

DTS

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Nº 30 • TERCER CUATRIMESTRE DE 2003

EDITA Y DIRIGE:



Colegio Oficial de Diplomadas
y Diplomados en Trabajo Social y
Asistentes Sociales de Málaga

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL Nº 30

Tercer cuatrimestre de 2003

EDITA Y DIRIGE

Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga

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

Tel. 952 227 160 - Fax 952 227 431

E-mail: colegio.oficial@trabajosocialmalaga.org

VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y DOCUMENTACIÓN

DIRECTORA

Mónica Tabares Arrebola

CONSEJO DE REDACCIÓN

Mª Luz Burgos Varo, Francisco Cosano Rivas,

Paloma Mora Rosado, Carmen Díaz Jiménez,

Mª Luisa Taboada González, Mónica Tabares Arrebola,

Rosa Mª Valero Rodríguez, Mª Carmen Pulido García

y Francisco Jesús Bravo Ruano.

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

SECRETARÍA TÉCNICA

Carmen Navarro Navarro

ASESOR DE PUBLICACIONES

Francisco Guerrero Cuadrado

DISEÑO

Magdalena García y Antonio Pedrajas

**Nuevas Alternativas: Programas de apoyo externo
para ciudadanos con enfermedad mental 5**
PILAR CASTELLANO GALLO, MARGARITA FRAGOSO CARRO
M^o CARMEN MORA GARCÍA DE LOMAS

**Tomando contacto con la mediación familiar en Andalucía
y su demostrada utilidad en conflictos intergeneracionales 47**
SUSANA NEBREDÁ DIAZ-DE ESPADA, ESTHER SANTA MARÍA VIZOSO

Bioética y Trabajo Social. Hacia una propuesta humanizadora 75
MÓNICA ESTHER VARAS

Trabajo Social en Salud: Luces y Sombras 85
MARIANO SÁNCHEZ ROBLES

**El valor de las palabras. Malversación de fondos
semánticos y usos irregulares de la comunicación
oral y escrita en Servicios Sociales 123**
JUAN ANTONIO JIMÉNEZ MARTÍN

Boletín de Suscripción 161

Índice de números publicados 163

índice

En este último número del año, su primer artículo nos acerca a los y las ciudadanos con enfermedad mental. Se evidencia, a través de este artículo, la necesidad de que las intervenciones planteadas se hagan con un enfoque comunitario y sociosanitario. El equipo de Salud Mental de Distrito y el departamento de salud comunitaria del Instituto Municipal de Bienestar Social de Mairena del Aljarafe nos presentan una interesante experiencia realizada de forma conjunta para la atención a domicilio de enfermos mentales, Programa "Agentes Sociales".

Las autoras de este segundo artículo nos muestran la utilidad de la mediación como instrumento para la intervención en los conflictos intergeneracionales (entre adolescentes y padres-profesionales-cuidadores); abordar situaciones de personas que mantienen relaciones deterioradas y que necesitan aclarar malos entendidos, además de buscar la concreción de una nueva comunicación cooperativa, es el objetivo de la mediación en este caso. Muy práctica también la aplicación de la mediación como estrategia de intervención en medio abierto.

En tercer lugar se nos propone un análisis sobre la relación entre Trabajo Social y Bioética. Pretende la autora orientar a los profesionales de la acción social hacia una reflexión sobre la dimensión humana de las acciones que realizamos, analizando los valores morales para hacer valer el derecho de los usuarios-clientes-pacientes, poniendo en práctica los principios de la bioética. Se centra sobre todo en el ámbito de la salud.

Continuamos en el campo de la salud con el siguiente artículo, que nos da una visión amplia sobre lo que el autor denomina luces y sombras del Trabajo Social en Salud. Recoge una serie de normativas, conceptos, argumentaciones, ... relacionadas con la presencia y esencia del Trabajador Social en este campo. Se pone de manifiesto además la urgente necesidad de defender el espacio profesional que nos es propio, de nuestra intervención profesional que es el garante de una atención integral en salud.

Por último un peculiar análisis de la comunicación verbal y escrita en servicios sociales, tanto por parte de los y las profesionales como de las instituciones públicas. También este autor nos invita a reflexionar sobre la importancia que tiene algo tan cotidiano como es hablar y escribir en el desarrollo de nuestra trabajo y la relación que establecemos con los y las usuarios de estos servicios; en nuestra profesión especialmente por las características del colectivo al que atendemos.

El presente informe tiene como objetivo principal proporcionar información general sobre los programas de apoyo externo para ciudadanos con enfermedad mental, así como sobre los servicios de atención y los recursos disponibles.

Este informe describe los programas de apoyo externo para ciudadanos con enfermedad mental, así como los servicios de atención y los recursos disponibles. El objetivo principal es proporcionar información general sobre estos programas y servicios, así como sobre los recursos disponibles para los ciudadanos con enfermedad mental.

Nuevas Alternativas: Programas de apoyo externo para ciudadanos con enfermedad mental

El presente informe describe los programas de apoyo externo para ciudadanos con enfermedad mental, así como los servicios de atención y los recursos disponibles. El objetivo principal es proporcionar información general sobre estos programas y servicios, así como sobre los recursos disponibles para los ciudadanos con enfermedad mental.

Este informe describe los programas de apoyo externo para ciudadanos con enfermedad mental, así como los servicios de atención y los recursos disponibles. El objetivo principal es proporcionar información general sobre estos programas y servicios, así como sobre los recursos disponibles para los ciudadanos con enfermedad mental.

Este informe describe los programas de apoyo externo para ciudadanos con enfermedad mental, así como los servicios de atención y los recursos disponibles. El objetivo principal es proporcionar información general sobre estos programas y servicios, así como sobre los recursos disponibles para los ciudadanos con enfermedad mental.

STO
5

A las auxiliares de Ayuda a Domicilio que nos han demostrado mediante su implicación y motivación profesional, la viabilidad de este proyecto.

La problemática de los enfermos mentales no es sólo sanitaria sino eminentemente social. El entrenamiento y desarrollo de habilidades y competencias de cada persona, junto con las actuaciones sobre el ambiente, que incluye desde la psicoeducación y asesoramiento a la familia, hasta el desarrollo de soportes sociales nos permitirían una atención comunitaria integral a esta población.

Es necesario que las intervenciones se efectúen con un enfoque comunitario y socio sanitario, así como el que la asistencia a los trastornos de salud mental se lleve a cabo tanto desde los dispositivos especializados creados a tal fin, como mediante programas de actuación horizontales y diferenciados, en los que participen diversos dispositivos y distintos profesionales del conjunto de la red sanitaria pública, que permitan profundizar en la atención comunitaria a la salud mental y garantizar la continuidad de cuidados evitando la fragmentación de la atención.

El objetivo final sería el permitir que cualquier andaluz afectado por algún tipo de problema de Salud Mental no pierda su condición de ciudadano, manteniéndose en la comunidad con los máximos niveles posibles de autonomía personal e integración social.

Pilar Castellano Gallo, Trabajadora Social.
Margarita Frago Carro, Psicóloga.
M^o Carmen Mora García de Lomas, Médico.

sumario

INTRODUCCIÓN

Fundamentación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales representan casi un 13 por ciento de la carga global de enfermedades, sobrepasando incluso a otras patologías como los trastornos cardiovasculares o el cáncer. En España se calcula que unas 800.000 personas padecen algún tipo de trastorno mental, de los cuales más de la mitad son esquizofrénicos, lo que supone un uno por ciento del total de la población. Este trastorno constituye uno de los más graves dentro del abanico de enfermedades mentales.

Sin menoscabo de otras patologías, la esquizofrenia se abandera en la lucha que se mantiene contra la exclusión y marginación que en nuestra sociedad todavía padecen los enfermos mentales y la enfermedad mental.

La esquizofrenia se caracteriza por una profunda perturbación de las ideas y los sentimientos, que afecta al lenguaje, pensamiento, percepción y sentido de la propia identidad. La edad de inicio es temprana, aproximadamente entre los 15 y 25 años.

Del 20 al 30 por ciento de las personas con trastorno psicótico logran llevar una vida relativamente normal. El otro 20-30 por ciento experimenta síntomas moderados y el 40-60 por ciento lleva una vida perturbada por el trastorno. Las drogas y el alcohol exacerbaban frecuentemente los síntomas de la esquizofrenia.

La problemática específica es la siguiente:

- Son personas especialmente vulnerables al estrés. Sufren descompensaciones ó alteración en su sintomatología psiquiátrica debido a la dificultad en el afrontamiento de dichas situaciones.

- Presentan déficit en sus habilidades y capacidades para funcionar de manera autónoma tanto en los aspectos de su vida diaria como en la comunidad.
- Presentan importantes dificultades para la interacción social. Sufren pérdidas de redes sociales de soporte, que en muchos casos se limitan a su familia y sufren situaciones de aislamiento.
- Mantienen relaciones de dependencia para desenvolverse en la vida cotidiana y normal.
- Dificultades para formar y mantener relaciones de pareja.
- Tienen dificultades para acceder al mercado laboral, no pudiendo soportar las exigencias de muchos trabajos, lo que da pie a un estado de pobreza.

Por tanto las principales áreas de carencia psicosociales son:

- Autocuidado: falta de higiene personal y hábitos no saludables.
- Autonomía: deficiente manejo de dinero, falta de autonomía en los transportes, nula utilización de ocio y tiempo libre....
- Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal.
- Relaciones interpersonales: déficit de habilidades sociales y falta de redes sociales.
- Ocio y tiempo libre: incapacidad de disfrutar y falta de motivación e interés.

Ante toda esta problemática, la familia responde a la enfermedad con angustia y miedo. Los padres viven con desesperanza el día que ellos falten, al ser los únicos cuidadores principales.

Aparecen cambios emocionales y temor a lo desconocido. Algunos presentan sentimientos de culpa, convencidos de su responsabilidad en la enfermedad.

La estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad y su "mala prensa" contribuyen a generar aún mayores sentimientos de frustración e ira.

La familia se ve obligada a reconocer la cruda realidad de tener un miembro esquizofrénico y hacer el duelo por las expectativas y los sueños con respecto al paciente.

Esta visión del enfermo esquizofrénico nos lleva a resaltar la importancia de llevar a cabo actuaciones a nivel psicosocial además de su atención asistencial.

Existen estudios que avalan que los pacientes psicóticos sufren menos recaídas si son tratados con terapias psicosociales.

El punto de partida de esta rehabilitación partiría del principio de individualización, lo que define al enfermo no es su diagnóstico, sino sus capacidades, su historia, sus características orgánicas y circunstancias sociales únicas.

El entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias de cada persona, junto con las actuaciones sobre el ambiente, que incluye desde la psicoeducación y asesoramiento a la familia hasta el desarrollo de soportes sociales, nos permitirían una atención comunitaria integral a esta población.

Marco Teórico

- El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos su organización y tutela a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios y encargándoles en su Artículo 49 la realización de una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos psíquicos a los que deberá prestar la atención especializada que requieran, amparándolos para el goce de los derechos que el Título 1 otorga a los ciudadanos.
- Por su parte, el Artículo 18 de la Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía, de conformidad con las previsiones del Artículo 20 de la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, al contemplar las actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria que la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma puede llevar a cabo, se refiere expresamente a la atención a los problemas de salud mental, preferentemente en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria, realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requieran, en unidades psiquiátricas hospitalarias.

La ley 9/1984, de 3 de julio, creó el Instituto Andaluz de Salud Mental como órgano encargado de impulsar, planificar y gestionar la reforma de la atención a la salud mental en Andalucía en línea con los principios de la psiquiatría comunitaria. La misma Ley determinaba que uno de los objetivos del Instituto, como medio de superar la tradicional marginación que sufría la asistencia psiquiátrica y como reconocimiento del derecho de los ciudadanos andaluces a recibir atención sanitaria en cuanto a la salud mental se refiere, era lograr la paulatina integración de la atención

sanitaria a la salud mental en el sistema general de atención a la salud. Con estos principios, el Decreto 338/88 del 20 de Diciembre definió la regulación, composición y funciones de los dispositivos de atención a la salud mental, así como los mecanismos de coordinación entre ellos.

En su artículo 13 apartado 22 establece que la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene competencia exclusiva en materia de Asistencia y Servicios Sociales.

- Con base a dicha previsión estatutaria se aprueba la Ley 2/1988 de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, que tiene por objeto regular y garantizar en el ámbito de la Comunidad Autónoma Andaluza, mediante el ejercicio de una acción administrativa coordinada, un Sistema Público de Servicios Sociales.

Las seis funciones comunes que se le atribuyen son:

- Información y orientación hacia los servicios sociales existentes.
- Detectar las necesidades sociales de la población atendida,
- Asesorar a los ayuntamientos en aquellos proyectos y programas de tipo social de interés para la zona, proponiendo la creación de nuevos servicios o la reforma de los ya existentes.
- Promoción del Desarrollo Comunitario, facilitando la participación y fomentando el asociacionismo.
- Colaborar con la gestión de los servicios y actividades sociales existentes en la zona.
- Ayuda a domicilio y reinserción social.

La citada Ley estructura los Servicios Sociales en Comunitarios y Especializados, constituyendo los Servicios Sociales Comunitarios la estructura básica del Sistema, dirigidos a toda la población con carácter general y regulándose como una de sus Prestaciones Básicas el Servicio de Ayuda a Domicilio. Dicho servicio se define como aquél que va dirigido a la prestación de una serie de atenciones de carácter doméstico, social y de apoyo personal a individuos o familias facilitándoles la autonomía en su medio habitual.

La experiencia acumulada en los años transcurridos permite disponer de datos epidemiológicos y clínicos de los trastornos de salud mental en nuestra Comunidad Autónoma, y apreciar la complejidad de algunos de los trastornos mentales atendidos por el Sistema Sanitario Público Andaluz.

Esa experiencia junto con la evidencia científica disponible en la actualidad pone de manifiesto la necesidad de que las intervenciones se efectúen con un enfoque comunitario y socio sanitario, así como el que la asistencia a los trastornos de salud mental se lleve a cabo tanto desde los dispositivos especializados creados a tal fin, como mediante programas de actuación horizontales y diferenciados, en los que participen diversos dispositivos y distintos profesionales del conjunto de la red sanitaria pública, que permitan profundizar en la atención comunitaria a la salud mental y garantizar la continuidad de cuidados, evitando la fragmentación de la atención.

Las demandas de los ciudadanos en materia de salud mental:

- Comprende problemas de salud mental, cuyo origen está en aspectos circunstanciales o evolutivos de la vida cotidiana de las personas, en los que el soporte familiar y social ha fracasado, y en los que la respuesta desde el sistema sanitario sólo puede ser parcial o paliativa. Ad-

quiere en este aspecto una importancia fundamental el subsistema de Atención Primaria, como vehículo y enlace con los servicios sociales comunitarios que completarían el enfoque social.

- Corresponde a los trastornos mentales severos. Estos en general, presentan una evolución crónica, con déficit y minusvalías que requieren de una atención de larga duración por los distintos recursos. La mejoría y resolución de éstos trastornos no depende en exclusiva del sistema sanitario, sino también de estructuras generadoras de apoyos sociales, evidenciándose la necesidad de estos apoyos para una evolución clínica favorable.

Estas consideraciones implican que los servicios sanitarios andaluces de atención a la salud mental deben desarrollar estrategias y actividades regladas, interniveles dentro del sistema sanitario e intersectoriales, tanto con la atención primaria de salud como con la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental u otros sistemas de atención social como Servicios Sociales, Justicia, Educación.....etc.

Ambito de Actuación

Para llevar a cabo el programa, inicialmente se realizó un análisis de necesidades de los distintos colectivos de la población de Mairena del Aljarafe, (ubicada en el Aljarafe Sevillano, cuya población general es de 37.704 habitantes, según datos del Instituto nacional de estadística en el año 2002). así como de las coberturas y recursos existentes para atenderlas, por parte del Ayuntamiento, otras Administraciones y Asociaciones privadas.

A raíz de dicho estudio encontramos la necesidad de dirigir nuestro apoyo y nuestro trabajo hacia el colectivo de personas

diagnosticadas de trastorno psicótico. Existían usuarios derivados del Equipo de Salud Mental de Distrito a Servicios Sociales Comunitarios que no estaban teniendo la cobertura solicitada por la especificidad de la población y no tener referentes claros en Salud Mental.

Este grupo de población en Mairena del Aljarafe cuenta básicamente con recursos en el ámbito asistencial (Salud Mental de Distrito Atención Primaria de Salud) y en el ámbito de servicios de intervención psicosocial. (Taller Amaro en Coria del Río).

Finalmente destacar que la puesta en marcha de este servicio ha supuesto el inicio de una intervención conjunta y de cooperación entre los servicios de Salud Mental y la Administración local (Delegación Salud Comunitaria) la cual en el ámbito de salud tiene competencias en el desarrollo de promoción de salud, educación sanitaria y protección grupos sociales con riesgos específicos (Ley de Salud de Andalucía).

Objetivos

La problemática de los enfermos mentales no es sólo sanitaria sino eminentemente social.

Los objetivos serían:

- Generales:

- El Servicio de Ayuda a domicilio a través de este programa "Agentes Sociales" con enfermos mentales pretende que la persona esté donde quiere estar y donde su vida va a ser más fácil incluso según demuestran diferentes estudios donde más se va a prolongar.
- El afianzamiento de estos recursos, encaminados a mejorar todas las áreas deficitarias antes mencionadas permitiría que este colectivo de personas se relacionase

y conviviese de la forma más normalizada posible con su familia con su comunidad y en su comunidad.

- El argumento del Servicio de Ayuda a domicilio con enfermos mentales es el menos costoso, siendo uno de los servicios que la Comunidad Económica Europea ha declarado como nueva fuente de generación de empleo en los próximos años en Europa.

- Específicos:

- Actuando hacia tres focos:

a) El enfermo. Aumentando su autonomía.

b) Familia. Apoyo y ayuda.

c) Sociedad



Los objetivos finales serian:

- Permitir que cualquier andaluz afectado por algún tipo de problema de Salud Mental no pierda su condición de ciudadano, manteniéndose en la comunidad con los máximos niveles posibles de autonomía personal e integración social.
- Ampliar los cuidados socio sanitarios de la población diagnosticada de esquizofrenia en su medio comunitario.

METODOLOGIA

El programa se puso en marcha en Octubre del 2001 integrado en un Plan de Choque de Empleo del Ayuntamiento de Mairena del Aljarafe.

Basado fundamentalmente en el trabajo intersectorial, la coordinación y el trabajo conjunto entre los servicios sanitarios (Equipo de Salud Mental de Distrito), la administración local (Instituto Municipal de Bienestar Social Departamento de Salud Comunitaria) y otros recursos de la zona.

Esta coordinación se realiza en el ámbito de:

- Estudio de la población.
- Formación del personal.
- Población destinataria.
- Descripción de un protocolo de trabajo. Determinación de objetivos para cada usuario, seguimiento y valoración.

Formación del personal

El personal elegido por el Instituto Nacional de Empleo reunía una serie de condiciones :

- Mujeres.
- Residentes en Mairena del Aljarafe.
- Paradas de larga duración.
- Que hubieran tenido experiencia en servicio de ayuda a domicilio o formación en esa materia.

Al comenzar el programa se les impartió tanto por la Coordinadora del programa de agentes sociales como por parte del Equipo de Salud Mental de Distrito unos temas de formación:

- ⇒ Relacionados con el servicio de ayuda a domicilio:
- ⇒ Relacionados específicamente con salud mental.

Estudio de la población

Mairena del Aljarafe cuenta con una población de 37.704 habitantes. En dicha población se encuentra ubicado el Centro de Salud al que pertenece el Equipo de Salud Mental de Distrito.

Este Equipo da cobertura a ocho pueblos de la zona del Aljarafe Sevillano :

- Almensilla: 3.368 habitantes.
- Coria del Río: 24.040 habitantes.
- Gelves: 6.767 habitantes.
- Mairena del Aljarafe : 37.704 habitantes.
- San Juan de Aznalfarache: 19.340 habitantes.
- Isla Mayor: 5.856 habitantes.
- Puebla del Río: 10.499 habitantes.
- Palomares del Río: 3.742 habitantes.

(Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística. Año 2002).

Dentro de los pacientes que son tratados en Salud Mental, encontramos a enfermos mentales crónicos (esquizofrénicos).

Estos enfermos reciben atención sanitaria en este equipo, contando con un Taller Ocupacional, ubicado en Coria del Río (10 Km).

A raíz de estos datos, y a través de Salud Comunitaria del Ayuntamiento de Mairena del Aljarafe llegamos a la conclusión que este tipo de población presentaba un déficit de recursos a nivel social. Los factores de necesidad social y sanitaria que configuran los perfiles socio-sanitarios son principalmente los que provienen de la dependencia, las enfermedades crónicas o terminales y los síndromes con alto riesgo social.

Todo esto nos lleva a dar un paso importante en planificación y programación de servicios coordinados, con un buen nivel de intervención profesional interdisciplinaria, una adecuada priorización de las alternativas a la hospitalización y de apoyo al propio entorno familiar y comunitario.

Criterios de inclusión de usuarios

(Ver en anexo 1: Censo de personas con trastorno mental severo).

Los criterios de inclusión de pacientes en el programa, se han realizado conjuntamente con el Equipo de Salud Mental de Distrito, perteneciente al Centro de Salud de Mairena del Aljarafe.

Son los siguientes:

- Residir en Mairena del Aljarafe preferentemente o en el Distrito.
- Recibir asistencia por parte del E.S.M.D.
- Aceptación del servicio por parte de la familia o por parte del paciente si vive solo.
- Diagnóstico de trastorno psicótico.
- Soporte socio-familiar frágil (padres mayores, cuidado del hogar deficiente, otras personas enfermas en la familia, que el paciente viva solo).

- Autonomía personal deficiente (autocuidado, relaciones interpersonales, habilidades sociales....)
- Edad entre 19 y 60 años.
- Convivencia con menores de edad, donde el cuidador del menor queda bajo la responsabilidad del paciente.

Objetivos

- Generales:

Frente los objetivos generales marcados en este programa encontramos:

1. Prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que con una alternativa adecuada pueden permanecer en su medio habitual.
2. Atender situaciones de crisis personales o familiares.
3. Integración del enfermo en la sociedad en su comunidad y en la familia.
4. Ayudar a las familias. Apoyo al cuidador principal.
5. Favorecer en el usuario capacidades y hábitos de vida adecuados.
6. Desarrollar y posibilitar que dichas personas se mantengan del modo más autónomo posible dentro de la comunidad.
7. Un seguimiento más cercano permitirá intervenir mejor y más rápido en la prevención de suicidios.
8. Coordinación con otros recursos.
9. Potenciar habilidades para aumentar la calidad de vida y prevenir deterioros.

- Específicos:• A nivel de usuario:

- Aumentando su autonomía.
- Asistencia en aseo e higiene personal.
- Apoyo para el control de la medicación.
- Apoyo para el mantenimiento de la casa.
- Apoyo manejo del dinero.
- Realizar trámites administrativos.
- Uso de transporte.
- Aumentando su independencia personal.
- Conciencia enfermedad.
- Trabajos y actividades. Desarrollo social.

• A nivel social

- Mejorar su funcionamiento psicosocial para que permanezcan en su entorno social en unas condiciones lo más normalizada e independiente que sea posible.
- Ayudar a que el conocimiento de esta enfermedad y de estos enfermos llegue a la población. Evitando la indiscriminación e insolidaridad.

• A nivel familiar

- Ayudar y apoyar a los familiares en habilidades de comunicación y de Resolución de problemas en la convivencia diaria.

- Orientarlos en los problemas cotidianos
- Informarles sobre la enfermedad mental:
 - Síntomas.
 - Pródromos.
 - Factores de riesgo.
 - Posibles recaídas (Protección).
 - Reducir la carga emocional.
- Fomentar el asociacionismo para posibilitar el contacto entre familias afectadas por la enfermedad (grupos de psico-educación familiar, de autoayuda...).

Características y Estrategias para su desarrollo

Para conseguir estos objetivos las actuaciones deben de reunir unas **características** determinadas:

- ⇒ Polivalente (cubrir amplia gama de necesidades)
- ⇒ Normalizadora (usa cauces normales)
- ⇒ Integradora (aborda las necesidades de forma integral)
- ⇒ Preventiva (previene situaciones de deterioro)
- ⇒ Complementaria (precisa de otras prestaciones)
- ⇒ Estimuladora, educativa y técnica.

Estrategias para su desarrollo

- Selección del usuario a través de los criterios de inclusión.

- Primera visita al usuario y familiares a cargo de la Trabajadora Social de Salud Mental de Distrito y la Coordinadora del programa de Agentes Sociales, con la finalidad de presentar y describir el servicio a los usuarios y familiares, así como la valoración y evaluación de la necesidad del mismo.
- Delimitación de los objetivos de intervención en cada caso, así como su temporalización. Se realizará de manera coordinada entre Psiquiatras, Trabajadora Social y Coordinadora del Programa Agentes Sociales.
- Seguimiento **diario** de incidencias y objetivos por parte de la profesional que lleva a cabo el servicio y la coordinadora del programa.
- Seguimiento **semanal** entre las profesionales y coordinadora del programa y la trabajadora social del equipo de salud mental de distrito.
- Seguimiento **mensual** entre la coordinadora del programa y los psiquiatras del equipo de salud mental de distrito.

Temporalización

La duración del programa dentro del Plan de Choque de Empleo 2001-2002 comprendió desde octubre de 2001 a Junio de 2002.

Dada la efectividad y los buenos resultados que se obtuvieron en el ámbito de bienestar y calidad de vida de los usuarios se continuó fijándose un año más de intervención, hasta el 30 de Junio del 2003.

Durante el primer año el servicio contó con 17 usuarios los cuales reciben una atención domiciliaria entre dos y cuatro horas semanales. Siete vivían solos y 10 con su familia de origen.

El servicio fue ofertado a seis usuarios más, siendo sin embargo rechazado por parte de los familiares de los mismo, aún cuando se evidenciaban en cada caso claras necesidades de intervención.

Durante el segundo año se han atendidos 14 usuarios cuatro viven solos y nueve con familia de origen, uno comparte piso con un compañero.

Evaluación

- Al inicio del programa se realizó un cuestionario de necesidades. Se utilizó el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. Tiene la finalidad de valorar los puntos de vista de los usuarios y del profesional. (Anexo 2)

Comprende 22 áreas con tres apartados para evaluar. Existen espacios para añadir los puntos de vista del usuario y para anotar el plan de acción.

- Evaluación del proceso:

Seguimiento diario: a través de reuniones con las profesionales que actúan directamente con el usuario, se valora la viabilidad y grado de consecución de las actuaciones y objetivos marcados inicialmente. (Anexo 3).

Seguimiento semanal, con la trabajadora social del Equipo de Salud Mental de Distrito: comunicación de incidencias a lo largo de la semana, establecimiento de nuevas pautas de actuación en caso de que sea necesario, nexo de comunicación con equipo de psiquiatras en caso de descompensación o necesidades de consulta médica.

Seguimiento mensual: reunión de coordinación entre todos los componentes del equipo de Salud Mental de Distrito y la coordinadora del programa, realizando un seguimiento de cada pa-

ciente y valorando nuevas necesidades. Al mismo tiempo se estudia la incorporación al servicio de nuevos usuarios.

- Evaluación final:

Anualmente se realiza un cuestionario de satisfacción del servicio a los familiares y pacientes. (Ver Anexos 4 y 5).

- Evaluación de los métodos de trabajos previstos.

Trimestralmente se realiza una evaluación mediante preguntas directas a las profesionales que actúan directamente sobre el usuario :

- Grado de satisfacción de la profesional.
- Eficacia de la coordinación con otros sistemas de atención.
- Nivel de estrés en sus actuaciones con el usuario.

RESULTADOS

- Durante los dos años que lleva desarrollándose el Programa de Agentes Sociales se han realizado unas encuestas de evaluación a familiares y usuarios en las que se ha intentado recoger el tipo de seguimiento, actitud de las personas usuarias, familiares, valoración respecto a la ejecución del servicio, profesional de referencia, horas asignadas, días de atención, horario y observaciones que ellos crean necesarias.
- Los resultados nos han ayudado a realizar una valoración del grado de satisfacción de la persona usuaria de sus cuidadores principales (familiares) y de los profesionales que intervienen en cada caso para tener una valoración objetiva de la mejora en la calidad de vida de la persona usuaria y su entorno familiar.

