DTS

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Nº 33 · TERCER CUATRIMESTRE DE 2004

EDITA Y DIRIGE:

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

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL Nº 33

Tercer cuatrimestre de 2004

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
Rosa Mª Valero Rodríguez

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

IMPRIME: Gráficas Anarol, Pozos Dulces, 32. Málaga
ISSN: 1133-6552 · Depósito Legal: MA-1126-1993

La terapia ocupacional en los pacientes duales 5
MANUEL RODRÍGUEZ LUNA

Intervención psicosocial con personas sin hogar a través de pisos tutelados 23
ÁNGEL DAVID CORTÉS PENDÓN, ROBERTO PEÑA GARCÍA, ROSARIO AYALA SERRANO, REMEDIOS GARCÍA ÁLVAREZ

El Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro. Profesionalización y garantía de derechos..... 55
CRISTÓBAL GIL VALENZUELA, GABRIEL ESCOBAR RANDO

Globalización: Problemas de un mundo desigual 115
JOSÉ MANUEL DOMÍNGUEZ FUENTES

Boletín de Suscripción 145

Índice de números publicados 147

Iniciamos el numero 33 con un artículo donde se pone de manifiesto el beneficio que la terapia ocupacional puede realizar en pacientes duales. Pacientes que al presentar una patología psiquiátrica y una de adicción a las drogas sufren a menudo riesgos de padecer no solo procesos de marginación, sino de exclusión social. La difícil y compleja coordinación de las distintas intervenciones terapéuticas que demandan, les convierten en unos pacientes con gran peligro de no ser bien atendidos y con gran posibilidad de ser excluidos socialmente. El autor propone la terapia ocupacional como contribución a los tratamientos clásicos con psicofármacos que abren vías de esperanza para estos pacientes y sus familias. Sin embargo, la escasez de recursos y la falta de concienciación social ante estos pacientes los convierten en firmes candidatos de nos ser bien atendidos.

La ciudad de Granada no escapa de uno de los ejemplos mas visibles de exclusión social: el problema de las personas sin hogar. El segundo artículo de la revista aborda la intervención con hombres sin hogar a través de pisos tutelados. El artículo ahonda en un programa llevado a cabo con este colectivo durante el 2003 por un equipo multidicisplinar. El objetivo fundamental de este programa de normalización es la recuperación personal como paso previo a la inserción sociolaboral y a la vida autónoma.

El siguiente artículo ha sido premiado en la VIII edición del Premio Científico que otorga esta revista. Partiendo de la experiencia sobre Gestión de la Calidad que se aplica en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro, dependiente del Ayuntamiento de Málaga, los autores aportan un punto de partida para la implantación de experiencias similares que pasa por la descripción del marco conceptual en que se fundamenta la construcción del Sistema de Gestión de Calidad, seguido de un apartado que describe la estructura del mismo, así como las fases y acciones desarrolladas para su ejecución, para concluir con exposición de los resultados obtenidos en la primera fase de implantación que le llevó a obtener el Certificado de Calidad.

La Globalización, su concepto y sus efectos, la implicación de los Estados y los distintos organismos internacionales y los movimientos antiglobalización es el tema que se aborda en el último artículo. En efecto la globalización ha tenido gran repercusión en el ámbito económico y financiero pero también ha agrandado las diferencias entre países ricos y pobres que unido a la destrucción alarmante del medio ambiente, el aumento de las desigualdades sociales ha hecho que las grandes potencias mundiales tomen cartas en el asunto y se comience a tomar medidas como por ejemplo los Objetivos de Desarrollo del Milenio que impidan que la pobreza y la exclusión siga avanzando.

La terapia ocupacional en los pacientes duales

El presente articulo expone como la asociación co-morbida de una patología psiquiátrica y de una adicción a las drogas, va a hacer a los individuos muy vulnerables de padecer no sólo procesos de marginación, sino de exclusión social.

Se plantea cómo desde un punto de vista incluso clínico, los tratamientos a este tipo de pacientes no deberían de ser sólo farmacológicos, sino que éstos necesitan de un apoyo rehabilitador, que les ayude en la enfermedad y relacione al individuo con la sociedad.

La falta de recursos e incluso de conciencia social para con estos pacientes, les hace enfrentarse al grave peligro de no ser bien atendidos.

Palabras claves: Patología Dual, Trastorno Dual, Drogodependencias, Terapia Ocupacional, Rehabilitación.

