellas.

Los niños aprenden estas tradiciones creciendo dentro de una sociedad particular que alcanza su mayor y mejor expresión en la familia. Las tradiciones culturales incluyen costumbres y opiniones, desarrolladas a lo largo de generaciones, sobre lo que es un comportamiento adecuado o inadecuado. Una cultura, por tanto, genera una serie de constantes en el pensamiento y el comportamiento de una sociedad determinada, que hay que tener muy presente, precisamente, cuando lo que se pretende con la educación sanitaria es modificar hábitos, costumbres, creencias y valores.

Si estos factores se dejan de lado, si no se les presta la atención y la dedicación y análisis necesarios, las acciones educativas en el ámbito de la salud se orientarán a espacios

individualizados y no al resto de actores e instancias sociales involucradas en el proceso. El modelo biomédico no tiene esta visión de conjunto porque su enfoque está basado en la enfermedad, no en la salud, y su intervención no constituye ninguna estrategia preventiva.

Normalmente la imagen de la Educación Sanitaria se viene calificando (Paolo Bartoli) como inadecuada y carente de actualidad, caracterizada por una relación desigual entre el personal sanitario, que por definición "sabe" y los individuos que hay que educar que, también por definición, "no saben". Alejandro Seppilli considera que la Educación para la Salud debe contener dos aspectos fundamentales:

1. La participación de la comunidad.
2. La consideración del contexto socio-cultural.

No basta pues con difundir con todo el rigor científico del mundo una información para que la misma sea aceptada o asimilada por una población determinada. Habrá que, como dijo Emile Durkheim *"conseguir que armonicen con las demás creencias y opiniones dado que, si no es así, serán rechazadas"*.

En este contexto de Educación Sanitaria y con ese objetivo de armonización es dónde encaja perfectamente una figura profesional ya mencionada en varias ocasiones, la del Trabajador Social, cuya formación académica y profesional es una de las más indicadas para desempeñar tareas de promoción de la salud en la comunidad y que, sin embargo, viene siendo infrutilizada en éste y en otros ámbitos sanitarios, pese a ser un recurso humano y profesional de los propios Centros de Salud.

El personal sanitario, a pesar de ser competente en el ámbito médico y de cuidados de enfermería, no lo es con respecto a los problemas sociales y a las necesidades de los usuarios, a sus

condiciones de vida y a sus modelos culturales. Por ello, se hace precisa la intervención de todos y cada uno de estos profesionales, cada cual asumiendo sus propias competencias. De otra forma, la atención sanitaria podrá ser clínicamente perfecta, pero nunca podrá ser calificada como integral ni correcta.

11. FORMACIÓN DEL PERSONAL QUE INTERVIENE EN SALUD.

Hace unos días la edición electrónica del "Diario Médico" publicaba unas propuestas del Subdirector de Formación del Ministerio de Sanidad, Sr. Bando, para potenciar la formación humanística de los médicos y humanizar su comunicación con los pacientes (algo que, por otra parte, podrían conseguir si realmente dispusieran de tiempo para hablar con ellos), y considera que este acercamiento a los pacientes constituye uno de los pilares básicos de una promoción integral de la salud.

Se añade en el texto que *"ha llegado la hora de potenciar la formación humanista durante la carrera de medicina"*, obligación que compete a los responsables de la formación de los profesionales sanitarios. Se aboga por la participación de los ciudadanos y el fomento de la educación y la cultura ambiental. En definitiva, se concibe la promoción de la salud, que incluye a la educación sanitaria, de una manera integral, mediante la imbricación de todos los factores que puedan incidir en la prevención.

Coincide por ello con los postulados de la comunidad de expertos en las propuestas de multidimensión y multifactorialidad a la hora de realizar cualquier intervención en el ámbito de la salud. Ya va siendo hora de que en la práctica real de las intervenciones en salud, se tenga en cuenta el impacto del contexto social en el que viven las personas para satisfacer mejor sus necesidades y, entre otras, sus necesidades en salud.

No obstante, creo que la formación humanista, además de a médicos y personal de enfermería, habría que exigírsela a los responsables de la planificación, organización y gestión de los servicios sanitarios, de forma que los borradores, programas y proyectos que se pretendan hacer efectivos, se nutran de esa formación humanística y no tengan tan sólo en cuenta el aspecto biomédico de la enfermedad y su solución tecnológica, que les puede abocar al fracaso.

Un aspecto fundamental a tener en cuenta la hora de abordar el tema de la Educación Sanitaria es que los profesionales que intervenimos en la misma como educadores, somos portadores de nuestra propia subcultura, tanto profesional como en calidad de miembros de un grupo y contexto social determinado, con lo que nuestra actividad educativa, al igual que nuestra actividad profesional y personal, estarán imbuidas de opiniones, prejuicios, creencias, valores y actitudes propias.

El personal sanitario tiene su propia visión y conceptualización de la población a la que atiende, que no suele coincidir con la objetividad de los datos estadísticos o epidemiológicos, pero que marca claramente su relación con esa población. Se hace preciso que este personal sea consciente de esa "subjetividad" de su intervención, de su no-neutralidad, de forma que reconozca el contexto cultural en el que está interviniendo.

Es importante por ello que el personal sanitario sea capaz, y esté dispuesto a ello, sea capaz de ver el sentido, el origen y el motivo de ciertas conductas sanitariamente "irracionales", que presentan ciertos grupos y/o individuos a los que pretende hacer llegar su mensaje educativo. Actitud de este personal que no siempre va a ser fácil llevar a cabo dado que, en ocasiones, los individuos arriesgan claramente su propia salud.

12. EL "EMPODERAMIENTO" PARA LA SALUD.

Partiendo de la base de una formación humanista de los profesionales de la salud y de la presencia en los Centros Sanitarios de la figura del Trabajado Social, se puede hacer efectiva de una forma más eficaz y evidente, no sólo la intervención integral en salud ante cualquier problema, sino incluso el "empoderamiento" tanto individual como de la comunidad, a fin de conseguir la capacitación de los propios usuarios para gestionar su propia salud lo máximo posible. Se hace preciso crear espacios sociales que permitan a la gente asumir roles en los que ellos sean protagonistas de su propia historia, de su propia salud.

Según la Carta de Ottawa una comunidad "empoderada" para la salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades en este ámbito. Mediante dicha participación los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrece apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud en dicha comunidad.

Hay que distinguir entre el empoderamiento para la salud en el individuo y el de la comunidad. El individual se refiere principalmente a la capacidad del propio individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (determinantes de la salud) y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

Sobre la teoría y puesta en práctica del empoderamiento hay numerosas aportaciones. Ortiz Torres lo define como *“el proceso por el cual los individuos, grupos, organizaciones y comunidades desarrollan un sentido de control sobre sus vidas, para actuar eficientemente en el ámbito público, tener acceso a los recursos y promover cambios en sus contextos comunes”*.

Desde la década de los 70 con el Movimiento Feminista, pasando por los Estados Unidos, llegamos a Latinoamérica siguiendo la estela de este concepto, para encontrarnos con Paulo Freire el que al aplicarlo al ámbito de la salud nos indica *“que el contexto social dónde se lleva a cabo la educación para la salud no es neutro”*. Para Freire la educación debe tener como objetivo la liberación humana que significa que la gente es sujeto de su propio aprendizaje, no vasijas vacías (el que no sabe) en las que (el que sabe) deposita su conocimiento. La Educación Sanitaria no se desarrolla en un contexto vacío, sino dentro de la red de la circulación cultural de un contexto social determinado.

Este proceso de empoderamiento se basa en las siguientes premisas:

1. La capacidad de grupos e individuos para incrementar su salud.
2. El énfasis en la participación comunitaria.
3. La concepción integral de la salud y el reconocimiento de sus determinantes.
4. El compromiso social con los más desfavorecidos.
5. La coordinación y colaboración intersectorial

13. CONTAR CON LA GENTE.

En muchas ocasiones, las intervenciones en salud, en proyectos de promoción de la salud, contemplan a los participantes como una mera colección de personas y no como grupos estructurados de individuos que cuentan con sus propias estrategias, percepción de necesidades, motivaciones y ganas de ayudar a planificar y realizar cambios que afectan a su salud, a su bienestar y a su vida.

Cada proyecto de intervención debe contar con una estrategia apropiada. La "ingeniería social" es tan importante como lo son las consideraciones clínicas, biológicas, técnicas o económicas. La planificación social de este tipo de intervenciones no es tan sólo deseable desde el punto de vista de las ciencias sociales, sino que supone una evidente mejora de costes y beneficios. Por ello, la gente debe ser considerada en todas y cada una de las fases o etapas de los proyectos que les puedan afectar; hay que dar prioridad a las personas y realizar un ANÁLISIS SOCIAL específico de cada intervención que refleje sus características y objetivos particulares.

Hoy día la comunidad internacional ya está sobradamente convencida sobre el valor de los conocimientos sociales para su aplicación en todo el ciclo de cada proyecto de intervención.

En la medida en que la sensibilidad social y la idoneidad cultural constituyen aspectos clave de la intervención en salud, es necesario identificar desde el principio los factores que influyen en el estado de salud de un grupo humano en el que pretendemos intervenir. Cuando se planifica y se elabora sin tener en cuenta la intervención de los factores sociales, la afectividad disminuye de forma evidente. Por ello, desde las instituciones internacionales se indica que *"debe darse especial relevancia a las variables sociales en el mismo momento en que se inicia un proyecto"*.

Se precisa de objetivos concretos y orientados hacia la gente; tecnología culturalmente armónica y estrategias de ejecución social que aprovechen la capacidad de la gente para percatare de los problemas de salud que tiene que resolver; contar con estrategias de diseño y ejecución socialmente orientadas y culturalmente apropiadas.

Obtendremos mejores resultados si nos mostramos receptivos a los conocimientos y costumbres en los que la población ha demostrado ser "experta en salud"; cuando abordemos problemas reconocidos por la propia población y cuando aprovechemos las aportaciones de los grupos y estructuras sociales existentes en la propia comunidad. Este enfoque participativo significa incorporar a las personas en la toma de decisiones, pero también deberán incorporarse a las movilizaciones y administración y gestión adecuada de los recursos.

En este "contar con la gente" adquiere gran relevancia la familia, que sigue siendo la unidad de comunidad básica en la planificación de cualquier acción a medio y largo plazo.

Y si la participación de la familia en actividades colectivas es importante, lo es más aún su participación en la función preventiva básica, a saber, la educación de los hijos.

Ante la demostrada escasa incidencia de la participación familiar en los programas de prevención, se propone mejorar las estrategias de reclutamiento de las mismas.

Las mejores intervenciones no serán las mejor diseñadas, sino las que lleguen efectivamente a los padres, por lo que volvemos a toparnos con la idea, conceptualizada, claramente, ahora por el Plan Nacional contra las Drogas de que "es preciso conocer las características de los grupos de población a los que nos dirigimos".

Llegar a los que no acuden debe ser un elemento fundamental de nuestra intervención y para ello utilizaremos todos los métodos y medios a nuestro alcance, innovando, imaginando y valorando el contexto real en el que nos movemos.

14. CONCLUSIONES.

La primera conclusión que puede obtenerse de este trabajo es que, todo, o casi todo, de lo dicho aquí ya se había dicho antes. Posiblemente el único mérito que podrían merecer estas páginas, si es que os merece alguno, es reunir en las mismas las opiniones, ideas, normativa, reflexiones, puntos de vista y recomendaciones de tantos, variados y, sobre todo, reconocidos autores e instituciones, con relación a las posibilidades de intervención en salud que realmente poseen las Ciencias de la Salud, concretamente, el Trabajo Social.

Desde Hipócrates, hace ya más de 2000 años, pasando por Paulo Freire, Natalio Kisnerman, la OMS y la Carta de Ottawa hasta la plasmación de esta necesidad en las políticas sanitarias de los distintos países, ha pasado ya bastante tiempo y se ha justificado esa necesidad y esa pertinencia de forma evidente e inequívoca.

¿Qué hay realmente de todo esto en la actual política sanitaria? ¿En qué medida se han nutrido los gestores sanitarios de estas premisas?.

- Los términos Salud y Enfermedad siguen siendo considerados desde el punto de vista biológico y los esfuerzos se centran en combatir la enfermedad.
- La incorporación de las Ciencias Sociales al ámbito de la atención sanitaria y al de las intervenciones en salud (promoción, prevención, educación, etc.) ha sido, en realidad, simbólica, y los actuales profesionales que la representan por su perfil profesional, los Trabajadores Sociales, son una "especie a extinguir".

- La atención integral de la salud en Andalucía es un auténtico fraude, presente, tan sólo, en las campañas políticas de “escaparate” y en la normativa vigente que las suelen acompañar, y que es sistemáticamente ignorada o tergiversada.
- La aportación de las Ciencias Sociales a las intervenciones en salud y a la asistencia sanitaria específica supone la garantía de una verdadera atención integral de la salud, al basarse la misma en un diagnóstico integral de la misma.
- El actual modelo de intervención desprecia estas aportaciones y a estos profesionales, minimizando sus competencias y funciones y basando su estrategia de intervención, exclusivamente, en las aportaciones de médicos y enfermeros.
- La figura profesional del Trabajador Social, adscrita funcionalmente ahora a los Distritos Sanitarios, en vez de a los Equipos Básicos de Atención Primaria, como la normativa exige, posee un potencial de intervención incuestionable dada su formación académica y profesional, que está absolutamente menospreciada.
- El uso de las capacidades inherentes a las Ciencias Sociales es necesario para conseguir el empoderamiento de la población, a todos los niveles, y para contar con la gente es preciso tener una visión amplia, multifactorial y transcultural, que nos deje ver más allá de nuestro propio contexto cultural y profesional.
- Para facilitar la verdadera incorporación del Trabajo Social a las intervenciones en salud, es preciso, tal y como siempre señala mi compañera Juana Pérez Villar, “*demostrar el valor añadido de nuestra intervención*”, lo que se logra produciendo bibliografía, leyendo autores, elaborando informes, colaborando con las instituciones sociales (colegios, sindicatos, asociaciones, administración...), imaginando, innovando, pensando. trabajando.