- El 70 por ciento lo constituyen usuarios mayores de 30 años. Y entre estos la mayoría oscilan entre 30- 40 años.
- Un 60 por ciento vive con su familia y 30 por ciento vive solo. Siendo el apoyo importante fundamentalmente en estos últimos.
- El horario del servicio es valorado positivamente en los usuarios, un 80 por ciento lo considera adecuado.
- Existe una mayor adherencia y cumplimiento de tratamiento.
- Motivación en áreas abandonadas por ellos (relaciones de pareja, formación, empleo...)
- El trato de la auxiliar es considerado en un 100 por ciento correcto. Los usuarios valoran la presencia de la auxiliar en el domicilio, constituyendo un apoyo emocional y fundamental para el desarrollo de su vida diaria.
- El 90 por ciento considera que el servicio ha constituido una mejora en su vida diaria.
- Piensan que debe existir más horas de apoyo al usuario ya sea diaria o semanalmente.
- En un porcentaje de un 70 por ciento, la cuidadora principal sigue siendo mujer ya sean madres, hermanas o hijas. Es llamativo por su escasa presencia o ausencia en la mayoría de los casos el papel que juega el hombre en la difícil tarea de los cuidados informales.
- En un 60 por ciento, la familia y fundamentalmente el cuidador principal vive el programa de agentes sociales como un recurso de respiro y descarga familiar.
- El horario del servicio en un 60 por ciento es el adecuado para la familia al tener ellas muchas dificultades y resistencias para levantar al paciente.

- El aislamiento social a veces no solo es individual (paciente) sino también como grupo familiar, constituyendo la relación con el personal un laxo de unión con el exterior.
- Es valorado el trato de la auxiliar con el paciente por parte de familiares. El deseo del paciente de confiar y querer estar con la auxiliar tranquiliza a los familiares.
- Han notado cambios positivos del paciente desde el comienzo del programa.
- Se ha podido suplir con este trabajo una mayor atención a la familia (larga lista de espera).
- Dos familiares han expresado su deseo de tener mayor información con la auxiliar en el trabajo y seguimiento con el paciente. Debemos dejar estos planteamientos muy claros para que los objetivos sean los de las profesionales.
- Existe en momentos de crisis familiares o descompensación de pacientes una mayor accesibilidad de los familiares para solicitar consulta en Salud Mental, en ocasiones el Equipo está con una mayor lista de espera, pudiendo paliar en la medida de lo posible estas demandas familiares de "urgencia".
- El desarrollo de este tipo de programas nos permite un seguimiento más cercano desde los servicios sanitarios al tener una información actualizada del paciente y su medio familiar.

(Anexo 4: Resultados Evaluaciones 2001-2002)

(Anexo 5: Resultados Evaluaciones 2002-2003).

CONCLUSIONES

- El conocer la situación psicopatológica o diagnóstico de una persona no implica un pronóstico inmediato de capacidad, funcionamiento o predicción en cuanto al futuro ajuste en autonomía e integración. Se debe realizar un análisis específico de estos procesos a través de una evaluación psicosocial.
- La rehabilitación psicosocial debe contemplar un variado número de factores que interactúan entre sí: como el número y calidad de apoyos con los que cuenta la persona en su ambiente, el medio en el que debe ponerse en marcha el programa, y la actitud de los profesionales del equipo ante la rehabilitación y el usuario en concreto.
- Gracias a la rehabilitación psicosocial que ha realizado grandes progresos, el paciente puede encontrar un lugar en el mundo laboral, en su familia y en la comunidad. El tratamiento precoz es indispensable para una mejor recuperación o mayores periodos de compensación clínica.
- El equipo debe ser interprofesional pero eso no implica diversidad de conceptualizaciones sobre un mismo problema. Es necesario que el equipo acuerde una única forma de ver la rehabilitación, una única base filosófica, que le dará un lenguaje común y una misma dirección para cada una de las intervenciones.
- La posibilidad de trabajar profesionales de diferentes ámbitos nos demuestra la viabilidad del trabajo integrado.
- El abordaje terapéutico de la esquizofrenia debe atender al sistema individuo-familia-equipo terapéutico como un todo, de cuyas partes interdependientes dependen los logros y la eficacia, y debe contemplar una articulación de espacios terapéuticos y asistenciales que garanticen una continuidad de tratamiento a medio y largo plazo.

- El punto medio que más se ajusta a la realidad en cuanto a la efectividad del tratamiento de la esquizofrenia, no son las intervenciones puramente biológicas ni las intervenciones psicosociales aisladas, sino una conjunción de ambas.
- Los cambios de actitud y ánimo oscilan en ocasiones por días y momentos teniendo que adaptar las tareas sobre la marcha.
- A partir de la desinstitucionalización de los enfermos se ha hecho necesario, la articulación de estructuras alternativas de integración comunitaria si no los pacientes y sus familiares viven en pequeñas instituciones psiquiátricas familiares donde la patología mental es familiar.
- Se debe reconocer la importancia de las familias. Desde la perspectiva de su función de cuidador, que asumen y desde la perspectiva social de movimiento asociativo representativo, constituyen un soporte real y efectivo que contribuye a la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.
- Se debe prestar en la medida de lo posible una mayor atención y control al medio ambiente en el que se desenvuelve la vida de los pacientes esquizofrénicos, con la finalidad de reducir todos aquellos factores que determinan un curso más severo de la enfermedad. Las relaciones familiares influyen en el curso de la esquizofrenia.
- Los familiares han de ser respetados por los cuidados que ellos han impartido a lo largo de los años. Dichos familiares no desean ser considerados agentes patógenos de la enfermedad, ni casos apropiados de tratamiento. Deben ser considerados como compañeros en la lucha en contra de la esquizofrenia, y los profesionales deben respetar este deseo y actuar consecuentemente. El problema de vivir con la

esquizofrenia es tan grande , que solo la cooperación entre las familias y entre cuidadores profesionales y no profesionales puede superarlo.

- Es necesario propiciar unas condiciones de vida lo más normalizadas posibles para que haya una aproximación a las formas de vida vigentes en la sociedad y conocimiento de ellos.
- Una persona con enfermedad mental tiene unas características únicas, por las cuales, el proceso de rehabilitación también será único.
- Uno de los mayores retos es la movillización pero si no respetamos los tiempos de los pacientes nos encontramos con la negación absoluta e imposibilidad de avance.
- Los pacientes que llevan un curso de su enfermedad en un proceso de estímulo y aprendizaje acompañado de un seguimiento pueden permanecer viviendo solos.
- Actividades diarias frenan el deterioro y aislamiento.
- El consumo de alcohol y tóxicos impiden la compensación de la patología psiquiátrica y dificultan en gran medida cualquier trabajo rehabilitador.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO, ELMA. Et al. *El servicio de ayuda a domicilio*. Editorial Médica Panamericana, (1998).
- ÁLVAREZ NAVARRO, Estrella y AGUILAR RAPOSO, Urbina. *Una triple jornada: Mujeres anónimas. Realidad Social*. Colegio Oficial Diplomados en T.S. de Sevilla.
- BELLOCH, A, SANDIN, B y RAMOS, F. *Manual de psicopatología*. Madrid: MGRW-HILL, Volumen II, 1995.
- FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL. Jornadas Andaluzas sobre integración laboral de personas con problemas de Salud Mental. Junta de Andalucía. Octubre 2000.
- GARCIA-CALVENTE, M.M y MATEO RODRÍGUEZ, I. Relación entre los sistemas: los cuidadores informales y los servicios sanitarios sociales. Cap.4. en Revilla L.: Abordajes familiares en pacientes crónicos, inmovilizados y terminales. Curso de formación sobre Apoyo a Cuidadores Familiares de personas con dependencia. Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada.
- GARCIA-CUBILLANA DE LA CRUZ, PABLO. *Esquizofrenia y Terapia Familiar*, Enero 1999.
- LIBERMAN, R.P. *Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1988.
- MARTI-TUSQUETS, J.L. *Psiquiatría social*. Herder. (1982).
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. INSERSO-CIS (1990). *Servicios Sociales. Leyes Autonómicas*. Editorial Centro de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales.
- REBOLLADO, S y LOBATO, M.J. *¿Cómo afrontar la Esquizofrenia?. Guía para la familia*. Madrid: Asociación Psiquiátrica y Vida, 1994.
- SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA. Día Mundial de la Salud Mental 2001. Documentos 1, 2, 3 y 4.

ANEXO 1

Censo de personas con trastorno mental severo:

MUNICIPIO	Nº PACIENTES
- ALMENSILLA	- 1 paciente
- CORIA DEL RÍO	- 80 pacientes
- GELVES	- 6 pacientes
- PUEBLA DEL RÍO	- 47 pacientes
- MAIRENA DEL ALJARAFE	- 74 pacientes
- PALOMARES DEL RÍO	- 24 pacientes
- SAN JUAN DE AZNALFARACHE	- 77 pacientes
- ISLA MAYOR	- 9 pacientes

ANEXO 2

Evaluación de necesidades: Áreas Camberwell:

CONTENIDO	
NÚMERO	ÁREAS
1	ALOJAMIENTO
2	ALIMENTACIÓN
3	CUIDADO DEL HOGAR
4	CUIDADO PERSONAL
5	ACTIVIDADES DIARIAS
6	SALUD FÍSICA
7	SÍNTOMAS PSICÓTICOS
8	INFORMACIÓN ACERCA DEL ESTADO Y TRATAMIENTO
9	ANGUSTIA
10	SEGURIDAD HACIA SI MISMO
11	SEGURIDAD DE LOS OTROS
12	ALCOHOL
13	DROGAS
14	COMPAÑÍA
15	RELACIONES DE PAREJA
16	SEXUALIDAD
17	CUIDADO DE LOS HIJOS
18	EDUCACIÓN BÁSICA
19	TELÉFONO
20	TRANSPORTE
21	DINERO
22	AYUDAS SOCIALES

ANEXO 3

	1ª Semana		2ª Semana		3ª Semana		4ª Semana		5ª Semana						
	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V
C. EDUCATIVO															
Organización económica y familiar															
Planificación higiene familiar															
Normas convivenciales															
Apoyo integración social/formación /ocupación (talleres, cursos,...)															
C. SOCIO-COMUNITARIO															
Actividades ocio fuera del domicilio (cafetería, cine)															
Excursiones															
OTROS															

Observaciones

Vigencia:

Actividad:

1- Inicial 2- Seguimiento 3- Evaluación 4- Cierre 5- Seguimiento 6- Evaluación 7- Cierre

EJEMPLO DISEÑO DE ACTIVIDADES

PÁG. 30 / 31

ANEXO 4

Resultados de evaluación de seguimiento dirigida al usuario y familia. Año 2001-2002

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA AGENTES SOCIALES POR PARTE DE LOS/AS USUARIOS/AS

• **PREG1. VIVE SOLO/A:**

- SI: 37'5%
- NO: 64'3%



• **PREG 2: Puntúa del 1 al 10:**

2.1 S.A.D.:

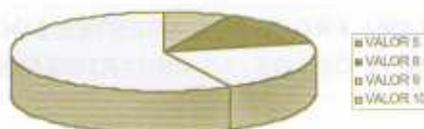
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				7'14%			7'14%	14'3%	71'4%



2.2 TRABAJO REALIZADO POR LA AUXILIAR:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				7'14%			14'29%	21'4%	57'14%

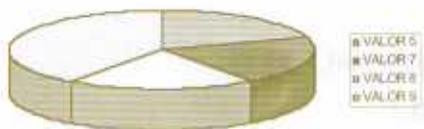
Gráfico 3: Valoración trabajo de la auxiliar



2.3 HORARIO DEL SERVICIO:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				7'14%		7'14%	7'14%	14'3%	64'3%

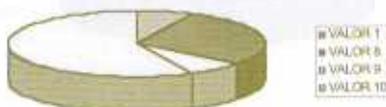
Gráfico 4: Valoración Horario del Servicio



2.4 MEJORA QUE HA SUPUESTO EL SERVICIO:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7'14%							28'57%	7'14%	57'14%

Gráfico 5: Valoración de la mejora que ha supuesto el servicio para el/la usuario/a



**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA AGENTES SOCIALES POR
PARTE DE LA FAMILIA**

• **PARENTESCO:**

- MADRE: 69'23%
- HERMANO/A: 23'08%
- HIJA: 7'69%



• **PREG 2: Puntuá del 1 al 10:**

2.1 S.A.D.:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							7'69%		92'31%



2.2 TRABAJO REALIZADO POR LA AUXILIAR:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							15'38%	7'69%	76'92%

Gráfico 3: Valoración trabajo de la auxiliar



2.3 HORARIO DEL SERVICIO:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						7'69%	15'38%		76'92%

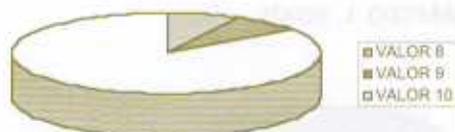
Gráfico 4: Valoración del horario del servicio



2.4 MEJORA QUE HA SUPUESTO EL SERVICIO:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							7'69%	7'69%	84'62%

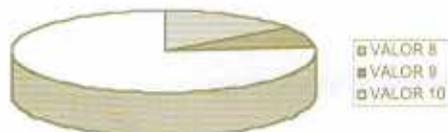
Gráfico 5: Mejora que ha supuesto el servicio para el usuario



2.5 APOYO PARA LA FAMILIA:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							15'38%	7'69%	76'92%

Gráfico 6: Apoyo que ha supuesto el servicio para la familia



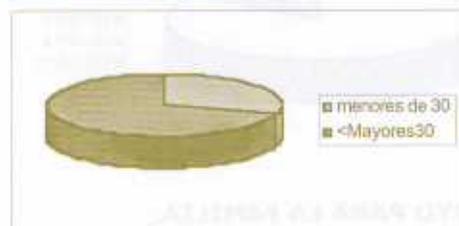
ANEXO 5

Resultados de evaluación de seguimiento dirigida al usuario y familia. Año 2002-2003

1.- Edad.

Menores de 30 años	Mayores de 30 años
30%	70%

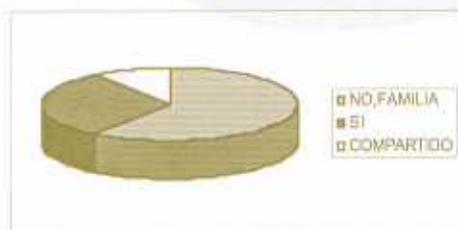
GRÁFICO 1. EDAD



2.- VIVE SOLO.

SI	NO, FAMILIA	COMPARTIDO
30%	60%	10%

GRÁFICO 2. VIVE SOLO



3.- ¿CREES QUE EL HORARIO DEL SERVICIO ES EL ADECUADO?

SI	NO
80%	20%

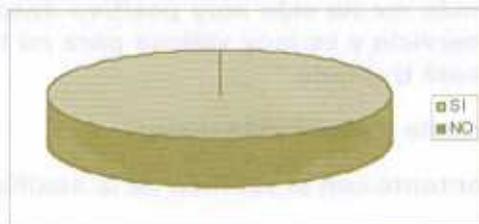
GRÁFICO 3. HORARIO DEL SERVICIO



4.- ¿CREES QUE EL TRATO DE LA AUXILIAR ES EL ADECUADO?

SI	NO
100%	

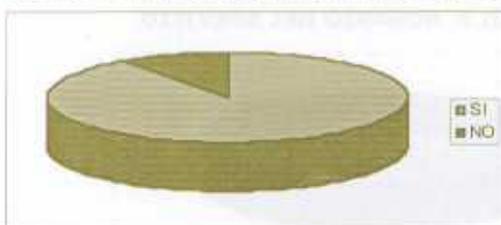
GRÁFICO 4. TRATO DE LA AUXILIAR



5.- ¿HAS NOTADO UNA MEJORA DESDE QUE COMENZÓ EL SERVICIO?

SI	NO
90%	10%

GRÁFICO 5. MEJORAS DESDE EL INICIO



6.- SI QUIERES PUEDES EXPRESAR TU OPINIÓN O SUGERENCIA SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO

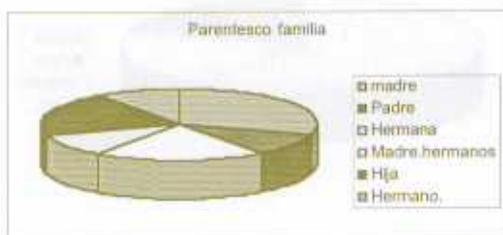
- "Me parece bien porque no estoy tan sola, me distraigo paseando y converso con las asistentes. Estoy muy contenta aunque se me hace corto el tiempo del servicio."
- "El desarrollo es bueno, últimamente mejor."
- "Lo veo bueno pero creo que debía de ser más horas al día, por lo demás me ha sido muy positivo desde que empezó este servicio y es muy valiosa para mí la persona que me está tratando."
- "Ha ido mejorando y ahora está mejor."
- "Estoy muy contento con el servicio de la auxiliar."
- "He tenido una compañía como si fuera más que una amiga ¡Estoy muy contenta!"

RESULTADOS EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE AGENTES SOCIALES, DIRIGIDO A FAMILIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1.- Parentesco con la familia:

Madre	Padres	Hermana	Madre. H.	Hija	Hermano
30%	10%	20%	10%	20%	10%



2.- Valora del 1 al 10:

2.1 Utilidad del servicio de agentes sociales a nivel familiar:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						10%	20%	10%	60%



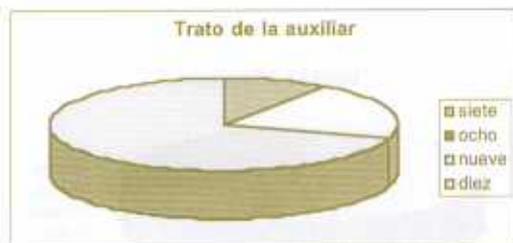
2.2 Horario del servicio adecuado:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						10%	10%	20%	60%



2.3 Es correcto el trato de la auxiliar con respecto a la familia:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						10%		20%	70%



2.4 La duración del servicio por días es la adecuada para cubrir las necesidades:

SI	NO
50%	50%



2.5 Crees que el servicio se puede mejorar en algunos aspectos?. En caso positivo refiera en cuales.

- Horario del servicio insuficiente.
- Cambios positivos en el usuario por ello la importancia de continuidad del programa.
- Más contacto con la familia.
- No necesita mejoras.
- Apoyar más en la preparación de comidas.

El objetivo de esta investigación es analizar el uso de la mediación familiar en Andalucía y su utilidad en conflictos intergeneracionales. Se realizó un estudio cuantitativo con una muestra de 100 familias que participaron en un programa de mediación familiar. Los resultados muestran que el uso de la mediación familiar es mayor en familias con conflictos intergeneracionales que en familias sin conflictos. Además, se encontró que la mediación familiar es más efectiva en familias con conflictos intergeneracionales que en familias sin conflictos. Estos resultados sugieren que la mediación familiar es una herramienta útil para resolver conflictos intergeneracionales en Andalucía.

Tomando contacto con la mediación familiar en Andalucía y su demostrada utilidad en conflictos intergeneracionales

La mediación familiar es un proceso que ayuda a las familias a resolver sus conflictos de manera pacífica y constructiva. En Andalucía, el uso de la mediación familiar ha aumentado significativamente en los últimos años, especialmente en familias con conflictos intergeneracionales. Este artículo analiza el uso de la mediación familiar en Andalucía y su utilidad en conflictos intergeneracionales. Se realizó un estudio cuantitativo con una muestra de 100 familias que participaron en un programa de mediación familiar. Los resultados muestran que el uso de la mediación familiar es mayor en familias con conflictos intergeneracionales que en familias sin conflictos. Además, se encontró que la mediación familiar es más efectiva en familias con conflictos intergeneracionales que en familias sin conflictos. Estos resultados sugieren que la mediación familiar es una herramienta útil para resolver conflictos intergeneracionales en Andalucía.

Palabras clave: mediación familiar, conflictos intergeneracionales, Andalucía.

Son muchos los profesionales interesados en Andalucía en promover la Mediación Familiar. Su intención: buscar el acuerdo y evitar pleitos. Esta es la finalidad de la nueva Ley de Mediación Familiar, una iniciativa de la Junta que pondrá en marcha servicios de mediadores en conflictos familiares. El proyecto reducirá el tiempo de separación hasta dejarlo en tres meses y descargará de trabajo los juzgados. Durante el año 2000 se produjeron en Andalucía un total de 4.698 divorcios y separaciones, según los datos que maneja la Junta de Andalucía, y en años sucesivos se ha seguido incrementando.

La figura del mediador familiar junto al resto de los profesionales dedicados al trabajo con la problemática familiar en general se antoja una de las piezas claves que faltan en el entramado legal que afecta a la familia y de forma especial a los menores. Ya existe en otras comunidades autónomas y en otros países, donde ha demostrado su eficacia. Vendrá a ser para la familia lo que el Sercia (Sistema Extrajudicial de Resolución de Conflictos laborales de Andalucía) es al mundo del trabajo. La experiencia dicta que muchas mediaciones personales aportan el tino, el sentido común y la flexibilidad de la que carecen muchas sentencias, obligadas a ajustarse a un Derecho que a veces sale torcido. De hecho, la mediación es tan antigua como el mundo mismo. En cualquier ámbito en el que una mediación eficaz se impone, el conflicto desaparece.

En particular, y según nos interesa en este artículo, nos centraremos en las relaciones intergeneracionales y en la adolescencia como etapa propicia a los conflictos familiares. Nos es fácil observar a diario hechos y noticias en las que los jóvenes son protagonistas de diversos incidentes tanto fuera como dentro del entorno familiar. En el diario de Noticias "LA LEY" de julio del año en curso aparece una noticia muy interesante sobre violencia doméstica en la que dice como " los casos de violencia contra ascendientes están aumentando de forma considerable en nuestro país ". Las agresiones no son nunca justificables, pero en algunos casos existen elementos contextuales y causas que permiten explicar los comportamientos agresivos intrafamiliares. Más bien parece confirmarse la tesis de que la violencia intrafamiliar es un fenómeno complejo en el que no caben simplificaciones. De ahí la importancia de contar con profesionales preparados en técnicas de resolución de conflictos que faciliten la comunicación entre los distintos miembros de la familia y ayuden a las familias a llegar acuerdos estables y los más equitativos posibles que tengan en cuenta las necesidades e intereses de todas las partes.

Susana Nebreda Díaz de Espada, Mediadora Familiar.
Esther Santa María Vizoso, Psicóloga.

sumario

INTERVINIENDO CON ADOLESCENTES Y CON PADRES

El trabajo en el propio entorno del adolescente y la mediación como instrumento de intervención.

INTRODUCCION

La mayor parte de los profesionales de la intervención psicológica, social y educativa que trabajan con población adolescente lo hacen en su propio entorno. Sería, pues, lo equivalente al trabajo en el medio familiar y social en el que crece y se desarrolla el adolescente.

Intervenir en el entorno significa poder incidir en el propio medio natural. Si nos referimos a la intervención con adolescentes, hablaremos entonces de la posibilidad de intervenir con el propio individuo, con su familia, con el recurso formativo o actividad ocupacional que realice, con el grupo de iguales con el que se identifique, con las actividades de ocio en las que se implica o con la comunidad en la que se ubica.

El medio abierto posibilita la intervención en el propio entorno natural en el que se desarrolla y socializa el adolescente. Si nos referimos concretamente al contexto profesional propio de la justicia juvenil, las medidas en medio abierto han sido, durante muchos años, las principales respuestas que los juzgados de menores han adoptado con respecto a las acciones delictivas que han cometido los adolescentes o jóvenes.

Excepcionalmente, y reservado a delitos y a situaciones personales graves, los juzgados han acordado medidas de contención física que se traducen en el alejamiento temporal del entorno, en forma de medidas privativas de libertad y que se definen como de internamiento en un centro cerrado, abierto o semiabierto.

Por otro lado, en los últimos años estamos asistiendo al desarrollo decisivo de la **mediación** como método de resolución de

conflictos. Algunos ámbitos, además, la han regulado de manera específica en su marco legal. La mediación entendida como método o procedimiento ordenado y sistemático de acciones, tiene la finalidad de que las partes implicadas en un conflicto sean los propios protagonistas en el análisis del mismo y en la búsqueda de las opciones que les ayuden a superarlo. Esto se realiza con la ayuda de un tercero, que es el mediador.

Es importante, pues, situar a la mediación como método específico de resolución de conflictos. En el caso de la justicia juvenil vemos, por ejemplo, que la reparación y conciliación con la víctima, con la intervención de un mediador, es un programa que se está utilizando con mayor frecuencia en los últimos años, ante la comisión de una acción delictiva realizada por un adolescente o joven y al que le corresponde una respuesta adecuada según la infracción cometida.

Además de lo que se ha ido refiriendo hasta ahora, podemos utilizar también la mediación como un instrumento de intervención profesional que se combine con otras líneas estratégicas. Fijémonos, por ejemplo, en la medida más utilizada de intervención en medio abierto que contempla el catálogo de medidas de la Ley Orgánica 5/2000, de responsabilidad penal de los menores, y que no es otra que la medida de Libertad Vigilada.

En la medida citada se combina la acción socio-educativa con el control, a partir del vínculo relacional que se establece entre el profesional y el adolescente o joven objeto del seguimiento. El profesional interviene también con la familia y con los otros núcleos básicos de socialización. El modelo con el que trabaja puede definirse como psico socio-educativo de relación de ayuda. En este modelo, los instrumentos primordiales provienen de la orientación o ayuda técnica y de la formación y aprendizaje en competencias sociales.

Pero hay que ampliar los instrumentos citados en el sentido de que para situaciones determinadas, la negociación y la mediación serán fundamentales para abordar los conflictos que pueden surgir entre el chico al que se le ha impuesto la medida y las diversas personas o instancias que se relacionen con él.

Este artículo pretende, en definitiva, combinar las premisas comentadas, situando la intervención con adolescentes a partir del contexto en el que trabaje cada profesional y definiendo las estrategias de intervención en un proceso de relación de ayuda.

EL CONTEXTO PROFESIONAL

Si nos situamos en una medida en medio abierto impuesta por un juzgado de menores como podría ser la medida de libertad vigilada, comprobamos que el adolescente o joven a quien se le ha impuesto la medida citada no ha realizado, generalmente, una demanda explícita ni ha manifestado la voluntariedad inicial para implicarse en un seguimiento concreto. Probablemente, en la mayoría de ocasiones, el adolescente o joven tampoco tiene conciencia plena del nivel de trascendencia respecto de las acciones cometidas ni una voluntad asumida para mejorar su propia capacitación general.

El profesional encargado del seguimiento debe de intentar incidir en el conjunto de factores que pueden explicar que el adolescente o joven haya realizado la conducta transgresora por la que se ha impuesto la medida judicial. Según lo expuesto por Andreu Peláez, (1), debe intentarse, pues, que el chico adquiera el conjunto de habilidades, capacidades y actitudes que le permitan implicarse en un proceso positivo de desarrollo personal.

Por un lado, el adolescente o joven debe implicarse en una intervención que no ha solicitado. Se le obliga, pues, a asistir a las entrevistas y al cumplimiento de las reglas de conducta o pautas socio-educativas que se le hayan impuesto con carácter

obligatorio. Por otro lado, el profesional encargado del seguimiento no ha tenido, inicialmente, ninguna demanda para intervenir por parte del chico o de su familia. El profesional está pues obligado a desplegar las habilidades propias de su función que posibilite un adecuado proceso positivo de cambio, con el objetivo de conseguir la vinculación, la implicación y la adhesión del chico y de su familia.

Siguiendo con la terminología utilizada por Carlos Lamas (2), el contexto profesional de cambio hace referencia al marco que se establece entre el usuario y el profesional, permitiendo dotar de significado a una serie de intercambios comunicacionales que están orientados a conseguir el cambio en el usuario. Lamas define los contextos profesionales en seis categorías: **el asistencial, el de consulta, el terapéutico, el de evaluación, el informativo y, finalmente, el de control.**

Si, por ejemplo, nos referimos al trabajo que se realiza con la concreción de las medidas de intervención en medio abierto que han impuesto los juzgados de menores, es evidente que nos situamos en un **contexto profesional de control.** Se trata de un contexto que incorpora una obligación y un encuadre determinado y concreto. Así, el profesional debe de intervenir para responder al mandato de la instancia judicial mientras que el adolescente o joven debe cumplir con las obligaciones inherentes a la medida. Este contexto debería ser utilizado, básicamente, cuando otros no han podido conducir anteriormente la situación actual que presenta el adolescente o joven.