MANUEL RODRÍGUEZ LUNA

INTRODUCCIÓN

PATOLOGÍA DUAL Y VULNERABILIDAD

La patología dual hemos de entenderla como la coexistencia de una drogodependencia y de un trastorno mental específicamente definido. La preocupación por esta asociación mórbida está creciendo en los últimos años y, con ello, la demanda de estrategias terapéuticas específicas para el tratamiento de este subgrupo de pacientes, [1]pero aún son muchas las controversias que existen al respecto, ya que mientras para algunos clínicos determinados trastornos psiquiátricos, distintos a los de las adicciones, son consecuencias del consumo, otros pueden interpretar que las patologías psiquiátricas pueden aumentar la vulnerabilidad a la dependencia a las drogas por medio de dos mecanismos: uno relacionado exclusivamente con la alteración de determinados neurotransmisores, y otro por la relación con la sintomatología psicológica producida por la enfermedad. [2]Desde este último punto de vista cada vez más estudiado dentro de la psiquiatría como teoría de la vulnerabilidad, podría entenderse, o al menos en muchos de las ocasiones, que el sujeto, como consecuencia de su patología, toma determinadas sustancias con el fin de automedicarse [3] o en el mejor de los casos aliviar la disforia (mal estado emocional).

Pero mientras la etiopatogenia (mecanismo de producción y causa) del trastorno dual es ampliamente debatida en la comunidad científica, es sin embargo aceptado por todos que esta asociación co-morbida (padecimiento simultáneo de varias enfermedades) les convierte en pacientes de difícil pronóstico. La presencia de una drogodependencia añadida a un trastorno mental va a influir muy negativamente en la evolución y pronóstico

[1] T. Martínez, B. Birmaher, J.R. Gutierrez (2001)

[2] G.Rubio Valladolid (1998)

[3] C. Alamo, F. Lopez, E. Cuenca (2001)

de ambos trastornos. La eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos es significativamente menor cuando se utiliza estando presente una co-morbilidad de drogodependencia. [4] Además, este tipo de pacientes, debido al consumo marginal y clandestino de las drogas que consume, es usual que se vea también afectado por diversos problemas médicos de notable importancia, entre los que la infección por el virus del sida es uno de los más importantes.

La difícil y compleja coordinación de las distintas intervenciones terapéuticas que demandan, les convierten en unos pacientes con gran peligro de no ser bien atendidos y con gran posibilidad de ser excluidos socialmente. En este sentido, hay que señalar que la patología dual no tendría que significar ser causante o favorecedor de procesos de exclusión. Sin embargo, en nuestro contexto social ello no es así y cada día observamos cómo personas que padecen dicha problemática tienen más dificultades de integración y, en muchos casos, sufren no sólo procesos de exclusión, sino además son víctimas de los mecanismos de expulsión que se desarrollan en el marco de los distintos sistemas de protección social y de la propia sociedad formada por el conjunto de ciudadanos. [5] Incluso sufren marginación dentro de los dos colectivos a los que podrían "adscribirse": los toxicómanos los rechazan por "volados" (enfermos mentales) y los enfermos mentales por drogadictos.

Si analizamos a estos pacientes, no sólo desde su desajuste bioquímico, sino desde un aspecto más personal y social, podremos entender, que tanto las patologías psiquiátricas como las adicciones a las drogas, producen procesos mal adaptativos que hacen a los individuos más vulnerables y que se va a traducir en una inadaptación social y en un deterioro personal en todos los

[4] E. Rodríguez Arrebola, A. Guerrero Romero, F. Mayoral Cleries. (2000)

[5] Darío Pérez Madera (2001)

aspectos. Cuando se produce la asociación co-morbida estamos ante el peor de los supuestos.

Precisamente en esta hipótesis se fundamenta la necesidad de abordar terapéuticamente a estos pacientes no solo desde el tratamiento farmacológico, sino que éste ha de ir acompañado en todo el proceso de un apoyo rehabilitador que le ayude en la enfermedad y relacione al individuo con la sociedad. La experiencia que la terapia ocupacional está aportando en estos últimos años abre un camino de esperanza, para la reflexión para con estos pacientes. La justificación teórica de la terapia ocupacional aplicada a los trastornos duales trataría de explicar el motivo de este artículo.

¿QUE ES LA TERAPIA OCUPACIONAL?