- Se hace preciso, por último, delimitar muy claramente las competencias profesionales de, al menos en Andalucía, los Trabajadores Sociales y de la "Enfermera Coordinadora de Cuidados Domiciliarios", a fin de evitar, no ya el solapamiento de funciones o la duplicidad de las mismas, sino, lo que ya es más grave, el intrusismo profesional. Las valoraciones e intervenciones sociales son competencia exclusiva de los Trabajadores Sociales, pues bastante tienen ya las enfermeras con sus propias funciones y competencias, que deberán restringirse al ámbito de los cuidados de enfermería. Ambos profesionales, acompañados de médicos, matronas, fisioterapeutas, auxiliares, farmacéuticos, veterinarios, técnicos de rayos... tienen cabida en tareas de promoción, prevención y educación para la salud. No sobra nadie, y nadie debe ser excluido.

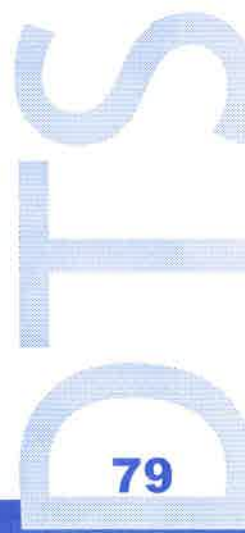
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- AA. VV. "Salud y Sociedad." *Revista Anthropos*, 118/119, 1993.
- AA. VV. "Sociedades, pueblos y culturas." *Aula abierta Salvat*, 1981.
- AA. VV. *Revista de la Asociación de Trabajo Social y Salud*, 2001.
- BARTOLI, P. "Antropología en la Educación Sanitaria". *Revista de la Asociación de Trabajo Social y Salud*, 2002.
- BESADA AGRA, L. y ODRIOZOLA GÜEMEZ, P. "La atención primaria. La visión de los Trabajadores Sociales". *Revista JANO*, Nº 1058.
- COMELLES, J.A. "Antropología y enfermedades crónicas". *Revista JANO*, Nº 821, 1988.
- COMELLES, J.A. y SERRA PARIS. "La antropología de la medicina en España". *Revista JANO*, Nº 717, 1986.
- GARCÍA GARCÍA, J.L. "Enfermedad y Cultura". *Revista JANO*, Nº 643, 1985.
- GREENE, W. H. y SIMONS-MORTON B. G. *Educación para la salud*. Interamericana, 1988.
- KISNERMAN, N. *Salud Pública y Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas, 1987.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. "Etnografía y Educación para la salud". *Revista de la Asociación de Trabajo Social y Salud*, 2001.
- KOTTAK, C.P. *Cuando no se da prioridad a la gente*. México: M. Cernea, 1985.
- POLAINO LORENTE, A. *Educación para la salud*. Barcelona:

Herder, 1987.

- SALLERAS SANMARTÍ, L. *Educación Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1985.
- SARRIÁ SANTAMARÍA, A. *Promoción de la salud en la comunidad*. UNED, 2001.
- SERRANO GONZÁLEZ, M^a I. *La educación para la salud en el siglo XXI. Comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
- "Tendencias actuales en educación sanitaria". *Quadern caps*, Barcelona, 1987.
- UPHOF, N. *Adaptando los proyectos la gente*. México: M. Cernea, 1985.

Trabajadores Sociales
e implicación
Socio-Política.



Sólo es cuestión de plantearnos nuestra profesión: el **Trabajo Social**, disciplina encargada de lograr el bienestar social, está en profundo contacto con las situaciones de injusticia y pobreza. Además, puede aportar mucho y tener un papel importante en las decisiones y propuestas de organización de una sociedad, es decir, el campo de la política. **La Política** es una vía por la cual se pueden llevar a cabo iniciativas con gran incidencia social. Ésta tiene como objetivo, por ejemplo, el bien común, la proposición y aplicación de leyes, entre otros.

Aunque son conceptos distintos, a lo mejor hacen dudar; ¿no quiere la política hacer las cosas del mejor modo posible para alcanzar el bienestar de sus ciudadanos? ¿Cuál es la finalidad del trabajador social? ¿Acaso no es el bienestar social? Por lo tanto; ¿Tiene que ser el trabajador social, en el ejercicio de sus funciones, un profesional apolítico? O por el contrario, ¿Ha de mantener una coherencia ideológica en el desempeño de sus funciones? ¿Cuál es el papel y la implicación que tienen los trabajadores sociales, en el ámbito profesional, en cuestiones políticas? ¿Han de ejercer simplemente un papel pasivo o, por el contrario, activo anteponiendo su criterio ético-ideológico a las ideologías gobernantes? ¿Qué funciones están llevando a cabo?

Por todo ello, observando la realidad, me encuentro con que el nivel de participación, tanto en partidos políticos y sindicatos como en el propio colegio de profesionales, no es no bajo, sino bajísimo. Me encuentro además que las funciones que más se realizan son: gestión y organización de recursos, atención directa asistencial y después la atención directa educativa promocional. Por el contrario, las tareas menos realizadas son la pericial, la dirección de centros, la investigación, la planificación y la atención directa preventiva.

Dichas conclusiones me dejan un poco sorprendida. Confío en el cambio, mas sé que es una tarea difícil y costosa. Si ya de por sí es costosa, lo será más, todavía, si no hay implicación y no tenemos capacidad de decisión a grandes niveles y, por supuesto, si realizamos más funciones de carácter asistencial y de gestión de recursos que si son de programación, planificación y dirección.

Es la propia necesidad de mejorar y alcanzar el bienestar y la justicia lo que lleva a plantearnos a todos los trabajadores sociales la necesidad de implicarnos y ganar más terreno en nuestro campo. Y como en una ocasión me dijo mi profesora Margarita Alonso: "los resultados del estudio son una imagen de nosotros mismos, que al igual que la que podemos obtener en un espejo, puede gustarnos o no, pero seguro que nos hará reflexionar para después seguir como estamos o modificar nuestro papel como auténticos "agentes de cambio".

sí es como veo las cosas. No sé lo que opinarán ustedes ni de quien será cuestión el hacer del Trabajo Social una profesión con mayor protagonismo en la vida social y organización, en la política y en las decisiones que luego a todos nos afectan. Será cuestión o de introducirnos más en el campo de la política, o de hacer más presión desde los colegios o, de lo contrario, potenciar más en las escuelas universitarias, además de en los aspectos técnico y teórico-práctico, el sentido de la implicación y programación.

Raquel Lagunas Carretero.
Trabajadora Social

sumario

1. PRESENTACIÓN:

La reflexión que os voy a presentar a continuación surge a raíz de un trabajo fin de carrera que realicé titulado "El Trabajador Social y su implicación en la política". Dicho estudio lo apliqué a los trabajadores sociales, ejerciendo como tal, de la ciudad de León, puesto que allí realicé mis estudios.

El objetivo de mi estudio era conocer la implicación de los trabajadores sociales en la política, así como en asociaciones, colegio de profesionales, sindicatos u organizaciones empresariales. Esta motivación surge a raíz de valorar en la profesión de los trabajadores sociales la implicación en puestos desde los que se puedan promover más proyectos e iniciativas en lo social, puesto que los trabajadores sociales estamos en continuo contacto con desigualdades, injusticias y problemas, como para poder aportar más que el mero hacer lo que nos imponen desde arriba, con eso creo que no basta.

2. DATOS ESTADÍSTICOS.

El trabajo empírico consistió en la aplicación de un cuestionario de 51 preguntas a los trabajadores sociales de la ciudad de León ejerciendo la profesión. El universo en el período marzo-mayo del año 2001 lo formaban 115 personas, de los cuales solo 9 eran varones. De los 115 profesionales, respondieron al cuestionario 82 personas. Por lo que este estudio se ha realizado con un error muestral de $\pm 2'96$ por ciento (porque: error muestral es igual a la raíz cuadrada de $(p.q/n).(N-n/N-1)$; $E = \text{raíz cuadrada de } (50.50/82).(115-82/115-1) = \pm 2'96$. Donde n: muestra; N: universo; p: porcentaje de la muestra 50 por ciento; q: porcentaje de la muestra: 50 por ciento)

En cuanto a la representatividad de los resultados de la investigación, responde al 71'3 por ciento, puesto que de 115 profesionales respondieron 82.

ANEXO 1: TABLAS

3. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

En principio, hay que decir que el Trabajo Social es una carrera que se elige por tener vocación y actitudes para ejercerla y por el servicio que hace para la sociedad. En su mayoría, son mujeres quienes ejercen la profesión. En cuanto a la titularidad de las entidades donde realizan sus funciones, pública o privada, hay una compensación entre ambas y los sistemas para los que trabajan son en su mayoría servicios sociales (un 21'8 por ciento servicios sociales básicos y un 39'02 por ciento servicios sociales específicos), y los menos, en el sistema penitenciario y en el sistema educativo. Es un colectivo que a lo largo de su trabajo profesional se mantiene informado y formado de una manera autodidacta.

Las funciones que más realizan son de atención directa asistencial y educativa-promocional, así como la gestión y organización de recursos. Por contra, las funciones que menos realizan son la función directiva, investigadora y planificadora. Estos profesionales creen que pueden contribuir a la sociedad proporcionando calidad de vida y bienestar, formación y justicia social para sus ciudadanos.

Al realizar sus funciones, los fines que personalmente persiguen son contribuir al desarrollo social de las personas y solucionarles los problemas. También buscan su autorrealización.

El hecho de conocer más la realidad y hacer nuevos proyectos hace que su motivación laboral aumente; sin embargo, la rutina, el ver que la profesión está estancada; observar que hay cierta limitación legal y que la realidad dista de la utopía, y lo deseado hace que su motivación disminuya. A los trabajadores sociales les gusta el trabajo que realizan, pero no les importaría cambiar funciones, colectivos, pues les gustaría conocer cosas nuevas, desarrollar su creatividad. Factores que a su vez influ-

yen en la satisfacción laboral. Estos piensan que su trabajo podría mejorar en medios y recursos, coordinación y trabajo en grupo, organización y planificación.

Los profesionales que están colegiados lo hacen para defender sus derechos y por los servicios que presta el colegio. Quienes no están colegiados dicen ser porque el colegio no funciona.

Destacan que lo que les diferencia a los nuevos trabajadores sociales que se van incorporando es la motivación alta inicial y el tener más conocimientos.

Piensan que el Trabajo Social es una profesión que lo que aporta a la sociedad y al individuo es una promoción de recursos para dar respuesta a sus necesidades y un desarrollo social para las personas. También añaden, aunque de forma minoritaria, que aporta un análisis de la realidad y el poder planificar para cambiar estructuras.

En la actualidad, los trabajadores sociales destacan como problemas existentes: el paro y desempleo, la injusticia social, el individualismo y egoísmo, falta de valores y dependencias psicofísicas. Valoran que los problemas que más le importan al gobierno actual son los económicos, el paro, el terrorismo, y el poder.

Los profesionales de Trabajo Social creen que quienes tienen que solucionar dichos problemas somos todos. Al gobierno le otorgan una función importante, a través de sus políticas y mediante la administración, mas piensan que las leyes sociales no se cumplen porque faltan recursos para ello y son muy teóricas y generales. Además creen que el Trabajo Social no gana importancia en las Políticas Sociales.

Estos profesionales destacan que es función del estado procurar el bienestar social que se obtienen con políticas activas,

pero no quitan importancia a los propios ciudadanos, ya sea individualmente o auto organizándose. De hecho, creen que, para que se dé una buena integración social, es necesaria una relación recíproca entre la sociedad y el individuo.

En cuanto a los posibles modelos de bienestar social que se pueden aplicar, el colectivo de y trabajadores sociales de León opta en un 35'32 por ciento por un modelo de política socialista. Como identifica Questiaux: "la intervención del Estado es un factor indispensable en la vida social para la resolución de los problemas".

El modelo liberal-equilibrio es apoyado por el 7'32 por ciento. Galbraith, como uno de sus representantes, no cuestiona los principios del capitalismo, pero sí valora que hay que ser más eficaces a través de una disminución del gasto social y seleccionar mejor las prioridades a través de una política de equilibrio y selectiva. Por ello la política social debe ser selectiva y subsidiaria.

Los trabajadores sociales leoneses defienden un modelo liberal reaccionario, un 3'66 por ciento. Es decir, que ven que la política social tiene la opción meritocrática, a cada uno según sus necesidades y méritos propios.

Un mismo porcentaje de estos profesionales defiende un modelo alternativo que, como comentaba en el capítulo 2 de la primera parte, es un modelo poco cristalizado y defendido por autores con diversas ideologías aunque con características comunes. Lo que pretende este modelo es distanciar al Estado en la posibilidad de resolver las necesidades sociales. Cree en la posibilidad de autorresolución y autoorganización de los ciudadanos.

También observamos a profesionales que asocian diferentes posibilidades, así, un 7'32 por ciento se decanta por un modelo que mezcla las políticas y al propio individuo, es decir, el modelo socialista y el modelo liberal reaccionario.

Es un colectivo que vota en las elecciones y cuya tendencia socio-política es más de izquierdas que de derechas.

Es un colectivo que se considera de ideología socialista lo cual supone que un 42'68 por ciento confía en la capacidad de la creatividad humana, potencia la sociabilidad de los hombres, fundamenta su teoría en la noción de igualdad, combate contra el "statu quo", y rechaza todo esquema dogmático de pensamiento. Este colectivo piensa que la justicia debe basarse en la necesidad de los seres humanos y en una igualdad básica, concepto íntimamente relacionado con la distribución de bienes y riquezas, y que una distribución justa debe ser aquella que es desigual tratando desigualmente las situaciones que son desiguales. Asignándole al Estado la responsabilidad de una justa distribución de la riqueza. El mayor objetivo de las políticas socialistas es lograr la mayor igualdad social. También se da la tendencia hacia la derecha, aunque sea más bajo. Esto significa que un 15'85 por ciento se puede relacionar con personas que defienden los privilegios e intereses personales y de grupo. Las características que se relacionan con una ideología de derechas son su carácter antirrevolucionario, pesimismo antropológico, elitismo, antiigualitarismo y una práctica social reformista eventual. En definitiva, una visión restringida de la vida social.

En cuanto al 20'73 por ciento que se sitúa en una situación intermedia, hay comentar que según Guerra "todas las derechas se auto definen de centro en una operación de maquillaje ideológico". No obstante, no está de más tener en cuenta que esto no deja de ser una opinión, pues también hay quienes piensan que situarse en una situación intermedia supone aceptar de la izquierda el compromiso social y de la derecha la política económica. Lo cierto es que sería interesante confirmar estas tendencias para lo cual sería necesario otro estudio complementario, ya que muchas veces una persona se decanta por una opción pero puede ser que una misma palabra denote en diversas interpretaciones.