De este modo, el conjunto de conceptos y de estrategias a los que nos referiremos a continuación no están reservados al contexto definido como de control, sino que son comunes a las intervenciones psico-socio-educativas que provienen de cualquier contexto profesional señalado.

LAS TAREAS EVOLUTIVAS DE LA ADOLESCENCIA

Fina Palomar, 3), describe la aportación de Fishman, a partir de que éste sitúa las tareas evolutivas de la adolescencia, incluyendo los siguientes aspectos:

• *La construcción de una identidad*

Tiene lugar en el espacio relacional con el entorno y hay que entenderla como la posibilidad de ser uno mismo y diferente de los demás, consolidando una perspectiva y dirección propia, en el contexto del tránsito de pasar de niño a adulto. Es el resultado del proceso de búsqueda personal, contrapuesta a la identidad de las otras personas, integrando:

- a) lo que se ha estado en el pasado, lo que se es en el presente y lo que se quiere ser en el futuro.
- b) lo que se percibe como real y como posible o ideal.
- c) la imagen que se tiene de uno mismo y la impresión que se produce a los demás.

• *El desarrollo de la competencia social*

Se favorece y se reconoce en el entorno y comporta la capacidad para relacionarse de manera adecuada e integrarse en la sociedad de referencia. Es preciso el desarrollo de nuevas estrategias para afrontar los cambios en las relaciones con los demás y para reafirmarse ante las nuevas realidades sociales, en un momento en el que aumentan enormemente los contextos de relación.

A nivel educativo se trata de un momento de cambio, pasando, por ejemplo, de la enseñanza primaria a la secundaria:

- a) al adolescente se le pide que decida sus opciones a nivel de decisiones determinantes para su futuro.

- b) exigencias sociales de calificación profesional que, a menudo, coinciden y se reflejan con las propias exigencias de los padres.

• *El proceso de individuación*

La individuación es el objetivo final del proceso de crecimiento que culmina en ser autónomo y asumir las responsabilidades propias de un adulto. Se trata de un proceso que debe estar autorizado y favorecido desde la propia familia.

LAS FAMILIAS CON HIJOS ADOLESCENTES

Siguiendo con las indicaciones que nos hace Fina Palomar, en las familias con hijos adolescentes es fundamental que consigan pasar de la **DEPENDENCIA** a la **PERTENENCIA** a partir de la consecución del progresivo distanciamiento del adolescente, en la seguridad, sin embargo, de que éste continúa formando parte de la familia.

Distanciamiento entendido como un proceso complejo para todos los componentes y que, a menudo, provoca tensiones entre el adolescente y la familia. El alejamiento, sin embargo, no ha de comportar la alienación, es decir que debe suponer la separación progresiva que permita continuar con la identificación y con la conexión mutua. La finalidad, en definitiva, no es la de que el hijo huya del hogar familiar sino que vaya saliendo de él de un modo gradual y que continúe manteniendo una adecuada relación con la familia propia.

Debe conseguirse que las familias y los adolescentes pasen de la **COMPLEMENTARIEDAD** a la **SIMETRÍA**, es decir de la dependencia propia de la niñez a la independencia posterior, culminando en una relación entre personas autónomas.

Se debe, entonces, fomentar el paso del niño dependiente al adulto independiente, superando el período inicial en el que los

padres tienen una posición alta y el niño una posición baja, al período culminante de todo proceso en el cual los padres y el hijo son adultos y parten de una relación entre iguales.

La transición se convierte en un período complicado por la diferencia de objetivos entre padres e hijos durante el tránsito adolescente, debido a:

- Los padres que creen que la función del adolescente debe de ser la de prepararse para la vida adulta.
- Los hijos que creen que la función propia debe ser la de sobrevivir cada día con el soporte emocional de su grupo de iguales.

La **NEGOCIACIÓN**, se presenta de este modo como un instrumento fundamental en este proceso, debido a que,

- Confirma el respeto entre padres y entre hijos.
- Contribuye a establecer acuerdos en situaciones concretas.
- Fomenta el pacto como la posibilidad de solucionar los conflictos futuros de manera constructiva y ayuda a disminuir las tensiones coyunturales.

En las familias con hijos adolescentes son frecuentes las tensiones que afectan al propio sistema y que, al mismo tiempo, comportan un peligro. Se debe, sin embargo, contemplarlo también como una oportunidad para abordar el conflicto, reforzando una nueva situación que debería de comportar una mejora basada en una nueva realidad, que aglutina los procesos propios de cada componente del núcleo familiar.

Según la descripción de Pittman, F.S., (5), cuando se refiere a la tipología de **crisis familiares** y que clasifica en **crisis de desgracias inesperadas; crisis de desarrollo; crisis estruc-**

turales y crisis de desvalimiento, debemos situar las crisis en familias con hijos adolescentes como **crisis de desarrollo**. Estas son previsibles y se sitúan en familias que han adaptarse a las realidades cambiantes de los diversos integrantes, entendiéndolos y ajustando las nuevas necesidades de los individuos a las generales del núcleo.

Posiblemente, en muchas crisis vemos a familias que tienen dificultades graves para incorporar el nivel progresivo de autonomía de sus adolescentes y las contradicciones que presentan. Se les debe de informar y debe intentarse contener la angustia que puedan sentir. A menudo, es útil que los padres se relacionen con otros que pasan por situaciones similares y puedan reflexionar y compartir experiencias comunes.

LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN MEDIO ABIERTO

Siguiendo documentos de trabajo de equipos de profesionales de diferentes comarcas (Tarragona, Barcelona...) que se encargan de la concreción de las medidas judiciales de medio abierto propias de la justicia juvenil, (6), las líneas estratégicas de trabajo en el propio entorno de los adolescentes y jóvenes, pasaría por la **PERSUASIÓN** y la **INFLUENCIA**, además de otras tres con las que nos detendremos:

1. **La orientación y la relación de ayuda,**
2. **La formación y aprendizaje de competencias sociales,**
3. **La negociación y la mediación.**

Definamos, a continuación, algunos aspectos significativos de las estrategias remarcadas.

LA ORIENTACION Y LA RELACIÓN DE AYUDA

La orientación y el vínculo establecido entre el profesional que utiliza las técnicas y las habilidades propias de su trabajo, con un adolescente o joven que cuenta con unas capacidades, unos intereses, una situación y un contexto socio-familiar determinado, es el instrumento básico que permite llevar a la práctica la intervención educativa y de responsabilización.

Carme Panchón, (7), nos recuerda las aportaciones de representantes de la corriente humanista en psicología, Rogers, y su discípulo Carckhuff, para quienes un profesional debe de desarrollar un conjunto de habilidades con el objetivo de que el chico se convierta en una persona en pleno funcionamiento. Y para eso Marroquín, (8) recoge de los autores señalados algunas habilidades que se deben desplegar: **la empatía; el respeto o aceptación; la concreción; la confrontación; la inmediatez o la auto-manifestación.**

En todo el proceso debe entenderse que el núcleo central de la intervención en medio abierto es el chico como protagonista del seguimiento. Deben de conocerse **los factores de riesgo (estáticos y dinámicos) y los factores de protección** que configuran su situación personal; analizar y contrastar la realidad detectada con aquellos agentes que intervienen en su socialización, para, en definitiva, potenciar las capacidades que presente y reconocer las dificultades y conflictos de situación y de transición, con la idea de intentar conducirlos y superarlos.

Es fundamental conocer e incidir en el entorno social del chico, tanto en el ámbito escolar u ocupacional como en el lúdico. Resulta clave conocer las características del grupo de iguales y el papel que juega en la dinámica grupal. Debe también saberse las características y el nivel de tolerancia a la trasgresión que pueda existir en la comunidad de referencia. Y en el ámbito familiar, deben trabajarse aquellos aspectos de la relación que

puedan ser mejorados además de intentar que la familia se implique y entienda la situación en la que está inmerso el chico (1)

Es a partir del conocimiento comentado cuando pueden seleccionarse las variables específicas de cada situación, distinguiendo las variables estructurales (que deben darnos los datos objetivos), las de posición (que nos permiten saber lo que expresa el sujeto con el que se interviene) y las de respuesta (sabremos lo que realiza concretamente para conseguir lo que ha expresado).

Veamos un ejemplo que ilustre el tema planteado. Alan es un chico de diecinueve años. Desde los dieciséis ha trabajado en faenas ocasionales relacionadas con la construcción pero sin haber conseguido una estabilidad mínima. El chico no cuenta con conocimientos importantes en el ramo de producción comentado. Hasta aquí hablaríamos de variables estructurales.

Alan explica que quiere trabajar y que esto es prioritario para él. Tenemos así una variable de posición. Lo cierto, sin embargo, es que el chico no se ha movido en los últimos meses y sólo ha comentado a algunos amigos su deseo de trabajar. Esta sería una variable de respuesta.

Es evidente que a partir de ordenar las variables comentadas podemos valorar la situación real y planificar el conjunto de objetivos que se prevén como factibles para conseguir una evolución positiva del caso y planificar las estrategias adecuadas para poderlos concretar.

En el caso de Alan, ordenar las variables nos permite conocer si la búsqueda de trabajo es realista, adecuada con respecto a las propias capacidades del chico y si éste utiliza las vías correctas. Es evidente también que contrastar el programa de intervención y consensuarlo con Alan permitirá aumentar las posibilidades reales de conseguirlo y de posibilitar así un mayor nivel de integración social del chico.

En definitiva, puede afirmarse que la intervención psico socio-educativa en un contexto profesional de control comporta una doble obligación. Por un lado, al adolescente o joven que debe de asistir a las entrevistas pautadas por el profesional y observar en ellas una actitud mínima de colaboración. Por otro lado, al profesional que debe desplegar las habilidades propias de su función con el objetivo de conseguir la vinculación adecuada y la adhesión del chico.

Y llegamos así al punto clave como es el de la vinculación. El profesional debe de incorporar algunos aspectos relacionados con la legitimidad, el compromiso o la credibilidad con respecto al adolescente o joven, con la familia y con la comunidad de referencia. Además, es preciso que se busquen las estrategias flexibles de acercamiento con el objeto de nuestro trabajo, en lugar de esperar de manera pasiva que el adolescente o joven acepte la intervención.

En zonas de trabajo conocidas como de "patología social" y en las que son frecuentes las situaciones de disociabilidad y las de tolerancia y mitificación a las acciones transgresoras, nos encontramos con muchos seguimientos poco refractarios a la intervención. En estos barrios la posibilidad de un trabajo eficaz no se consigue sólo por el encargo institucional recibido sino, principalmente, por la referencia y la credibilidad en la intervención y que se consigue a partir de la práctica profesional cotidiana y el compromiso con un proyecto que permita intentar transformar la realidad.

2. LA FORMACION Y APRENDIZAJE DE COMPETENCIAS SOCIALES

El desarrollo de la competencia social es fundamental para la mejora de las condiciones personales y sociales en casos de personas en dificultad y en conflicto social.

Algunos autores utilizan conceptos tales como competencia social, inteligencia social o inteligencia emocional que, definida por Goleman, (9), se refiere a la consecución de habilidades sociales relacionadas con **la interacción, integración social y desarrollo cognitivo y psico-social de las personas y que se adquiere en un proceso de aprendizaje más o menos favorecido según las predisposiciones temperamentales y las características del entorno social en el que se desarrolla una persona.**

Muchos adolescentes y jóvenes presentan una percepción errónea de hechos o de situaciones determinadas, tienen dificultades para elaborar la información que reciben o, simplemente, cuentan con pocas capacidades para tomar decisiones, resolver conflictos o relacionarse de manera adecuada según el contexto en el que se encuentren.

En definitiva, se debe ayudar a los chicos a mejorar los propios recursos personales. Algunas de las áreas en las que podemos intervenir serían:

- **Cognitiva:** reflexividad, pensamiento crítico, sensibilidad inter-personal, pensamiento medios-fines, pensamiento alternativo, pensamiento causal y otros.
- **Conductual:** habilidades sociales y de comunicación inter-personal.
- **Emocional:** reconocimiento e identificación de emociones, expresión emocional, empatía o auto-control.

En varias situaciones de adolescentes y jóvenes infractores nos encontramos con dificultades de control de la impulsividad; de poder razonar de manera crítica y de poder prever los pasos adecuados para conseguir un objetivo determinado o la incapacidad para reconocer y expresar los aspectos personales que le están condicionando.

En cualquier caso, es frecuente la falta de habilidades para comunicarse de manera adecuada. Habilidades como las de presentarse correctamente ante otro o las de observar una imagen en sintonía con el contexto, a menudo se presentan como muy difíciles de llevar a la práctica.

3. LA NEGOCIACION Y LA MEDIACION

La negociación y la mediación son estrategias básicas para gestionar y solucionar conflictos de manera satisfactoria para las partes. En la situación de negociar es fundamental que los protagonistas del conflicto puedan abordarlo directamente. En la mediación podemos incorporar la intervención de un tercero, que es el mediador y que debe encargarse de crear una comunicación alternativa y de conducir la negociación de manera asistida.

En casos de padres y de hijos, probablemente se situarán en la discusión e intento de llegar a acuerdos en cuestiones concretas y que afectan a la relación y la convivencia cotidiana. A menudo, la mediación llegará como un segundo paso posterior a la orientación previa con una parte o con las diferentes partes en conflicto. En este sentido, es interesante el concepto de orientación, intermediación y posible encuentro posterior entre padres e hijo en forma de mediación que incorpora Francesca Ferrari, (10).

La mediación servirá entonces para abordar situaciones de personas que mantienen relaciones deterioradas y que necesitan aclarar malos entendidos, además de buscar la concreción de una nueva comunicación cooperativa. Cuando las partes se

legitiman y se reconocen mutuamente, el conflicto pasa a un segundo lugar y la empatía personal ofrece nuevos caminos y posibilidades.

La negociación y la mediación debe utilizarse cuando se pretende que las partes establezcan unas bases de diálogo que puedan favorecer la creación de una nueva realidad basada en la identificación conjunta y en la cooperación. Cuando el profesional de medio abierto utiliza estrategias propias de la mediación, es necesario que no esté implicado en el conflicto y tener claro que no va a aconsejar acerca de posibles soluciones. En todo caso, ofrece un espacio común y distendido y facilita el acercamiento y la comunicación alternativa, como manera de que las partes se sientan protagonistas, tanto del conflicto como de la búsqueda de las vías para intentar solucionarlo.

La ventaja de la negociación y de la mediación no hay que encontrarla sólo en los acuerdos a que puedan llegar las partes o en la construcción de una comunicación positiva. Debe entenderse que las partes incorporan en sus estructuras mentales los instrumentos, las habilidades, los conocimientos y las actitudes que pueden evitar nuevos conflictos en el futuro. Puede, de este modo, verse a la mediación no solamente como un recurso asistencial capaz de satisfacer demandas concretas, sino que, como comenta Francesc Reina, (11), también tiene un potencial altamente educativo que aporta modelos correctos, constructivos y cívicos de convivencia.

Se establecen, en definitiva, compromisos y concesiones, en que las partes renuncian a alguna cosa para llegar a un acuerdo satisfactorio para todos. Si se quiere conseguir que una parte conceda a la otra aquello que conviene a los dos, se le deben de facilitar las razones para poder hacerlo. El acuerdo se encontrará a partir de la colaboración y la cooperación mutua y no a partir de la competencia. Como profesionales deberemos de

reforzar nuestras habilidades de **escucha activa** con el fin de ayudar a las partes a conocer sus necesidades e intereses reales y a superar las argumentaciones y posiciones iniciales que habían adoptado.

CARLOS Y JUAN: UN CONFLICTO INTERGENERACIONAL

Juan es un chico de diecisiete años y que está en seguimiento por la imposición de una medida de libertad vigilada que resolvió un juzgado de menores, como respuesta a un delito de lesiones y otro de daños que el chico había cometido un tiempo atrás.

Debe de situarse a Juan como vecino de un barrio de promoción pública en el que son evidentes las mejoras que se han producido, a partir de los esfuerzos de los vecinos, de las intervenciones institucionales y de los propios cambios sociales que se han venido produciendo con respecto a algunas décadas anteriores. El barrio, a pesar de ello, presenta todavía un alto nivel de paro, una desigualdad importante entre la realidad económica de sus vecinos y entre las actividades ocupacionales que realizan. Es evidente la proliferación de las actividades ilegales y el elevado nivel de tolerancia a la trasgresión normativa y que se concentra en algunas zonas determinadas del barrio.

Las escuelas presentan todavía un nivel alarmante de absentismo y de fracaso escolar. El índice de analfabetismo funcional es aún muy importante. En este contexto, es frecuente la reafirmación de varios adolescentes a partir de la comisión de acciones delictivas que, además, les comportan un elevado prestigio en algunos grupos de iguales. Los robos, las conducciones de vehículos y sus conductas temerarias son prácticas habituales entre muchos adolescentes y jóvenes del barrio.

Volviendo a Juan, comentar que estuvo casi dos años sin aparecer por el instituto. Esto comportó que no realizara ninguna actividad formativa estructurada y que se implicara en un grupo

de iguales muy actuante y en el que mostraba una actitud gregaria y dependiente con respecto a las consignas de un líder al que idealizaba y mitificaba.

A nivel familiar hay que señalar que Juan es el hermano mayor de una familia compuesta por el padre (Carlos), Juan y dos hermanos más pequeños que todavía están escolarizados. La madre murió hace cosa de unos cinco años. El padre no ha establecido otra relación de pareja. La abuela paterna y unas tías ayudan al núcleo familiar en cuestiones domésticas pero sin asumir un papel activo en la dinámica cotidiana de cuidado de las incidencias de los chicos.

El padre es un hombre trabajador y que intenta ser un referente adecuado para sus hijos. Sucede, sin embargo, que trabaja gran parte del día y que no les presta toda la atención que sería necesaria. En la familia, en cualquier caso, debe de destacarse el nivel de identificación y de sentimiento de pertenencia que existe entre sus componentes.

Debido a que el profesional encargado de concretar la medida de libertad vigilada lleva muchos años en el barrio, conoce una incidencia fundamental en la historia de la familia amplia y que se refiere a la muerte de un hermano del padre y tío, por tanto, de Juan. En efecto, hace cosa de doce años que el tío era un adolescente muy conocido en el barrio y que había mejorado una situación inicial llena también de incidentes delictivos. Lo había superado hasta concretar una actividad laboral y personal normalizada y desprovista de situaciones de riesgo. Sin embargo, en una mala noche se mató conduciendo un ciclomotor después de salir de una discoteca.

Con respecto a los objetivos previstos como contenido de la medida de libertad vigilada se priorizaba que Juan fuera consciente de la repercusión de las acciones asumidas y que desapareciera su conducta delictiva. Se trataba de mejorar el nivel de

dependencia del chico con respecto al grupo de iguales y de que Juan asumiera una actitud más autónoma con respecto a las acciones cometidas por el grupo referencial.

Se trataba, además, de que Juan iniciara un proceso adecuado de inserción laboral, debido a que manifestaba querer trabajar y que presentaba importantes capacidades manipulativas. Juan se puso a trabajar en una carpintería de aluminio sabiendo mantener el trabajo e implicándose correctamente. A nivel grupal fue relacionándose con un grupo más reducido de compañeros e inició una relación con una chica.

En general, la situación parecía muy mejorada. El padre reconocía el cambio positivo del hijo y la superación de las preocupaciones que le había dado tiempo atrás. Tampoco había dificultades a nivel de implicación ni de orden horario. La diferencia más importante entre el padre y el hijo tenía que ver con que el padre no aceptaba que el hijo volviera más tarde de las dos de la mañana durante los fines de semana. Juan lo aceptaba a regañadientes. Sabía que el padre era en general una persona muy tolerante pero, en cambio, era inflexible en el tema del horario.

Un lunes por la mañana estalla el conflicto latente. Cuando el profesional llega a su lugar de trabajo se encuentra con que Juan le está esperando. Al mismo tiempo recibe una llamada del padre que le comunica que Juan no ha dormido en casa durante todo el fin de semana y que, por ello, va a ir a la policía para denunciar la desaparición. Obviamente, y teniendo en cuenta que se tiene al hijo delante, se recomienda al padre que no lo haga y que se espere un rato, comentándole que sabemos que el hijo se encuentra bien.

Al disponerse a hablar inmediatamente con Juan explica que le había pedido al padre volver más tarde el viernes por la noche debido a que había quedado con la novia y con unos amigos.

Consideraba que podía hacerlo y que era lógico después de una semana de trabajo. El padre se había negado rotundamente y le había advertido con pegarle si llegaba más tarde de las dos. Juan, después de estar en la discoteca y de superar la hora límite de retorno, tuvo miedo de volver, optando por quedarse en casa de un amigo durante el fin de semana.

Con Juan, y después de escucharle, se intenta que piense en la causa que puede comportar la intransigencia del padre además de intentar legitimar a éste en hacerle ver al chico de que el padre muestra un alto grado de preocupación hacia él, aunque lo exprese, posiblemente, de una manera inadecuada.

A continuación se hace venir al padre y se mantiene con él una entrevista individual. Se centra en hacerle entender que el hijo ha ido creciendo, que realiza actividades acordes, que no presenta signos de consumo de riesgo y en que merece poder divertirse con sus compañeros y con la chica con la que sale. En definitiva, se utilizan estrategias provenientes de la orientación o ayuda técnica propias del saber profesional del que está interviniendo.

Se debe pasar a un segundo nivel. Con el padre sale en la entrevista el recuerdo del hermano que murió en accidente y de la tristeza que siente todavía. Cada vez que sale Juan, el padre sufre con la idea de que le pase lo mismo. Reconoce que el hijo no bebe demasiado y que tampoco conduce cuando sale por la noche. Se le pregunta a Carlos si ha explicado y ha compartido con el hijo la preocupación y sufrimiento que tiene. Comenta que le cuesta hablar de estas cosas y que no tiene habilidades para explicarse. Reconoce, sin embargo, que su hijo ya no es un niño y que debe de salir como los demás chicos de su edad.

La comunicación que han ido creando el padre y el hijo no ha contribuido a que tuvieran conversaciones fluidas y hablaran de los temas comunes que les preocupan. Con Carlos se intenta en

el transcurso de la entrevista, convencerle de que puede hablar con su hijo de manera adecuada y de que éste puede agradecerle la nueva actitud a partir de verle de manera más cercana y real. También se ha abordado con Juan que fuera capaz de explicarle al padre sus deseos de divertirse dentro de unos límites. Se ha tratado, en definitiva, de intentar aumentar el nivel competencial de ambos.

Es el momento de juntar a los dos y de que discutan del conflicto que les concierne. Los dos prefieren verse inicialmente en presencia del profesional, asumiendo éste estrategias propias de la mediación. Los dos han hablado previamente de sus respectivos puntos de vista y se les ha invitado a ponerse en el lugar del otro. Después de unos momentos iniciales de mucha tensión entre ellos y en los que el mediador intenta crear el clima distendido, tanto el padre como el hijo exponen sus razones respectivas y crean una realidad en la que no hay un culpable sino en la que los dos tienen su parte de razón.

El padre puede explicar la historia del hermano y elaborar que esto no debe impedir que el hijo salga por la noche en consonancia con su edad. El hijo reconoce por su parte que es lógico que el padre se preocupe y que tiene derecho a saber lo que hará y una hora aproximada en la que va a volver. Acuerdan que cada noche que salga Juan volverá antes de las cuatro. En el caso de que se le haga tarde por alguna incidencia, se compromete a llamar al padre explicándole donde está y cuando va a volver.

LA TIPOLOGIA DE LOS ADOLESCENTES CON PROBLEMAS RESPECTO A SUS FAMILIAS

Recordando las aportaciones de Pittman,(4), podemos clasificar a los adolescentes con problemas en relación a sus familias según la tipología de **adolescentes clandestinos, sociópatas, rebeldes, predestinados al fracaso, imperfectos o salvadores**. Entendiendo, sin embargo, la clasificación como meramente.

La realidad actual en la intervención de los profesionales que han realizado el presente artículo, se centra principalmente con adolescentes y jóvenes que provienen de algunos barrios con un alto nivel de actividad criminógena y también por los esfuerzos que se han realizado para mejorar su realidad.

A partir de la experiencia y de la casuística de los casos de menores infractores con los que se han trabajado en los últimos años en distintas zonas, la tipología menos frecuente corresponde a la de chicos rebeldes, predestinados al fracaso o imperfectos aunque es evidente que también hay algunos casos y que, probablemente, la tipología se invertirá según la zona que observemos.

En general, los **adolescentes rebeldes** son aquellos que presentan muchos problemas en casa y que se concretan en forma de conflicto abierto respecto de la relación con sus padres o con alguno de ellos. En cambio, son chicos con un buen nivel de funcionamiento social y una concreción de actividades y de rendimientos positivos a nivel académico o laboral. Puede suceder que los padres estén demasiado pendientes del hijo y que les cueste aceptar que se van convirtiendo en personas autónomas. Esto sucede a menudo cuando los padres están separados y mantienen una mala relación que se corresponde a actitudes contrapuestas entre ambos, presentando un alto nivel de permisividad por una parte y mucha rigidez por la otra.

En estos casos es básico escuchar constantemente al hijo y englobar a toda la familia en la búsqueda de alternativas, concretando reglas claras de funcionamiento doméstico que sean negociadas y que incorporen los cambios evolutivos que se van concretando a lo largo del tiempo.

En los casos de **adolescentes predestinados al fracaso** se trata de chicos que han podido padecer numerosas enfermedades en su infancia o que sufren deficiencias leves pero que no

son reconocidas adecuadamente por parte de los padres, los cuales pueden combinar actitudes de sobre-protección, de agresividad o de negación de la realidad del hijo. Este, en general, puede necesitar mucho la dependencia de la relación grupal y adoptar en ella actitudes gregarias.

En tales situaciones se debe trabajar con los padres la realidad y aceptación de las limitaciones del hijo, en el contexto de que valoren las capacidades que tienen y las posibilidades de poder concretar numerosas alternativas. También debe de valorarse la conveniencia de que el adolescente pueda reafirmarse a nivel social incorporándole a grupos organizados de tipo terapéutico, formativo o lúdico.

Otro grupo de chicos serían los que denominamos como **adolescentes imperfectos**. Se trata de situaciones de adolescentes que no presentan dificultades relevantes en su propio proceso evolutivo pero que no consiguen satisfacer los deseos y expectativas de los padres, los cuales plantean un proyecto rígido respecto a sus hijos y que confunden con su propia vida. Pueden presentarse situaciones de chicos tristes y furiosos y también situaciones de padres muy distantes con la realidad de aquellos.

Es evidente que debe de hablarse del futuro de los chicos ayudando a los padres a superar sus propias insatisfacciones, a aceptar la autonomía, características y posibilidades de los hijos y ayudando a éstos a seguir el propio proceso en relación a las capacidades reales que presentan.

En los casos estudiados en la zona de trabajo comentada, es más frecuente encontrarnos con adolescentes a los que denominamos como salvadores, clandestinos o sociópatas. Empecemos por las características de los **adolescentes salvadores**. Se trata de chicos que asumen un papel activo en situaciones de conflicto conyugal entre los padres y, en general, crean coalición con el progenitor que ven como más débil y con el cual se identifican.

Nos encontramos a menudo también con padres que presentan enfermedades y dificultades objetivas para ser referentes adecuados y que necesitan ser atendidos de manera permanente. En el caso de José, por ejemplo, vemos a unos padres que están intentando superar los efectos de su dependencia al consumo de sustancias tóxicas y que están en tratamiento de metadona. La adicción les ha generado unas graves repercusiones físicas. José, de esta manera, debe ayudarles de manera permanente.

El chico asume un papel que no le corresponde y muestra dificultades para implicarse en actividades propias de la edad. Es evidente la insatisfacción personal que siente y que, a veces, ha traducido en una actitud agresiva hacia los demás y en la implicación en delitos relacionados con las lesiones y los daños. Es importante, así, buscar ayudas alternativas para los padres y que estos permitan centrar a José en tareas propias de su edad y su situación.