El uso terapéutico de la actividad y del movimiento ha sido apreciado desde los inicios de las civilizaciones más primitivas. En escritos que datan del 2600 a.c. se recoge como los chinos pensaban que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y utilizaban el entrenamiento físico, mediante una serie de ejercicios gimnásticos, similares al que hoy se conoce como tai-chi, para promover la salud.

Se han encontrado documentos que muestran cómo, alrededor del 2000 a.c., los egipcios alzaron templos donde las personas afectadas de "melancolía" acudían, en gran número, para aliviar su enfermedad y en los que los juegos y actividades recreativas eran la nota característica.

En la Grecia clásica, Esculapio funda el hospital de la ciudad de Pérgamo en el año 600 a.c. Aquí se trataba de aliviar el delirium con el empleo de canciones, música, literatura y farsas. Años después, entre el 600 a.c. y el 200 d.c., Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo utilizaban la música como remedio para distintos males del cuerpo y la mente. Hipócrates, quien resaltaba la relación

cuerpo-mente (mente sana en cuerpo sano), recomendaba la lucha libre, la lectura y el trabajo para mantener y mejorar el estado de los individuos.[6]

La práctica actual de la terapia ocupacional está fundamentada en esas raíces históricas, y se ha ido desarrollando en todos los ámbitos de tratamientos donde podía haber una disfunción ocupacional. Durante los últimos años, los profesionales han intentado integrar la teoría y la práctica, con el objeto de identificar la base filosófica sobre la que la profesión ha crecido. En 1979, la Asamblea Representativa de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) asumió este reto y adoptó la siguiente resolución:

E*l hombre es un ser activo, cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad propositiva. Utilizando su capacidad para la motivación intrínseca, el ser humano es capaz de influir sobre su salud física y psíquica y sobre su entorno físico y social, a través de la actividad propositiva. La vida humana es un proceso de continua adaptación. La adaptación es un cambio en la función que promueve la supervivencia y la puesta al día. Existen factores biológicos, psicológicos y ambientales que pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento del ciclo vital, causando una disfunción. La actividad propositiva facilita el proceso adaptativo. Por tanto la terapia ocupacional está basada en la creencia de que la actividad propositiva (ocupación), incluyendo sus componentes interpersonales y ambientales, puede utilizarse para prevenir y mejorar la disfunción y para promover el máximo nivel posible de adaptación.*

Partiendo de esta definición podemos deducir, que si la ocupación es parte de la condición humana, las personas no pueden desarrollarse plenamente como seres humanos, cuando están

[6] Pilar Durante Molina (2001)

privadas de la ocupación. La disfunción ocupacional va a reducir la calidad de vida, va a ser origen de sufrimientos, llegando a perder el sentido de competencia. La disfunción ocupacional va a implicar una disfunción vital, ya que la continuidad y el sentido global de la vida se van a ver amenazadas.

La Terapia Ocupacional Positiva va a partir, por tanto, del convencimiento de que todo individuo tiene un potencial de desarrollo que podrá ser liberado dentro de una relación de apoyo.

El enfoque sistémico nos va a permitir comprender la complejidad de la ejecución ocupacional y su valor terapéutico. Éste explica que, cuando los seres humanos ejecutan una ocupación, van a poseer un objetivo en su mente, utilizar su cuerpo y experimentar significados derivados de su contexto sociocultural. La actividad propositiva va a requerir la coordinación entre los sistemas sensitivomotores, cognitivos, y psicosociales.[7]

El objetivo de la Terapia Ocupacional es, por tanto, los individuos que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de la misma, ya sea por un desequilibrio entre las tres áreas ocupacionales, ya por un problema en la funcionalidad de cualquiera de estas áreas. La disfunción ocupacional puede aparecer cuando el sujeto entra en un círculo desadaptativo, por causas patológicas, de inadecuación social o por circunstancias de su vida personal ante las que, por alguna razón, no reacciona de una manera plenamente operativa. [8] Para ayudar a un individuo a romper un ciclo mal adaptativo, el terapeuta debe proporcionar experiencias que refuercen el control, competencia, disfrute y éxito.[9]

---

[7] Begoña Polonio López (2001)

[8] Blanca Noya Arnaiz (2001)

[9] Pilar Durante Molina (2001)

Las herramientas del profesional de Terapia ocupacional van a ser la palabra, el objeto y la actividad. Además, se valdrá de la interacción y los procesos de grupo. En este sentido, es crucial el papel de la utilización terapéutica de uno mismo.