La participación pasiva (directa o indirecta) en la política es abrumadora con respecto a la activa. Setenta y cuatro personas votaron en las últimas elecciones a los tres niveles, nacional, regional y local. Solo hay cuatro personas que no lo hicieron.

La participación del colectivo en partidos políticos es bajísima, sólo un 8'54 por ciento participa o ha participado. El 90'04 por ciento no lo hace. En sindicatos, la participación asciende a un 12'2 por ciento. Están colegiados un 67'07 por ciento. Nadie forma ni ha formado parte de ninguna organización empresarial y forman parte en asociaciones un 47'56 por ciento.

Especificando la existencia de cargos en las mencionadas vías de participación dentro de una Democracia Representativa, es necesario destacar que, actualmente, en partidos políticos sólo hay una persona, lo cual supone un 1'22 por ciento de la totalidad, que tiene un cargo que se corresponde con "Concejal" y otra persona lo tuvo pero lo ha abandonado.

En sindicatos, actualmente, tres personas, es decir un 3'65 por ciento tienen cargos que coinciden ser "Delegados Sindicales".

La representación de cargos en el Colegio Profesional en mayo del 2001 es de un 2'44 por ciento de la totalidad y dichos cargos son "Vocales" y "Vocal y Secretario". Un 8'5 por ciento tuvo algún cargo, pero ya lo han abandonado siendo los motivos el acabar los plazos y otros personales.

En asociaciones, al igual que en Sindicatos, actualmente, hay un 3'65 por ciento que tiene cargos, y de ellos, el 2'44 por ciento corresponde a "Tesorero" y un 1'22 por ciento a "Vocal". Existe un 6'01 por ciento que tuvo cargos pero actualmente lo han abandonado, por motivos personales, o ser demasiada responsabilidad y sentir que sólo participan unos pocos.

Se puede concluir que en la totalidad de los encuestados, tienen o han tenido algún cargo el 23'12 por ciento de los profesionales, pero actualmente tiene cargos un 10'96 por ciento y son de Concejal, Delegados Sindicales, Vocales, Secretarios y Tesoreros.

4. REFLEXIÓN ANTE LA PROFESIÓN.

Las conclusiones obtenidas me llevan a pensar que la elección de estos estudios conlleva cierto compromiso social y tener actitudes y vocación para tratar con las personas.

Se puede decir que el colectivo se interesa por seguir formado y optan por la información autodidacta.

Me llama la atención el hecho de que la mayoría de los profesionales desempeñe funciones más bien asistenciales y prestacionales que de planificación, educativas, preventivas... que son las que tienden más a lo que es el cambio, algo íntimamente relacionado con la profesión de Trabajo Social ¿Indica esto, como dicen algunos, que una cosa es la teoría y otra la práctica, la utopía y la realidad? ¿No será que el colectivo o la profesión están estancados y esto que les lleva a la desmotivación laboral?

Por lo tanto, constato que las funciones que predominan van poco relacionadas con el cambio o el Trabajo Social, y por el contrario más relacionadas con la conformidad o asistencia social.

Sí me resulta ilustrativo el hecho de que un 12'75 por ciento de los profesionales no responde a la pregunta de "¿cómo contribuye a la sociedad con su profesión?". Me hace pensar que les puede costar reflexionar.

Puesto que los fines que persiguen con su trabajo van relacionado con mejorar las situaciones de las personas. Se puede

decir que es un colectivo solidario, sensibilizado y generoso, aunque también lo hacen para realizarse personalmente, lo cual considero un aspecto que llena en el ámbito personal y que hace crecer a las personas. Los fines anteriores implican que la profesión se relaciona con el asistencialismo y el conformismo, pues es un porcentaje más bajo el que piensa que el Trabajo Social contribuye a la Justicia y reivindicación de la misma.

Veo que a estos profesionales les gusta lo dinámico, lo nuevo, porque para quienes disminuye su motivación se debe a que ven la profesión estancada, con falta de revolución, limitada legalmente, y como una realidad que difiere mucho de la utopía. Sin embargo, para quienes aumenta su motivación se debe a la novedad, y para quienes no aumenta se debe a la rutina, falta de dinamismo, iniciativa... En un principio, vemos que aceptan y prefieren el dinamismo, que es algo que puede favorecer al colectivo. Esto también se ve reflejado en cuanto a que señalan que de cambiar de trabajo, si lo tuvieran que hacer, continuarían como Trabajadores Sociales pero con otros colectivos distintos u otros campos de intervención.

Partiendo de que todo puede ser mejorable, los aspectos que señalan, se pueden considerar de gran importancia para lo que es el desarrollo de la profesión como son la planificación, medios, recursos, coordinación y trabajo en equipo. Observo que estos posibles factores de mejora podrían contribuir al dinamismo de la profesión, los cambios... que es lo que motiva a los profesionales.

Es llamativo el hecho de que quienes están colegiados lo hacen para defender unos derechos y mejorar el colectivo. Pero quienes no lo están se debe a que el colegio no funciona, entonces veo que algo falla.

Puesto que sé de los nuevos trabajadores sociales su motivación alta inicial y su formación, solamente apunto espero que

esa formación sirva de algo, que acompañada de la motivación del principio contribuya a llevar a cabo las iniciativas, y si a raíz de este estudio se tienen en cuenta los posibles aspectos de mejora, pues que se haga una buena planificación, coordinación, organización y mejora en medios y recursos.

Estos profesionales recalcan que el Trabajo Social contribuye al desarrollo social de las personas y a darles respuestas a sus necesidades promoviendo para ello los recursos necesarios. De nuevo percibo cierto asistencialismo y, por el contrario, poca valoración de cambio y tomar cartas en asuntos de organización.

Este es un colectivo activo desde lo pasivo. Quiero decir que en cuanto a participación en las elecciones la gran mayoría vota, sino toda.

Se puede decir que un 42'86 por ciento ve fundamental la función del gobierno a través de sus políticas para la resolución de los problemas. Y, ¿cuáles son los problemas que más le importan al gobierno? Mientras que, por un lado, los Trabajadores Sociales consideran la injusticia social, el paro, individualismo-egoísmo, falta de valores y dependencias psicofísicas, por otro, creen que al gobierno los que más le importan son los económicos, el paro, el terrorismo, y el poder ¿Se corresponde bajo el punto de vista de los encuestados? También hubiera sido interesante saber cuáles son los problemas que creen más le conciernen a sus conciudadanos, puesto que el porcentaje más alto opina que es responsabilidad de todos el hecho de solucionar los problemas existentes en la realidad.

Es función del gobierno con sus políticas procurar bienestar social, pero el Trabajo Social no tiene importancia en sus políticas sociales. Las leyes sociales no se cumplen, los problemas que perciben los trabajadores sociales son distintos a las que importan al gobierno, excepto en lo que al paro respecta. Esto

hace ver qué problemas sociales están desatendidos. ¿Qué hacemos? O las políticas cambian y para ello tenemos que estar implicados en esto íntimamente relacionados y cercanos, cosa que no ocurre, o cambian las propias funciones del Trabajo Social para no hacer sólo asistencialismo que creo no soluciona la injusticia social, faltan de valores, individualismo, dependencias psicofísicas, y autoestima.

Si el colegio no funciona, según un alto porcentaje, será más difícil defender esos derechos y procurar una mejora para la profesión o más protagonismo e importancia en las políticas y prioridades de gobierno. Por lo tanto, nos estamos contradiciendo. Si la función de dirección no se reconoce como crucial, les gusta la novedad y el cambio ¿Por qué no se hace? Tal vez falte iniciativa. Sería interesante que el colegio funcionase puesto que nos podemos encontrar ante una situación de voluntad de cambiar, pero falta iniciativa. Por ello, sería importante motivar a los trabajadores sociales y hacer buenas planificaciones. Pero si estos son aspectos que se pueden mejorar y tienen gran importancia como por ejemplo, la organización, planificación, trabajo en equipo; será esto lo primero que haya que tener en cuenta.

Tengo que señalar que me sorprende bastante el hecho de que la implicación sea tan baja y al mismo tiempo los cargos se hayan abandonado. ¿A qué puede deberse? Mal funcionamiento, como dicen algunos, lo cual remedio tiene, o desinterés real por parte del propio colectivo que no asume cierta responsabilidad ante la mejora, falta de unión del colectivo, pasotismo, conformismo... Mientras que un alto porcentaje está colegiado para defender derechos, ¿Tienen éstos autonomía propia como para velar por ellos mismos? O ¿será necesario una fuerza externa que les haga existir? Otro motivo por el cual están colegiados es por los servicios que presta dicho colegio, claro, actitud pasiva. Mas puedo decir que no sé qué tipo de servicios va

a poder prestar cuando no hay gente implicada. ¿Cómo esperan los trabajadores sociales a los que hemos entrevistado que se incluyan mejoras en sus puestos de trabajo si hay tan pocas funciones de dirección, tan poca participación en el colegio, tan poca implicación en el ámbito político? A no ser, y es algo que no está contemplado en el estudio, que en el lugar donde trabajan haya unos cauces de comunicación sumamente eficaces que permitan un buen funcionamiento o que la persona que tome las decisiones sea sumamente dinámica y flexible.

Decimos que es un colectivo con ideas de izquierdas, lo cual supone aceptar el cambio y confiar en las posibilidades humanas, pero en lo que a participación y toma de decisiones se refiere están muy distantes.

De hecho decir que un 13'41 por ciento no está colegiados porque el Colegio no funciona.

Por lo que podemos concluir que el colectivo de trabajadores sociales de León no tiende a tener cargos donde pueda tomar decisiones que lleguen a cumplirse, sino más bien es pasivo, lo cual no quiere decir que realice mal su trabajo, no tiene que ver una cosa con otra. Simplemente, que es más bien pasivo y receptivo que dinámico, reivindicativo, y luchador, por más que el porcentaje en cuanto a votos, sea alto, aunque se considere de izquierdas... Además algunos trabajadores sociales, cuando les dejaba el cuestionario me expresaban que "tenían que ser apolíticos porque ellos dependían del partido que gobernase entonces se tenían que adecuar para recibir las subvenciones..." Otros decían que "no es cuestión de que sepan tus ideas pues puede ser que te echen del trabajo". ¿Dónde está la dialéctica, la libertad? De hecho, ha sido una pregunta que no se ha aceptado muy bien, siendo un 14'63 por ciento el que no ha respondido. Al final, sólo se va a poder opinar con los que son como tú y si quieres haces una asociación con unos estatutos y si opinas igual participas y si no, pues no.

Los problemas que señalaba, es decir la injusticia social e individualismo, tal vez se vayan superando, realizando buenos trabajos a niveles micro o reducidos, cuando lo interesante sería hacer programas y políticas destinadas a ello con una incidencia social macro y más amplia. Pero vemos que puede resultar bastante difícil, a no ser que quienes toman las decisiones sean personas muy sensibilizadas con lo social y tales problemas. No obstante, según opina el colectivo, los problemas que más le importan al gobierno son la economía, el poder, el paro y el terrorismo.

Pero no voy a ser negativa, y derrotista. Al hablar de las asociaciones, su participación también es importante, pero es más en el ámbito reducido y hay que hacer justicia y leyes para todos. ¿Qué pasa con los que no pueden recibir estas ayudas?

Es por ello que considero que el Trabajo Social debería tomar más importancia en las políticas e incidiera más en la sociedad. Es una pretensión difícil y costosa pues la mentalidad está cambiando y el egoísmo e individualismo es palpable. Creo que hay que frenar estas tendencias para no profundizar en la herida de la injusticia. Y si el colectivo de trabajadores sociales no se mueve, implica, opina, sigue realizando más asistencia social que un trabajo social de planificación y cambio, todo quedará reducido a un sin criterio y desbarajuste social.

BIBLIOGRAFÍA

1. LIBROS:

- AA.VV. "Ensayos Fabianos sobre pensamiento socialista" Ed. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Madrid, 1998.
- AA.VV. "Manual de Sociología" Ed. *Los Autores*, Valladolid, 1998.
- ABELLÁN, Joaquín. *Ideologías y movimientos políticos contemporáneos*. Madrid Ed. Tecnos, 1998.
- ABREU Víctor et al. *Fundamentos de Ciencia Política*. Madrid: Ed. Mc-Grawhill interamericana de España, 1994.
- ANDER-EGG, Ezequiel. *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires: Ed. Ecro S.R.L. e I.L.P.H., 1974.
- BILBENY, Norbert. *Política Sin Estado*. Barcelona: Ed. Ariel, 1998.
- BUCCHEIM, Hans. *Política y Poder*. Madrid: Ed. Alfa, 1985.
- CALERO, Antonio María. *Partidos Políticos y Democracia*. Barcelona: Ed. Salvat Escritores, 1982.
- ECCLESHALL, Robert et al. *Ideologías Políticas*. Madrid: Ed. Tecnos, 1993.
- GONZALEZ CUEVAS, Pedro Carlos. *Historia de las Derechas Españolas, de la Ilustración a nuestros días*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 2000.
- GUERRA, Alfonso. *El Diccionario de la Izquierda*. Madrid: Ed. Planeta, 1998.
- KISNERMAN Natalio y colaboradores. *El Método: Intervención Transformadora*. Buenos Aires: Tomo III de la colección "Teoría y Práctica de Trabajo Social", Ed. Humanitas, 1982.
- MOIX MARTINEZ, M. *El Bienestar Social, ¿mito o realidad?* Madrid: Ed. Almena, 1980.

- RAMÍREZ GIMÉNEZ, Manuel. *La Participación Política*. Madrid: Ed. Tecnos, S.A. 1985, 1ª edición, Reimpresión 1993.
- RED, Natividad de la. *Aproximaciones al Trabajo Social*. Madrid: Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 1993.

2. REVISTAS:

- AA.VV. "Cuadernos de Formación". Ed. Cáritas Española, Madrid, 1990.
- AA.VV. "Política Social y Servicios Sociales". Ed. Marsiega, Madrid, 1985.
- AA.VV. "Nueva Revista". Nº44, Abril-Mayo, 1996.
- AA.VV. "Trabajo Social Hoy" Colegio Oficial de D.T.S y Asistentes Sociales, nº29 Madrid, tercer trimestre de 2002.
- AA.VV. "Servicios Sociales y Política Social". Ed. Colegio Oficial de D.T.S y AA.SS de Madrid, nº 21.