La mayor parte de los casos con los que nos encontramos podríamos enmarcarlos en el contexto de **adolescentes clandestinos**. Se trata de chicos que se meten en problemas y que presentan numerosas dificultades sin que los padres lo sepan. A menudo, observamos una falta de cohesión familiar y poca capacidad de comunicación entre los diversos componentes, además de unos padres más preocupados por otros temas vitales.

En los casos que se han estudiado para este artículo nos encontramos con un total de once adolescentes a los que podríamos clasificar dentro de esta categoría. De entre ellos, en nueve casos o bien los padres estarían separados sin un acuerdo amistoso o bien uno de ellos ha desaparecido. Es así como uno de los progenitores asume la responsabilidad cotidiana y tiene problemas con tirar adelante, mientras que el otro o no existe o, por diversas razones, mantiene una actitud de distanciamiento efectivo y poco implicado.

En estas situaciones debe intentarse aumentar la comunicación entre los diversos componentes de la familia y el nivel de control, atención y supervisión de los padres con respecto a los hijos, fijando normas claras de convivencia gracias a acuerdos que sean negociados y evaluables.

Finalmente, en la investigación realizada es frecuente encontrarnos con **adolescentes sociópatas**. En la realidad profesional se trabaja en muchos casos de familias con pocos recursos pero también en situaciones con posibilidades económicas grandes que provienen de actividades ilegales. En definitiva, se trataría de familias en conflicto con la ideología mayoritaria a nivel social. Si los hijos realizan actividades delictivas o de riesgo podemos encontrarnos con padres que las encubren y/o fomentan.

Actualmente, por ejemplo, es preocupante el nivel de chicos menores de edad que conducen habitualmente vehículos sin permiso o licencia y que se implican en actitudes temerarias. Hace algunos años que estas conductas iban asociadas con la sustracción de vehículos. Actualmente, puede pasar que la propia familia les deje el vehículo y vea normal que los chicos lo conduzcan. Argumentarían que los coches deben ser llevados cuando se está capacitado y que no es necesario esperar hasta los dieciocho años. El problema se agrava cuando no conocen ni pueden garantizar el uso real del vehículo y cuando, desgraciadamente, en los últimos años estamos asistiendo a demasiados entierros de chicos menores de edad que han protagonizado conducciones temerarias.

Con familias de esta tipología es evidente que se hace muy difícil intervenir de manera adecuada y eficaz, debido a la coalición entre los padres y los hijos y al nivel de conciencia de que tienen razón. Los padres sitúan las culpas en figuras y situaciones externas a la familia y pueden llegar a enfrentarse con los profesionales que intenten intervenir y a los que pueden llegar a acusar de los problemas que hayan podido tener. Es necesario

recordarles, de manera prioritaria, las consecuencias de las acciones cometidas y las respuestas que pueden darse.

Comentarios finales

Volviendo a la introducción hay que referirse a que hemos intentado profundizar en las estrategias principales de toda intervención de relación en un contexto de ayuda y reivindicar la mediación como un instrumento básico y fundamental que, sin duda, puede mejorar la calidad de nuestras intervenciones profesionales.

Mediación como instrumento que, por una parte, puede complementarse con otras estrategias cuando estamos trabajando en conflictos entre adolescentes y las familias o entre los adolescentes y los demás núcleos básicos de su proceso de socialización. De otra parte, la mediación como un instrumento que, probablemente, hemos utilizado de manera constante sin, tal vez, ser conscientes plenamente o sin hacerlo con la plenitud y posibilidades que nos permite el profundizar en la formación y conocimiento de su metodología.

Finalmente, comentar que desde nuestra práctica laboral nos parecen claves los conceptos de vinculación o de referencia profesional en un territorio o comunidad determinada. No sólo es importante que mejoremos nuestras habilidades profesionales sino también que valoremos correctamente las características concretas que presenta cada adolescente, cada familia y cada entorno, como la manera de diversificar y ajustar nuestra intervención a la realidad de cada situación determinada.

BIBLIOGRAFÍA

- Equipo de Delegados de Asistencia al Menor de Tarragona: Jordi Burcet, Puri Forné, Marci Macías, Empar Medá, Salvador Miquel y con la colaboración de Carme Ponce, profesora de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.
- FERRARI, F. Responsable del Programa SOMIA (Servicio de orientación y mediación con niños y adolescentes), A.C.I.S.J.F., Barcelona.
- FISHMAN, H.CH. "Tratamiento de adolescentes con problemas". Barcelona: Editorial Paidós, 1990.
- GOLEMAN, D. "La práctica de la inteligencia emocional". Barcelona: editorial Kairós, 1998.
- LAMAS, C.: Los primeros contactos. Capítulo 3 del libro : "La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática" de Coletti, M. y Linares, J.L. Barcelona: Editorial Paidós, 1997.
- MARROQUÍN, M. "La relación de ayuda en R.R. Carkhuff". Bilbao: Mensajeros, 1982.
- PALOMAR, F. Material elaborado para los cursos "La mediación en situaciones de conflicto familiar y crisis con adolescentes", organizados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, durante los años 2000 y 2001.
- PANCHÓN, C. "Manual de pedagogía de la inadaptación social". Barcelona: Dulac ediciones, 1998.
- PELÁEZ, A.: "Las medidas de intervención en medio abierto". Comunicación presentada para el Consejo comarcal del Baix Llobregat. Junio, 2001.
- PITTMAN, F.S. "Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis". Barcelona: Ed. Paidós, 1990.
- REINA, F.: "Mediaciones socioeducativas en el municipio" en Cuadernos de Educación Social, núm. 1. Mediación y Educación Social. Barcelona: CEESC.

NOTAS

- (1) PELÁEZ, A.: "Las medidas de intervención en medio abierto". Comunicación presentada para el Consejo comarcal del Baix Llobregat. Junio, 2001.
- (2) LAMAS, C.: Los primeros contactos. Capítulo 3 del libro : "La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática" de Coletti, M. y Linares, J.L. Barcelona: Editorial Paidós, 1997.
- (3) PALOMAR, F. Material elaborado para los cursos "La mediación en situaciones de conflicto familiar y crisis con adolescentes", organizados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, durante los años 2000 y 2001.
- (4) FISHMAN, H.CH. "Tratamiento de adolescentes con problemas". Barcelona: Editorial Paidós, 1990.
- (5) PITTMAN, F.S. "Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis". Barcelona: Ed. Paidós, 1990.
- (6) Equipo de Delegados de Asistencia al Menor de Tarragona: Jordi Burcet, Puri Forné, Marci Macías, Empar Medá, Salvador Miquel y con la colaboración de Carme Ponce, profesora de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.
- (7) PANCHÓN, C. "Manual de pedagogía de la inadaptación social". Barcelona: Dulac ediciones, 1998.
- (8) MARROQUÍN, M. "La relación de ayuda en R.R. Carkhuff". Bilbao: Mensajeros, 1982.
- (9) GOLEMAN, D. "La práctica de la inteligencia emocional". Barcelona: editorial Kairós, 1998.
- (10) FERRARI, F. Responsable del Programa SOMIA (Servicio de orientación y mediación con niños y adolescentes), A.C.I.S.J.F., Barcelona.
- (11) REINA, F.: "Mediaciones socioeducativas en el municipio" en Cuadernos de Educación Social, núm. 1. Mediación y Educación Social. Barcelona: CEESC.

Bioética y Trabajo Social. Hacia una propuesta humanizadora

www.elsevier.com

El presente artículo trata de proponer una reflexión sobre lo que los Trabajadores Sociales realizamos diariamente, bajo la mirada de la Bioética.

Si bien es una disciplina que se le relaciona directamente con la Medicina, sus principios pueden ayudar a pensar el quehacer de otras profesiones, como la nuestra, donde el principal sujeto es el otro que viene a nuestro encuentro con el fin de obtener respuesta que le permitan solucionar sus necesidades, aunque esto es utilizado por nosotros para revalorizar sus potencialidades y hacer que la persona encuentre su propio proyecto.

Se añilizan los principios de Beneficencia, Autonomía y Justicia, pilares de la Bioética, relacionándolos con la experiencia profesional y otorgando una perspectiva esperanzadora que destaque la posibilidad de cambiar nuestras acciones haciéndolas más humanas. Esto favorecerá tanto a los usuarios como a nosotros, pero especialmente beneficiará a la comunidad donde nos insertamos.

Mónica Esther Varas

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo propone una reflexión sobre lo que cotidianamente realiza el Trabajador Social a la luz de la Bioética.

Para definir a esta última, se adhiere al siguiente concepto: "Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales"¹.

Ubicados en el ámbito de la salud, partimos del análisis de los principios de la Bioética: *beneficencia, autonomía y justicia*, para relacionarlos con la praxis del Servicio Social y poder vislumbrar alternativas de acción, no sólo fundamentadas en las ciencias, sino en el área de la conciencia.

Se ha analizado parte de la numerosa bibliografía existente sobre Bioética, para reelaborarla y ofrecerla a los colegas en un camino que ya muchos transitan, a fin de poder recibir los aportes y sugerencias que nos ayuden a continuar en la profundización de nuestra tarea diaria.

Se puede decir que en muchas situaciones, nos encontramos con un dilema:

Las actuales condiciones laborales dificultan en el Trabajador Social la posibilidad de realizar un abordaje bioético de sus acciones.

La definición operacional de "condiciones laborales" comprendería: las influencias recibidas desde la población que demanda, el grupo de trabajo, la institución y los modelos de atención.

¹ (Encyclopedia of Bioethics. 1.978, Free Press Macmillan, Warren Reich Ed.).

Desarrollo de los ejes temáticos

Por ser agentes de salud, tenemos la posibilidad de trabajar junto a personas que transcurren por distintas etapas de su vida.

¿Qué Trabajador Social, no ha tenido posibilidad de trabajar con embarazadas adolescentes o adultas, que han "rechazado" o deseado estar en esa situación, estando con o sin pareja...?

¿Quién no tuvo oportunidad de acompañar a un niño ya su familia en situación de enfermedad, internación o tratamiento ambulatorio, con el consiguiente "desarraigo temporal" de sus cosas, por tener que estar dispuestos a cumplir con lo que el equipo de salud considera más conveniente...?

¿Quién no ha realizado seguimiento social de adolescentes en situación de riesgo, diagnosticado por la familia, la escuela, a veces sus pares, quienes a su vez, presentan preocupaciones ante la toma de conciencia de la escasez de recursos que les permita "mejorar" la situación...?

¿Quién no trabajó con las preocupaciones de un paciente al cual le diagnostican una enfermedad; con alguien que recibe un positivo en su análisis de VIH; con el que encuentra una única alternativa en un transplante, con pacientes oncológicos, con discapacitados...?

¿Quién no tuvo conocimiento de la permanencia de algún adulto mayor en estado de soledad y abandono que no puede realizar un proceso existencial *hacia una muerte digna*?

Creemos que resulta difícil no identificarse en alguna de estas situaciones, aún cuando no se trabaje en el ámbito sanitario, y quizás por eso se han tomado como disparadores para analizar nuestras acciones.

La autonomía como sinónimo de respeto por el otro

Proponemos prever si tomamos al paciente-persona como sujeto moral, rescatando sus valores y creencias, dando lugar a su autonomía, a la posibilidad de decidir sobre pequeñas o grandes determinaciones, o en realidad muchas veces decidimos por él, por el poder que nos confieren la ciencia y la tecnología.

Solemos comprobar que al individuo no se le pide colaboración ni una posición activa frente a la enfermedad, sólo debe seguir "órdenes". En las internaciones se lo aísla limitando las visitas de familiares y amigos, quedando muchas veces las decisiones en manos de los parientes y del equipo médico, sin la participación del protagonista, quien siente que no sólo se enferma su cuerpo sino su espíritu y su mente.

La valoración del principio de beneficencia

Deberíamos analizar si nuestro rol como Trabajadores Sociales dentro del equipo de trabajo, incorpora la reflexión sobre el principio de beneficencia y no maleficencia hacia el paciente, donde prevalece el criterio de bondad y no el encarnecimiento técnico o tecnológico, donde hacer el bien significa no dañar, respetar a ese ser humano con su mundo interior a prueba, con angustias y conflictos que no pueden obviarse, con su idea de trascendencia.

Quizás sea conveniente replantearnos qué idea tenemos sobre la muerte, ya que hoy en "Occidente" el acto de morir presenta características nuevas por los adelantos científicos.

Se ha transitado de una muerte, que la mayoría de las personas la vivenciaban en su casa, en medio de sus seres queridos, muchas veces con atención religiosa, a una muerte "hospitalizada" donde la anestesia, las drogas, los calmantes disminuyen la conciencia y por ende la libertad del paciente.

Seguramente no será lo mismo la muerte de un niño o de un adolescente que la muerte de un anciano; tendrán un impacto diferente en nosotros, pero no debe ser distinta nuestra posición de humanizar esta situación, haciendo que se transforme en una *muerte digna*, favoreciendo, preventivamente la puesta en práctica de tratamientos acordes a la filosofía de los cuidados paliativos.

La fidelidad contractual

Es un contrato que uno realiza con el otro para trabajar juntos sobre un diagnóstico participativo, respetando las decisiones de las partes ya que ambos somos sujetos de derecho.

Tengamos en cuenta la Declaración de los Derechos del Paciente del año 1981, donde la Asociación Médica Mundial reunida en Lisboa, entre otros puntos, establece que después de haber sido informado adecuadamente sobre el tratamiento propuesto, el paciente tiene el derecho de aceptarlo o rechazarlo, y tiene el derecho de morir con dignidad.

El principio de justicia y los conflictos que ocasiona

Para introducirnos al principio de justicia, cuyo equivalente puede ser el de equidad en la distribución de los recursos, pensemos en cómo proceder cuando lo que disponemos es menor que lo teóricamente necesario, cómo distribuir justamente lo insuficiente. Cotidianamente nos encontramos con Trabajadores Sociales con este dilema ético de no poder ofrecer alternativas ante la carencia de necesidades básicas que nos presenta el "otro", cada vez más numeroso, producto del sistema político y socio-económico que nos rige.

Ahora bien, nuestra propuesta para reflexionar es que ninguna persona pierde su dignidad de *sujeto*, aún cuando halla perdido alguna parte de su salud integral, siendo quizá nuestro rol el colaborar para que conserve o recupere dicha dignidad.

Y si hablamos de *justicia distributiva* no podemos dejar de mencionar términos como *honestidad* (no hay proyectos viables sin personas honestas), *justicia social*, *responsabilidad y libertad*.

Los Trabajadores Sociales debemos reconocer en el otro a una persona como sujeto co-dialogante, al que no le doy ni le quito poder, sino que se lo refuerzo, trato de que lo restituya.

De la misma historia personal es que el individuo obtiene sus fuerzas o debilidades, facilitadores u obstaculizadores, en definitiva decide por sí mismo.

La investigación y el Servicio Social

No podemos dejar de mencionar un aspecto fundamental de nuestra profesión: *la investigación*. Aquí, nuevamente, nos remitimos a un capítulo principal de la Bioética, incluso uno de los motivos en el origen histórico de esta disciplina.

Desde el Servicio Social realizamos investigaciones y, específicamente en el ámbito de la salud, generalmente, las mismas están relacionadas a los pacientes y a los indicadores socio-culturales que caracterizan una situación.

Cabe preguntarnos cuáles son los beneficios sociales que resultan de esa investigación, lo que sería una aproximación epidemiológica del principio de beneficencia, como así también, si se considera la inviolabilidad de las personas o si se tienen en cuenta las leyes que normalizan los temas concernientes al protección de las personas comprendidas en investigaciones científicas.

Es de destacar la importancia del consentimiento informado del paciente, sujeto de investigación, ya que debe ser el respeto por el otro y su situación lo que impere en toda investigación con personas y no sólo la mera obtención de información.

CONCLUSIONES

Comenzamos este trabajo analizando un dilema: un interrogante que nos crea preocupación pero que nos moviliza en la búsqueda de alternativas.

En la medida en que nos sumergimos en la bibliografía y a través de la observación de nuestra actividad como Trabajadores Sociales, podemos relacionar los principios de la Bioética con las actuales condiciones laborales en las que ejercemos nuestra profesión, llegando a la conclusión del esfuerzo que nos significa la humanización de la atención, tanto con el paciente como con los integrantes del equipo de salud.

Sería importante basarnos en una regla de oro: **trata a los demás como quieres que ellos te traten**, por lo tanto consideraremos al otro como sujeto activo, trataremos de ayudar a todos los usuarios (... y todos los seremos algún día) a que recuperen su libertad, la cual no se ejercerá sin suficiente información.

No se trata de elaborar una nueva teoría, sino de orientar en nuestros colegas una reflexión sobre la dimensión humana de las acciones que realizamos, analizando los valores morales para hacer valer el derecho de los pacientes, poniendo en práctica los principios de la Bioética.

Recordemos que el Trabajo Social no siempre da respuestas, sino que trata de originar preguntas.

Reflexionemos. Antes de evaluar, más bien valoremos; reconozcamos en el otro su capacidad de autotranscendencia pues creemos que no somos más que mediadores entre el sujeto y sus propios recursos, entre el paciente y el equipo de salud, entre la institución y la comunidad.

Seamos responsables. A nuestra responsabilidad individual sumémosle la responsabilidad colectiva, comprometiéndonos en el trabajo interdisciplinario que exige un Comité de Bioética; aportemos allí nuestra praxis, nuestra técnica, nuestra teoría, pero por sobre todo *nuestro compromiso moral de pretender vivir una vida mejor todos los días.*

Como dice Joan Manuel Serrat

"Sin utopías la vida no es otra cosa que un largo y triste ensayo general para la muerte"

BIBLIOGRAFÍA:

- CASTIÑEIRA, Ángel y LOZANO, Josep "¿Qué puede aportar el debate ético a los científicos?" Cuadernos de Bioética. Sección Doctrina. ISSN 0328-8390.
- MAINETTI, José A. "Bioética: una nueva filosofía de la salud" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108 Nº 5 y 6 / Junio 1990.
- MATURANA, Humberto- Montt, Julio- Maldonado, Carlos- Da Costa, Mahal- Franco, Saúl "Bioética, la calidad de vida en el siglo XXI". Colección Bio y Ethos. Ediciones el Bosque.
- Perspectivas Bioéticas en las Américas. 1998 ISSN 328-5634.
- Revista Latinoamericana de Bioética, Edición Enero 2002.
- Revista Latinoamericana de Bioética, Edición Mayo 1999.

Este artículo aborda los aspectos teóricos y metodológicos del trabajo social en salud, considerando tanto las perspectivas tradicionales como las más recientes. Se exploran los desafíos y oportunidades que enfrenta esta disciplina en el contexto de la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

El trabajo social en salud se define como el conjunto de acciones que buscan promover la salud y el bienestar de las personas y comunidades, a través de la intervención social y el fortalecimiento de los recursos humanos y comunitarios. Este enfoque se fundamenta en la teoría del cambio social y la perspectiva de la salud como un proceso dinámico y contextualizado.

Trabajo Social en Salud: Luces y Sombras

El trabajo social en salud enfrenta desafíos significativos, como la falta de reconocimiento institucional, la escasez de recursos humanos y financieros, y la necesidad de fortalecer los vínculos con otros actores del sector salud. Sin embargo, también existen oportunidades para el desarrollo de nuevas estrategias de intervención y la promoción de la participación comunitaria en la toma de decisiones.

Este artículo recoge una muy interesante recopilación de normativa, en relación con la presencia y "esencia" del Trabajador Social en el ámbito de la Salud y, más concretamente, en el de la Atención Primaria.

Términos como atención integral, derecho fundamental, funciones, desencanto, competencias, intrusismo, operatividad, efectividad, fatiga emocional, acoso institucional, etc. componen un gran mosaico que refleja la actual situación del Trabajo Social en el Servicio Andaluz de Salud: sus luces y sus sombras.

Unos conceptos oídos y repetidos en numerosas ocasiones por nuestros colegas y compañeros de trabajo que, sin embargo, casi siempre se mencionan "entresacados" de su propio contexto legal, sin conocer su origen exacto ni su redacción literal, lo que nos impide conocer con total claridad su contundencia.

Conceptos, normativa y argumentaciones que, si nadie lo remedia, nos veremos obligados a recordar, utilizar y repetir a fin de defender el espacio profesional que nos es propio, nuestra intervención profesional, que no es otra cosa que el garante de una verdadera atención integral de la salud. Por esta razón, los profesionales del Trabajo Social en Andalucía, de todos los Sectores, no sólo de Salud, deberían tener estos conceptos siempre a mano, y bien asimilados. En ello puede ir nuestro futuro profesional, y el de todos.

Mariano Sánchez Robles

1. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE NUESTRA SALUD

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 Estatal y 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, en la intención del legislador, mucho más allá.

2. EL DERECHO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NUESTRA SALUD

La Ley General de Sanidad hace alusión explícita a esta cuestión, (Art. 18.2) 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, impulsaron un cambio de política sanitaria en Andalucía a principios de los 80, que dedicaba entonces el 85% 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.

Reflejo de este cambio continuado de rumbo asistencial es la propia Ley de Salud de Andalucía que, en su artículo 2, señala como uno de sus principios básicos, la *"concepción integral de la salud..."*; y como una característica fundamental del Sistema Público de Salud de Andalucía, *"la prestación de una atención integral de la salud..."* (Art.44.d).

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".

3. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y TRABAJO SOCIAL

3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), más de una tercera parte de los TT.SS. de todo el mundo desempeñan sus tareas profesionales en el ámbito sanitario y, casi la mitad de todos los que existen en el mundo, ejercen actividades que tienen que ver directa o indirectamente con la salud de la población. La primera plaza de Trabajador Social se creó en un hospital de EE.UU. en el año 1905, gracias a la intervención del Dr. Richard Clark Cabot, que consideró que sus diagnósticos sobre la TBC mejorarían si llegaba a conocer una serie de datos sobre el enfermo, que no podía obtener el la Consulta: costumbres, hábitos de vida, condiciones higiénicas, vivienda, ingresos, etc.

Al igual que en EE.UU. en todo el mundo la figura profesional del TS quedó unida a la práctica clínica y así, en España, la primera Escuela de Trabajo Social se creó así mismo gracias al impulso de un médico, el Dr. Roviralta, en Barcelona, allá por el año 1932. Hubo que esperar hasta el año 1950 para la creación de la primera plaza de TS en España, concretamente en el Hospital Provincial de Madrid, produciéndose a partir de entonces la masiva incorporación de TT.SS. a los distintos Hospitales españoles.

No obstante, el Trabajo Social en Salud se encontró con un factor importante que incidiría negativamente en su desarrollo: la inexistencia en esa época de una estructura sanitaria organizada. Ni siquiera con la aparición de la Seguridad Social en los años 50 se facilitó una inserción efectiva de los TT.SS. en la sanidad, puesto que la orientación al tratamiento de la enfermedad seguía siendo tradicionalista (atención a lo físico y acciones curativas y no preventivas).

Esta situación se mantuvo hasta la década de los 80 en que apareció la normativa que incluía al TS como miembro del equipo de salud, con la función de estudiar los factores sociales generadores de problemas de salud y la actuación sobre los mismos. Se ampliaron entonces los campos de actuación del TS fuera de sus límites tradicionales (hospital y salud mental).

3.2. LA REFORMA SANITARIA DE 1984 EN ANDALUCÍA

La Reforma Sanitaria de 1984 pretendía una verdadera transformación tanto de la estructura del sistema sanitario como de la concepción acerca de la intervención en los problemas de salud. Su finalidad, teniendo en cuenta la definición de Salud de la OMS (1946) como **"completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad"** era, y entiendo que así debe seguir siendo, dar respuesta a estos tres niveles, considerando al hombre como una unidad bio-psico-social, lo que implicaría formar equipos interdisciplinares en los que sus integrantes (médicos, trabajadores sociales, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, etc) aportaran sus conocimientos para alcanzar los objetivos propuestos.

El Real Decreto 137/84 reguló las estructuras básicas de salud, incluyendo al trabajador social entre los profesionales del Equipo Básico de Atención primaria (EBAP), normativa que se trasladó al ámbito andaluz, a través del Decreto 195/85. En 1985 (Orden de 2 de septiembre) se fijan las funciones de los Trabajadores Sociales en este mismo ámbito. En el año 1987 (Circular 1/87) el SAS regula las funciones y competencias de los TT.SS en los Centros de Atención Primaria de Salud, algo que jamás sucedió para los Hospitales. Esta normativa recoge textualmente el siguiente párrafo:

"La inclusión del Trabajador Social en los EBAP supone en muchos casos, una novedad importante respecto al quehacer tradicional de los equipos sanitarios y de los propios Trabajado-

res Sociales, lo que exige una adaptación de sus actividades y metodologías al campo de la Atención Primaria de Salud, unida a la necesaria coordinación con las Unidades de Servicios Sociales”.

Esta circular de 1987 marca las líneas generales por las cuales deben funcionar y organizarse los TT.SS en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma, para lo cual se dictan las oportunas instrucciones, que abordaremos más adelante, junto con el resto de la normativa vigente.

No obstante, en estos últimos 10 o 12 años y a pesar de la implantación del colectivo en la Sanidad Pública Andaluza, es evidente una pérdida de reconocimiento profesional en un ámbito de intervención tan tradicional como éste, con una apuesta decidida de los órganos representativos de los propios TT.SS. por el Sistema Público de Servicios Sociales, obviando al resto de los sistemas de protección, como fue el caso del sanitario, creándose un gran confusiónismo sobre lo que era el Trabajo Social Sanitario y lo que son los Servicios Sociales.

A nivel de empresa, el SAS, existe un sentimiento de olvido hacia el colectivo profesional una vez implantada la reforma sanitaria, en cuya génesis y consolidación jugaron un papel decisivo los TT.SS. cara a “vender” la reforma sanitaria a la Comunidad. El principal problema del colectivo ha sido, y sigue siendo, la falta de una estructura organizativa que marque directrices, coordine, supervise y evalúe la actuación de los TT.SS. Esta situación ha originado una falta de concreción sobre las tareas a asumir y las competencias profesionales a desarrollar en cada programa y/o proceso. Por todo ello, y pese a venir desarrollando un trabajo satisfactorio, en muchos casos éste es difícilmente cuantificable y evaluable, debido a la falta de homogeneidad de las actividades realizadas, de los registros utilizados, etc. En cada Distrito Sanitario, incluso en cada Centro de Salud, el Trabajador Social se organiza a su “libre albedrío” y asume, y en ocasiones se le obliga a asumir, actividades y funciones de lo

mas variadas y heterogéneas, las cuales registra según su propio criterio, siguiendo unos parámetros que tampoco son idénticos en todos los Centros, sino todo lo contrario.

En cuanto al EBAP, aún hoy día, después de casi 20 años del inicio de la reforma sanitaria, nos topamos con profesionales que siguen entendiendo la salud y la enfermedad como un hecho puramente biológico, básicamente individual, lo cual no sólo ha dificultado la posibilidad de que otros profesionales intervengan en el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación sino que incluso, se atreven a considerar "innecesaria" la intervención de otros profesionales que no sean "*el médico y la enfermera*".

3.3. REFERENCIA NORMATIVA

El Real Decreto 137/84 dispone, en su artículo 3º, la composición del Equipo Básico de Atención Primaria, entre cuyos profesionales integrantes figuraban (3.1.3.e) "*los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales*".

Esta normativa de carácter básico y alcance nacional, como ya se ha dicho, tuvo su reflejo en el ámbito de la Comunidad Autónoma Andaluza, en el Decreto 195/85 de 28 de Agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud de Andalucía, el mismo que recoge el derecho a la atención integral de nuestra salud, y entre cuyos objetivos se incluyen "*la delimitación del marco territorial que permita una sectorización operativa de la red asistencial; la integración y coordinación entre los distintos niveles asistenciales y entre los distintos grupos de personal sanitario; la promoción de la salud, etc.*".

Este Decreto define claramente las demarcaciones geográficas de actuación del personal del Equipo Básico de Atención Primaria y, por una parte, delimita la Zona Básica de Salud, que abarcaría una población entre 5.000 y 25.000 habitantes y, por otro, el Distrito sanitario, que abarcaría entre 40.000 y 100.000

habitantes, todo ello, con la finalidad de hacer realmente **OPERATIVA** la prestación asistencial.