El tratamiento en grupo se presenta como el método más adecuado para este enfoque. En un grupo los participantes desarrollan relaciones entre ellos y aprenden a confiar unos en otros; comparten sus vidas, discuten sus problemas y éxitos, ven que otras personas tienen problemas, se apoyan y se dan retroalimentación unos a otros; aprenden a dar, no solamente a recibir. [10]

Quizá, históricamente, se ha ido transmitiendo la idea de que la Terapia Ocupacional servía para entretener a los usuarios de centros hospitalarios y comunitarios. Ha sido necesario promover el sentido técnico y los fundamentos en los que se basa esta profesión, para que se pueda entender que el servicio de la Terapia Ocupacional conlleva otra serie de aportaciones que, a su vez, tienen un efecto altamente terapéutico y eficaz.

La Terapia Ocupacional en los pacientes duales

En la mayoría de los pacientes con patología dual se produce un deterioro en el funcionamiento integrado de los diferentes componentes de ejecución, sensomotor, cognitivo, de integración cognitiva, psicosocial y psicológico del individuo, ocasionando una disfunción ocupacional y un proceso desadaptativo, que va a ir disminuyendo progresivamente el nivel de competencia personal y social.

La contribución de la Terapia Ocupacional a los tratamientos clásicos con psicofármacos abre un camino lleno de expectativa para estos pacientes y sus familiares.

---

[10] Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz y Mar Hernández Blázquez (2001)

El punto de partida en el proceso de intervención en la Terapia Ocupacional con este tipo de pacientes no es obligatoriamente la abstinencia total, y puede ser suficiente, en un principio, una abstinencia parcial y la retención en el programa, la co-morbilidad dificulta más aún la retención, pero a la vez, la vuelve más necesaria. En estos pacientes es muy importante, en un primer lugar, la potenciación de la motivación adaptada a sus capacidades, ya que hemos de tener en cuenta que el efecto de las drogas puede ser tan potente que puede pasar a convertirse en la primera fuerza motivacional en la vida de dichos individuos, relegando a espacios casi insignificantes todas las demás motivaciones de la vida, incluso las más básicas como la comida o la evitación del peligro.

Los datos actuales sugieren que las drogas producen una activación de los sistemas cerebrales de recompensa, principalmente aumentando la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens. Esta estimulación dopaminérgica es responsable del aumento inmediato de la compulsión tras haber empezado a consumirlas. Cuando esta estimulación dopaminérgica se mantiene en el tiempo, lleva a mecanismos neuroadaptativos de tolerancia que produce un estado de hipodopaminergia basal, que se traduce clínicamente en un estado amotivacional,[11] que, si no es compensado, se manifiesta como un potente factor de recaída y abandono de los programas.

En esta primera etapa del tratamiento, la Terapia Ocupacional debe ir enfocada, sobre todo, a crear centros de interés motivacionales sobre los que el paciente va a ejercer su actividad, y sobre los que vamos a apoyar nuestra intervención terapéutica.

[11] T.Palomo, G.Ponce (2001)

A la hora de proponer una actividad motivacional necesitamos conocer el tipo de individuo para el que trabajamos, cuáles son sus características personales, familiares, sociales, educativas, culturales... En este sentido, hemos de tener presente un axioma claro: "el hecho de consumir una sustancia o padecer una patología psiquiátrica no unifica a los individuos".

El trabajo creativo, en cualquiera de sus dimensiones, puede significar un buen punto de partida. La actividad adaptada a las capacidades va a producir una participación satisfactoria y el logro de un producto o resultado valorado por el propio participante y por el grupo, produciendo en él experiencias subjetivas de competencia, logro y control que va a ir compensando su apatía vital.[12]

La actividad motivacional también nos va a ayudar a potenciar el desarrollo cognitivo que en muchas ocasiones ha empezado a presentar un notable deterioro, ya que nos encontramos con un gran órgano director de todo el sistema especialmente vulnerable o con deterioros biogenéticos, que ha sufrido tormentas bioquímicas intensivas, con una frecuencia irregular y desproporcionada. Este deterioro puede abarcar una serie de conceptos cognitivos como conciencia, atención, orientación, iniciación, secuenciación, resolución de problemas, memoria, distraibilidad, impulsibilidad e inhibición, así como otros componentes como el razonamiento, la organización, la planificación, la interpretación del peligro, el mantenimiento de la integridad o de procesamiento del tiempo, que son necesarios para conseguir un desempeño competente.