AA.VV. "Documentación Social", Ed. Cáritas Española, nº80 Junio-Septiembre Madrid, 1990.

- AA.VV. "Documentos de Trabajo Social", Ed. Colegio Oficial de Diplomados de Trabajo Social de Málaga, nº16, primer cuatrimestre 1999.

3. OTROS DOCUMENTOS:

- "GRAN LAROUSSE UNVIVERSAL", Ed. Plaza & Janes S.A. Escritores, Vol.VIII, Pag:4646, Barcelona,1989.
- MARTINEZ, Armando.: *La Política Social en una escuela de Trabajo Social*. Material multicopiado.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

SEXO

ITEMS	TOTAL	%
FEMENINO	74	90'24
MASCULINO	7	8'54
NS/NC	1	1'22
TOTAL	82	100

Tabla 1

EDAD

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	7	8'54
DE 20 A 25	5	6'1
DE 26 A 30	11	13'41
DE 31 A 35	21	25'61
DE 36 A 40	14	17'07
DE 41 A 45	9	10'98
DE 46 A 50	9	10'98
DE 51 A 55	3	3'66
DE 55 A 60	3	3'66
TOTAL	82	100

Tabla 2

ESTADO CIVIL

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	1	1'22
CASADO/A	43	52'44
SOLTERO/A	36	43'9
SEPARADO/A	2	2'44
TOTAL	82	100

Tabla 3

TITULARIDAD DE LA ENTIDAD DONDE TRABAJA

ITEMS	TOTAL	%
PUBLICA	41	50
PRIVADA	41	50
TOTAL	82	100

Tabla 4

SISTEMA/ÁREA DE TRABAJO

Tabla 5

ITEMS	TOTAL	%
SS.SS.ESPECIFICIAZADOS	32	39'02
MAYORES	8	9'75
DROGODEPENDENCIA	7	8'53
DISCAPACITADOS	6	7'31
MENORES/INFANCIA	4	4'87
FAMILIA	2	2'43
VARIOS	2	2'44
EXCLUSIÓN SOC.	1	1'22
EXTRANJEROS	1	1'22
LUDOPAT/TRASTO.ALIMENT	1	1'22
SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS	22	26'83
SALUD	9	10'98
DOCENCIA	8	9'75
EDUCACIÓN	6	7'32
SISTEMA JUDICIAL	2	2'44
DOCENCIA Y MAYORES	1	1'22
FAMILIA Y EXCLUSIÓN	1	1'22
DISCAPACIDAD Y EXCLUSIÓN	1	1'22
TOTAL	82	100

¿POR QUÉ ELIGEN ESTA CARRERA?

Tabla 6

NS/NC	2	2,44
SERVICIO A LA SOCIEDAD	50	60,9
VOCACIÓN/ACTITUDES	43	52'4
RECOMENDACIÓN	27	32'9
FORMACIÓN COMO PERSONA	22	26'8
AYUDAR A DESFAVORECIDOS	4	4'8
MULTIPLES SALIDAS DE TRABAJ	3	3'6
NOTA ACADÉMICA	2	2'44
BENEFICIOS ECONOMICOS FUTUR	2	2'44
Nº DE RESPUESTAS	155	
BASE DE LA MUESTRA	82	

ACTIVIDADES DE FORMACION

Tabla 7

ITEMS	TOTAL	%
NO HAN REALIZADO	14	17'07
SI HAN REALIZADO	68	82'93
FORMACIÓN AUTODIDACTA	50	60'9
ASISTENCIA A JORNADAS	41	50
ASISTENCIA A CONGRESOS	21	25'6
CURSOS 40 O MENOS HORAS	19	23'17
MASTER Y/O ESPECIALIZACIÓN	12	14'6
CURSOS MÁS DE 40 HORAS	10	12'2
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	153	
TOTAL	82	100

2. POSICION PROFESIONAL:

FUNCIONES QUE REALIZAN PRINCIPALMENTE

Tabla 8

ITEMS	TOTAL	%
GESTION/ORGANIZ. DE RECURSO	39	47'5
ATENC.DIRECT.ASISTENCIAL	38	46'3
ATENC.DIRECT.EDUCAC-PROMOC	28	34'1
DOCENCIA	13	15'8
ATENC.DIRECT.PREVENTIVA	15	18'3
PLANIFICADORA	10	12'2
INVESTIGACIÓN	9	10'9
PERICIAL	2	2'44
DIRECCIÓN DE CENTROS	1	1'22
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	155	
BASE DE LA MUESTRA	82	

CONTRIBUCION A LA SOCIEDAD COMO PROFESIONAL

Tabla 9

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC		15'8
FORMACION	15	18'3
BIENESTAR/CALIDAD DE VIDA	14	17'07
INTEGRACION SOCIAL	11	13'4
AYUDA Y APOYO	11	13'4
JUSTICIA SOCIAL	10	12'2
PROMOCIÓN DEL CAMBIO/DESA- RROLLO Y PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS	10	12'2
RECURSOS A NECESIDADES	8	9'75
SU TRABAJO	5	6'1
EDUCACIÓN EN VALORES	4	4'8
POTENCIAR RECURSOS PERSONALES	1	1'22
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	102	
BASE DE LA MUESTRA	82	

FINES QUE PERSIGUEN CON SU TRABAJO

Tabla 10

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC		1'22
DESARROLLO SOCIAL DE LAS PERSONAS	59	71'9
REALIZACIÓN PERSONAL	27	32'9
SOLUCIONAR PROBLEMAS DE PERSONAS	24	29'3
VIVIR DE SU TRABAJO	16	19'5
SERVIR A LA SOCIEDAD	15	18'3
AUMENTAR INGRESOS	8	9'75
PROMOCION SOCIAL A NIVEL PERSONAL	2	2'44
REIVINDICAR JUSTICIA	2	2'44
TENER UNA OCUPACIÓN	1	1'22
SENSIBILIZAR	1	1'22
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	156	
BASE DE LA MUESTRA	82	

GRADO DE MOTIVACION LABORAL

Tabla 11

ITEMS	TOTAL	%
NSNC	4	488
HA AUMENTADO POR...	51	622
NSNC	5	61
HACER NUEVOS PROYECTOS	11	134
CONOCER MAS LA REALIDAD	10	122
CREZCO COMO PERSONA GRATIFICA	7	853
CONTACTAR CON PROBLEMAS	6	73
RESULTADOS POSITIVOS	6	73
APORTAR CONOCIMIENTOS	4	48
LES GUSTA	4	48
DIGNIFICA Y HUMANIZA	3	36
ES UN TRABAJO NECESARIO	1	122
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	57	
HA DISMINUIDO PORQUE	18	2195
PROFESION ESTANCADA FALTA REVOLU- CION LIMITACION LEGAL, REALIDAD=UTOPIA	7	85
BUCROCRACIA, PAPELEO	4	48
RUTINA	3	36
OTRAS, NO DEPENDE DE MI, POCO RECONOCIMIENTO	2	244
FALTAN RECURSOS	2	244
HAY FALTA DE ORGANIZACIÓN COORDINACI	1	122
CON EL TIEMPO T VUELVES + VAGO	1	122
NO VER LOS CAMBIOS	1	122
Nº TOTAL DE REPUESTAS	21	

¿PREFIEREN OTRO TRABAJO?

Tabla 12

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	2	2'44
SI:	30	36'59
NS/NC	2	2'44
OTRO COLECTIVO O CAMPO	11	13'4
OTRA PROFESION DISTINTA	6	7'3
DE ATENCION DIRECTA	6	7'3
OTRO COMPLEMENTARIO	4	4'8
NO LE IMPORTARIA	1	1'22
NO	50	60'97
TOTAL	82	100

¿POR QUÉ SI Y POR QUÉ NO CAMBIARÍAN DE TRABAJO? Tabla 13

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	2	2'44
SI CAMBIARIAN:	30	36'59
NS/NC	8	9'75
CONOCER COSAS NUEVAS	6	7'3
CONTACTO CON USUARIOS	4	4'8
RELAJA-HOBBIE	4	4'8
PARA NO VER TANTA INJUSTICIA	2	2'44
PORQUE NO EXIGE IMPLICACIÓN	2	2'44
DESARROLLAR LA CREATIVIDAD	1	1'22
POR EL PAPELEO	1	1'22
POR SENSIBILIDAD	1	1'22
POR DESARROLLO PERSONAL	1	1'22
NO CAMBIARIAN	50	60'97
NS/NC	10	12'2
LES GUSTA LO QUE HACEN	21	25'6
SATISFACCION PERSONAL	13	15'8
POR EL CONTACTO CON PERSONAS	4	4'8
OTRAS	2	2'22
TOTAL	82	100

ASPECTOS QUE SE PODRÍAN MEJORAR EN SU TRABAJO Tabla 14

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	6	7'32
PUEDE MEJORAR EN:	73	89'02
NS/NC	7	8'5
MEDIOS Y RECURSOS	16	19'5
COORDINACIÓN/GRUPO DE TRABAJO	10	12'2
ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACION	10	12'2
FORMACIÓN	7	8'53
INICIATIVA/PROMOCIÓN/MOTIVACIÓN	7	8'53
TODO ES MEJORABLE	6	7'3
EVALUACIÓN	4	4'8
EVITAR LA BUROCRACIA	3	3'65
EFICACIA	2	2'44
RECONOCIMIENTO DE LA PROFESIÓN	2	2'44
REMUNERACION	1	1'22
RELACION Y TRATO IGUALITARIO	1	1'22
Nº DE RESPUESTAS	76	
NO ES NECESARIO QUE MEJORE	3	3'66
TOTAL	82	100

¿ESTÁN COLEGIADOS?

Tabla 15

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	2	2'44
SI	55	67'07
NS/NC	11	13'4
POR LOS SERVICIOS QUE PRESTA	13	15'8
PARA DEFENDER DERECHOS MEJORAR LA PROFESION	13	15'8
ES UN DEBER PROFESIONAL	9	10'9
PARA ESTAR CON COLEGAS	6	7'3
SOLIDARIDAD PROFESIONAL	4	4'8
PERO SIRVE DE POCO	2	2'44
PARA PARTICIPAR	1	1'22
ES IMPORTANTE	1	1'22
Nº DE RESPUESTAS	60	
NO	25	30'49
NS/NC	2	2'44
EL COLEGIO NO FUNCIONA	11	13'4
POR DESINTERES/DEJADEZ	4	4'8
POR SUS ALTAS CUOTAS DE PAGO	3	3'65
NO LO VEN NECESARIO	3	3'65
OTRAS	2	2'44
TOTAL	82	100

¿CÓMO VEN A LOS NUEVOS TRABAJADORES SOCIALES? Tabla 16

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	11	13'41
NO HAN CAMBIADO	37	45'12
HAN CAMBIADO POR	33	40'24
NS/NC	2	2'44
MOTIVACION ALTA AL PRINCIPIO	16	19'5
MÁS CONOCIMIENTO	12	14'6
MENOS IMPLICADOS/APATICOS	7	8'5
FALTA DE RIGIDEZ	2	2'44
FALTA DE EXPERIENCIA	2	2'44
MENOS PATERNALISTAS	2	2'44
PRECARIEDAD LABORAL	1	1'22
MÁS INICIATIVA	1	1'22
MÁS TECNOCRATAS, MENOS VOCACIÓN	1	1'22
Nº DE RESPUESTAS	46	
ES CUESTION DE PERSONAS	1	1'22
TOTAL	82	100

¿ QUÉ APORTA LA PROFESIÓN A LA SOCIEDAD Y AL INDIVIDUO? Tabla 17

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	11	13'4
DESARROLLO SOCIAL DE LAS PERSONAS	19	23'1
PROMOVER/ACERCAR RECURSOS/DAR RESPUESTA A NECESIDADES	18	21'9
UN REFERENTE POSITIVO: ESCUCHA/APOYO/ORIEN TACIÓN/DENUNICA	15	18'3
HUMANIZACIÓN Y DIGNIFICACIÓN	12	14'6
CALIDAD DE VIDA	12	14'6
ANALISIS DE LA REALIDAD	11	13'6
PLANIFICAR Y CAMBIAR ESTRUCTURAS	11	13'6
CONCIENCIACIÓN SOCIAL	2	2'44
POCO, NO ESTAMOS RECONOCIDOS	2	2'44
ACTUALMENTE NADA	2	2'44
SEGUN MOTIVACIÓN PESONAL	1	1'22
HACER EL TRABAJO SUCIO	1	1'22
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	118	
BASE DE LA MUESTRA	82	

3. SOCIEDAD ACTUAL:

OPINION RESPECTO INDIVIDUO Y SOCIEDAD.

Tabla 18

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	2	2'44
DEBE HABER UNA INTERACCION RECIPROCA ENTRE AMBOS.	53	64'63
ES LA SOCIEDAD QUIEN DEBE ADAPATARSE AL INDIVIDUO	18	21'85
ES EL INDIVIDUO QUIEN DEBE ADAPTARSE A LA SOCIEDAD	5	6'1
DESEADO SERIA LA INTERACCION, LA REALIDAD QUE EL INDIVIDUO SE TIENE QUE ADAPTAR A LA SOCIEDAD	2	2'44
SOCIEDAD ADAPTARSE A IND. E INTERACCIÓN	1	1'22
IND. ADAPATARSE A SOCIEDAD E INTERACCIÓN	1	1'22
TOTAL	82	100

¿ADQUIERE IMPORTANCIA EL TRABAJO SOCIAL EN LAS
POLÍTICAS SOCIALES?

Tabla 19

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	5	6'1
SI	36	43'9
NS/NC	9	10'9
AUMENTAN PLANES, PROGRAMAS	11	13'4
PORQUE HAY + CONCIENCIACION	7	8'53
PERO MÍNIMAMENTE	5	6'09
PARA COSEGUIR VOTOS, ES RENTABLE	3	3'65
PORQUE SE NECESITA MEJORAR	1	1'22
NO	41	50
TOTAL	82	100

¿CREEN QUE EL TRABAJO SOCIAL TIENE O NO TIENE
IMPORTANCIA EN LAS POLÍTICAS SOCIALES?