La misma norma regula la existencia de otra estructura operativa, el Dispositivo de Apoyo Específico (Art. 14.3), que tendrá sus propias funciones (Art.22) y en cuya composición vuelve a aparecer la figura profesional de "Los *Diplomados en Trabajo Social o Asistentes Sociales*" (Art. 23), adscritos al mismo. Las funciones de este Dispositivo de Apoyo vienen recogidas en el artículo 22.1 de este mismo Decreto 195/85.

Pese a dicha normativa, pese a la exigencia de proporcionar una atención integral y pese a la señalada sectorización operativa, a partir del año 1992, las Bajas Maternales y las IT (antes ILT), de los/as Trabajadores Sociales adscritos al SAS, dejan de cubrirse. El resto de ausencias legales, incluidas las vacaciones reglamentarias, nunca se cubrieron. Así mismo comienzan a entrar en funcionamiento nuevos Centros de Salud, para cuyo Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), no se contrató Trabajador Social alguno.

Antes de la llegada de la OPE del SAS, y mediante una simple Nota Interior, la Dirección General de Personal y Servicios del SAS desdota a todos los EBAP del SAS de la figura del Trabajador Social y las adscribe, en el mismo acto, a los Dispositivos de Apoyo de cada Distrito Sanitario, con lo que la sectorización operativa recogida en el Decreto 195/85 saita por los aires.

Se modifica de forma evidente el marco geográfico de actuación de los Trabajadores Sociales y se comienza a adscribir a un mismo profesional a varios EBAP a la vez, con lo que su operatividad y capacidad de actuación e intervención se ven limitadas, en no pocas ocasiones, más a una mera presencia simbólica en estos Centros de Salud que a una verdadera capacidad de respuesta y atención profesional, con lo que la atención integral, evidentemente, deja de prestarse a los usuarios.

4. FUNCIONES DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

El Decreto 195/85 regula perfectamente cuáles son las funciones de cada dispositivo asistencial y la **Orden de 2 de Septiembre de 1985** establece las funciones del Trabajador Social en el Centro de Salud:

1. Orientar y asesorar a los miembros del Equipo Básico de Atención primaria y especialmente a los directores de los programas, sobre aspectos sociales e individuales y comunitarios de las actividades de los mismos.
2. Coordinar las actividades de trabajo con la comunidad estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el Centro y la población.
3. Promover el trabajo en equipo con los asistentes sociales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales.
4. *Ofertar asistencia social sanitaria en consulta a demanda de los miembros del Equipo Básico de Atención Primaria y de la población.*

A mayor abundamiento, la Unidad de atención directa, configurada como una unidad funcional del Centro de Salud, y *constituida por los directores de programas de salud y por el Asistente/Trabajador Social del Centro, asume la responsabilidad de la coordinación de las actividades dirigidas a la atención tanto de los individuos como del medio donde éstos se desenvuelven.*

Para dejar aún más claro el papel y cometido de los Trabajadores Sociales en los Centros de Atención Primaria de Salud, a través de la **Circular 1/87 de 9 de Enero** del entonces Director General de Atención Primaria y Promoción de la Salud, José

Manuel Cabrera Rodríguez, se dictan las oportunas instrucciones de *“organización y funcionamiento de los Trabajadores Sociales en los centros de Atención Primaria de Salud”*. Esta circular manifiesta que *“la inclusión del Trabajador Social en los EBAP supone en muchos casos, una novedad importante respecto al quehacer tradicional de los equipos sanitarios y de los propios Trabajadores Sociales, lo que exige una adaptación de sus actividades y metodología al campo de la Atención Primaria de Salud, unida a la necesaria coordinación con las Unidades de Servicios Sociales”*.

Como criterios generales de la exposición de estas instrucciones se añade que *“En el Centro de Salud, el Trabajador Social se sitúa como un profesional que complementa y apoya las actividades del resto de los profesionales sanitarios del equipo.*

Su objetivo es el de colaborar en el estudio y tratamiento de los factores sociales que condicionan la salud individual, familiar y comunitaria, promoviendo la organización de la población en defensa de aquélla e introduciendo en las actividades de los programas las técnicas y métodos propios del Trabajo Social. El Trabajador Social velará por la individualización y respeto a la libertad y autodeterminación del usuario del centro, teniendo sus acciones un carácter preferentemente preventivo y educativo”.

El trabajador Social del centro de Salud asumirá, como miembro del Equipo Básico, *“las funciones dadas por la Orden 2 de septiembre de 1985, así como las directrices de actuación del Equipo Básico que marca esta misma Orden en su artículo 29º, del que se destaca especialmente por su importancia el apartado b):*

“Trabajo en equipo a través del establecimiento de objetivos comunes y de la colaboración mutua entre los miembros del Equipo Básico de Atención Primaria”.

La mencionada Circular 1/87 desarrolla todas y cada una de las funciones que la Orden de 2 de Septiembre de 1985, por lo que se considera muy ilustrativo su traslado literal y completo al presente informe:

"Orientar y asesorar a los miembros del EBAP y especialmente a los directores de los programas sobre aspectos sociales individuales y comunitarios de las actividades de los mismos".

1. Análisis continuado de las necesidades, demandas y expectativas de la población adscrita al Centro.
2. Realización del diagnóstico social de la zona.
3. Detección de grupos o individuos clasificados de riesgo social.
4. Registro de instituciones y asociaciones de la zona, así como de los recursos sociales existentes.
5. Participación en el estudio y análisis de la incidencia de los factores del medio (socio-económicos, medio-ambientales y familiares) en el proceso de salud-enfermedad de los individuos y la población de la zona.
6. Participación en la formación continuada de los miembros del equipo, aportando sus conocimientos específicos de Trabajo Social.
7. Colaboración en la formación pregrado y postgrado de los profesionales de Atención primaria y, en su caso, en la de alumnos de Trabajo Social.
8. Participación en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas que se implanten en el Centro de Salud.

“Coordinar las actividades de trabajo con la comunidad, estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el Centro y la población”.

1. Informar sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto de su Salud.
2. Contribuir a mejorar la calidad del servicio de recepción del Centro de Salud, participando en su ordenamiento y evaluación para conseguir un mejor cumplimiento de sus funciones de información y canalización de reclamaciones.
3. Promover la organización de la comunidad para lograr su participación activa en el Centro de Salud.
4. Impulsar el voluntariado social responsabilizándose de su formación y orientación en las actividades de salud.
5. Promover y potenciar actividades que surjan de grupos constituidos sobre el tema de la salud.
6. Potenciar formas asociadas de colaboración, cooperación, ayuda mutua, solidaridad, etc.
7. Facilitar a los miembros del EBAP toda la información sobre recursos sociales y contactos realizados con la comunidad para la realización de sus actividades.
8. Conocer los programas o actividades que se implantan en la zona por instituciones ajenas al centro de salud con el fin de establecer una coordinación y no duplicar acciones.

“Promover el trabajo en equipo con los Asistentes Sociales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales”.

1. Conocimiento de los profesionales de Trabajo Social que actúan en la misma zona y sus campos de actuación.
2. Elaboración de protocolos de derivación entre los profesionales de servicios especializados y los de Atención Primaria, especialmente con Servicios Sociales Comunitarios.
3. Participación en los programas de promoción comunitaria de la zona aportando los servicios específicos del Centro de Salud.
4. Intercambio continuo de información, experiencias profesionales, metodologías de trabajo, estudios de investigación, análisis de necesidades y recursos sociales para satisfacerlos, etc.

“ Ofertar atención social sanitaria en consulta a demanda de los miembros del EBAP y de la población”.

La atención social directa al usuario se hará a través del Trabajo Social individualizado, familiar, grupal y comunitario. En los Centros de Salud, estos niveles de intervención se concretan en:

1. Detectar las causas psicosociales y económicas de los síntomas de enfermedad, realizando un tratamiento social individualizado o familiar si fuese necesario.
2. Dificultades de carácter social y económico en el seguimiento del tratamiento prescrito.
3. Asesoramiento en las situaciones de ILT, que originan una prestación y en las que se aprecie una problemática social.
4. Desorganizaciones o rupturas familiares en casos de hospitalización.

5. Seguimiento del proceso de integración en las altas hospitalarias.
6. Información y orientación sobre recursos sanitarios y sociales existentes.
7. Derivación a otro profesional del Centro o a otra institución social si las circunstancias así lo requieren.

Las funciones y actividades descritas anteriormente se realizarán a través de modalidades de atención que se definen en la propia Circular 1/87:

CONSULTA: Es la actividad de encuentro y comunicación directa entre el Trabajador Social y el individuo, realizada en el Centro de Salud o en los Consultorios Locales. Podrán presentarse diferentes modalidades de atención:

1. Usuarios remitidos por el resto de Servicios del Centro (M General, enfermería, Pediatría, recepción, etc), Familias o personas con un problema de salud con un claro componente social, susceptible de la intervención del Trabajador Social, ya sea para darle una respuesta concreta (información de recursos, prestaciones, etc) o para la elaboración del Diagnóstico y Tratamiento Social.
2. Usuarios remitidos por otros centros sanitarios del segundo y tercer nivel, o bien por otros centros de servicios sociales primarios o especializados.
3. Usuarios que, por su propia iniciativa, demanden la atención del Trabajador Social, siempre que pertenezcan a la Zona Básica de Salud y los motivos de consulta se relacionen con problemas de tipo sanitario.

VISITA DOMICILIARIA: Es la actividad de encuentro entre el Trabajador Social y el individuo o familia que se realiza en el domicilio de los mismos. La visita domiciliaria será siempre progra-

mada y se realizará a demanda de algún miembro del EBAP o como estrategia de seguimiento del proceso del Trabajo Social Individualizado y familiar.

TRABAJO CON LA COMUNIDAD: Se incluyen todas las actividades en las que el Trabajador Social participa con la comunidad, en su organización y desarrollo, con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida y, por tanto, de salud. El Trabajador Social del centro de Salud procurará coordinar estrechamente estas actuaciones de promoción comunitaria con las que se estén desarrollando desde la Unidad de Trabajo Social (UTS) correspondiente (Servicios Sociales Comunitarios), garantizando así una atención integrada e integral a la población.

En esta misma Circular, se explicita claramente que *"El Trabajador Social de cada Centro de Salud iniciará sus actividades tres meses antes de la apertura del Centro a fin de realizar un estudio de la zona y su población y de informar a la población del nuevo modelo de atención sanitaria que se les ofrece"*. Se le asignan funciones de coordinación, contacto y colaboración con entidades, asociaciones, líderes, grupos y contaría con una supervisión y coordinación de su trabajo, dependiente de la ahora inexistente Unidad de Trabajo Social de la Subdirección de Atención Primaria.

Para la realización de estas actividades, llevadas a cabo por los Trabajadores Sociales hace ya, en algunos casos, más de 20 años, se preveía que cada Dirección provincial de la entonces RASSSA facilitaría el material y los medios necesarios., dándosele una vital importancia a este "primer contacto entre el EBAP y la población, considerando *"muy importante que el Trabajador Social sea aceptado por la Comunidad donde va a actuar, para lo cual debe cuidar especialmente sus relaciones y actitudes para con la población"*.

5. LA INVASIÓN DE COMPETENCIAS Y EL INTRUSISMO PROFESIONAL

5.1. El Coordinador de Enfermería

Sin embargo, el colectivo de trabajadores sociales adscrito al SAS en Atención Primaria, se topa de bruces con un borrador de regulación de las Estructuras Básicas de los Servicios de Atención Primaria de Andalucía, en la que se evidencia una clara injerencia del **Coordinador de Enfermería** en materias, tareas y funciones que competen exclusivamente a los Trabajadores Sociales. En concreto, en el artículo 9º de este BORRADOR se indica que correspondería al Coordinador de Enfermería lo siguiente:

“la continuidad y coordinación con los servicios sociales”...(sic)

y en el artículo 24º.c de la misma propuesta se le asigna a ese mismo profesional como función:

“ Actuar de enlace entre los profesionales del equipo y otros situados en la comunidad que intervienen en la atención sanitaria y social, favoreciendo que los pacientes puedan ser atendidos de forma personalizada y eficiente”.

Este proyecto legislativo de modificación de estructuras básicas, al crear e introducir la figura directiva del Coordinador de Enfermería Comunitaria le asigna unas competencias que hasta ahora lo han sido de los Trabajadores Sociales, además de introducir una preocupante ambigüedad legal o legislativa en la referida figura y el papel de los Trabajadores Sociales, que pierden un claro protagonismo en la definición de sus funciones, que están perfectamente definidas en la normativa vigente.

5.2. La Enfermera de Enlace

Por su parte, el análisis pormenorizado del documento de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS sobre "*Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía, cuidados de enfermería*", pone de manifiesto la intención de introducir la figura (extrapolada del Servicio Canario de Salud), de la **Enfermera Comunitaria de Enlace** sin tener en cuenta la normativa que regula las funciones de los Trabajadores Sociales, y obviando que, la figura de enlace con la comunidad ya tiene un profesional asignado legalmente en el Equipo Básico de Atención Primaria, pretendiendo que otro profesional asuma gran parte de dichas funciones.

6. EL "GESTOR DE CASOS" EN EL ÁMBITO SANITARIO ANDALUZ

En Marzo de 1999, tiene lugar la creación del Consejo de Dirección del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud (Resolución 18/99 de 12 de Marzo), a fin de hacer posibles los objetivos propuestos por el propio Plan Estratégico, entre los que destacaremos la mejora de la atención al usuario y el desarrollo e implantación de los Equipos de Atención Primaria en el medio urbano. Con el objeto de facilitar el trabajo a desarrollar por este Consejo, se crearon 9 grupos de trabajo, por proyectos, entre los cuales figuraba el grupo VI : Coordinación Socio sanitaria, que tuvo como responsable a la Asesoría Técnica de la Dirección Gerencia (Cristina Torró).

Esta responsable encargó al firmante de estas líneas, la formación de un grupo de Trabajadores Sociales que, formado por 9 profesionales de toda Andalucía (Hospitales, Salud Mental y A. Primaria), fue denominado "subgrupo atención social", y que durante ese mismo año, se reunieron en varias ocasiones y realizaron puestas en común de sus aportaciones sobre la atención socio-sanitaria en el SAS.

La reunión final de todos los subgrupos existentes en el general de Coordinación socio-sanitaria, tuvo lugar en Chiclana (Cádiz), los días 1 y 2 de Diciembre de 1999, donde 45 profesionales de las distintas categorías del SAS tuvimos la oportunidad (tal y como recoge el acta) de debatir sobre el modelo de atención a personas con necesidades de apoyo social y sanitario desde la perspectiva de la Atención Primaria y Especializada en el SAS.

En las conclusiones se recoge que "*para el abordaje integral de estas personas se considera imprescindible el trabajo conjunto y coordinado entre médico, personal de enfermería y trabajo social de atención primaria*", y aparece por primera vez el término "**gestor de casos**", figura sobre la que todos los grupos exponen sus conclusiones y apreciaciones, que se recogen literalmente en el acta de la reunión. Entre las propuestas para la figura de "gestor de casos" aparecieron, por ejemplo:

- **Una comisión:** formada por médico, enfermera y T. Social.
- **Trabajador Social:** aglutinador de cartera de servicios sanitarios y sociales.
- **Enfermera:** cartera de clientes y distribución geográfica.

Entre los puntos más débiles de la atención socio-sanitaria figuraban: la necesidad de acuerdos interinstitucionales; la ayuda a domicilio, la carencia de plazas residenciales y de estancias diurnas y la coordinación con Servicios Sociales, reflejándose como una apreciación del grupo de trabajo, **el error de "sacar a los Trabajadores Sociales del EBAP"**, ya que el SAS había decidido unos meses antes adscribirlos al Dispositivo de Apoyo. De lo que se hiciese con este trabajo y estas aportaciones de este grupo VI, nunca más se supo.

En este contexto, con los Trabajadores Sociales sin una estructura de coordinación, adscritos al Distrito Sanitario y con la existencia de algunos Centros de Salud de nueva apertura sin esta figura profesional, se produce un proceso de Oferta Pública de Empleo, cuyas consecuencias más negativas se traducen en la amortización o no cobertura de gran número de plazas de Trabajo Social, en otros tantos Centros de Salud del SAS lo que origina, en el año 2001, un considerable descenso de estos profesionales en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

7. EL DECRETO DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS

Antes de entrar de lleno en la valoración de las competencias y funciones que se pretende que asuman estas enfermeras de enlace, se hace precisa una valoración del origen de esta idea, de este proyecto, que el SAS fija en el Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas.(Boja nº 52 de 4/5/02), tras un evidente ejercicio "libre" de interpretación de dicha normativa.

Este Decreto de evidente carácter social y **centrado en la familia**, dedica tan sólo uno de sus 38 artículos a los cuidados a domicilio (24), y en el mismo se dispone lo siguiente para el Sistema Sanitario Público de Andalucía:

- La prestación de **CUIDADOS** enfermeros en el domicilio de aquellos pacientes y personas mayores que lo necesiten.
- La coordinación con los Servicios Sociales
- El apoyo y formación de los cuidadores de esas personas.
- El refuerzo de los equipos de enfermería.
- El presupuesto económico para llevarlo a cabo de forma efectiva.

El Decreto dispone, en definitiva, un aumento de la dotación de enfermeros en los Centros de Salud, que haga posible esa prestación reglada y continuada de cuidados que se pretende ofrecer a los ciudadanos en su propio domicilio, para lo que es necesaria la correspondiente dotación económica. Además, el Decreto dispone que se establezcan las medidas necesarias para prestar apoyo y formación a las personas responsables del cuidado de esos enfermos.

Pero este Decreto recoge una exigencia más, y es que este servicio de cuidados se preste, en todo caso, de forma coordinada con los Servicios Sociales correspondientes, coordinación que, legalmente, viene asignada al Trabajador Social y que la Dirección General de Asistencia Sanitaria pretende que asuma la enfermera de enlace, además de otras competencias propias del Trabajador Social, recogidas en la normativa anteriormente reseñada.

8. LA PROPUESTA DE LA ENFERMERA DE ENLACE

Es en el último trimestre del pasado año 2002 cuando, bajo el "apadrinamiento" de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, aparece una nueva figura profesional en el ámbito sanitario andaluz que, tras varias denominaciones, acaba por definirse como "Enfermera de Enlace" y que, curiosamente, empieza por instalarse en aquellos Centros de Salud que carecen de Trabajador Social (hoy día ya no hacen distinciones), y asumen funciones que, hasta ese momento, desempeñaban estos profesionales amparados por la propia normativa vigente del SAS.

Resulta evidente que, tras la publicación del Decreto 137/2002, recordemos, en el mes de Mayo de 2002, el Sistema Sanitario Público de Andalucía se veía en la obligación de establecer algún tipo de medida que diera respuesta a esta exigencia legal de ayuda a los mayores y discapacitados de la comunidad autóno-

ma. Y resulta muy llamativo, para quién conoce como se desarrollan este tipo de actuaciones en el SAS, que para el mes de Octubre de ese mismo año, y tras el periodo vacacional inactivo que suponen los meses de verano, el proyecto de esta figura profesional estuviese ya perfectamente definido. Tan evidente como que lo expuesto por el grupo VI de Coordinación socio-sanitaria del SAS tiene bastante poco reflejo en este proyecto.

Lo que en realidad se ha presentado es una **COPIA** literal del proyecto publicado por Gonzalo Duarte Climents, enfermero en aquellas fechas adscrito al Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación del Servicio CANARIO de Salud y que, si mis informaciones son correctas, hoy presta sus servicios en la estructura directiva del SAS. Este mismo proyecto fue presentado en uno de los Congresos de ASANEC, la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria algunos de cuyos miembros también es muy posible que formen parte del equipo directivo del SAS.

Algunos de los objetivos fijados para las enfermeras de enlace andaluzas son: "*crear y/o mantener mecanismos de coordinación del equipo de Atención primaria con la red social*"; "*... eslabón entre la atención hospitalaria, atención primaria y asuntos sociales*"; "*coordinación con las redes formales e informales de ayuda domiciliaria*"...; "*consensuar con las redes sociales una guía de recursos sociosanitarios de la zona*"; "*elaborar o rediseñar protocolos de actuación conjunta del equipo de atención primaria y las redes sociales para la atención domiciliaria*", algo que, si bien la normativa vigente en las Canarias podría permitir, la normativa andaluza no lo hace, al venir asignadas estas mismas funciones, y de forma mucho más extensa y concreta, a los Trabajadores Sociales del EBAP.

Para ello la Circular 1/87 dispone que una de las funciones de los TT.SS, concretamente la de "*Promover el trabajo en equipo con los Asistentes Sociales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y*

servicios sociales”, se realizará mediante las actuaciones siguientes:

- Conocimiento de los **profesionales de Trabajo Social** que actúan en la zona y de sus campos de actuación.
- Elaboración de protocolos de derivación entre los profesionales de servicios especializados y los de Atención primaria, especialmente con **Servicios Sociales Municipales**.
- Participación en los programas de **promoción comunitaria** de la zona aportando los servicios específicos del Centro de Salud.
- Intercambio continuo de información, experiencias profesionales, metodología de trabajo, estudios de investigación, análisis de necesidades y **recursos sociales** para satisfacerlos.

El proyecto original, que recoge como objetivo para las enfermeras la “*revisión de los criterios de asignación de recursos de Ayuda a Domicilio*”, choca de frente con la normativa que, tanto en Canarias como en Andalucía, regula la Ayuda a Domicilio. En ambos casos, la responsabilidad y coordinación de este servicio corre a cargo de los Trabajadores Sociales de Servicios Sociales, y la normativa andaluza ya dispone claramente qué profesionales del EBAP han de coordinarse con éstos: los Trabajadores Sociales de Salud.

Otro de los objetivos propuestos para las enfermeras de enlace es el de “*potenciar circuitos de recogida y reutilización de material específico para la atención domiciliaria*”, para lo que realizarían la siguientes actividades:

- *Seguimiento y adaptación en el entorno del protocolo de asignación de material ortoprotésico.*

- *Facilitar la recuperación del material ortoprotésico.*
- *Facilitar la recuperación de otros materiales específicos de atención domiciliaria.*

En este caso habrá que recordar que el "**Programa de Recuperación, Control y Reasignación de Material Ortoprotésico**", publicado por primera vez en 1994 en la Revista Todo Hospital (Nov nº 111), está actualmente vigente y funcionando en varios Distritos Sanitarios y Hospitales del SAS, y centros sanitarios de otras autonomías, y es un programa elaborado y desarrollado íntegramente y exclusivamente por Trabajadores Sociales desde hace ya casi 10 años.

Este mismo programa ha sido publicado por Trabajadores Sociales de atención primaria y hospitales del SAS, presentado y expuesto en la EASP, en Jornadas de Trabajo Social, en la Revista "Salud entre Todos", en la Revista "Trabajo Social y Salud" y en otras publicaciones, y el ahora presentado por el SAS es un mal **PLAGIO** del ya existente, al que ni tan siquiera han modificado el nombre ni la ficha de entrega y recogida de material, antes firmada por el Trabajador Social y en cuyo espacio aparece ahora "la enfermera responsable". Sin comentarios.

Un tercer objetivo o ámbito de actuación de la enfermera de enlace hace referencia explícita a **los cuidadores** formales e informales de los pacientes ancianos, inmovilizados y/o incapacitados, con las siguientes actividades: *captación, atención integral, oferta de formación (talleres), promoción de redes de apoyo, encuentros, etc.*

Pero el propio SAS en la **Circular 1/87** recoge que el Trabajador Social del EBAP intervendrá concretamente, entre otras, con las siguientes actividades:

- La atención social directa al usuario individual, familiar, grupal y comunitario.

- Detección de las causas psicosociales y económicas de los síntomas de enfermedad, realizando un tratamiento social individualizado o familiar si fuese necesario.
- Dificultades de carácter social y económico en el seguimiento del tratamiento prescrito.
- Desorganización o rupturas familiares en casos de hospitalización.
- Seguimiento del proceso de integración en las altas hospitalarias.
- Información y orientación sobre recursos sanitarios y sociales existentes.
- Derivación a otro profesional del Centro o a otra institución social si las circunstancias así lo requieren.

Por si existiera aún alguna duda sobre este planteamiento de funciones del SAS para los Trabajadores Sociales del EBAP, tan sólo hay que hacer referencia a una de las preguntas del examen de oposiciones del SAS para la consolidación de empleo de los Trabajadores Sociales, celebrado el 9 de Febrero de este mismo año 2003. Se traspone literalmente dicha pregunta y sus posibles respuestas:

"13.- En un programa de trabajo interdisciplinario orientado a la disminución de los reingresos innecesarios en un hospital, ¿cuál de las siguientes afirmaciones figuraría entre las actividades del Trabajador Social?"

- A) El Estudio de la frecuencia de recidivas, según la patología del paciente.
- B) Valorar la sobrecarga del cuidador, el reparto de tareas en el medio familiar y la necesidad de recursos externos de apoyo.**

C) Adiestrar a la familia en la realización de curas.

D) *Dar pautas a los profesionales de atención primaria, para la mejor rehabilitación del paciente sujeto a cuidados en ese nivel de actuación."*

La respuesta correcta a la pregunta, la que el SAS reconoce oficialmente como correcta, es la B, señalada en negrita.

A mayor abundamiento, en el documento elaborado por el Grupo de Trabajo del Anciano de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) se asigna a cada miembro del Equipo sus propias funciones y, en el caso del Trabajador Social, las siguientes:

" Análisis de la situación socio-familiar, coordinación con Servicios Sociales, fomento de la atención informal, apoyo y refuerzo de la actividades individuales, grupales, familiares y comunitarias".

Lo que, evidentemente, coincide con lo expresado hasta ahora en la normativa vigente para los Trabajadores Sociales.

El posicionamiento de la SAMFyC es mucho más claro cuando se refiere a la nueva figura de la "enfermera gestora de casos", de cuya aparición en algunos Centros de Salud de Andalucía se hace eco, en el nº 4 de su Revista del mes de Noviembre de 2002. Me limitaré a reproducir literalmente algunas de sus opiniones, expresadas públicamente en dicho artículo:

- *Hay una falta importante de información.*
- *¿Cuáles son sus contenidos? ¿Se ha oído a los profesionales?.*
- *Un equipo tiene sus equilibrios, a veces conseguidos con muchos esfuerzos. ¿Cómo interacciona con el resto de profesionales?*

- *No consideramos que en muchas zonas se precise ahora un gestor de casos.*
- *Nuestra experiencia nos hace pensar que la nueva figura de la enfermera gestora de caso para los centros es algo innecesario.*
- *Que las mejoras que se puedan hacer las hagamos desde los Centros de Salud.*
- *Con las enfermeras gestoras de caso tal vez se esté en un camino equivocado. Lo realmente importante es potenciar los Centros de Salud.*
- *Nos parece una actividad absolutamente inútil...*

El mencionado artículo termina de la siguiente forma: *“Las creación de las nuevas enfermeras gestoras de casos, es una muestra más de desconfianza en nuestros equipos, pero sobre todo, parece un capítulo más de una vieja historia, de un conflicto muy rancio, ajeno a la atención domiciliaria a pacientes vulnerables”*. Sin comentarios.

Existen, numerosos antecedentes de talleres y grupos de apoyo a familiares, creación de asociaciones de autoayuda, propuestas de formación para cuidadoras formales e informales, trabajo comunitario, colaboración y coordinación con asociaciones, publicaciones, congresos, jornadas, asociaciones, protocolos, propuestas de coordinación, grupos socio-sanitario, proyecto de historia clínica informatizada etc, etc, llevadas a cabo por los Trabajadores Sociales del SAS, que jamás han recibido apoyo alguno por parte de esta institución, a diferencia de lo que viene ocurriendo con este programa de la “enfermera de enlace” o gestora de caso.