El doctor Rosado, especialista en drogodependencia, en muchos de sus artículos, resalta la especial importancia del trabajo motivado y creativo a la hora de incentivar la neuro-génesis,

[12] Pilar Durante Molina (2001)

aumentar el numero de conexiones sinápticas y reforzar los circuitos neuronales en concordancia con el cortejo químico, con el objetivo de que el cerebro recupere un nivel de funcionamiento lo más normalizado posible[13]. En esta línea de trabajo, cada vez son más los clínicos que admiten que la psicoterapia y la terapia ocupacional pueden producir modificaciones cerebrales equiparables a las producidas por sustancias químicas. Hay que considerar, además, que estamos tratando con psicofármacos potentes a personas sometidas al efecto químico de las drogas de abuso, con lo cual los efectos sobre el organismo de unas y otras drogas (las "legales" y las "no legales") actuan produciendo poca "curación" y bastantes efectos indeseables sobre el organismo.

Las alteraciones psicosociales y psicológicas que nos podemos encontrar en estos pacientes son muy diversas, presentando unos diagnósticos y unos tratamientos ocupacionales muy personalizados con una implicación sobresaliente del entorno de cada individuo. Seria necesario, sin embargo, apuntar algunos de los recursos terapéuticos que podemos utilizar a la hora de abordar las disfunciones emocionales y las conductas desadaptativas que provoca.

Los terapeutas deben tener presente que la conducta humana no es consecuencia de los acontecimientos que vivimos, sino de la interpretación que de los mismos hacemos.[14] El sistema de creencias es un conjunto de pensamientos acerca de uno mismo, los demás y el mundo que nos rodea. Los sentimientos son consecuencias de la interpretación que realizamos y pueden ser convenientes y apropiados (adaptativos) o inapropiados (desadactativos), encontrándose en este último el origen de numeroso trastornos emocionales.

---

[13] Jose Rosado Ruiz (1998)

[14] Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz y Mar Hernandez Blázquez. (2001)

Las actividades en grupo van a proporcionar oportunidades y experiencias por medio de las cuales una persona va a poder explorar papeles relevantes, reacciones e interacciones con el terapeuta y con otros miembros del grupo, y puede cambiar desde un patrón de participación improductivo hasta uno nuevo adaptativo y satisfactorio.

Parte del éxito de esta fase del tratamiento consiste en saber manejar sus defensas inhibitorias y reforzar sus intentos, así como proporcionarles aceptación, a pesar de que puedan presentar una conducta interpersonal problemática. Desde el punto de vista terapéutico, no podemos olvidar que detrás de la conducta arrogante, discutidora y auto justificadora se oculta una gran vulnerabilidad a la vergüenza, a la humillación y el miedo.[15]

El desarrollo de una actividad creativa individualizada, en un ambiente acogedor y formando parte de un grupo de trabajo, nos va a permitir a los terapeutas:

1º Facilitar la colaboración en el grupo.

2º Ayudar a los individuos a saber más de sus patrones de conductas.

3º Enseñarles a bloquear los patrones desadaptativos.

4º Aumentar el deseo de cambio.

5º Enseñarles nuevos patrones.

En este mismo nivel de las emociones, es preciso resaltar que, tanto los síntomas de ansiedad, como los depresivos, que son frecuentes en determinados momentos en la población general y pueden representar una respuesta normal y adaptativa, también pueden formar parte de múltiples trastornos psiquiátricos.

[15] J.C. Valderrama, G.Cervera, P. De viante y otros (2001)

En el caso de los sujetos con trastornos duales estas sintomatologías son casi la norma, bien, producida por efecto de la abstinencia y su consecuente reestructuración bioquímica, o bien, formando parte de la propia patología de los pacientes. En ambos casos las técnicas de relajación y la práctica de ejercicio físico van a ser un complemento muy importante a la actividad motivacional

En la literatura científica existen cada vez más evidencias de que las personas pueden aprender a reducir sus niveles de tensión y mejorar su salud a través del empleo de técnicas de relajación. La relajación es incompatible con la tensión. Permite reducir la actividad simpática del sistema neurovegetativo y de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo, a la vez que va a actuar activando el sistema parasimpático.