Tabla 20

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	5	6'1
NO	41	50
SI	36	43'9
TOTAL	82	100

¿POR QUÉ VEN QUE EL TRABAJO SOCIAL
ADQUIERE IMPORTANCIA?

Tabla 21

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	9	25
AUMENTAN PLANES, PROGRAMAS	11	30'5
HAY MAS CONCIENCIACIÓN	7	19'4
MINIMAMENTE	5	13'8
PARA CONSEGUIR VOTOS, ES RENTABLE	3	8'3
ES NECESARIO MEJORAR	1	2'7
TOTAL	36	100

PROBLEMAS QUE DETECTAN EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Tabla 22

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	7	8'5
PARO/DESEMPLEO	24	29'2
INJUSTICIA SOCIAL	19	23'1
INDIVIDUALISMO/EGOÍSMO	19	23'1
FALTA DE VALORES	17	20'7
DEPENDENCIAS PSICOFÍSICAS	15	18'3
POCA SENSIBILIZACIÓN/PARTICIPACIÓN	13	15'8
TERRORISMO	11	13'4
PROBLEMAS en el ámbito de PERSONAS, falta de autoestima, afecto, entendimiento identidad, libertad, ocio, creatividad, falta de perspectivas, insatisfacción, superficialidad...	10	12'2
INMIGRACION	8	9'7
CONSUMISMO	7	8'5
ESCASED DE RECURSOS	6	7'3
SOLEDAD	4	4'8
TENDENCIAS ANTIPROGRESISTAS	3	3'6
MEZQUINIDAD, MISERIA	2	2'44
AUMENTO DE PERSONAS MAYORES	1	1'22
GLOBALIZACION	1	1'22
CERRAZON	1	1'22
NACIONALISMO, FASCISMO	1	1'22
SUBSISTENCIA	1	1'22
PROTECION	1	1'22
VIVIENDA	1	1'22
NIÑOS INADAPTADOS	1	1'22
ENFERMEDADES SOCIALES	1	1'22
FAMILIA DESESTRUCTURADAS	1	1'22
JUVENTUD	1	1'22
SANIDAD	1	1'22
COLECTIVOS DESFAVORECIDOS	1	1'22
CAMBIOS SOCIALES	1	1'22
BAJA TASA DE NATALIDAD	1	1'22
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	180	
BASE DE LA MUESTRA	82	

¿QUIÉN CREEN QUE TIENE QUE SOLUCIONARLOS?

Tabla 23

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	8	9'7
TODOS	32	39'02
EL GOBIERNO/POLÍTICAS/ADMON	18	21'9
GOBIERNO TOMA DECISIONES Y CIUDADANOS CUMPLEN	11	13'4
SOCIEDAD MAS IMPLICADA POR CAUCES DE PARTICIPACIÓN, JUNTO CON GOBIERNO	7	8'5
PADRES Y EDUCADORES	6	7'3
QUIEN LOS OCASIONA	2	2'44
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	84	
BASE DE LA MUESTRA	82	

¿QUÉ PROBLEMAS CREEN QUE LE IMPORTAN MAS AL GOBIERNO ACTUAL?

Tabla 24

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	13	15'85
ECONOMÍA	36	43'9
TERRORISMO	25	30'48
PARO	19	23'17
PODER	16	19'51
GRUPOS MAS DESFAVORECIDOS	8	9'75
EUROPA/UNIDAD DE ESPAÑA	4	4'87
PRIVATIZACION	2	2'44
ALARMAS SOCIALES	1	1'22
TODOS	1	1'22
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	125	
BASE DE LA MUESTRA	82	

CREEN QUE LA FUNCIÓN DEL ESTADO ES:

Tabla 25

NS/NC	6	7'32
PROCURAR EL BIENESTAR	61	74'39
CONTROLAR LA INFLACIÓN Y ECONOMIA	12	14'63
INTERVENIR CUANTO MENOS MEJOR	2	2'44
1ºCONTROLAR INFLACC. 2ºBIENEST. SOC.	1	1'22
TOTAL	82	100

¿QUIÉN HA DE PROCURAR EL BIENESTAR?

Tabla 26

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	6	7'32
POLITICAS	29	35'37
POLITICA Y PROPIO INDIVIDUO	9	10'98
CIUDADANOS AUTOORGANIZADOS.DISTANCIAR AL ESTADO	6	10'98
INSTITUCIONES FUNDAMENTALES, SUBSIDIARIA	6	7'32
POL.-INST FUNDAM SUBSIDIARIAMENTE	6	7'32
TODOS	4	4'88
AUTOORGANIZACION CIUDADANA-INSTITUCIONES FUNDAMENTALES	4	4'88
PROPIO INDIVIDUO	3	3'66
INDIVIDUO-CAPACIDAD DE AUTOORGANIZACION	2	2'44
POLITICA Y AUTOORGANIZACION CIUDADANA	1	1'22
POL. IND Y AUTOORGANIZACIÓN	1	1'22
PROPIO INDIVIDUO-INSTITUCIONES FUNDAMENTAL	1	1'22
POL-AUTOORGANIZAC-INSTITUCIONES FUNDAMENT.	1	1'22
TOTAL	82	100

¿CREEN QUE SE CUMPLEN LAS LEYES SOCIALES?

Tabla 27

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	11	13'41
SÍ	25	30'49
NO	39	47'56
NS/NC PORQUE	3	3'65
HAY FALTA DE RECURSOS	15	18'3
HAY FALTA DE INTERÉS Y CONCIENCIACIÓN	9	10'9
SON MUY TEÓRICAS Y GENERALES	6	7'31
NO SE COLABORA CON LOS AGENTES SOCIALES	4	4'87
SE ESTÁ SECTORIZANDO	2	2'24
LA SOCIEDAD ESTA EN CONTRA DEL BIENESTAR	1	1'22
Nº DE RESPUESTAS	40	
A VECES, NO SIEMPRE	7	
TOTAL	82	100

4. PARTICIPACION POLITICA:

PARTICIPACIÓN ELECTORAL EN LAS ÚLTIMAS ELECCIONES

Tabla 28

ITEMS	TOTAL	%
En el ámbito NACIONAL, AUTONÓMICO, LOCAL	74	90'24
NO VOTÓ	4	4'88
En el ámbito NACIONAL Y LOCAL	2	2'44
En el ámbito NACIONAL	1	1'22
A NIVEL AUTONÓMICO Y LOCAL	1	1'22
TOTAL	82	100

TENDENCIAS SOCIOPOLÍTICAS

Tabla 29

IZQ. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 DER

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	14	17'07
1	7	8'54
2	5	6'1
3	13	15'85
4	10	12'2
5	17	20'73
6	7	8'54
7	3	3'66
8	2	2'44
9	1	1'22
NO ACEPTAN TÉRMINOS	2	2'44
NO TIENE INCLINACIÓN	1	1'22
TOTAL	82	100

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	14	17'07
DE (izq.)1 A 4	35	42'68
5	17	20'73
DE 6 A 9(der.)	13	15'85
NO ACEPTAN TÉRMINOS	2	2'43
NO TIENE INCLINACIÓN	1	1'21
TOTAL	82	100

PARTICIPACIÓN EN PARTIDOS POLÍTICOS

Tabla 30

ITEMS	TOTAL	%
SÍ	7	8'53
NO	74	90'24
LO TIENEN EN MENTE	1	1'21
TOTAL	82	100

¿QUÉ CARGO QUE TIENEN O TENÍAN?

Tabla 31

ITEMS	TOTAL	%
CONCEJAL	1	14'28
SECRETARÍA DE LA MUJER	1	14'28
MILITANTE ACTIVO	1	14'28
MILITANTE	1	14'28
AFILIADA	1	14'28
AFILIADA DE BASE	1	14'28
NINGUNO	1	14'28
TOTAL	7	100

¿HAN ABANDONADO EL PARTIDO?

Tabla 32

ITEM	TOTAL	%
SI	4	57'12
NO	3	42'85
TOTAL	7	100

MOTIVOS DE ABANDONO

Tabla 33

ITEMS	TOTAL	%
MOTIVOS PERSONALES	1	25
TODO ES MENTIRA, SOLO HAY INTERESES PERSONALES	1	25
NO ESTAR DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS QUE APLICA	1	25
NO PAGAR CUOTAS	1	25
TOTAL	4	100

¿POR QUÉ FORMAN O FORMARON PARTE DE UN PARTIDO?

Tabla 34

ITEMS	TOTAL	%	%
NS/NC	3	42'85	3'65
CONVICCIÓN	2	28'57	2'43
ESTRENAR DEMOCRACIA	1	1'22	1'22
OBLIGACIÓN	1	1'22	1'22
TOTAL	7	100	8'53

PARTICIPACIÓN EN SINDICATOS

Tabla 35

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	6	7'31
SI	10	12'19
NO	64	78'04
LO TIENEN EN MENTE	2	2'43
TOTAL	82	100

¿QUÉ CARGO OCUPAN U OCUPABAN?

Tabla 36

ITEMS	TOTAL	%	%
NS/NC	3	30	3'65
DELEGADO SINDICAL	3	30	3'65
NINGUNO	3	30	3'65
AFILIADO DE BASE	1	10	1'22
TOTAL	10	100	12'19

¿HAN ABANDONADO EL SINDICATO?

Tabla 37

ITEM	TOTAL	%
SI	3	30
NO	7	70
TOTAL	10	100

MOTIVOS DE ABANDONO

Tabla 38

ITEMS	TOTAL	%
NO VER SENTIDO	2	66'66
TODO ES UN MAMONEO	1	33'33
TOTAL	3	100

¿POR QUÉ FORMAN O FORMARON PARTE DEL SINDICATO?

Tabla 39

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	1	10
POR DEFENDER INTERESES	3	30
POR IDEOLOGÍA	2	20
VELAR POR DERECHOS	1	10
ESTAR DEFENDIDO	1	10
INTERES PERSONAL	1	10
SOLIDARIDAD DE CLASE	1	10
TOTAL	10	100

¿SE IMPLICAN O SE HAN IMPLICADO ALGUNA VEZ EN

COLEGIOS U ORGANIZACIONES PROFESIONALES? Tabla 40

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	5	6'09
NO	67	81'7
SI	9	10'97
LO TIENE EN MENTE	1	1'21
TOTAL	82	100

¿ QUÉ CARGO OCUPAN U OCUPABAN?

Tabla 41

ITEMS	TOTAL	%	%
VOCAL	4	44'44	4'87
SECRETARIA	1	11'11	1'22
VOCAL, JUNTA DIRECTIVA	1	11'11	1'22
PRESIDENTA	2	22'22	2'44
VOCALÍA Y SECRETARIA	1	11'11	1'22
TOTAL	9	100	10'97

¿HAN ABANDONADO EL COLEGIO?

Tabla 42

ITEM	TOTAL	%
NO	7	70
SI	3	30
TOTAL	10	100

MOTIVOS DE ABANDONO

Tabla 43

ITEMS	TOTAL	%
AGOTAR PERIODOS	4	57'14
MOTIVOS PERSONALES	1	14'2
SENTIR QUE PARTICIPAN UNOS POCOS	1	14'2
CAMBIO EN LA JUNTA	1	14'2
TOTAL	7	100

MOTIVO DE PARTICIPACIÓN

Tabla 44

ITEMS	TOTAL	%	%
NS/NC	1	11'11	1'22
FAVORECER LA PROFESIÓN	1	11'11	1'22
RESPONSABILIDAD DE PARTICIPAR	2	22'22	2'44
DESARROLLO DEL COLECTIVO	2	22'22	2'44
SOLIDARIDAD	1	11'11	1'22
NOMBRAMIENTO	1	11'11	1'22
PROPUESTA DE COMPANEROS	1	11'11	1'22
TOTAL	9	100	10'97

¿PARTICIPAN O HAN PARTICIPADO ALGUNA VEZ EN ORGANIZACIONES EMPRESARIALES?

Tabla 45

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	10	12'19
SI	0	0
NO	72	87'80
LO TIENE EN MENTE	0	0
TOTAL	82	100

¿PARTICIPAN O HAN PARTICIPADO ALGUNA VEZ EN ASOCIACIONES U ONG,s? Tabla 46

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	6	7'31
SI	39	47'56
NO	35	42'68
LO TIENE EN MENTE	2	2'43
TOTAL	82	100

¿QUE CARGO OCUPAN U OCUPABAN? Tabla 47

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	4	10'25
PRESIDENTA	2	5'12
SECRETARIO	2	5'12
TESORERA	2	5'12
VOCAL	1	2'56
PRESIDENTA Y VOCAL	1	2'56
SIN CARGOS	27	69'23
TOTAL	39	100

¿HAN ABANDONADO LA ASOCIACIÓN U O.N.G,s? Tabla 48

ITEM	TOTAL	%
NS/NC	2	5'1
NO	23	58'9
SI	14	35'8
TOTAL	39	100

MOTIVOS DE ABANDONO

Tabla 49

ITEMS	TOTAL	%
MOTIVOS PERSONALES	9	64'2
MUCHA RESPONSABILIDAD	1	7'1
IMPEDIMENTOS EN SU TRABAJO	1	7'1
FALTA DE TIEMPO	1	7'1
SOLO PARTICIPAN UNOS POCOS	1	7'1
POR LA EDAD	1	7'1
ENTRA NUEVA GENTE	1	7'1
HAY PROFESIONALES PARA ESOS TRABAJOS	1	7'1
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	16	
TOTAL	14	

MOTIVO DE PARTICIPACION

Tabla 50

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	8	20'5
PARA MEJORAR	7	17'9
SOLIDARIDAD	8	20'5
PORQUE ES DONDE TRABJO	4	10'2
ES INTERESANTE	4	10'2
MOTIVACION PERSONAL	4	10'2
CRECIMIENTO PERSONAL	1	2'5
PARA PARTICIPAR ACTIVAMENTE	1	2'5
PARA DAR PROPUESTAS A LA ADMINISTRACIÓN	1	2'5
POR CREER EN ELLO	2	5'1
TOTAL	39	100

FINALIDAD DE LAS ASOCIACIONES/ONG EN LAS QUE FORMAN PARTE Tabla 51

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	5	12'8
ASISTENCIAL	17	43'5
REIVINDICATIVA	10	25'6
DE DENUNCIA	8	20'5
DESARROLLO DE PAISES POBRES	2	5'12
EDUCACION	2	5'12
DOCENCIA	2	5'12
SENSIBILIZACIÓN	1	2'5
CIENTÍFICA	1	2'5
VOLUNTARIADO	1	2'5
CULTURAL	1	2'5
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	54	
TOTAL	39	

COLECTIVO/PROBLEMATICA QUE ATIENDEN Tabla 52

ITEMS	TOTAL	%
NS/NC	4	10'2
MARGINADOS	15	38'4
ENFERMEDADES	7	17'9
COMUNIDAD	3	7'6
JUVENTUD	3	7'6
DISCAPACIDAD PSIQUICA	1	2'5
ADICCIONES	1	2'5
LUDOPATIA	1	2'5
TRASTORNO ALIMENTARIO	1	2'5
EDUCACION	1	2'5
COOPERACION PARA EL DESARROLLO	1	2'5
DROGODEPENDENCIAS	1	2'5
IGUALDAD DE GÉNEROS	2	5
Nº TOTAL DE RESPUESTAS	41	
TOTAL	39	

El Trabajo Social en el
ámbito de la formación
profesional no reglada.