9. EL TRABAJO SOCIAL EN EL SAS: ENTRE EL BURNOUT Y EL MOBBING (Bossing)

Según un estudio de la Agencia Europea de la Seguridad y Salud en el Trabajo, los profesionales del sector sanitario y los que realizan trabajo social, son trabajadores de "alto riesgo", por lo que hemos de deducir que los Trabajadores Sociales que desempeñamos nuestra labor en el sector sanitario, debemos ser personal de muy alto riesgo, ya que "disfrutamos" de ambas premisas:

Por otra parte un informe del Instituto Nacional de la Administración Pública demuestra que, Trabajadores Sociales, personal sanitario y personal de las fuerzas armadas, son los más proclives a sufrir el síndrome de "burnout", más conocido popularmente como el "síndrome del quemado", de fatiga y/o de frustración profesional. La "epidemia" de quemados entre los Trabajadores Sociales de la Atención Primaria andaluza es ya más que preocupante y sus signos clínicos evidentes:

- Sobrecarga de Trabajo: algunos han de asumir hasta 4 Zonas Básicas.
- Retribuciones bajas: Complemento específico ridículo.
- Ningún apoyo de la Administración: amortizaciones de plazas.
- Pérdida del control de la actividad: descoordinación generalizada.
- Soledad y falta de medios: carencia de soporte informático alguno.
- Pérdida de identificación con la labor realizada.
- Bajas expectativas de que su trabajo sea tenido en cuenta.

El panorama en el que el colectivo de Trabajadores Sociales adscritos al SAS se encuentra sería más o menos el siguiente:

1. Se elimina del Equipo de Atención Primaria la figura del Trabajador Social.
2. Se adscribe a los Trabajadores Sociales al Dispositivo de Apoyo del Distrito Sanitario .
3. Existencia de numerosos Centros de Salud (EBAP), sin la figura profesional del Trabajador Social.
4. Adscripción de un mismo profesional del Trabajo Social a distintos EBAP.
5. Ruptura de la demarcación geográfica y funcional operativa para estos profesionales (se obliga a asumir hasta 4 Zonas de Salud).
6. Pérdida de protagonismo funcional y profesional, usurpación de funciones y falta de medios.
7. Imposibilidad de proporcionar una atención INTEGRAL a los usuarios.
8. Imposibilidad de Coordinar actuaciones con Servicios Sociales.
9. Aislamiento y descoordinación profesional.
10. Evidencias del síndrome de Burnout y Mobbing en el colectivo.

Resulta bochornoso e inaceptable el "arrinconamiento" institucional de que viene siendo objeto este colectivo profesional, por parte del SAS, con unas estadísticas asistenciales inapropiadas, que no recogen en absoluto la actividad profesional desarrollada; sin dotación de material informático que nos permita transmitir a los profesionales del EBAP y recibir informa-

ción del EBAP, de los usuarios atendidos; con la amortización o eliminación sistemática de plazas de este colectivo en los Centros de Salud y una nula representación en la estructura básica de los servicios de Atención Primaria de Andalucía, lo que está originando una total descoordinación y disparidad de formas de actuación, actividades, competencias, registros, etc, de este colectivo; dónde cada Distrito Sanitario va "por libre" y cada Centro de Salud, en lo que al Trabajo Social se refiere, es fruto de la iniciativa, interés, apoyo, imaginación, ganas , o todo lo contrario, del profesional que ocupe en cada momento dicho puesto.

Se hace evidente que la política sanitaria de esta Consejería de Salud es mucho más política que sanitaria, y mucho más economicista que social, en la que los aspectos sociales aparecen como algo ajeno y "extraño" a la atención integral de la salud, encuadrando a los únicos profesionales que abordan estos aspectos, en el Dispositivo de Apoyo, y no en el Equipo Básico de Atención Primaria, como la propia norma exige, así como la lógica y el sentido común aconsejan. Pocos, acorralados, aislados y abandonados a su suerte. Así podría describirse actualmente la situación en que se encuentra el colectivo de Trabajadores Sociales de los Centros de Salud andaluces.

Por si todo esto fuera poco, a esta situación se une otra que, sólo en Europa ya afecta a entre el 8 y el 12% de los trabajadores: el "mobbing", más conocido en nuestro país como "acoso laboral". En este caso los síntomas también son más que evidentes:

- Desconcierto generalizado al no poder creer ni entender lo que está pasando con nuestro colectivo.
- No cuentan con el colectivo. Se pierde la confianza y la autoestima.
- Se produce una apatía mezcla de depresión y desencanto, o bien una fase de rebeldía, con esfuerzos desproporcionados de hacerse ver profesionalmente.

- Si falla la fase rebelde, este grupo se une al de la apatía y depresión. Se abandona el trabajo y se reduce la eficacia y efectividad del mismo.

En nuestro caso, es la propia Administración sanitaria la que nos somete a todos a este proceso (Bossing). Y lo hace bien directamente, bien a través de sus directivos y/o cargos intermedios los que, de forma individual o colectiva "acosan" a los trabajadores sociales, con un objetivo claro: aniquilar laboralmente a sus víctimas; minar su resistencia psicológica, desmotivarlos y hacerles sentirse inútiles, evitando que cualquier elemento innovador o distinto a lo habitual salga a flote.

10. POSICIONAMIENTO DEL COLECTIVO

Denunciamos la situación de "acoso y derribo" de todo un colectivo profesional por parte del SAS (Bossing), colectivo que dispone de una cualificación profesional y una formación específica en el área socio-sanitaria que está siendo, sistemáticamente, infrutilizada, despreciada y/o suplantada por otros profesionales no habilitados legalmente para ello, con una nefasta e inaceptable gestión de recursos y, por todo ello, negándole a los usuarios de los Centros de Salud andaluces, la verdadera atención integral a la que tienen reconocido derecho. Denunciamos el incumplimiento sistemático la normativa vigente por parte de los cargos directivos e intermedios del SAS:

- Real Decreto 137/84 (Art. 3.1.3e) que exige la presencia del Trabajador Social en el Equipo Básico de Atención Primaria.
- Demarcación geográfica de 5.000 a 25.000 Habitantes
- Decreto 195/85 (Art. 4.2.e), que extrapola y recoge esa misma exigencia para los Centros de Salud de Andalucía.

- Ley General de Sanidad (Arts 18.2 y 20.3), que recogen el derecho de los usuarios a recibir una atención sanitaria INTEGRAL.
- Ley de Salud de Andalucía: Arts 2 y 44, concepción integral de la salud y atención integral de la misma.
- Decreto 195/85, Art.3: Centro de Salud como centro de atención integral a la salud.
- Orden 2/9/85. Art.3: En el Centro de atención primaria se llevará a cabo una atención integral de la salud.
- Decreto 137/2002 de apoyo a las familias andaluzas (Art. 24), que exige que las medidas sanitarias se coordinen con los Servicios Sociales,
- Orden 2/9/85 y Circular 1/87 que regulan esta coordinación como función propia de los Trabajadores Sociales, no de la enfermería.

Y se recalca el término "*normativa vigente*", porque del análisis de la Disposición Derogatoria de aquella propuesta de Decreto, se constata igualmente esa peligrosa ambigüedad antes señalada, por el hecho de establecer como expresamente derogados o nombrar determinados artículos del Decreto 195/85 (14.2, 5, 15, 16, 17, 18 y 19) y dejar sin expresa derogación el resto del citado Decreto, la Orden de 2/9/85, y la Circular 1/87, por lo que hemos de entender como vigente dicha normativa.

11. PROPUESTAS CONCRETAS

Las propuestas que se exponen a continuación se basan en algo tan sencillo, y al parecer tan difícil de obtener del SAS, como es el simple cumplimiento de la Ley, y entiendo, no sería otra cosa que:

1. **Artículo 4.2 . Decreto 195/85. Adscripción de un/a Trabajador/a Social en cada EBAP, con demarcación funcional de entre 5.000 y 25.000 habitantes.**
2. **Artículo 23.1. Decreto 195/85.** Adscripción de un/a Trabajador/a Social en cada Dispositivo de Apoyo, sin perjuicio de su posible pertenencia a un EBAP (23.2).
3. **Artículo 12. a. de la Orden 2/9/85.** Unidad de atención directa de cada Centro de Salud. Formada por los directores de programa y el Asistente/Trabajador Social del Centro.
4. **Artículo 12.a. de la Orden 2/9/85. Funciones del Trabajador/Asistente Social** en el Centro de Salud.
5. **Circular 1/87. Desarrollo de las funciones de la Orden 2/9/85.**
6. **Decreto 137/2002:** Coordinación de las medidas de carácter sanitario para personas dependientes e incapacitadas, con los Servicios Sociales correspondientes, a través de los profesionales legalmente habilitados para ello, los Trabajadores Sociales.
7. **Ley General de Sanidad, Ley de Salud de Andalucía, Decreto 195/85 y Orden 2/9/85:** garantizar y proporcionar a los usuarios una verdadera *atención INTEGRAL* de su salud.

12. VALORACIÓN PERSONAL

Llegados a este punto no creo necesario profundizar más en lo evidente y expongo, de forma sistematizada, mis conclusiones personales a todo lo descrito con anterioridad.

- La propuesta de la enfermera de enlace del SAS es una **COPIA** literal del proyecto Canario y no refleja, en absoluto, el trabajo realizado durante casi un año por gran número de profesionales adscritos al SAS.
- Un porcentaje considerable de las funciones que se pretende asuman las enfermeras de enlace, vienen asignadas legalmente a los Trabajadores Sociales del EBAP, por lo que evidencia un claro ejemplo de **INTRUSISMO PROFESIONAL**.
- Algunas de las propuestas de actividades para las enfermeras de enlace son meros **PLAGIOS** de programas ideados, creados, publicados y desarrollados por los Trabajadores Sociales del SAS.
- El SAS viene realizando una campaña de imagen de la enfermera de enlace, obviando la figura profesional del Trabajador Social, menospreciando sus aportaciones a la atención integral de la salud de los ciudadanos, en un claro ejemplo de **ACOSO LABORAL**, en este caso, de una empresa a todo un colectivo profesional concreto (Bossing).
- En algunas reuniones de carácter oficial ya se ha hecho referencia a la situación en términos despectivos como: *"El Trabajador Social no es necesario en el EBAP"* o *"Los Trabajadores Sociales no estáis para coordinaros con Servicios Sociales"*, por lo que se hace precisa una **PRONUNCIACIÓN OFICIAL DEL SAS** de estos extremos,

que aclare si éstas son posturas personales o institucionales.

El objeto de este informe es plantear una valoración sobre las consecuencias y efectos que la aparición de la figura de la enfermera de enlace está teniendo, en relación con el colectivo de Trabajadores Sociales del SAS, dejando muy claro desde el principio, que no existe enfrentamiento alguno entre los colectivos de enfermería y trabajo social. Son muchísimos los ejemplos del trabajo diario entre estos profesionales, codo con codo, conjunto y coordinado, que en nada va a variar con la presencia de esta nueva figura profesional, porque ninguno creemos en ella.

La propuesta del SAS es precipitada, simple y nace absolutamente deslegitimada, por cuánto se ha limitado a la trasposición de una experiencia de otro Servicio de Salud, sin hacer uso del potencial de los propios profesionales del SAS, de todas las categorías, y de sus trabajos previos. Nace además viciada, con un proceso de selección de estos profesionales nada claro, sin competencias definidas legalmente, sin retribuciones económicas regladas; sin espacio profesional propio, etc.

La respuesta del SAS al Plan de Apoyo a la Familia ha sido, en el ámbito de la Fisioterapia y Rehabilitación, un respuesta bien definida, seria y contundente, con la dotación de un espacio físico y profesionales adecuados en cada Centro de Salud.

Sin embargo, en lo que a los Cuidados Domiciliarios se refiere, y en el contexto del Decreto 137/2002, en el que la **FAMILIA** es el eje fundamental de toda su formulación, el SAS ha dejado aflorar el etnocentrismo y la prepotencia de alguno de los enfermeros a su cargo, y ha errado el tiro.

En lugar de potenciar lo que el Decreto solicita expresamente, los cuidados de enfermería, dotando a los Centros del personal de enfermería necesario para ello, y potenciando la figura y

competencias de los Trabajadores Sociales, ha centrado sus objetivos en la coordinación con Servicios Sociales y apoyo a familiares mediante la enfermera de enlace, sin tener en cuenta que la figura de referencia en el EBAP para esos cometidos no es la enfermería, sino el Trabajo Social, con lo que el conflicto no ha tardado en hacerse evidente.

El SAS ha perdido, de momento, la oportunidad de potenciar esas actuaciones en base al personal que ya tiene a su servicio hace, en algunos casos, más de 20 años, los Trabajadores Sociales, colectivo profesional a quién la dejadez del propio SAS, la falta de estructura de coordinación, la falta de criterios de actuación y asunción de competencias y su aislamiento profesional, unido, no lo niego, a una cierta relajación profesional ligada a esta situación global en no pocos casos, ha desembocado en la actual situación.

Y las informaciones que nos llegan de las actuaciones de las enfermeras de enlace nos están indicando que más que derivar y/o orientar pacientes hacia los recursos sociales, los están desorientando y enviando "a la deriva", lo cual no va a significar avance alguno en el apoyo a la familia, ni en la atención domiciliaria, ni beneficia al colectivo de Trabajo Social o al de Enfermería.

En lugar de obtener un aumento de la plantilla de enfermeros en los Centros de Salud, se obtiene un "híbrido" con "cabeza" de Enfermero y "cuerpo" de Trabajador Social, que está abocado al fracaso y provocando conflictos profesionales, sindicales e incluso personales, que ya están haciéndose evidentes y, en algunos casos, podrían acarrear graves consecuencias.

El valor de las palabras. Malversación de fondos semánticos y usos irregulares de la comunicación oral y escrita en Servicios Sociales

Resulta fácil hablar y escribir. Por ello, hacemos un uso totalmente irresponsable de lo que decimos y su significado. Cuando queremos decir algo, no somos conscientes de la profundidad que tienen nuestras palabras y lo que encierran.

Siempre se nos había dicho, por ejemplo, que la formulación de objetivos dentro del proceso metodológico de planificación, debía hacerse con tiempos en infinitivo, lógicamente para no quedar atrapados en el sentido de nuestras propias palabras y tener siempre una vía de escape, por si nos equivocábamos o nuestras posibilidades no daban para cubrir los citados objetivos.

"Potenciar", "facilitar", "Remover" etc., son ejemplos del uso de la palabra como una especie de "digo, pero no digo, por si lo que digo, después no puedo decirlo...". Quiero que se entienda que no se trata de una crítica al Trabajo Social y sus herramientas, ya que todas las profesiones juegan con el significado de las palabras, incluso algunos, con mayor incidencia negativa sobre los ciudadanos, si no más bien, de poner en valor una situación dormida, que influye diariamente en nuestra vida profesional y que afecta sobremanera a los ciudadanos para los que trabajamos.

No obstante, no me referiré exclusivamente a la malversación en el uso semántico de las palabras a nivel general o a la comunicación como herramienta laboral, sino también, a la escasa preparación profesional en técnicas de comunicación oral y escrita (pasando de puntillas por algunas recomendaciones sobre comunicación); y a la inconsistencia grandilocuente del lenguaje de la Administración Pública.

El análisis de la comunicación, que es en definitiva nuestro modesto objetivo, tiene infinitas formas, que darían para un ensayo voluminoso y no para un artículo; se trata en resumen, de reflexionar sobre la importancia de algo tan cotidiano y diario como es *hablar o escribir* (en nuestro trabajo y en la literatura administrativa que se genera) y, que encierra en sí mismo, la esperanza de la imparcialidad, objetividad, diligencia, la responsabilidad pública y el día a día de los ciudadanos a los que servimos en tanto en cuanto Sistema Público.

Juan Antonio Jiménez Martín

En el siguiente párrafo de *Alicia en el país de las maravillas*, Alicia discute con Humpty Dumpty sobre lo que para él es " significado ". Sirve para ilustrar el resbaladizo territorio de la significación de las palabras y la comunicación:

- ... lo que demuestra que hay trescientos sesenta y cuatro días en los que puedes recibir regalos de no-cumpleaños.
- Es verdad - dijo Alicia.
- Y sólo uno para regalos de cumpleaños. ¡Te has cubierto de gloria!
- No sé qué quieres decir usted con eso de "gloria"- dijo Alicia. Humpty Dumpty sonrió maliciosamente.
- Por supuesto que no lo sabes, hasta que yo te lo diga. He querido decir " ahí tienes un argumento aplastante".
- Pero "gloria" no quiere decir "un argumento aplastante"- objetó Alicia.
- Cuando yo uso una palabra - dijo Humpty Dumpty en tono desdeñoso- quiero decir exactamente lo que yo quiero decir, ni más ni menos.
- La cuestión es - dijo Alicia - si se puede hacer que las palabras quieran decir tantas cosas diferentes.
- La cuestión es - dijo Humpty Dumpty - quién es el que manda y punto.

LEWIS CARROL

INTRODUCCION

Cuando decimos algo, verbalizamos un pensamiento y le damos forma con nuestras palabras, se ha de suponer que hemos escogido con cuidado aquellas que responden a la idea que se elabora en nuestra mente. Si antes de hablar, de comunicarnos, lo pensamos (así debería de ser...), es por que somos conscientes de que lo que decimos y como lo hacemos, tiene un valor en sí mismo mucho más importante que la mera unión de palabras con sentido semántico, morfológico y sintáctico. Tememos equivocarnos al hablar y medimos lo que decimos. Eso es comunicación.

Emisor y receptor, metas u objetivos, canales, mensaje, código, Ruido, retroalimentación, contexto.

Nosotros como trabajadores de lo social, nos comunicamos a diario, manejamos el lenguaje verbal/escrito y no verbal, con una fluidez que en muchos casos no está a la altura de las necesidades de comunicación que en cada momento se requieren. No obstante no somos ni los únicos, ni es nuestra profesión el máximo exponente.

Llegados a este punto y no con cierta ironía, debería anexarse a cada documento (órdenes, reglamentos, informes etc.) que elaboramos o de los que dependemos para trabajar, una adenda explicativa del sentido exacto de las palabras, de esta manera no se darían interpretaciones a situaciones que deben ser únicas. La "ambigüedad", los dobles sentidos y la falta de concreción, son perturbaciones que dificultan y enrarecen la comunicación, ya que la sensación de indefensión del administrado es evidente.

Pero aún es mucho más grave cuando es la propia administración, la que a través de sus Leyes, decretos, reglamentos y órdenes, estructura toda una serie de disposiciones en el ámbito de los Servicios sociales, para "favorecer y mejorar" nuestra calidad de vida y la cobertura de recursos y prestaciones sociales.

Salta a la vista la exagerada carga de ambigüedad que salpica todo el campo semántico de tales disposiciones legales - cuerpo mater de nuestro trabajo -, es destacable el uso de términos, que en sí mismos y como están expresados, significan menos de lo que dicen, en un proceso de malversación de su sentido literal y originario.

Puede resultar cuando menos irrisorio pensar que cuando decimos, escribimos o aparecen en un texto legal una serie de disposiciones, estas deban cumplirse en el sentido literal, que por ejemplo la Real Academia Española de la lengua otorga a

esa palabra... está visto que no y, que además, es pretencioso y absurdo que esto se planteé en este trabajo.

Partiendo de esta base de marcado acento práctico - irónico, cabe preguntarse ¿ Qué hace el ciudadano para saber lo que realmente le afecta? ¿ Deberá dejar al arbitrio de los técnicos o los responsables políticos la interpretación de lo que se " quiso decir?" ¿Es justo que lo que decimos o escribimos, no signifique nada o pueda ser modificable sobre la marcha?... En este sentido, sirve de apoyo este párrafo extraído de un Informe del Defensor del Pueblo .

"...esta frustración personal y social promueve desconfianza frente al sistema, y ante la propia credibilidad de las instituciones y de los proyectos públicos que se aprueban. Los ciudadanos pierden la perspectiva de las prestaciones brindadas ante la realidad que padecen, máxime cuando ésta es negativa y carencial.

Además estos grandilocuentes ofrecimientos públicos se observan como paradójicos cuando se encuentra en plena crisis el propio modelo del estado de Bienestar. Las doctrinas nacionales e internacionales discuten la crisis del sistema, las consecuencias de la reversibilidad de los derechos sociales, y la valoración de las medidas reductoras de las prestaciones sociales. En el contexto de limitaciones presupuestarias, envejecimiento de la población y crecimiento desorbitado de las necesidades sociales, es imprescindible ser ponderado y estricto a la hora de formular las políticas en materia de prestaciones asistenciales. Una época de rigidez y restricciones del Estado Social debiera condicionar el ejercicio de los ilimitados compromisos públicos de las administraciones, ofertando prestaciones inconseguibles para los ciudadanos, y recomendar una práctica más prudente de la planificación estratégica. "

Si decimos o escribimos algo, es para cumplirlo desde la literalidad con la que este dicha o escrita (manejar un universo vocabular más amplio y conocer mejor el significado de las palabras), o en su defecto poner los medios necesarios para su consecución inmediata; lo demás es mentir y subvertir el uso y valor de la palabras, que dejan de tener sentido, para pasar a ser sólo "palabras", que con el tiempo minan la confianza del administrado.

Hasta la frase " poner los medios" que he usado hace un momento, es un buen ejemplo de ambigüedad. ¿ Qué significa?. De entrada sólo manifiesta una intención que encierra una acción, pero desconociendo en que se concreta. Si por ejemplo, trabajamos con un grupo de autoayuda y en nuestro Programa hablamos de "poner los medios" sin decir cuales, cómo, quien, cuando, el coste etc. ¿ Qué les estaremos ofreciendo?. De entrada sólo palabras carentes de realidad. Pero por otro lado una evidente tranquilidad institucional/profesional, por la falta de "compromiso", que nos libera de crear *nada* de lo que en cierta manera nosotros no controlamos en todo su proceso.

Desde la administración y nuestro trabajo diario, se potencia de una manera desmesurada lo que daría en llamar una política inconsciente (si fuera consciente se haría con método y rigor...) de "efectos especiales y puestas en escenas", en el manejo de la comunicación, sobre la base de.../

"...Lo que no nos parece razonable es la acción pública de ofertar prestaciones formuladas desde las instancias administrativas, a las que difícilmente podrán acceder los ciudadanos. Nos referimos, al ejercicio de la planificación excesivamente optimista y desmarcada de la realidad. A no ser que se quieran tergiversar las cosas, estimamos que no es prudente ni aceptable utilizar la técnica de la planificación estratégica partiendo de planteamientos utópicos e inalcanzables. Desde una estricta función de programación o planificación

organizativa se descarta deducir objetivos fundados en deseos o intenciones frente a hechos y circunstancias reales".¹

Tenemos muchos ejemplos, sobre todo en el campo de las subvenciones, pensiones – acceso y permanencia – y prestaciones económicas de cualquier tipo. En definitiva se trata de un lenguaje **ampuloso**, con términos ambiguos y tiempos verbales que expresan posibilidad (uso de condicionales), infinitivos y otras formas que huyen del modo imperativo.

Recursos gramaticales y léxicos

En el lenguaje administrativo se usa mucho la tercera persona: el caso prototipo es el de la instancia, que obliga al emisor a colocarse en el lugar de otro y desencadena, en ocasiones, una incorrecta fluctuación de personas a lo largo del texto. Caracteriza también al texto administrativo la acumulación de locuciones prepositivas (*en el supuesto de, de conformidad con, a efectos de, a instancias de, según lo dispuesto en*, etc.), muchas de las cuales no aportan contenido real sino que se limitan a servir de apoyo en la estructuración del texto.²

Es muy frecuente el abuso de los adverbios en *-mente*. Por un lado, por la necesidad que existe en este tipo de textos de matizar y precisar verbos y adjetivos en busca de claridad y falta de ambigüedad; y por otro, por el afán de emplear palabras extensas que hinchan y enfatizan la frase: *certifico que lo anterior concuerda bien y fielmente con su original*.

Existe una preferencia por la construcción nominal, que se manifiesta en el abundante uso de sustantivos y adjetivos en relación con el número de verbos utilizados; en la sustitución de construcciones verbales por construcciones nominales (*en la tramitación de este expediente = al tramitar este expediente*) y en el uso de perífrasis con un verbo vacío o desposeído de significado y un sustantivo que porta mayor carga semántica (*presentar*

reclamación por reclamar, interponer recurso por recurrir). Con ello la prosa se vuelve más abstracta e intemporal y también más lenta:

Esta primera tendencia se combina con otro factor despersonalizador, que es la abundante presencia de formas no personales del verbo: infinitivos, participios -presentes (*el solicitante, las partes intervinientes*) y pasados, muchos en construcción absoluta (*transcurrido el plazo, instruido el expediente, probados los hechos*)- y, sobre todo, gerundios (*resultando que, considerando*).

Además del futuro, se usan otros muchos subjuntivos, en parte porque existe mucha subordinación, dado que el párrafo administrativo suele ser largo, a fin de recoger con precisión y explicitud todos los matices, posibilidades y excepciones. Y en parte también porque, dado el contenido preceptivo-informativo de este tipo de texto, abundan los verbos que rigen subjuntivo (verbos de mandato, de ruego, de permiso, de encargo, de prohibición, oposición, posibilidad, duda, obligación, como *disponer, precisar, convenir, ser necesario*).

También se caracteriza el lenguaje jurídico-administrativo por el uso abundante de siglas y abreviaturas a la hora de aludir a organismos, instituciones, leyes y conceptos (*MEC, LOGSE, IRPF, BOE, RD, LOPJ*). Aunque son muy útiles, por el ahorro de tiempo y de espacio que suponen, entorpecen con su presencia la legibilidad del texto.

Por último referirnos al empleo del FUTURO SIMPLE DE INDICATIVO, como el tiempo verbal más extendido en los diversos materiales administrativos que manejamos: podrán, consistirá, concretará, tenderá, promoverán, desarrollarán, llevarán.³ Para que nos hagamos una idea, la "acción del verbo aún no ha sucedido y se informa de su realización en un tiempo venidero"... un buen ejemplo de ambigüedad y falta de concreción.

El texto administrativo: comunicativamente fallido

La propia Administración está llevando a cabo desde hace un tiempo intentos de simplificar y actualizar los textos que produce, con el fin de volverlos más claros y precisos. Como consecuencia de esa nueva actitud se publica en 1990 el *Manual de Estilo del Lenguaje Administrativo* y se redactan en las leyes correspondientes cláusulas que aluden a la búsqueda de la claridad en las relaciones de la Administración con los ciudadanos; la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece explícitamente que "Las sentencias deben ser claras, precisas y congruentes con las demandas" y la Ley de Procedimiento Administrativo, en su artículo 2º (7 de julio de 1986) afirma que:

"En la elaboración material de los documentos y comunicaciones administrativas, en especial de los que hayan de dirigirse a los particulares, se deberá disponer el texto de forma clara y concisa, acudiendo a párrafos breves y separados, y evitando la aparición de apartados cuya extensión o complejidad dificulte innecesariamente la interpretación de su contenido."

Sin embargo, las propiedades aquí atribuidas al texto administrativo (su naturaleza fallida desde el punto de vista comunicativo y su escaso atractivo para el receptor) tienen serias repercusiones de orden social, en la medida en que es muy difícil que un ciudadano común no se enfrente en algún momento de su vida a la redacción o a la interpretación de un texto de este tipo.

Tanto a la hora de interpretar como a la de redactar un escrito para la administración, el usuario tendrá que extremar el cuidado (puesto que "el desconocimiento de la ley no exime de su cumplimiento" y no se podrá excusar en el "lo leí pero no lo entendí, no sabía que quería decir eso o no me expresé bien..."). En suma, la correcta comprensión del texto administrativo y la

capacidad para la producción de textos de este tipo se convierten en habilidades importantes desde el punto de vista social y, si no por ello estos textos van a ser más sencillos, al menos sí deberían estudiarse con un poco más de interés, durante la "carrera".

COMUNICAR NO ES FÁCIL. EL PROFESIONAL

Quando estamos estudiando y, después durante el trabajo profesional, creo que echamos en falta la formación específica en comunicación. A todos se nos supone unos consumados oradores o al menos con un dominio del lenguaje verbal o escrito aceptables. Se presupone que esa *capacitación* va con el cargo. Nada más lejos de la realidad.

La mayoría hemos escrito o leído, informes sociales o proyectos, que dejaban mucho que desear en cuanto a redacción (incorrecciones de significado en palabras, estructuras morfosintácticas deficientes), con un pésimo sentido comunicativo y totalmente empecinados en parecer "muy técnicos" (rebuscado, ininteligible, complejo y solo para profesionales del sector), como si echáramos en falta esa misma jerga, al estilo jurídico o médico, que les confiere la diferencia mística que les aleja del ciudadano y les da buena imagen profesional.