Con las técnicas de relajación, el organismo va a experimentar una disminución arterial y del ritmo cardíaco, una regulación de la respiración que va a aportar un mayor nivel de oxígeno al cerebro y a las células en general, una disminución de la tensión muscular, una reducción de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales, y un aumento de la vasodilatación general, que va a traer consigo una mayor oxigenación periférica.

Los médicos han calificado estos cambios fisiológicos como la "reacción de relajación", que es exactamente lo contrario de la reacción de "lucha o huida" que tenemos ante el estrés. Investigaciones recientes indican que, entre los cambios bioquímicos desencadenados por la relajación, está el aumento de la producción de ciertas sustancias químicas que influyen en el estado de ánimo, aumentando especialmente la producción de serotonina, una sustancia relacionada con la sensación de tranquilidad y alegría (los medicamentos antidepresivos aumentan la serotonina).

El objetivo fundamental de los métodos de relajación consiste en la producción, bajo control del propio sujeto, de estados de

baja activación del sistema nervioso autónomo. Estos estados de baja activación se logran como una consecuencia del establecimiento de determinadas actitudes y actividades cognitivas. Su logro repercutirá en un mayor autocontrol de las conductas emocionales, comportamentales e intelectuales.

Con la práctica regular de ejercicio físico se va a conseguir un aumento de los niveles de opiáceos endógenos: la sensación de bienestar provocada por dicho aumento permite satisfacer la necesidad de experimentar un estado de ánimo relajado y placentero. Además, el efecto ansiolítico de las endorfinas y encefalinas cerebrales supone una valiosa ayuda para hacer frente al estrés. El control del peso corporal, junto con la mejora de las condiciones cardiorrespiratorias y musculares debería conducir a una mejora de la salud general y a una visión más positiva de uno mismo, es decir, a un aumento de la autoestima. La baja autoestima es considerada, habitualmente, como un importante factor de vulnerabilidad.[16]

La tarea principal del terapeuta ocupacional, en esta primera fase, del programa es la valoración y el tratamiento de los déficits en las áreas de ocupación. El éxito va a depender de la flexibilidad, tanto de las técnicas (según perfil del paciente), como en el tiempo de evolución y objetivos. Ésta debería comenzar en Centros Ambulatorios Especializados que cuenten con diferentes talleres ocupacionales donde los individuos puedan adquirir las competencias necesarias.

En la etapa final del proceso terapéutico, el paciente asume o reasume los roles ocupacionales en su entorno habitual y en la comunidad. Las tareas apropiadas de la vida diaria, trabajo, actividades productivas, ocio y juego son desempeñados por la persona con el máximo nivel de independencia, que es definido

[16] Tomas Carrasco Giménez

por cada individuo, de acuerdo con sus capacidades y limitaciones. La intervención formal del terapeuta ocupacional va a ir disminuyendo progresivamente y se va haciendo más discontinua.

CONCLUSIÓN

A pesar de todo lo expuesto, en muchos dispositivos de atención cínica estos aspectos no-médicos, es decir los aspectos psicológicos, económicos y sociales del funcionamiento del paciente, no se han considerado una parte integral del proceso de la enfermedad, del diagnostico y del tratamiento de los sujetos con patología dual.

Sin embargo, estos problemas van a afectar a áreas comunes de calidad de vida y son controles en el tratamiento y para el pronóstico del paciente. Una parte muy importante del tratamiento de estos pacientes debe ser el "marco de rehabilitación" que intente restablecer al sujeto a un nivel afectivo de funcionamiento, en todas las áreas de la vida.[17]

El tratamiento de este tipo de enfermos precisa la utilización de sistemas de apoyo externo que incluyen el tratamiento ambulatorio coordinado de todos los profesionales implicados, la puesta en marcha de Centros de Día o Talleres Ocupacionales Especializados, la estrecha colaboración con la familia y la participación de los servicios sociales.

La escasez de recursos comunitarios, la dificultad de coordinación entre los diferentes profesionales implicados y la sobrecarga que ejercen estos pacientes sobre sus familiares determinan que, al ser insuficiente los apoyos socio-familiares, sea frecuente que estos pacientes carezcan de hogar y se incorporen a la marginación social y al vagabundeo.[18]

---

[17] R. Lucas Carrasco (2001)

[18] E.Ochoa (2001)

Hay que hacer disponibles recursos y promover capacidad de acceso a éstos a través de un proceso de formación del usuario, que fomente su autonomía personal, sus estudios, su mejora profesional, su poder, su capacidad social. La rehabilitación se entiende, sobre todo, como revalorización de las partes sanas de la persona, de las habilidades que le quedan, pero también como defensa o devolución de los derechos sociales y de la posibilidad de acceso y uso de los mismos.[19]

Estamos ante un grave problema bio-psicosocial y es en esta dimensión donde se deberían llevar a cabo los diagnósticos, los tratamientos y la rehabilitación de los pacientes duales.