Una propuesta
metodológica y didáctica.

El presente artículo analiza el papel del Trabajo social en las experiencias de formación profesional no reglada como son las Casas de Oficios y Talleres de Empleo.

En la actualidad, estos proyectos están respondiendo a la especialización en profesiones demandadas en los últimos años como es el caso de los servicios sociosanitarios y, concretamente "la atención domiciliaria e institucional a personas que presentan cierto grado de dependencia para el desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria".

Es en este ámbito donde el Trabajo Social comienza a tener relevancia ejerciendo un rol sumamente importante en sus planes de formación.

En cuanto a la función de Dirección y Coordinación, el Trabajo social trata de articular las distintas áreas de formación para que los contenidos estén íntimamente relacionados y puedan aportar al grupo de jóvenes unos conocimientos básicos en cuanto a la especialidad formativa.

Es la función de Formación la que quizás ofrezca más dudas por su reciente aplicación. En las distintas experiencias analizadas, normalmente el marco contextual se encuentra aún muy difuso y vagamente definido, puesto que el representar un área de trabajo relativamente novedosa, no cuenta con una clara definición de la profesión.

El artículo propone contenidos básicos a impartir durante el periodo de formación del proyecto (normalmente 1 año), y sugiere una propuesta metodológica y didáctica para trabajar los mismos.

Antonia Guadalupe Vega Lezcano
Trabajadora Social

1.- INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la formación ocupacional dirigida a personas sin cualificación profesional está adquiriendo especial relevancia. El cada vez más competitivo mundo laboral y las altas tasas de paro, exigen ofrecer nuevas vías de inserción laboral a estos colectivos.

Agotada la vía de la enseñanza reglada, encontramos un gran número de jóvenes que, ante el fracaso de la misma, están expuestos a la precariedad del mercado laboral por carecer de una mínima especialización. Por ello, es por lo que se vienen planteando desde hace algunos años otras vías de formación encaminadas a alcanzar una cualificación.

Así es como surgen los proyectos formativos denominados: Casas de Oficios, Escuelas Talleres y Talleres de Empleo, cofinanciados por el INEM y el Fondo Social Europeo y promovidos normalmente por las Entidades Locales.

En un principio, la gran mayoría de estas ofertas de formación se caracterizaban por formar a los jóvenes en profesiones relacionadas exclusivamente con el sector primario y servicios.

En la actualidad, estos proyectos están respondiendo a nuevas especialidades, estando más en consonancia con otro tipo de necesidades surgidas por los cambios demográficos y sociológicos dados en los últimos años. Es el caso de las especialidades de tipo socio-sanitarias.

Concretamente, y por la especial relevancia que tiene para el Trabajo Social, centraremos este artículo en la familia profesional de "Servicios a la Comunidad" y en la especialidad concreta de "Ayuda a Domicilio" que se desarrolla a través de Casas de Oficios y/o Talleres de Empleo.

La Casa de Oficio o Taller de Empleo es un proyecto de formación profesional no reglada que tiene una duración de 1 año, dividido en dos fases de una duración de 6 meses cada una. La primera con contenidos eminentemente teóricos y la segunda mayoritariamente práctica.

Durante este periodo se tiene que impartir tanto la formación teórica como la práctica, esta es "la formación profesional ocupacional compaginada con el trabajo en el servicio real en la especialidad concreta", con el objetivo de "dotar al grupo de alumnos-trabajadores de una formación integral y personalizada".

Este proyecto formativo va dirigido a jóvenes desempleados en edades comprendidas entre 16 y 24 años con escasa formación académica y sin cualificación profesional y que perciben una remuneración económica o beca durante el periodo de ejecución del proyecto.

Según datos de la Sección de Escuelas Talleres y Casas de Oficios en el ámbito nacional, se han desarrollado en distintas entidades locales de nuestro país un total de 28 proyectos de estas características durante el año 2001 y hasta el primer trimestre de 2002, estando representado el Trabajo Social en todos ellos*. (***Fuente INEM**).

Proyectos como Casa de Oficios / Talleres de Empleo de Atención Geriátrica y Salud Mental, de Ayuda a Domicilio, de Ayuda a Domicilio para Discapacitados, de Ayuda a Domicilio a la Tercera Edad, de Intervención con Mayores... en cuyo ámbito el Trabajo Social ejerce una función sumamente importante en los planes de formación en oficios como:

- Auxiliar de Enfermería en Geriatria y Salud Mental.
- Auxiliar de Servicios a la Comunidad.
- Auxiliar de Ayuda a Domicilio.

Teniendo en cuenta que la diversidad de denominaciones ofrecidas en los distintos proyectos para esta especialidad es fruto de las distintas posibilidades que ofrecen los Certificados de Profesionalidad, utilizaremos el término de especialidad socio-sanitaria en este artículo.

El término "socio-sanitario" sin duda, está más acorde con la "la atención domiciliaria e institucional a personas que presentan cierto grado de dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria", que es en definitiva, la especialización que se intenta lograr con esta familia profesional.

En algunos de estos proyectos el Trabajo Social ocupa un área de Formación y en otros, además de ésta, desempeña tareas de Coordinación y Dirección.

Analizaremos, en un principio, la función de Coordinación y Dirección, por ser la más común dentro del ámbito de actuación del Trabajo Social, y en segundo lugar, dedicaremos especial atención al área de Formación por ser la más novedosa en el ámbito metodológico:

2.- FUNCIÓN DE COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN

La función de Dirección y Coordinación, básicamente, se caracteriza porque trata de articular las distintas áreas de formación, que normalmente está representada por disciplinas como la Psicología, Enfermería, el propio Trabajo Social y el área básica de Educación Compensatoria.

La interrelación de las distintas áreas de formación debe partir de la elaboración y organización del Plan General de Actuación y de las fases de desarrollo del proyecto.

Esta función debe integrar dichas disciplinas para que los contenidos estén íntimamente relacionados y puedan aportar al grupo de alumnos unos conocimientos específicos en cuanto a la especialidad formativa y los servicios a desarrollar.

Partiendo del Plan General de Actuación se ha de realizar el seguimiento de su evolución y desarrollo, introduciendo las actuaciones correctoras y modificaciones necesarias, siendo básico realizar cortes evaluativos durante toda la ejecución del proyecto.

La dirección del personal tanto docente como de apoyo debe prestar especial atención a la consecución de los objetivos propuestos.

A través de la Dirección y la Coordinación se ha de fomentar, divulgar, difundir e integrar el proyecto en el contexto comunitario y supramunicipal, a través de las actuaciones necesarias como visitas a Centros de Atención Socio-sanitaria y la participación en jornadas, encuentros e intercambios de experiencias con proyectos de formación similares.

Asimismo, es imprescindible la Coordinación de la actuación con la entidad promotora y con el INEM proporcionando a éste la información y acciones necesarias para el seguimiento de las actuaciones y la evaluación cuantitativa y cualitativa de los resultados de las mismas.

Por último, y quizás la más importante con respecto al objetivo final del proyecto, cabe mencionar la gestión y promoción de las actuaciones necesarias con instituciones para conseguir la inserción laboral de los alumnos a la finalización de la formación.

Se puede concretar la función de Dirección y Coordinación en:

- Elaboración y organización del Plan General de Actuación articulando las distintas disciplinas.
- Seguimiento de la evolución y desarrollo del Plan de Formación con su consecuente evaluación.
- Dirección del personal docente y de apoyo.

- Fomento, divulgación, difusión e integración social del proyecto.
- Realizar las actuaciones necesarias con instituciones en vías de conseguir la inserción laboral de los alumnos.
- Coordinación de la actuación con la entidad promotora y con el INEM.

3.- FUNCIÓN DE FORMACIÓN

Es la función de Formación la que quizás ofrece más dudas por su reciente aplicación. En las distintas experiencias analizadas, normalmente el marco contextual se encuentra muy difuso y vagamente definido. Esto es debido a que al representar un área de trabajo relativamente novedosa, no cuenta con una clara definición y ha respondido más a la improvisación de los profesionales del Trabajo Social que a una planificación coherente y acorde a la realidad.

El Trabajo Social tiene que aportar a estas experiencias su sólida base epistemológica pero parece claro que la propia indefinición de su función da lugar, por un lado, a que los contenidos formativos impartidos sean bastante heterogéneos, existiendo tan sólo unos pocos criterios comunes en los que apoyarse; y por otro, y quizás el más importante, es que dicha indefinición de la profesión en la formación profesional pone en riesgo el que la aportación del Trabajo Social se pierda en su desempeño por la carencia de una base sólida.

Estos proyectos se fundamentan en los Certificados de Profesionalidad que el INEM ha homologado para poder impartir dichos contenidos. Una simple ojeada a estos certificados, nos demuestran como no están muy próximos a la realidad de la especialidad reseñada. Tan solo son válidos como una guía inicial a partir de la cual poder definir el plan a desarrollar en un año de formación.

Esta es una breve reseña de los módulos correspondientes a la familia profesional de la especialidad estudiada, ofrecidos por el Certificado de Profesionalidad*:

- **Módulos:**

1. Planificación, desarrollo y seguimiento de casos asistenciales.
2. Nutrición, dietética y alimentación.
3. Higiene y seguridad personal.
4. Limpieza y cuidados del hogar.
5. Prevención y atención socio-sanitaria.
6. Recursos sociales e integración social.
7. Técnicas y soportes de gestión y administración básica

* Fuente Real Decreto 331/1997 de 7/3/97

El contenido de cada uno de estos módulos debe formar parte del Plan de Formación. A modo de referencia, detengámonos en el módulo 1 y 6 para conocer cuáles son algunos de los contenidos que se proponen desde el área de Trabajo Social: (al final de este artículo figura un anexo con todos los módulos).

Módulo 1. Planificación, desarrollo y seguimiento de casos asistenciales

- Aplicar la filosofía de los programas de ayuda a domicilio. Especificar las características propias de las diferentes tipologías con las que van a trabajar.
- Desarrollar una guía de programas reales de ayuda a domicilio básica y complementaria.
- Manejar correctamente documentos y soportes elementales de seguimiento de casos.
- Manejar diferentes técnicas que ayuden a mejorar la atención y la organización personal del auxiliar de ayuda a domicilio
- Aplicar diferentes técnicas de comunicación, atención y dinámica de grupos que faciliten el conocimiento y las relaciones interpersonales.
- Utilizar técnicas de planificación, elaboración de informes y cumplimentación de documentos, según normas establecidas.
- Realizar la atención directa y telefónica a través de casos prácticos.

Contenidos teórico-prácticos:

- Definición de la ayuda a domicilio y su filosofía. Ayuda a domicilio básica y complementaria.
- El asistido de los programas

Módulo 6. Recursos sociales e integración social

- Especificar actividades cotidianas que faciliten a los asistidos su integración en el medio social, según los casos.
- Decidir qué factores pueden proporcionar un clima afectivo y de seguridad.
- Identificar necesidades reales de comunicación, diálogo y compañía.
- Realizar tablas de actividades psicomotrices, registrándolas en una guía-modelo para futuras actuaciones.
- Acompañar y ayudar al usuario en la realización de compras, visitas médicas y otros desplazamientos necesarios, observando normas de seguridad.
- Colaborar eficazmente en el desarrollo de las relaciones interpersonales, sociales y familiares.
- Realizar una guía de recursos sociales de la localidad según planteamientos de interés o necesidad.
- Desarrollar un listado general de intereses y necesidades de los asistidos de un programa de ayuda a domicilio.
- Realizar un análisis de la realidad sobre casos prácticos existentes para adecuar el desarrollo de la guía de recursos.
- Realizar un análisis de las técnicas y recursos disponibles en

de ayuda a domicilio. Características físico-biológicas, psicológicas, económicas y sociológicas. Necesidades y pautas de actuación según las características del destinatario.

- La figura del auxiliar: tareas y funciones. Relaciones con el destinatario, familia y entorno social.
- La ética profesional. Cualidades y capacidades.
- Tipos de comunicación y conceptos. La atención telefónica directa y elaboración de informes.
- El equipo de trabajo. Componentes.
- El trabajo en equipo. Relación con otros servicios.
- Relaciones humanas.
- Definir las pautas de actuación según los casos: discapacidades físicas, psíquicas, tercera edad y justificar las características psicológicas del destinatario.
- Elaborar una guía de recursos sociales.
- Identificar, ante una relación de discapacidades, aquéllas en las que la ayuda a domicilio sea más necesaria.
- Aplicar técnicas de comunicación: atención y dinámica de grupos.
- Elaborar y cumplimentar informes y documentos.

la localidad: programas de ayuda a domicilio básica y complementaria; sistema de telealarma y teleasistencia domiciliaria.

- Acompañar y apoyar al asistido en la realización de las actividades.

Contenidos teórico-prácticos:

- Los recursos sociales institucionalizados para: infancia, mujer, discapacitados, tercera edad.
- La asistencia social. El estado de bienestar.
- La integración social. Ocio y tiempo libre. Formación para la incorporación a la vida social.
- Servicio de teleasistencia domiciliaria. Concepto y utilidad.
- El papel del auxiliar de ayuda a domicilio en las actividades de información e integración social.
- Elaborar la guía de recursos.
- Analizar la realidad: fundamentos del desenvolvimiento en los casos.
- Aplicar técnicas de comunicación.
- Realizar prácticas sobre programas de servicios sociales: ayuda a domicilio básica y complementaria, sistemas de telealarma y teleasistencia domiciliaria.