Usar "progenitor" por padre, "vínculo conyugal" por matrimonio y un largo etcétera. demuestra sin más la pedantería redactora de quien traslada al papel sus evidentes carencias y falta de manejo del lenguaje. Eso no quita, que como cualquier profesión, usemos una terminología propia de nuestra actividad y hagamos uso del lenguaje, pero sin buscar añadidos coloristas e incongruentes, que resultan discordantes y superfluos.

Un altísimo porcentaje del trabajo profesional lo pasamos comunicándonos con los usuarios, los grupos, los responsables políticos, con los medios de comunicación... sin más formación

que la personal. No se trata de hacerse consumados oradores, ni mucho menos, pero sí conocer las técnicas, vicios y recursos que mejorarían la citada comunicación. Además, de perfeccionar el uso y estilo del lenguaje que empleamos, que lo haga fluido, profesional y cercano.

Resumiendo, nos encontramos con un deficiente uso morfosintáctico y semántico de las palabras y falta de habilidades orales o escritas para comunicar. Un error muy corriente es "DAR POR ENTENDIDO", lo que queremos decir. Ello supone, un cúmulo de interpretaciones, que sólo producen confusión. Un ejemplo. Si citamos a un usuario y no ponemos la hora, el día o el lugar, por entender (nosotros), que la hora es durante nuestro trabajo, el día cuando atendemos y el lugar donde trabajamos... ¿Le sucedió esto alguna vez ?.

HABILIDADES EN EL USO DE LAS PALABRAS: Verbales y escritas. Recursos

Conviene tener en cuenta que el significado atribuido a una palabra por distintas personas no es exactamente lo mismo. Para expresar nuestras ideas, utilizamos enunciados verbales. Existen una serie de guías para el uso adecuado de éstos:

- 1.- **Expresarse del modo más claro y sencillo posible.**
- 2.- **Evitar las dobles negaciones y el empleo frecuente de frases pasivas.**
- 3.- **Definir o explicar las palabras técnicas**, nuevas o difíciles si el nivel del auditorio lo exige.
- 4.- Utilizar **frases de transición que conecten diferentes ideas** y secciones de una charla, de modo que el auditorio sepa cuando se pasa de un punto a otro.
- 5.- **Expresarse de forma correcta.**
- 6.- **Expresarse con corrección y precisión.**

- 7.- **Expresarse con coherencia.**
- 8.- **Expresarse con concisión.**
- 9.- **Expresarse por completo.**
- 10.- **Expresarse de modo coloquial.**
- 11.- **Enfatizar:** Un modo consiste en repetir las ideas claves para ayudar a que sean recordadas por el auditorio. Existen tres formas básicas de repetir una idea:
 - 1.- Repetirla literalmente (modo menos recomendable).
 - 2.- Expresarla con otras palabras o con diferentes ejemplos
 - 3.- Clarificar lo que es algo diciendo lo que no es.
- 12.- Hacer que el **contenido de la charla sea adecuado** al tema concreto de que se habla.
- 13.- Procurar desarrollar el **contenido del modo más interesante y ameno** posible.
- 14.- Procurar **evitar** el uso abusivo de palabras o expresiones que llegan a convertirse en **muletillas o "manías"**. "Entienden", "me explico", "no", "bueno", etc .

HABILIDADES NO VERBALES

No sólo es importante lo que una persona dice, sino también cómo lo dice. La misma frase puede tener un significado muy distinto según el tono de voz con que se pronuncie.

Igualmente la expresión facial, los gestos, la mirada... son importantes para captar los sentimientos y actitudes de una persona, para añadir interés a la charla y para mantener la atención de la gente. Las conductas vocales y no verbales influyen gradualmente en el significado que las personas atribuyen a los mensajes que escuchan. Si hay una contradicción entre estas

conductas y el contenido verbal, mucha gente suele dar más valor a las primeras, posiblemente porque son más difíciles de manipular.

En este apartado se considerarán las habilidades no verbales: postura, orientación, movimiento, gestos, expresión facial, mirada, proximidad y apariencia.

Postura.- Es cómo se mantiene el cuerpo cuando uno está sentado, de pie, o caminando.

Orientación. Se refiere al ángulo con el que el cuerpo está dirigido hacia el auditorio.

Cuanto más de frente se pone uno hacia el auditorio, mayor es el nivel de implicación y mayor el interés que se muestra hacia el público y que se recibe de éste.

Movimiento. Permanecer quieto mientras se da una charla es francamente difícil; algún grado de movimiento es necesario para encontrarse más cómodo.

Gestos. Consisten en movimientos breves y transitorios de partes específicas del cuerpo. Se realizan básicamente con las extremidades, hombros y cabeza.

Expresión facial. La cara es el medio fundamental para expresar emociones, estados de ánimo o actitudes. Es una gran fuente de información.

La sonrisa: Es un tipo importante de expresión facial que sirve para abrir los canales de comunicación y suavizar una crítica o rechazo. Debe ser congruente con lo que se dice y con la situación en la que uno se encuentra.

Mirada. Mirar a otro en mayor o menor medida puede indicar interés/ desinterés, agrado/ desagrado, franqueza/ falta de sinceridad, confianza/ nerviosismo y poder/ respeto.

La evitación de la mirada o el mirar a los oyentes sólo fugaz y ocasionalmente impide recibir retroalimentación del auditorio, reduce la credibilidad del orador y da lugar a que se atribuyan a este características negativas tales como miedo, falta de espontaneidad, poca sinceridad, falta de competencia, desinterés, desagrado y/ o aburrimiento.

Proximidad. Se han distinguido cuatro zonas de proximidad espacial en la comunicación con otros: íntima (0 - 45 cm.), Personal (45-120 cm.), Social (120-365 cm.) y pública (desde 365 cm. Hasta el límite de lo visible y audible). Ponerse a la misma altura del auditorio reducirá la distancia física y psicológica respecto a éste y permitirá establecer un contacto mejor. El sitio elegido debe permitir ver al público y que éste vea al orador con comodidad.

Apariencia. La apariencia incluye, además del propio físico, aspectos tales como el vestido, adornos, accesorios, peinado, barba y maquillaje. La apariencia influye en la imagen y credibilidad del orador y en el grado en que el auditorio se identifica con él; esta influencia es mayor cuanto menos conoce el público al orador.

HABILIDADES VOCALES Y PARALINGÜÍSTICAS

Las habilidades vocales son aquellas relacionadas con el uso de la voz y que tienen que ver no con lo que se dice verbalmente, sino cómo se dice. Además de la tensión y la mala respiración, la voz se ve afectada negativamente por otros factores tales como hablar con un volumen o con un tono muy alto, hablar con mucha frecuencia y pocos descansos, los cambios bruscos de temperatura, las corrientes de aire, las bebidas muy frías, el tabaco y diversas afecciones médicas: laringitis, faringitis...

En este apartado se consideraran las siguientes habilidades vocales: pronunciación, tono y entonación, volumen, velocidad, pausas y fluidez.

Pronunciación. Muchos problemas de pronunciación se deben a hablar muy rápido, a emplear sonidos equivocados para una palabra, a dejar morir el final de las frases de un modo ininteligible o a no abrir suficientemente la boca.

Tono y entonación. Aparte de servir para indicar si uno está haciendo una pregunta o una afirmación, el tono de voz sirve para expresar una amplia variedad de emociones, actitudes y estados de ánimo, y para enfatizar ideas o palabras.

Volumen. Se refiere a la intensidad con que se habla, esto es, si se pronuncia más o menos alto o bajo. Si uno habla de tal modo que todos le oigan con comodidad, transmitirá confianza y competencia y contribuirá a mantener la atención y el interés del auditorio.

Velocidad. Sirve para expresar el estado de ánimo. Una cierta variación en la velocidad sirve, al igual que la variación en el tono, volumen y duración de las pausas, para mantener la atención y el interés del auditorio.

Pausas. Las pausas o silencios cortos durante la charla pueden cumplir una diversidad de funciones importantes:

- Marcar el final de una fase o de un punto o apartado de la charla.
- Permitir al orador relajarse y respirar de un modo concreto y no atropellado.
- Enfatizar una palabra en medio de una frase.
- Permitir observar las reacciones del público a lo que se acaba de expresar.
- Dar tiempo para pensar en lo que se va a decir a continuación.

Fluidez. El suave progreso de las palabras adecuadas una tras otra puede verse afectado por una diversidad de perturbaciones. Una de las más frecuentes es la emisión de sonidos tales como "ahhh", "ehhh" "ummm", los cuales suelen utilizarse para ganar tiempo y pensar en lo que se va a decir a continuación.

Se deben reducir al máximo también la prolongación de sonidos en palabras "Bien, la resolución de esteee... conflicto es algo que ...". Cuando se quiere pensar en lo siguiente que se va a decir deberemos intentar eliminar las pausas vocalizadas; lo mejor es hacer una pausa en silencio: todo el mundo lo agradecerá. Además de las pausas vocalizadas, otras **variables que afectan a la fluidez** son los silencios prolongados y frecuentes las pausas sin silencio y las perturbaciones del habla tales como las señaladas a continuación:

- Corrección o cambio de frase (esto ocurrió hace...hará dos años).
- Frase incompleta (no es que yo tenga nada contra esta política ni... lo que sucede.).
- Repetición (la cuestión... la cuestión es como obtener dinero).
- Tartamudeo (el siguiente punto es fun, fun, fundamental).
- Sonido ininteligible entrometido (cuando la gente comprueba este estado de cosas, den... tiene motivo para alterarse).
- Lapsus linguae (la razón por la que yo no quiero...quería apoyar).
- Omisión (esta situación ge...estuvo generando durante años...).

El exceso de perturbaciones del habla y las otras variables que disminuyen la fluidez suelen indicar ansiedad o falta de dominio del tema, reducen el posible efecto persuasivo de una charla e influyen negativamente en las evaluaciones del auditorio sobre la competencia y dinamismo del orador.

LA INSTITUCIÓN. EL LENGUAJE ADMINISTRATIVO

En sus relaciones con los ciudadanos, la Administración del Estado ha recurrido casi exclusivamente al código escrito. El resultado final es el uso que hoy conocemos como lenguaje administrativo. Es un tipo de lengua que participa de todas las características del español común, salvo en el uso específico que hace del léxico, razón por la que se denomina también lenguaje de especialidad.

"Contra los actos firmes en vía administrativa, podrá interponer recurso extraordinario de Revisión, cuando transcurra alguna de las circunstancias previstas en el art. - 118 de la L.R.J.A.P y P.A.C y en los ... "(¿?). ¿Podrá un usuario tipo entender el alcance de sus derechos en una notificación de Ayuda económica familiar, SAD u otra prestación?

Este ejemplo y otros, contenidos en una simple notificación del Servicio de Ayuda a Domicilio, son moneda corriente a los que se enfrenta el administrado, debiendo recurrir para su interpretación a los Trabajadores Sociales (¿?) o en última instancia a las Gestorías Administrativas. Es evidente la contaminación del Derecho, en toda nuestra actividad profesional, en parte (como en otras profesiones) por que lo "jurídico", supone una garantía mental y social de "verdad" y protección, dado el sentido punitivo y coercitivo en el que se enmarca.

La mayoría – por no decir todas – de las disposiciones, Decretos etc. son realizados por letrados que se han formado, en el aún hoy rancio, Derecho romano, que mantienen una jerga pro-

fesional, ilegible y oscura..." Diga usted si es menos cierto que el día de autos, la interfecta..." " Otrosí digo que..." y otras expresiones arcaicas que contravienen, como ahora citaré, disposiciones normativas dictadas por la Administración para proteger al ciudadano de este tipo de "comunicación estéril".

El lenguaje administrativo es la lengua empleada por los órganos de la Administración del Estado tanto en sus relaciones internas como en su relación con los administrados. Lo normal es que se manifieste de forma escrita, a través de variadísimos documentos (actas, anuncios, circulares, citaciones, convocatorias, disposiciones, estatutos, formularios, notificaciones, oficios y otras muchas modalidades).

También el **canal** es especial: es un papel y, no uno cualquiera, sino un papel oficial, fechado y firmado. El canal se convierte en la propia ley¹. Asimismo, el **contenido del mensaje** en este tipo de texto es específico: no lo será nunca una anécdota, ni una historia, ni una hipótesis. Y también es específica la **intención** del emisor al elaborar su mensaje: no busca convencer a la manera del lenguaje publicitario o del político, ni le mueve un objetivo estético, como ocurre con el lenguaje literario; el texto administrativo tiene una finalidad fundamentalmente práctica: la de informar, ordenar y, a veces, disuadir (y solicitar o reclamar cuando el emisor es el ciudadano). Todos estos factores tienen evidentes consecuencias sobre el **código** utilizado y sobre el tipo de texto resultante.

En efecto, el **emisor** de un texto administrativo es bastante especial: suele ocupar una posición de dominio y suele buscar el anonimato. El **receptor** por lo general ocupa una posición "subordinada" con respecto al texto, que se le impone (tanto cuando es un texto preceptivo como cuando es informativo). Estos papeles se invierten cuando se trata de un texto elaborado por el ciudadano para dirigirse a la Administración (en instancias y recursos, por ejemplo). En ese caso es el receptor el que ocupa una

posición de poder y el emisor el "subordinado", que se ve obligado a asumir y recordar constantemente esta condición, desde el momento en que debe hablar de sí mismo en tercera persona (aceptando que "no es nadie, al menos nadie conocido").

La Ley General para la defensa de los consumidores y usuarios (Ley 26/1984 de 19 de Julio), establece en el Capítulo III, Artículo décimo punto 1 " *Las cláusulas, condiciones o estipulaciones que, con carácter general se apliquen a la oferta, promoción o venta de productos o servicios , incluidos los que facilita la administración pública...deberá cumplir los siguientes requisitos:*

1.-) Concreción, claridad y sencillez en la redacción, con posibilidad de comprensión directa...

Por otro lado los Derechos de los ciudadanos en sus relaciones con la Administración tiene diversos referentes normativos, en lo relativo a la comunicación:

a.- Derecho a que la Administración elabore y redacte las comunicaciones y documentos de forma clara, concisa... (Artículo 3.3 y 5 de la Ley de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común ,BOE 311 de 28 de Diciembre de 1992).

b.- Real Decreto 1465/1999 de 17 de Septiembre " por el que se establecen criterios de imagen institucional...".

b.1.- En la elaboración material de documentos y comunicaciones administrativas, en especial, las que hayan de dirigirse a los particulares, se deberá disponer el texto en forma clara y concisa, acudiendo a párrafos breves y separados, y evitando la aparición de apartados cuya extensión o complejidad dificulten innecesariamente la interpretación de su contenido.

"Contra la Resolución/ decreto transcrita/o, que pone fin a la vía administrativa, podrá interponer recurso potestativo de Reposición, ante el órgano que dictó el acto, en el plazo de un mes desde la fecha de la notificación, o acudir directamente ante la Sala de lo contencioso administrativo del TSJ de Andalucía en el plazo de ..." (??).

Podríamos continuar ilustrando los argumentos, que manifiestan, por un lado las contradicciones del sistema público (del que pocos nos libramos) frente a lo que parece una forma de procedimiento enquistada en la vida profesional y, por otro lado, una evidente necesidad de liberarnos de un excesivo formalismo administrativo que **choca con las posibilidades de comprensión de la inmensa mayoría de nuestros usuarios.**

Si a todo esto añadimos nuestras dificultades de comunicación oral y escrita y los errores semánticos (significado real por significado otorgado), obtendremos un nivel de comprensión muy bajo para el ciudadano y su relación con el Sistema Público en el que trabajamos.

No olvidemos las propias carencias de comunicación en general de los propios usuarios, un handicap muy grave, a menudo soslayado, que supone una barrera muy importante en la comunicación: Deficiencias culturales, formativas, edad avanzada, deterioros sicofísicos, marginación extrema, desconocimiento exacto de los recursos, hablar de "oídas"... etc. CON TODO ESTO TIENE QUE HACERSE ENTENDER EL USUARIO Y VICEVERSA.

Carencias en el lenguaje institucional. Lo que se dice y lo que se hace

Lo comentaba al principio de este artículo cuando hablaba de la "dificultad" que existe para expresarse con la suficiente concreción y, además, decir o escribir las cosas de manera inteligible (dentro del ámbito administrativo, que es el que nos interesa), entendiéndolo por ello, que se pueda tener la seguridad de que la palabra quiere decir exactamente lo que expresa y no otra "posible afección", a conveniencia de quien redacta o ejecuta.

Pues bien, del estudio de diferentes normativas que forman parte de nuestro trabajo profesional he tomado los siguientes cortes, extraídos, sin ánimo de ser exhaustivo: ⁴

1.- LEY 1/1998, de 20 de Abril de los derechos y la atención al menor

Artículo 3.3 " *los poderes Públicos de Andalucía otorgarán la atención y protección necesarias a la familia (¿?) para que pueda asumir plenamente sus responsabilidades (¿?) como grupo social*". Se usan términos como " otorgar", "protección necesaria", "asumir plenamente"... , que en sí mismos expresan voluntad de acción, pero a su vez una peligrosa falta de concreción. Destacar su carácter genérico y nada realista.

En sí, puede ser bueno como "documento tipo" que desarrolla la voluntad del legislador, pero lo más alarmante, es que esa misma cadena de términos ambiguos y genéricos (expresados con voluntad de acción mas que con acción y voluntad de ella ¿?), varían poco en los Decretos, Ordenes o demás disposiciones más cercanas, que teóricamente, "desarrollan" la normativa general de la que emanan.

Artículo 8 " *Las Administraciones Públicas de Andalucía desarrollarán programas destinados a adoptar medidas preventivas para evitar (¿?) que se produzcan situaciones de malos tratos*

físicos, psíquicos o sexuales, uso y tráfico de estupefacientes, drogas tóxicas y sustancias psicotrópicas, mendicidad infantil, explotación laboral, exposición y venta de menores o cualquier otra circunstancia que pueda interpretarse como explotación de los mismos".

Aquí "*adoptar medidas*", se usa con una enorme despreocupación y "fe" en un entorno posible, abarcable y que puede absorber con presunta facilidad, las "medidas" removedoras que actúen contra las causas que generan situaciones de malos tratos físicos, psíquicos ...

"Evitar", así mismo, supone un ejemplo claro de "alegría semántica" del que redacta, ya que la palabra es precisa y clara; si bien se usa como un comodín desnaturalizado al estilo de la mayoría de los términos que dan forma al corpus de legislación social, con el que trabajamos.

Así, "prevenir, precaver, eludir, sortear, rehuir... (los cuatro últimos significados) sugieren un peligro, dificultad, estorbo en que uno se encuentra de modo efectivo, o que amenaza como inmediato. Esto puede hacernos reflexionar sobre la oportunidad de la acción (posiblemente tardía), que actúa sobre efectos y no sobre causas.

Es una constante en la legislación de Servicios Sociales, que esta aparezca tarde y por debajo de las necesidades a las que pretende dar respuesta.

Título II de la Ley 1/1998, en su artículo 17, contempla que "se entiende como protección *el conjunto de actuaciones para la atención de las necesidades (¿?) del menor tendentes a garantizar su desarrollo integral (¿?) y a promover una vida familiar normalizada*".

Capítulo 1. Disposiciones generales

Artículo 2.2 Con este programa se persiguen los siguientes objetivos:

- a) *Mitigar* los factores de riesgo...
- b) *Capacitar a la familia* (¿?)para dar una correcta atención a sus hijos...
- c) Lograr que la familia *funcione de forma autónoma* (¿?).

2.- LEY 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía.

Destacar sobremanera, el artículo 2. Principios generales, que relaciona todos y cada uno en los que la ley se basa. Cada uno de ellos es explicado y soporta una ingente carga de ambigüedad:

Solidaridad: mediante la justa distribución... (¿?)

Prevención: mediante la adopción de medidas... (¿?)

Globalidad: mediante la consideración integral... (¿?)

Planificación y coordinación: mediante la adecuación de los recursos a las necesidades... (¿?)

Capítulo IV. Equipamiento

Art. 13.- Funcionamiento de los Centros. " *Todos los Centros dedicados a la prestación de servicios sociales **deberán** ajustarse a las condiciones que reglamentariamente se establezcan, así como a un funcionamiento que permita la participación de los usuarios.*"

Hace 15 años de la publicación de este artículo y, de la ORDEN de 29 de Febrero de 1996, por la que se "Regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios

Sociales de Andalucía, en desarrollo al Decreto 87/1996, un total de ocho.

Al día de la fecha, muchos Centros de Servicios Sociales no reúnen las condiciones mínimas de uso .

3.- DECRETO 11/1992, de 28 de Enero, por el que se establecen la naturaleza y prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios

Destacar el SIVO (Servicio de información, valoración, orientación y asesoramiento), el servio de Ayuda a Domicilio (SAD) y las prestaciones básicas complementarias , ya que las otras dos, Convivencia / reinserción y Cooperación Social, que suponen una mayor complejidad y dedicación institucional, están desarrolladas a más bajo nivel .

1.- SIVO. Basado en la necesidad general de los ciudadanos de acceder a la información y a los recursos "normalizados" del Sistema Público de Servicios Sociales. Destaca sobremanera una palabra clave " conocimiento", que significa " discernimiento, voluntad de conocer y de entender una cosa".

Esta prestación básica e importante, tiene que tener necesariamente un formato de "acción" frente a las demandas y necesidades detectadas, que vaya más allá de los términos que se expresan en la Orden: *conocer, acceder, orientación, asesoramiento, detección, estudiar, valorar, canalizar etc.*

La prestación debe configurar una unidad de acción. La información, no es sólo "dar noticia de algo" (un recurso), sino que básicamente es comunicación y, por lo tanto, está íntimamente unida a su función orientadora, colaborando con el usuario en su proceso de toma de decisiones. Ello implica necesariamente, conocer y valorar su situación global y las necesidades que fundamentan su demanda. Esta prestación debe tomar la iniciativa frente a las necesidades de una zona, ofertando información e

intervención precoz y preventiva".⁵ Sin embargo el SIVO, queda relegado a su semántica más pura *en el día a día con el ciudadano "conocer, acceder, orientación, asesoramiento, detección, estudiar, valorar, canalizar..."*.

2.- El SAD: Esta prestación básica es la que goza de mayor grado de identificación entre las del Sistema y de mayor popularidad entre los usuarios. Sin entrar en un análisis de la prestación, que no es nuestro objeto, nos quedaremos con el siguiente enunciado *"de carácter complementario y transitorio, que, a través de personal cualificado y supervisado, realiza una serie de actuaciones dirigidas a prevenir o detener situaciones de deterioro personal con el fin de facilitar al ciudadano su permanencia en su medio habitual"*.

- A.- *Complementario.* (Suplemento, ampliación, anexo). Cabe preguntarse de ¿Qué?, al existir aún graves carencias en cuanto a otro tipo de servicios o prestaciones: Centro de Día, comidas a domicilio, voluntariado etc.
- B.- *Transitorio.* (Pasajero, accidental, provisional, percedero). El deterioro del usuario y, en muchos casos, el abandono familiar etc. desaconseja la finalización del servicio.
- C.- *Detener.* (parar, atajar, suspender). Es impensable que con el volumen de hora/día/usuario que se oferta, se puedan cubrir mínimamente las necesidades o "detenerlas".
- D.- *Facilitar.* (Favorecer, proporcionar, suministrar). Al igual que antes, los servicios están limitados presupuestariamente, además de por otras circunstancias sociolaborales, que impiden el cumplimiento de estas buenas intenciones.
- E.- *Autonomía personal.* (Autogobierno, movilidad)⁶. (¿?)

El DEFENSOR DEL PUEBLO, realizó en el año 1995 un Informe al Parlamento de Andalucía sobre el " Servicio de Ayuda a Domi-

cilio en las Capitales Andaluzas”, destacando la variedad de maneras de actuar y las diversas velocidades de desarrollo de la prestación.

El estudio, muy exhaustivo, analizaba: El grado de conocimiento de la realidad social de los municipios, contenido y modalidades del servicio, cobertura, intensidad y nivel, los beneficiarios del SAD, el tipo de gestión, los profesionales, la tramitación administrativa, las listas de espera, los presupuestos y la evaluación del servicio.

La realidad administrativa una vez más no concuerda con el día a día en el desarrollo de la prestación. Una cosa es lo que se dice y otra muy diferente lo que se hace y como.

4.- Prestaciones básicas complementarias.

Las Prestaciones de carácter económico han estado presentes desde los inicios de los Servicios Sociales como alternativa a la intervención social. El resultado más negativo ha sido el fomento de la dependencia de la Prestación. Las limitaciones presupuestarias han reducido la capacidad de intervención a un número de usuarios determinados y a una forma de hacer paliativa.⁷

Las prestaciones son (deben ser), Instrumentales (herramienta de trabajo para posteriores intervenciones), transitorias en el tiempo, complementarias de otros servicios y prestaciones, coyunturales, individualizadas y regladas (criterios normativos de concesión).

Sin entrar en el análisis de este apartado, destacar las deficiencias en el uso de lo que se dice y de la realidad del día a día. Por un lado, se convierten en muchos casos, más en un medio que en un fin, dado el volumen de usuarios, la dificultad de ampliar servicios, generar programas de intervención etc., las limitaciones de personal, U.T.S con varios pueblos, dificultades económicas, escasa visión mas allá de los problemas y búsqueda de las causas desde la Institución etc...

Su transitoriedad es relativa, ya que las necesidades no desaparecen con una inyección económica puntual, muchas veces son crónicas. La complementariedad esta por ver, por lo antes apuntado. Y por último, su carácter reglado, en muchos casos queda peligrosamente sujeto a la "arbitrariedad" de su disposición: "*Falta de cobertura mínima de necesidades primarias de carácter personal*". ¿Cómo se concreta este argumento?. ¿Qué es mínimo? ¿Qué lo fija o quien?. ¿Es el profesional y/o responsable político quien determina, ordena y actúa sobre sus parámetros personales y mentales de "necesidades primarias"?

Por último referirme a otras frases contenidas en este texto "*Ausencia de recursos económicos de la familia, cuando ello suponga riesgo para los menores*". *En la mayoría de los casos, estaremos hablando de cronicidad y desestructuración de la economía familiar (desempleo, mala organización, recursos insuficientes, gastos por encima de ingresos...)*. "*Incapacidad de la familia para el mantenimiento de los menores en su entorno*".

Además "ausencia", es un término que implica vacío, negación, abandono...lo que *supondría carecer físicamente de ningún ingreso*. Tal contundencia semántica debe implicar toda una batería de recursos sociales y prestaciones de cara a normalizar esa unidad de convivencia, movilizándose desde los Servicios Sociales Comunitarios ... (¿?). ¿ Quien determina y en que consiste esa "ausencia de ingresos"?

El texto administrativo como instrumento de control

En principio, el objetivo del texto jurídico-administrativo es legislar, regular la actividad social e informar de esa labor a través sobre todo de su publicación en el BOE, BOP, BOJA etc, lo que puede obligar a responder con determinadas actuaciones por parte de los ciudadanos. Ciertos textos administrativos, elaborados para regular un derecho de los ciudadanos, lo que consiguen es desanimarlos en su intento de reclamar la aplicación

*de ese derecho y ponerlos en una situación de subordinado débil que se ha de conformar. En este tipo de textos el emisor impone -por medio de sus elecciones léxicas, gramaticales y de construcción del texto- una variedad lingüística ajena al receptor: un discurso muy protegido que impide el intercambio y procura evitar la intervención de los administrados en el funcionamiento del sistema.*⁸

Efectivamente, son muchos los textos en los que la impresión que se recibe es la de que el emisor pretende restringir el acceso de los receptores del texto al control del discurso (y, por tanto, limitar su acción social). No parece difícil argumentar que existe un componente de control y de mantenimiento al margen del administrado, que se materializa no sólo en el léxico específico (arcaico, elevado, técnico) sino en otros aspectos menos evidentes, como la excesiva subordinación e impersonalización del texto.