*** Fuente Real Decreto 331/
1997 de 7/3/97**

Durante el periodo de duración del proyecto y en el área de formación, los contenidos a impartir deben ser elaborados por el propio técnico, enfrentándose, por primera vez, a la elaboración y aplicación de instrumentos de trabajo novedosos en nuestra profesión como son las unidades didácticas.

La base contextual de estos contenidos se ha de fundamentar en el amplio marco que nos ofrece el ámbito de los Servicios Sociales de Base, Especializados y los Servicios Sanitarios de Atención Primaria y Especializados, y en lo que en los últimos años se ha configurado como Red de Servicios Socio-sanitarios.

Es evidente que en este marco, encontramos una gran cantidad de contenidos a partir de los cuales el Trabajador Social debe extraer los fundamentales para garantizar una formación que capacite al grupo de alumnos para prestar una atención socio-sanitaria personalizada.

CONTENIDOS TEÓRICOS

Analizados los distintos contextos, los contenidos teóricos básicos a impartir que proponemos se podrían agrupar en los siguientes bloques temáticos:

- Conceptos Sociales Básicos.
- Sistema Público de Servicios Sociales en España. Marco legislativo.
- Sistema Sanitario Español. Marco legislativo.
- Áreas de trabajo y colectivos destinatarios de los servicios de atención socio sanitaria: personas mayores, discapacidad, menores, enfermos mentales, familia.
- Recursos sociales y sanitarios.

- La fusión socio-sanitaria. Recursos: Residencias, Centros de Día, Servicio de Ayuda a Domicilio, Programa de Respiro Familiar, CAMP.
- El rol profesional del auxiliar.
- El trabajo en equipo.
- Técnicas de recogida y sistematización de la información.
- La Terapia Ocupacional.

CONTENIDOS PRÁCTICOS

Teniendo en cuenta que uno de los apartados más importantes de este tipo de proyectos es la práctica del servicio para el cual se está formando al grupo de alumnos, hay que dedicar especial atención a la organización del apartado de prácticas.

Se han de gestionar los recursos necesarios y adecuados para la prestación del servicio. Para una óptima adecuación de este apartado, se ha de tener en cuenta que:

- Hay que valorar los distintos recursos en materia socio-sanitaria de ámbito local, comarcal e insular, según criterios como:
 - El rol ejercido por el personal auxiliar de atención directa.
 - Tipología de usuarios o personas a las que va dirigido el recurso (válidos, asistidos).
 - Carácter de la atención que se les presta: asistencial, preventiva, rehabilitadora.
- Sobre la base de ello se deben seleccionar los recursos más adecuados.
- Posteriormente se han de elaborar los convenios con las entidades pertinentes tanto de gestión pública como privada.

- Y por último, planificar y adecuar el grupo de alumnos a los centros de prácticas.

Dentro de la práctica del servicio, es conveniente que los alumnos apliquen dos técnicas básicas:

- Diario de Campo: esta técnica es destacada porque expone la evolución del propio alumno en el servicio desarrollado.
- Programa individual de atención: con esta técnica los alumnos realizan el seguimiento de una de las personas atendidas en el servicio. Se ha de reflejar las distintas áreas de atención sociopersonal, pudiendo destacar las dificultades encontradas y los logros alcanzados. Esta técnica también les permite realizar propuestas con respecto a un mantenimiento o mejora de la situación sociopersonal de la persona en cuestión, así como evaluar la calidad de la atención prestada.

Dentro de esta fase de prácticas surge la **función de supervisión**. A través de ésta, y desde las distintas áreas de formación, se realizará el seguimiento y la evaluación de la práctica de cada uno de los alumnos. Esta función adquiere una importancia clave puesto que permite evaluar si el alumno cuenta con las habilidades, destrezas y competencias necesarias para desarrollar la especialidad hasta ese momento conocida sólo desde el marco teórico.

Si entendemos que la especialidad estudiada hace referencia a los colectivos geriátricos, colectivos de discapacitados psíquicos profundos y plurideficentes, colectivos de enfermos mentales con alto grado de deterioro y, en definitiva, a aquellas personas que potencialmente tienen limitada su autonomía para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, se hace necesario que la supervisión sea una constante durante la ejecución de la fase práctica.

Esta supervisión continuada debe ofrecer al grupo de alumnos cierta seguridad, al menos en los comienzos de esta fase, repercutiéndoles de forma positiva en el desempeño de su rol de auxiliar.

Desde el Trabajo Social, se han de complementar los contenidos teóricos de todas las áreas de formación, para aplicarlos en esta fase de prácticas. Dicha complementariedad debe garantizar una base estable para que el grupo de alumnos adquiera una formación básica de cara a la prestación de servicios socio-sanitarios de atención personal.

4.- PROPUESTA METODOLÓGICA Y DIDÁCTICA

Teniendo en cuenta los requisitos de acceso de los alumnos ante estos proyectos, se hace evidente la heterogeneidad en cuanto en el ámbito académico y edad del grupo a formar.

Esta gran diversidad exige que el desarrollo de estos contenidos deba apoyarse en una metodología dinámica y participativa.

Si además entendemos que estos jóvenes han abandonado la educación reglada por la escasa motivación, nuestro papel debe lograr elevar dicho estímulo más allá del incentivo económico o beca que perciben durante la ejecución del proyecto. Es así, como la amplia gama de contenidos a aportar por el Trabajo Social debe apoyarse en:

- Una interacción continua con cada uno de los alumnos.
- Plantear los temas a tratar desde el propio conocimiento que el grupo tenga sobre la realidad social más cercana.
- Adentrarlos en el conocimiento del contexto sociosanitario desde la observación consciente y directa.
- Adecuar las aportaciones teóricas a dicha experiencia previa.

- Despertar el interés y la motivación, logrando analizar situaciones de necesidad que generan a corto, medio y largo plazo, situaciones de dependencia.
- Transformar la visión única y parcelada que se tiene de que la atención socio-sanitaria es exclusivamente una atención asistencial.

El Trabajo Social debe promover la apertura de este colectivo ante su propia realidad social, capacitándoles para identificar que, en su contexto y realidad más cercana, se dan numerosas situaciones que requieren de apoyos externos.

Desde esta propuesta de trabajo, los aspectos pedagógicos generales a trabajar deben partir de la propia perspectiva de cada uno de los alumnos, de su saber, su cotidianidad, y su aportación ante los diferentes modos de percibir su realidad social y la valoración que de ésta hacen.

Se trata, en definitiva, de ofrecer un marco teórico, pero no por ello menos pragmático, que pueda tener su aplicación en el ámbito social en el que este grupo de jóvenes ha crecido.

Ese es el mayor logro de nuestra profesión en estas experiencias de formación: que los alumnos puedan explorar las experiencias pasadas y las experiencias presentes, partiendo de un nuevo análisis que nace desde el momento en el que el Trabajo Social les abre y les permite adentrarse en un conocimiento consciente de su entorno más inmediato.

Es el Trabajo Social una disciplina que capacita y descubre nuevas competencias personales, pero siempre desde una base consciente y apoyada en lo que al fin y al cabo permitirá identificar a estos alumnos la motivación ante la especialidad escogida.

ASPECTOS Y CONCEPTOS BÁSICOS A TRABAJAR

• **El Rol Profesional**

El primer aspecto que hay que acotar es el ámbito de actuación profesional para el cual se va a formar al grupo, aspecto éste fundamental tanto para el alumnado como para el propio equipo técnico.

El rol profesional a desarrollar queda definido como: "el auxiliar que ofrece una atención socio-sanitaria a personas que presentan una situación de dependencia o falta de autonomía, requiriendo apoyo total o parcial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria en un contexto residencial o domiciliario".

• **Visión Asistencial del Rol del Auxiliar**

El rol que, normalmente, caracteriza a los auxiliares de atención directa, deja entrever una tarea de carácter mayoritariamente asistencial. Este perfil profesional, a trabajar, se ha de combinar con funciones tan fundamentales como la educativa y preventiva y que, lejos de eliminar la función asistencial, sí intenta dotarlo de un carácter más psicosocial.

• **El Concepto de Derecho**

A un grupo de jóvenes que se enfrenta por primera vez a una formación de estas características, les resulta una tarea ardua el identificar que la necesidad de atención socio-sanitaria es un derecho que, como tantos otros ya alcanzados desde hace décadas, tiene su fundamento en el surgimiento del Estado de Bienestar.

Y más aún en el momento presente, en el que las políticas sociales están siendo sustituidas por las políticas neoliberales. Si el Trabajo Social ha tenido su fundamento a través del desarrollo de las primeras, la situación actual evidencia una limitación, en cuanto a posibles respuestas ante situaciones carenciales y un cada vez más fragmentado tejido social.

Este análisis conducirá directamente a entablar una relación entre la realidad social actual y la contradicción con los principios básicos que han caracterizado la atención sociopersonal desde el contexto de intervención del Trabajo Social.

Trabajando con detenimiento este aspecto evitaremos, en gran medida, que la atención a ofrecer por estos futuros auxiliares se cargue de connotaciones paternalistas y exclusivamente asistencialistas.

TÉCNICAS A UTILIZAR

- Una de las técnicas que mejor se ajustan a este proceso de formación es el análisis y comprensión de textos y resolución de supuestos prácticos con referencias claras a problemáticas sociales actuales, situaciones carenciales en el ámbito general, a la organización del Sistema Público de Protección Social. Esta actividad permitirá al grupo de alumnos un análisis de la realidad, un debate grupal y su posterior reflexión crítica.

Si a ésta añadimos la discusión sobre qué respuestas y recursos pueden abordar este tipo de situaciones, facilitará a su vez que estos alumnos, con gran disparidad de niveles académicos, puedan entender el conglomerado y variopinto sistema de recursos socio-sanitarios actual.

- No cabe duda que los trabajos grupales y las dinámicas de grupo se convierten en instrumentos de trabajo esenciales para propuestas formativas de estas características.
- Otra propuesta didáctica interesante es realizar video-forum con películas que tratan temáticas sociales realizadas por directores comprometidos y críticos ante planteamientos neoliberales. A través de estas películas, el grupo de alumnos realizará un ejercicio real de concienciación social.

5.- ANEXO

Módulos ofrecidos por el CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD según el Real Decreto 331/1997 DE 7/3/97

Módulo 1. Planificación, desarrollo y seguimiento de casos asistenciales

1.1 Aplicar la filosofía de los programas de ayuda a domicilio.

1.1.1 Especificar las características propias de las diferentes tipologías con las que van a trabajar.

1.1.2 Desarrollar una guía de programas reales de ayuda a domicilio básica y complementaria.

1.1.3 Manejar correctamente documentos y soportes elementales de seguimiento de casos.

1.2 Manejar diferentes técnicas que ayuden a mejorar la atención y la organización personal del auxiliar de ayuda a domicilio.

1.2.1 Aplicar diferentes técnicas de comunicación, atención y dinámica de grupos que faciliten el conocimiento y las relaciones interpersonales.

1.2.2 Utilizar técnicas de planificación, elaboración de informes y cumplimentación de documentos, según normas establecidas.

1.2.3 Realizar la atención directa y telefónica a través de casos prácticos.

Contenidos teórico-prácticos:

Definición de la ayuda a domicilio y su filosofía. Ayuda a domicilio básica y complementaria.

Módulo 2. Nutrición, dietética y alimentación

2.1 Realizar correctamente una planificación de menús adaptados a las características de los casos y al suministro apropiado a estos. 2.1.1 Listar adecuadamente productos de suministro para la realización de un menú semanal.

2.1.2 Presupuestar un menú observando normas de economía doméstica.

2.1.3 Elaborar menús siguiendo prescripciones facultativas, nutritivas y dietéticas.

2.2 Realizar previsiones periódicas de consumo para mantener la despensa abastecida, según programación y acondicionada con arreglo a la normativa vigente. 2.2.1 Programar la adquisición de alimentos según las necesidades de consumo y posibilidad de almacenaje.

2.2.2 Seleccionar productos según baremo precio-calidad.

2.2.3 Validar productos según etiquetado, envasado, presentación y estado de conservación.

2.2.4 Organizar los productos en los lugares destinados para ello, según condiciones de conservación.

2.3 Preparar y cocinar alimentos de acuerdo a los menús planificados.

2.3.1 Cumplir las medidas higiénicas elementales para la manipulación, elaboración y conservación de

El asistido de los programas de ayuda a domicilio. Características físico-biológicas, psicológicas, económicas y sociológicas. Necesidades y pautas de actuación, según las características del destinatario.

La figura del auxiliar: tareas y funciones. Relaciones con el destinatario, familia y entorno social.

La ética profesional. Cualidades y capacidades.

Tipos de comunicación y conceptos. La atención telefónica directa y elaboración de informes.

El equipo de trabajo. Componentes.

El trabajo en equipo. Relación con otros servicios.

Relaciones humanas.

Definir las pautas de actuación según los casos: discapacidades físicas, psíquicas, tercera edad y justificar las características psicológicas del destinatario.

Elaborar una guía de recursos sociales.

Identificar, ante una relación de discapacidades, aquéllas en las que la ayuda a domicilio sea más necesaria.

Aplicar técnicas de comunicación: atención y dinámica de grupos.

Elaborar y cumplimentar informes y documentos.

alimentos.

2.3.2 Demostrar el manejo de técnicas y recursos materiales más adecuados en la preparación y elaboración de alimentos.

2.3.3 Cocinar menús de dietas específicas según patologías.

2.4 Aprender sistemas y usos de instrumentos para asistir en la ingestión de alimentos, según las necesidades físicas, psíquicas y sociales de los casos. 2.4.1 Identificar las normas básicas de aseo personal, higiene de instalaciones y manipulación de alimentos.

2.4.2 Practicar diferentes usos de instrumentos y sistemas que pueden intervenir en la administración de alimentos.

2.4.3 Elaborar diversas formas de presentación de alimentos.

2.4.4 Utilizar las medidas de seguridad necesarias para impedir la aspiración en la toma de alimentos.

Contenidos teórico-prácticos:

Alimentación y nutrición:

Alimentación: concepto, errores, mitos. Clasificación de los alimentos.

Digestión: conceptos, fases, requerimientos de una buena digestión. Calorías. Equivalencias calóricas y proteicas.

Nutrientes: principios inmediatos: fuentes, necesidades, valor calórico, funciones.

Dietética: concepto. Concepto de dieta y menús. Diferencias. Tipos de dietas. Dieta equilibrada: en la tercera edad, en enfermedades más frecuentes.

La compra de alimentos: relación precio-calidad. Productos estacionales. Estado de conservación en los lugares de venta.

Manipulación, tratamiento y conservación de alimentos:

Técnicas de conservación de alimentos en casa: conservación en frigorífico. Conservación en congelador. Conservación a temperatura ambiente.

Manipulación de alimentos: medidas y normas higiénicas a seguir. Preparación y cocinado de los alimentos.

Elaboración de menús según patologías.

Conservación de los alimentos cocinados. Toxiinfecciones alimentarias. Su prevención.

Etiquetado de productos alimenticios.

Funcionamiento y manejo de electrodomésticos y útiles de cocina.

Principales deficiencias físicas y psíquicas de los asistidos y adaptación de técnicas para la ingesta de alimentos.

Elaborar planes alimentarios.

Organizar espacios de almacenamiento de alimentos y productos.

Manipular alimentos.

Manejar electrodomésticos y útiles domésticos.

Programar menús de diferentes patologías.

Elaborar y cocinar alimentos.

Aplicar técnicas básicas para la ingestación de alimentos.

Presentar alimentos de forma apetecible.

Módulo 3. Higiene y seguridad personal

3.1 Adquirir los productos necesarios para el aseo personal y cuidado e higiene de la ropa y el calzado. 3.1.1 Listar los diferentes tipos de productos utilizados en cada labor.

3.1.2 Verificar necesidades de aprovisionamiento en casos reales.

3.1.3 Realizar un presupuesto real de compra de productos.

3.1.4 Ordenar productos según tipología y usos.

3.2 Llevar a cabo la higiene y conservación de ropa y calzado.

3.2.1 Interpretar el plan de trabajo de limpieza y conservación de ropa y calzado.

3.2.2 Identificar los tejidos más apropiados de uso personal.

3.2.3 Clasificar y ordenar adecuadamente ropas de uso personal y del hogar.

3.2.4 Seleccionar los productos más adecuados para la limpieza y desinfección teniendo en cuenta las características del asistido.

3.2.5 Manejar con precisión y seguridad los instrumentos y aparatos de limpieza y conservación, siguiendo las instrucciones técnicas del fabricante.

3.3 Prestar los cuidados higiénicos necesarios al asistido, concienciándole de la necesidad de mantener hábitos de higiene.

3.3.1 Reconocer el estado físico y de higiene que ofrecen las diferentes partes del cuerpo.

Módulo 4. Limpieza y cuidados del hogar

4.1 Adquirir los productos necesarios para la limpieza y desinfección del hogar, según normativa vigente. 4.1.1 Identificar los diferentes tipos de productos y su aplicación en cada actividad a realizar.

4.1.2 Comprobar las existencias y determinar las necesidades de aprovisionamiento.

4.1.3 Comprar con criterio técnico y económico ajustándose al presupuesto y calidades aconsejables.

4.1.4 Almacenar los productos según su uso y características de conservación y seguridad.

4.2 Limpiar y ordenar todo tipo de elementos y estancias atendiendo a su conservación. 4.2.1 Mantener ventiladas las estancias evitando corrientes de aire.

4.2.2 Hacer camas ocupadas con habilidad, pulcritud y seguridad.

4.2.3 Reconocer el grado de limpieza y estado de conservación de la ropa de cama y mobiliario.

4.2.4 Manejar con desenvoltura, delicadeza y seguridad los electrodomésticos, útiles y productos de limpieza.

4.2.5 Llevar a cabo el proceso de limpieza y desinfección de las estancias, útiles y recipientes, empleando productos en cantidades y condiciones recomendadas facultativamente.

3.3.2 Lavar y peinar el cabello con los productos y medios adecuados a las características del asistido, resaltando su imagen personal.

3.3.3 Afeitar con navaja o máquina eléctrica y aplicar lociones, considerando normas de higiene y seguridad física.

3.3.4 Esterilizar correctamente el material necesario.

3.3.5 Lavar y bañar o duchar al asistido tomando las medidas de seguridad e higiene necesarias.

3.3.6 Vestir, calzar y desvestir apropiadamente a personas con discapacidades, procurando su comodidad y seguridad.

3.3.7 Decidir las diferentes medidas preventivas y de protección de accidentes domésticos.

Contenidos teórico-prácticos:

La intervención directa en los cuidados del asistido por parte del auxiliar de ayuda a domicilio.

Anatomía del cuerpo humano.

Tipos, productos, instrumentos y técnicas de higiene personal. Adquisición de productos y su organización.

El aseo personal: baño, ducha. El baño con encamados. Lavado y cuidado de las diferentes partes del cuerpo. El afeitado.

Limpieza, conservación y tratamiento de ropa y calzado. Su higiene. Métodos para vestirse y desnudarse. Accesorios para vestirse. Selección de la ropa.

La prevención de accidentes domésticos en la realización de cui-

Contenidos teórico-prácticos:

La vivienda. Tipos, distribución, servicios y decoración.

Mobiliario y complementos auxiliares para impedidos.

Técnicas de limpieza y desinfección.

La limpieza del hogar: concepto, productos, habitáculos.

El encamado: técnicas de movilización para su limpieza. Higiene y hechura de la cama.

Economía doméstica.

Normas de seguridad e higiene específicas del hogar.

Aprovisionar y organizar los productos de limpieza.

Manejar electrodomésticos, útiles y productos de limpieza.

Planificar las tareas domésticas.

Hacer camas: con y sin encamados.

Identificar y clasificar la ropa del hogar.

datos higiénicos y aseo del asistido.

Normas de seguridad e higiene generales y específicas en el trato con los asistidos.

Realizar previsiones de productos de limpieza e higiene personales.

Organizar los productos de limpieza e higiene personales.

Elaborar presupuestos de productos de limpieza e higiene personales.

Identificar y clasificar ropa de vestir.

Manejar instrumentos y aparatos para la limpieza, higiene, cuidado, costura, planchado y doblado de ropa.

Aplicar medidas preventivas y de autoprotección del auxiliar y para el usuario.

Realizar prácticas de: lavado, peinado, afeitado, baño, ducha, vestido, calzado, desvestido y arreglo y cuidado general del aspecto físico del asistido.

Módulo 5. Prevención y atención socio-sanitaria

5.1 Resolver situaciones de riesgo en la actividad ordinaria del asistido, sin traumas ni alteraciones. 5.1.1 Trazar croquis de las estancias, señalizando peligros, protección y soluciones a previsibles accidentes.

5.1.2 Especificar diferentes propuestas de reordenación de espacios y medios de uso habitual de los asistidos.

5.2 Cooperar en el mantenimiento físico y psíquico, así como en las tareas de movilidad, con comodidad y seguridad para el asistido. 5.2.1 Comprobar que la movilización o transporte no está contraindicado para el asistido, alentándole a participar y a ayudar en la medida de sus posibilidades.

5.2.2 Proteger cualquier sistema de entubación antes de la movilización.

5.2.3 Mover de forma suave y continua al asistido, evitando la brusquedad y adoptando una postura correcta para mayor eficacia.

5.2.4 Aplicar las técnicas necesarias para la prevención de úlcera de decúbito.

5.2.5 Ayudar en la realización de tablas de ejercicios físicos adecuados para estas personas.

5.2.6 Acompañar al asistido al gimnasio para la realización de ejercicios de rehabilitación, respetando los horarios marcados.

Módulo 6. Recursos sociales e integración social

6.1 Especificar actividades cotidianas que faciliten a los asistidos su integración en el medio social, según los casos. 6.1.1 Decidir qué factores pueden proporcionar un clima afectivo y de seguridad.

6.1.2 Identificar necesidades reales de comunicación, diálogo y compañía.

6.1.3 Realizar tablas de actividades psicomotrices, registrándolas en una guía-modelo para futuras actuaciones.

6.1.4 Acompañar y ayudar al usuario en la realización de compras, visitas médicas y otros desplazamientos necesarios, observando normas de seguridad.

6.1.5 Colaborar eficazmente en el desarrollo de las relaciones interpersonales, sociales y familiares.

6.2 Realizar una guía de recursos sociales de la localidad según planteamientos de interés o necesidad. 6.2.1 Desarrollar un listado general de intereses y necesidades de los asistidos de un programa de ayuda a domicilio.

6.2.2 Realizar un análisis de la realidad sobre casos prácticos existentes para adecuar el desarrollo de la guía de recursos.

6.2.3 Realizar un análisis de las técnicas y recursos disponibles en la localidad: programas de ayuda a domicilio básica y com-

5.2.7 Practicar con soltura y precisión masajes terapéuticos, aplicando con criterio adecuado, productos de uso tópico.

5.2.8 Aplicar la normativa de seguridad en el manejo de sillas de ruedas.

5.2.9 Acompañar al asistido en sus paseos estimulándole y manteniendo con él una conversación amena.

5.2.10 Utilizar los principios básicos de mecánica corporal al levantar y acostar al asistido, previniendo distensiones, fatiga y lesiones.

5.3 Detectar y prevenir los problemas de salud más elementales y comunicarlos. 5.3.1 Determinar con exactitud la frecuencia cardiaca y respiratoria.

5.3.2 Tomar con precisión la tensión arterial y la temperatura, sin alterar el estado de ánimo del asistido.

5.3.3 Establecer sistemas de protección, alerta y socorro.

5.3.4 Comprobar la frecuencia respiratoria y reconocer ritmos patológicos.

5.3.5 Solicitar con presteza y responsabilidad los servicios médicos necesarios.

5.3.6 Notificar con exactitud, discreción y diligencia a los familiares la evolución de salud del asistido.

5.3.7 Practicar con soltura y precisión primeros auxilios.

5.3.8 Informar puntualmente a los responsables del programa

plementaria; sistema de telealarma y teleasistencia domiciliaria.

6.2.4 Acompañar y apoyar al asistido en la realización de las actividades.

Contenidos teórico-prácticos:

Los recursos sociales institucionalizados para: infancia, mujer, discapacitados, tercera edad.

La asistencia social. El estado de bienestar.

La integración social. Ocio y tiempo libre. Formación para la incorporación a la vida social.

Servicio de teleasistencia domiciliaria. Concepto y utilidad.

El papel del auxiliar de ayuda a domicilio en las actividades de información e integración social.

Elaborar la guía de recursos.

Analizar la realidad: fundamentos del desenvolvimiento en los casos.

Aplicar técnicas de comunicación.

Realizar prácticas sobre programas de servicios sociales: ayuda a domicilio básica y complementaria, sistemas de tele alarma y tele asistencia domiciliaria.

de las actividades realizadas y sus resultados.

5.4 Controlar la medicación prescrita con extrema vigilancia.

5.4.1 Comprobar que el medicamento es el adecuado.

5.4.2 Realizar con eficacia la provisión de los medicamentos habitualmente necesitados por el asistido, atendiendo a las condiciones de conservación y fechas de caducidad.

5.4.3 Controlar con responsabilidad la administración e ingestión de medicamentos, respetando el horario y dosis exactas.

Contenidos teórico-prácticos:

La reordenación de espacios en la vivienda según sus tipos y las características del asistido.

El cuerpo humano: fisiología, deficiencias físicas y psíquicas.

Mobilización de enfermos. Normas generales.

La prevención de accidentes: caídas, quemaduras, intoxicaciones, electrocución, atragantamientos, pequeñas heridas.

El socorrismo básico. Nociones de socorrismo instrumental. Actuaciones ante situaciones de emergencia. Respiración artificial. Inmovilización de fracturas.

Técnicas de enfermería básica. Control de signos vitales: temperatura, respiración, tensión arterial, trastornos psicológicos. Sueroterapia. Sondaje

nasogástrico. Incontinencias. Sondaje vesical. Infecciones. Es-

treñimiento. Vendajes y apósitos.

Enfermedades habituales en el anciano.

Conceptos básicos de farmacología: usos habituales de los medicamentos. Normas básicas de administración. Accidentes medicamentosos.

Trazar croquis de estancias con señalización de riesgos y sus protecciones.

Movilizar a los asistidos en diferentes casos: levantarles de la cama, sentarles en una silla. Ayudarles a andar por casa.

Realizar masajes y otras acciones tendentes al mantenimiento físico y psíquico del asistido.

Hacer simulaciones de prevención de accidentes.

Realizar prácticas de socorrismo.

Realizar prácticas de primeros auxilios: respiración artificial, quemaduras, aplicación de torniquetes. Posiciones a adoptar ante una lipotimia, pérdida de conciencia.

Administrar medicamentos.

Gestionar y tramitar la documentación sanitaria.

Módulo 7. Técnicas y soportes de gestión y administración básica

7.1 Contribuir a la realización de los trámites administrativos cumpliendo los requerimientos del asistido y normas legales.

7.1.1 Atender con discreción la correspondencia.

7.1.2 Diligenciar los documentos bancarios y el pago de recibos ajustándose a lo solicitado por el asistido.

7.1.3 Prestar ayuda en la tramitación de asuntos relacionados con otras administraciones.

7.1.4 Clasificar y archivar meticulosamente documentos de uso habitual.

7.2 Gestionar puntualmente con las entidades sanitarias las prestaciones requeridas por el asistido. 7.2.1 Revisar las cartillas y volantes.

7.2.2 Requerir con presteza los servicios médicos necesitados.

7.2.3 Resolver las necesidades de traslado para recibir tratamiento médico.

7.3 Procurar el mantenimiento general de la vivienda según patologías de las edificaciones y sus técnicas de reparación.

7.3.1 Determinar con anticipación averías y posibles riesgos.

7.3.2 Elegir al profesional adecuado según las necesidades.

7.3.3 Verificar con honradez y discreción, presupuestos y facturas.

Contenidos teórico-prácticos:

Documentación administrativa general. Gestiones administrativas básicas: del hogar. Sanitarias. Prestaciones. Tipos. Tramitación.

Mantenimiento y reparación de la vivienda.

Los recursos económicos. Las pensiones y sus tipos.

Economía y gestión doméstica.

Clasificación y archivo de documentación.

Elaborar directorios.

Cumplimentar y diligenciar documentación administrativa básica: del hogar, sanitaria, bancaria, de prestaciones y otras.