En el caso del lenguaje administrativo resulta no sólo chocante sino además inadmisibles que a través de la palabra pretenda, en lugar de legislar, regular o informar, disuadir, desanimar o confundir. Porque la Administración es de todos y tiene como misión velar por la convivencia reglada, así que no está legitimada para contribuir con sus textos a desorientar o complicar la vida de los ciudadanos. Desde el ámbito de los Servicios Sociales (los profesionales y la propia administración) debemos trabajar para lograr unos niveles comunicativos adecuados entre el usuario y el sistema Público. *Especialmente dado que, resulta impensable en este momento que la vida del ciudadano pueda desarrollarse al margen de ella.*

BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Española.
- LEWIS CARROL. *Alicia en el País de las Maravillas*. Editorial Planeta. S.A.
- Buscador Google. Internet.
- Informe al Parlamento de Andalucía del Defensor del Pueblo. Año 1995. SAD.
- SARMIENTO RAMÓN. Catedrático de Lengua Española. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.
- Ley 17/1998 de los derechos y la atención al menor.
- Manual de Estilo del Lenguaje Administrativo. MAP.
- Hablar en público. Editorial Narcea. Madrid.
- Ley 26/1984 Ley General de defensa de los Consumidores.
- Real decreto 1465/1999. Imagen Institucional.
- Ley 2/1988 de Servicios Sociales de Andalucía.
- Decreto 11/1992. Prestaciones básicas en los SS.SS. CC.
- Diccionario VOX. Sinónimos y antónimos. Bibliograf S.A. Barcelona 1995.
- Ponencia técnica sobre Prestaciones Básicas. Consejería de Asuntos Sociales. 1999.
- Elena de Miguel. Universidad Autónoma de Madrid.
- Las Barreras en Andalucía. Defensor del Pueblo Andaluz. 1994.
- Lengua Castellana y Literatura. Secundaria. Editorial Santillana 2000.

NOTAS

- (1) INFORME AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO. Introducción al " Informe sobre el Servicio de Ayuda a Domicilio en las Capitales Andaluzas", 1995.
- (2) SARMIENTO, Ramón. Catedrático de Lengua Española. Universidad REY JUAN CARLOS. Madrid.
- (3) Extraído del art. 20. Medidas de prevención y apoyo a la familia. Capítulo II. DE LAS MEDIAS PREVENTIVAS. LEY 1/ 1998 de 20 de Abril de los Derechos y la atención al menor.
- (4) Entiéndase (¿?), como sinónimo de extrañeza, sorpresa, incertidumbre y duda razonable.
- (5) Ponencia técnica sobre prestaciones básicas del Sistema Público de Servicios Sociales. Consejería de AA.SS.1999.
- (6) Diccionario VOX. Sinónimos y antónimos. BIBLOGRAF. S.A. Barcelona 1995
- (7) Ponencia técnica sobre prestaciones básicas. Consejería de AA.SS. 1999
- (8) DE MIGUEL, Elena. Universidad Autónoma de Madrid.

VIII CONVOCATORIA PREMIO CIENTÍFICO DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Objeto: Promover la producción teórica de las/os Trabajadoras/es Sociales a través de una publicación de carácter científico.

Tema: El trabajo presentado puede versar sobre el desarrollo teórico del Trabajo Social: Desarrollo de modelos teóricos y metodológicos, epistemología (fundamentos y métodos del conocimiento científico) del Trabajo Social, análisis documentales, reflexiones en torno al objeto y desarrollo del trabajo social, exposición de investigaciones y experiencias profesionales.

Participantes: Los trabajos podrán ser realizados por uno/a o varios/as autores/as. Participarán en este premio todos los artículos recibidos desde el 1 de octubre de 2003 hasta la fecha límite de presentación.

No podrán presentar trabajos las/os miembros del Consejo de Redacción. El premio podrá quedar desierto.

Normas de Presentación: Los trabajos han de tener estructura de artículo y ceñirse a lo siguiente:

La presentación se realizará en disquete informático, preferentemente en Word 2000, con una extensión mínima de 7 páginas y máxima de 30 páginas a doble espacio, por una sola cara. Asimismo, se adjuntará una copia impresa en papel DIN A4.

Los esquemas y gráficos deberán adjuntarse, independientemente de su situación en el artículo, en un fichero anexo, y en folios aparte en la copia impresa.

Las anotaciones y referencias bibliográficas se reflejarán a pie de página, enumeradas por orden de aparición en el texto. También se tendrá que incluir un resumen del trabajo presentado. Se indicará la bibliografía consultada en hoja aparte.

El/la/los autor/a/es remitirá/n siempre en soporte papel, además del artículo, los datos personales que se reflejan a continuación: Nombre y apellidos (si hay varios/as, por orden alfabético), domicilio y teléfono de contacto, situación laboral (parado/a o empleado/a), lugar de trabajo, años de ejercicio

profesional y experiencia, otras publicaciones y título del artículo.

Así mismo, se deberá aportar una declaración jurada donde se especifique que el artículo es inédito y que se asume el compromiso de no presentarlo a otra convocatoria de Premio mientras ésta esté vigente.

Además los artículos presentados deberán ajustarse a las normas de publicación en la revista Documentos de Trabajo Social que podrán ser solicitadas en la Secretaría Técnica.

Dotación: El VIII Premio Científico se dotará, gracias al Convenio firmado entre el Colegio Oficial de Diplomadas/os en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga y la Excm. Diputación de Málaga, de una cuantía de 1.805 euros.

Plazo de presentación: 14:00 h. del 30 de Septiembre de 2004.

Lugar: El trabajo se ha de presentar en el Registro de entrada de la Secretaría del Colegio Oficial de Diplomadas/os en Trabajo Social de Málaga, C/ Muro de Puerta Nueva, 9 1º C 29005 Málaga. Se podrá enviar también por correo certificado, teniéndose en cuenta que la fecha de salida no sea posterior a la fecha límite para la presentación de los artículos. Igualmente podrá ser utilizado el correo electrónico malaga@cgtrabajosocial.es, con la imprescindible verificación por parte del/de la remitente de la recepción del mismo y el posterior envío del artículo en soporte papel.

Fallo: 29 de Octubre de 2004.

Difusión: Los trabajos que sean de interés se difundirán a través de la revista, y en estos casos el/la/los autor/a/es renuncia/n a posibles derechos de autor, cediendo al Colegio la explotación total del artículo. Aquellos que no se publiquen podrán recogerse en el plazo de tres meses después de la resolución.

Jurado o valoración: La valoración de los trabajos la llevará a cabo un Comité Científico, nombrado a este efecto por el Colegio Oficial de Diplomadas/os en Trabajo Social, constituido por tres personas ajenas a la Redacción de la revista DTS.

YA A LA VENTA LA 3ª EDICIÓN DEL LIBRO



Lo pueden adquirir en:

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL

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

Tel. 952 227 160 · Fax 952 227 431

E-mail: colegio.oficial@trabajosocialmalaga.es

LIBRERÍA TEXTOS BABEL

C/ San Juan de Dios, 20 - Tel. 958 20 26 62

C/ Emperatriz Eugenia, 6 - Tel. 958 29 05 37

Granada - Web: www.babellibros.com

LIBRERÍA PROTEO

Puerta de Buenaventura, 3 - 29008 Málaga

Teléfono 952 21 94 07

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

El objetivo de este servicio es garantizar la defensa de tus intereses como lector y cliente de Documentos de Trabajo Social.

Cualquier incidencia, queja o reclamación puedes exponerla directamente a la Dirección de la Revista, siguiendo los siguientes cauces:

- * Escribir a la sede del Colegio, enviar por fax o correo electrónico a la atención de la dirección de D.T.S.
- * Comunicar telefónicamente al Colegio dejando tu número y nos pondremos en contacto contigo.

Documentos de Trabajo Social se compromete a responder todas las demandas a este servicio.

BUZÓN DE SUGERENCIAS

Esperamos tus sugerencias y aportaciones para mejorar D.T.S.

Enviar por correo, fax 952 22 74 31 ó correo electrónico a la sede del Colegio, a la atención de la dirección de D.T.S.

malaga@cgtrabajosocial.es

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS A LA REVISTA DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

1. La revista Documentos de Trabajo Social, como medio de publicación científico-técnica del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga, está abierta a la publicación de trabajos de todos los Diplomados en Trabajo Social y otros profesionales de la acción social.
2. Los trabajos publicables en Documentos de Trabajo Social pueden ser:
 - * Exposición de investigaciones.
 - * Trabajos teóricos.
 - * Exposición de experiencias.
 - * Trabajos sobre métodos y técnicas.
 - * Artículos de opinión.
1. La revista Documentos de Trabajo Social, como medio de publicación científico-técnica del Colegio Oficial de Diplomadas/os en Trabajo Social de Málaga, está abierta a la publicación de trabajos de todas/os las/os Diplomadas/os en Trabajo Social y otras/os profesionales de la acción social.
2. Los trabajos publicables en Documentos de Trabajo Social pueden ser:
 - * Exposición de investigaciones.
 - * Trabajos teóricos.
 - * Exposición de experiencias.
 - * Trabajos sobre métodos y técnicas.
 - * Artículos de opinión.
3. Los contenidos de los trabajos publicados:
 - * Contenido teórico del Trabajo Social: métodos, técnicas, teorías, orientaciones, investigaciones, profesión, docencia e investigación,...
 - * El Trabajo Social en los distintos campos de ampliación y su dimensión interdisciplinar: Servicios Sociales, Sanidad, Educación, Justicia, Empresa, Iniciativa Social,...
 - * Aportaciones al Trabajo Social de otras disciplinas de las ciencias sociales y de las nuevas tecnologías.
 - * Política Social.
4. Documentos de Trabajo Social tiene como ámbito geográfico preferente para la captación de trabajos la provincia de Málaga y la Comunidad Autónoma de Andalucía.
5. Presentación de trabajos:

- * Los trabajos serán remitidos al Colegio Oficial de Diplomadas/os en Trabajo Social de Málaga, C/ Muro de Puerta Nueva, 9, 1º-C, 29005 Málaga. malaga@cgtrabajosocial.es
- * La presentación de trabajos se realizará en disquetes informáticos, preferentemente realizados con WORD 2000, con una extensión orientativa de 1.600 a 5.600 palabras. Se adjuntará una copia impresa en papel DIN A4, con una extensión máxima de 30 páginas y mínima de 7, a doble espacio y por una sola cara. Los esquemas y gráficos deberán adjuntarse, independientemente de su situación en el artículo, en un fichero independiente, y en folios aparte en la copia impresa.
- * Las referencias bibliográficas no contabilizan a efecto del nº de palabras.
- * Las anotaciones y referencias bibliográficas se reflejarán a pie de página, enumeradas por orden de aparición en el texto. En su caso, se indicará la bibliografía consultada en hoja aparte.
- * Los artículos deberán estar acompañados de un resumen del mismo con una extensión máxima de 70 palabras. (Aproximadamente media página a un espacio).
- * Deberá existir un apartado en el que se citen las «palabras clave» del artículo, para facilitar la catalogación del documento. Se entiende por palabras clave aquellos términos técnicos que se consideren más relevantes y descriptivos del contenido de un artículo. Los términos deben reflejarse de lo más general a lo más específico (especificando además si el artículo está referido a un territorio en concreto o colectivo; el tipo de trabajo que es -investigación, trabajo teórico, etc-; el idioma de origen del mismo, etc.).
- * El/la autor/a o autores/as remitirá, siempre en soporte papel, aparte del artículo, los datos personales que se reflejan a continuación:
 - Nombre y apellidos.
 - Domicilio y teléfono de contacto.
 - Situación laboral (parado o empleado).
 - Lugar de trabajo.
 - Años de ejercicio profesional y experiencia que tiene en el campo del que versa el artículo.
 - Otras publicaciones.
 - Título del artículo, con indicación de si ha sido presentado y/o expuesto en algún otro medio.

- * En los casos en que varios/as autores/as presenten un trabajo, los nombres de éstos/as aparecerán por orden alfabético.
6. Calidad de los trabajos:

Se exigirán unos mínimos de calidad científico-técnica para la publicación de trabajos. El Equipo de Redacción, en base a los criterios que tiene establecidos, valorará los trabajos presentados.

El desarrollo de los artículos se fundamentará en un esquema lógico que permita la comprensión del contenido y mantenga un mínimo rigor científico: introducción, exposición de datos, análisis y conclusiones, metodología y referencia bibliográfica.
 7. Los artículos habrán de ser inéditos, lo cual deberá ser justificado por parte del autor/a/es con una declaración jurada. En ésta se recogerá además el compromiso de no presentar el artículo para su publicación en otra revista o publicación en cualquier otro soporte. Aquellos artículos que no sean inéditos se publicarán en función de dos criterios:
 - * Que se haya publicado en medios de difícil acceso para las/os Diplomadas/os en Trabajo Social.
 - * Que se haya publicado en otro idioma.
 8. Al publicar en DTS el/los autor/es renuncian a todos los derechos sobre el artículo, los cuales quedarán en propiedad del Colegio Oficial de Diplomadas/os en Trabajo Social de Málaga para su explotación en exclusiva.
 9. El Equipo de Redacción valorará todos los trabajos que se reciban. Se comunicará la decisión al/la autor/a. En caso de no aceptación se comunicará al/la autor/a que puede recoger el trabajo original. En caso de aceptación, el/la autor/a recibirá una certificación de la publicación.

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Nombre _____ N.I.F. _____

Dirección _____ Población _____

Código Postal _____ Teléfono _____

FORMA DE PAGO

- Domiciliación bancaria.
- Ingreso en cuenta: BBV
Nº Cuenta: 0182 5918 45 0011511510
(Imprescindible remitir resguardo del ingreso en cuenta)
- Cheque nominativo, a favor de:
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social

SUSCRIPCIONES

Colegiados de Málaga 12,62 Euros/Año
Otros Colegiados* 16,86 Euros/Año
Otras Suscripciones 19,25 Euros/Año
Números Sueltos 6,61 Euros/Año
Suscripción números atrasados (año completo) 16,86Euros/Año

DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA

Banco _____

Domicilio de la Agencia _____

Población _____ Provincia _____

Titular de la cuenta _____

Nº de la cuenta:

Entidad	Sucursal	Control	Número de Cuenta

Sírvase tomar nota hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre les sean presentados para su cobro por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga en concepto de abono de revista Documentos de Trabajo Social.

En....., a.....de.....de 200.....

Fdo.:

*Aportar certificado de colegiación.

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADAS Y DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL
Y ASISTENTES SOCIALES DE MÁLAGA
C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1º C. 29005 Málaga
Tel. 952 227 160 - Fax 952 227 431
E-mail: colegio.oficial@trabajosocialmalaga.org

Índice de números publicados

Número 0:

• ¿Una alternativa al chabolismo? • La historia social. Aplicación a un nuevo modelo de intervención profesional en la U.T.S. • Monografía. El trabajo social en Salud. • Trabajo social en Atención Primaria de Salud. • Trabajo Social Hospitalario. • La drogadicción entre payos y gitanos. • El voluntariado. • En la Prestación básica de ayuda a domicilio. • El control de calidad en los S.S. • Aproximación Teórica y metodológica. • Políticas de intervención en la vejez.

Número 1:

• El acceso a la vivienda de los inmigrantes. • Programa de atención individual en Servicios Sociales Comunitarios. • El Trabajo Social en salud hoy: retos y estrategias. • Atención primaria: situación actual y perspectivas de futuro. • Del tratamiento social y sanitario de los enfermos a la optimización del hospital. • La intervención profesional en situaciones de crisis. • Análisis normativo del Trabajo Social hospitalario en Andalucía: realidad práctica. • Modelo de organización y funcionamiento en el centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Málaga Norte. • La reinserción social en drogodependencias. • Situación socio-sanitaria y utilización de los servicios sanitarios en los núcleos diseminados de Salitre y Siete Pilas. • Lucha contra la pobreza hoy.

Número 2:

• La Ludopatía: una enfermedad social. • Hacia la especialización del trabajo social penitenciario. • El apoyo social para la reinserción del enfermo mental en la Comunidad. • Trabajo social en un centro asistencial de salud mental. • Problemática social del paciente discapacitado, función del trabajador social de atención primaria. • Estudio sobre el comportamiento de las mujeres, en edades comprendidas entre 20 - 30 años, ante la planificación familiar de la Zona Básica Trinidad. • Causas del no uso de este servicio. • Nuevas necesidades y tendencias organizativas en los servicios sociales comunitarios. • Privatización sí, privatización no. • Discapacidad motora, aspectos psicoevolutivos y educativos.

Número 3:

• 25 Aniversario, documento conmemoración. • Organización, dirección y gestión en Servicios Sociales desde el Trabajo Social. • La Inmigración: visión general y programas de intervención desde una organización no gubernamental, Málaga Acoge. • Trabajo Social en instituciones penitenciarias, trabajo con familias, coordinación con asociaciones del voluntariado social. • La Tercera Edad en el Excmo. Ayuntamiento de Málaga, Área de Bienestar Social. • Nuevas necesidades, nuevas formas de intervención profesional. • Entrevista a Resurrección Hernández Gómez, trabajadora social del Centro de la Mujer de Málaga. • Trabajo Social en Infancia. •

Ludopatías: casos prácticos. • Programas de intervención de trabajo social con discapacitados. • Sistema de Servicios Sociales, nuevas tendencias de la Política de Bienestar. • La información social en los medios de comunicación.

Número 4:

• El Trabajo Social en el Juzgado de Familia. • Análisis de las necesidades de formación de las APAS: un ejemplo práctico. • Ética... ¿Para qué?. • La Lepra como enfermedad social, historia y aspectos sociales de la lepra, Trabajo Social con enfermos de lepra. • Dimensión internacional de los servicios sociales en España. • El sistema español de protección social, evolución y perspectivas (1978-94). • Trabajo Social en un Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual. • Experiencia piloto con un grupo de relajación. • Entrevista a Resurrección Hernández Gómez, trabajadora social del Centro de la Mujer de Málaga.

Número 5:

• Dinámicas de los Centros de Servicios Sociales y diseños de proyectos. • Estrategia de riesgo en un Centro de salud. • Una experiencia de trabajo en toxicomanías. • Dificultades de adaptación, discapacidad y medio rural. • La Federación Provincial de Asociaciones de Minusválidos Físicos de Málaga: un recurso en tus manos. • Integración laboral de las personas con minusvalías. • La incapacitación de personas afectadas por enfermedades que les impiden gobernarse por sí mismas. • La integración socio-laboral de personas con minusvalía psíquica. • Sobre la privatización en Servicios Sociales.

Número 6:

• Relación familia-escuela. • Necesidad de colaborar. • Instituciones penitenciarias: fines del tratamiento. • Adaptar la escuela, equipo de asesoramiento para las discapacidades motóricas de Málaga. • La teoría general de los sistemas en Trabajo Social. • Aproximación a una realidad: "Agresiones a mujeres": a propósito de 50 casos. • Noticias D.T.S.

Número 7:

• Trabajo Social y habilidades. • Programa Joven de Sexualidad EROS, la intervención en actitudes a través de la radio desde un Proyecto de Intervención Comunitaria. • Centro de reforma de régimen cerrado. • Programa de intervención para Altas Problemáticas. • El Trabajador Social en los procesos de Integración/Exclusión desde la INICIATIVA SOCIAL. • Presentación del libro "Diseño y Evaluación de Proyectos Sociales".

Número 8:

• La insatisfacción o el malestar profesional en los trabajadores sociales. • Satisfacción laboral de los trabajadores sociales de Málaga (I). • La prevención de las drogodependencias, realidad o utopía. • El movimiento

social y las drogodependencias. • Evolución de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía. • Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS), análisis crítico y alternativas. • La ética y el Trabajo Social.

Número 9:

• Reflexiones y propuestas sobre contenidos del Pacto Local en materia de servicios sociales, especial referencia a municipios menores de 20.000 habitantes. • Paro, trabajo y desigualdad al final del milenio. • La Prevención como instrumento de intervención ante las nuevas adicciones. • El Programa de Atención Social en Juzgados y Audiencias; su relación con los Servicios Sociales Comunitarios y nuevas perspectivas de cambio. • El Trabajo Social con inmigrantes: conflictos y posibilidades. • Estudio sobre los centros de menores de la provincia de Málaga, condiciones físicas y funcionales.

Número 10:

• El Sistema de Información de Usuarios en Servicios Sociales (SIUSS), su implantación y utilización en la Comunidad Autónoma de Andalucía. • Algunas reflexiones sobre la situación laboral de los Servicios Sociales Municipales. • Planificación estratégica en los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas: garantía de coherencia y continuidad. • La droga, síntoma de un desajuste psicológico-emocional. • Evaluación de Programas en Intervención Social. • Protocolo de continuidad de cuidados en Trabajo Social en embarazadas con riesgo social.

Número 11:

• Diseño de investigación: nivel de vacunación "Centro de Salud Palma - Palmilla". • Prevalencia de enfermedades mentales y su distribución por Zonas Básicas de Salud en la comarca de la Axarquía. • El trabajo en equipo en las organizaciones. • La educación semiformal en el ámbito de los Servicios Sociales: una aplicación libre. • Rehabilitación integral desde la perspectiva de la Administración Pública. • La formación y el nuevo Trabajador Social.

Número 12

• Programa de atención integral afectados por VIH-SIDA. • Realidad de las madres adolescentes de Palma-Palmilla de 1996. • El mito adolescente. • Una metodología de Counseling para el Trabajo Social. • Las instituciones jurídicas de protección de menores. • El Trabajo Social con enfermos terminales.

Número 13:

• El papel del T.S. con la familia del niño hospitalizado • Consecuencias de las dificultades de movilidad en la vida de los ciudadanos en nuestras ciudades • La intervención social, fundamento de transformación • La

prostitución femenina en Málaga • Centros cívicos como instrumentos de gobernabilidad: algunos retos para el futuro • Bibliografía de Rehabilitación Integral desde la perspectiva de la Administración Pública • Prevalencia de enfermedades mentales y su distribución por Zonas Básicas de Salud en la Comarca de la Axarquía.

Número 14:

• Espacios de libertad compartidos • Aportaciones de la investigación-participativa a la planificación de los Servicios Sociales • Situación actual y perspectivas del Trabajo Social en el mercado laboral • Proyecto "Un futuro sin barreras": Por una sociedad accesible. La eliminación de barreras nos beneficia a todos • Evaluación continua en la asignatura de "Trabajo Social II" • Intervención educativa con personas mayores en el medio rural.

Número 15:

• Asistencia a víctimas. Un equipo de profesionales coopera en este nuevo campo de intervención • Entrevista a Damián Salcedo • Una nueva política social. Los derechos de "Ciudadanía Integral" • Política social, familia y menores: ilusiones y realidad • La historia de Rubén: Experiencia de un programa de prevención de las drogodependencias en el medio escolar • Leader II. Un empuje al desarrollo rural de la Serranía de Ronda.

Número 16:

• **Mesa I:** Situación actual de la participación ciudadana en España. • La participación ciudadana. • La situación actual de la participación ciudadana en Zaragoza. • Experiencias desde el Ayuntamiento de Bilbao. • Resumen de la exposición sobre descentralización y participación ciudadana en el Ayuntamiento de Madrid. • La participación ciudadana en el Ayuntamiento de Málaga • **Mesa II:** Aspectos jurídicos y éticos de la participación social. • La participación social en los servicios públicos desde la perspectiva del trabajo social. • I Encuentro de ciudades europeas sobre participación social en el siglo XXI. • Aspectos jurídicos y éticos de la participación social: Economía y participación. • **Mesa III:** Tercer sector en el desarrollo comunitario. • Retos, preguntas del asociacionismo, tercer sector. • Cooperativismo y desarrollo comunitario. • Exclusión social, inserción sociolaboral y tercer sistema. • Impresiones de/desde/en los movimientos sociales. • **Mesa IV:** Participación como premisa básica de la intervención social. Diez paradojas acerca de la participación • Metodologías de la participación con nuevos vínculos sociales. • La participación social como premisa básica en la intervención comunitaria. Aportaciones desde el Trabajo Social. • **Mesa V:** Expertos europeos sobre participación social ciudadana: Informe preliminar sobre el desarrollo de la democracia local y la participación de los ciudadanos en la vida pública local. • La participación en el Ayuntamiento de Bolonia: aspectos jurídicos y organizativos. • Para asegurar la calidad de servicio a través de la participación social. • Algunas experiencias nórdicas. • Hacia una mejor

experiencia en participación social. • Transcripción de los Foros-Debate.

Número 17:

• La formación: Preparando el mañana desde el hoy. • Maltrato prenatal: síndrome de abstinencia. • Estudio descriptivo de la población de un centro penitenciario; características psicosociales y sanitarias de presos drogodependientes. • "Ante todo son personas: No tengo techo, pero sí derechos". • Intervención psicosocial con mujeres de sectores sociales desfavorecidos. • Entrevista a D. Tomás Alberich.

Número 18:

• Pobreza y exclusión en Andalucía. Acercamiento empírico mediante tipologías • Entrevista a Don Juan M. Espinosa Almendros, Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. • Efectos del maltrato sobre el autoconcepto, el ajuste y la socialización en adolescentes. • Reflexiones en torno a la relación entre el Trabajo Social y las nuevas tecnologías para la Información.

Número 19:

• El trabajo social educativo a través del modelo eurosur • Intervención del trabajo social en el campo de menores infractores • Una aproximación al estudio de la calidad del SAD municipal en el Distrito de Levante (de la ciudad de Córdoba) • Entrevista en el IX Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Número 20:

• La prevención en drogodependencias desde la perspectiva del Trabajo Social • El estrés en el siglo que viene • Propuesta para la creación de la unidad de atención socio-sanitaria del Distrito Sanitario de Málaga • Servicio Socio-Jurídico para personas presas y sus familiares, una realidad desde la participación • Coordinación Comunitaria e Intersectorial, instrumento de una estrategia de promoción de salud en el área 1 del Insalud de Madrid.

Número 21:

• La formación de los/as trabajadores/as Sociales en la Unión Europea • La situación del Trabajo Social en la Unión Europea • Poder y credibilidad de las Instituciones Europeas • Los retos de la Europa Social • Entrevista a D. José María Mendiluce.

Número 22:

• El VIH/SIDA como Enfermedad Social. Movimiento Anti-Sida Programa y Servicio de la Asociación Ciudadana Antisida de Málaga (ASIMA) • Atención Integral a las víctimas de violencia doméstica desde Atención Primaria de Salud • La Encrucijada Solidaria: más allá de la perplejidad • La Atención al Paciente Geriátrico • PÁGINAS: Programa de Ayuda a la Gestión Informatizada de la Acción Social • Entrevista a D^a Trinidad Lambea Peña.

Número 23:

- Televisión e Infancia • Un acercamiento a la realidad de la Prostitución en Granada • La realidad de la pobreza y la exclusión social en el provincia de Málaga • Encuentro entre dos Generaciones • La Mediación Familiar desde la perspectiva Psicosocial.

Número 24:

- El movimiento de la reconceptualización: crucijada en el trabajo social
- Intervención Socio-Educativa en Habilidades Socio-Laborales • El presupuesto participativo de Porto Alegre (Brasil) La participación ciudadana y local como revitalizante de la democracia • Características sociales de los enfermos de Sida • Entrevista a Damián Salcedo Megales.

Número 25:

- Intervención con familias en los servicios sociales comunitarios • Programa de Educación para la Salud en el municipio de Cuevas de San Marcos • Programa de Educación para la Salud (EPS) dirigido a mujeres en el climaterio. Distrito Sanitario de Atención Primaria de Antequera • La inmigración extracomunitaria en Andalucía • Entrevista a Luis Barriga Martín.

Número 26:

- Condicionantes patógenos en el entorno laboral del Sistema público de Servicios Sociales. La deficiente gestión de los recursos humanos • Intervención con familias monoparentales afectadas de cáncer • El Trabajo Social como ejemplo de la aportación de las Ciencias Sociales a las intervenciones en salud • Trabajadores Sociales e Implicación Socio-Política • El Trabajo Social en el ámbito de la formación profesional no reglada. Una propuesta metodológica y didáctica.

Número 27:

- Educación: "El engranaje de un sistema" • La intervención del Trabajador Social en las emergencias • La Mediación. Una técnica innovadora en el Trabajo Social • Los menores no acompañados que viven entre nosotros • Violencia en Dibujos Animados.

Número 28:

- La política social como fundamento de los Servicios Sociales • La formación ética del Trabajador Social • Violencia de género y alternativas de intervención • "El Trabajador Social de un Centro de Salud en el Proceso de Fractura de Cadera".

Número 29:

- Capitalismo, trabajo y marginación social "Perspectivas hacia una acción diferente • Servicios Sociales, Fuerzas Armadas y Mujer • Trabajador Social como Perito en la Jurisdicción Penal • Aproximación al Trabajo Social Forense en el ámbito de la Ley Penal del Menor 5/2000.