[19] Pierpaolo Mazzuvia (1992)

BIBLIOGRAFÍA

1.- T. Martínez, B. Birmaher, J.R. Gutiérrez "Tratamiento de los trastornos por déficit de atención en sujetos con trastornos por abuso de sustancias" Publicado en Trastornos psiquiatricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana. (2001)

2.- Gabriel Rubio Valladolid "Modificaciones del curso de las adicciones debida a la presencia de conmorbilidad psiquiátrica en patología dual". Publicado en Patología Dual editado por la comunidad de Madrid (1998).

3.- C. Alamo, F. López, E. Cuenca "Bases neurobiológicas del trastorno dual, hipótesis etiopatogénicas." Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana. (2001)

4.- E.Rodríguez Arrebola, A. Guerrero Romero, F. Mayoral Cleries. "Trastorno dual" Publicado en La atención de los problemas derivados del uso de drogas. Diputación provincial de Málaga. (2000)

5.- Dario Pérez Madera "Factores sociales que incrementan la vulnerabilidad de personas con patología dual" Publicado en Patología Dual editado por la comunidad de Madrid. (1998)

6).- Pilar Durante Molina "Historia de la Terapia Ocupacional" Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. (2001)

7.- Begoña Polonio Lopez "Marcos de referencia aplicados a la disfunción física". Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. (2001)

8.- Blanca Noya Arnaiz "Ambito de actuación de la terapia ocupacional. Rol y funciones del terapeuta ocupacional" Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. (2001)

9.- Pilar Durante Molina "Modelos propios de Terapia Ocupacional". Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. (2001)

10.- Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz, Mar hernández Blázquez "Marcos de referencia aplicados a la disfunción psicosocial" Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional . Editorial Panamericana. (2001)

11.- T. Palomo, G.Ponce "Adicción a drogas y dopamina" Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana (2001)

12.- Pilar Durante Molina "La actividad como herramienta de la Terapia Ocupacional" Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional . Editorial Panamericana. (2001)

13.- José Rosado Ruiz "Orientaciones sobre drogodependencias" edita Diputación Provincial de Málaga. (2001)

14.- Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz, Mar Hernández Blázquez "Marcos de referencia aplicados a la disfunción psicosocial. Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional . Editorial Panamericana. (2001)

15.- J.C. Valderrama, G. Cervera, P. De Valiente y otros "Tratamiento de los trastornos de la personalidad en sujetos con trastorno por uso de sustancias" Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana (2001)

16.- Tomas Carrasco Giménez "Ejercicio físico y prevención del consumo de drogas" Comunicación.

17.- R. Lucas Carrasco "Consumo de sustancias y calidad de vida" Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana (2001)

18.- E. Ochoa "Tratamiento de los trastornos psicótico en sujetos con trastornos por abuso de sustancia" Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana (2001)

19.- Pierpaolo mazzvia "La política Psiquiátrica en Italia" publicado en Marginación e Inserción. Ediciones Endymión. (1992)

Intervención psicosocial con personas sin hogar a través de pisos tutelados

El problema de las personas sin hogar es uno de los mayores desconocidos de la realidad social. Estamos ante el ejemplo más visible de los fenómenos del llamado cuarto mundo. En el artículo se presenta el proceso de intervención y los datos más relevantes de la intervención realizada durante el año 2003 en la ciudad de Granada con hombres sin hogar a través de pisos tutelados. Se describen los dispositivos de atención en la ciudad, la metodología que se sigue, los instrumentos que se emplean (la mayoría diseñados por los propios profesionales del centro), los resultados obtenidos durante este año y las conclusiones del equipo técnico.

La estructura de pisos es una estrategia alternativa de recuperación personal e inserción sociolaboral que, aunque está en sus inicios, puede dar grandes frutos en el cambio de dirección vital de las personas sin hogar.

Palabras claves: Personas Sin Hogar, Exclusión Social, Pisos Tutelados, Normalización, Enfermos Mentales Crónicos.

ÁNGEL DAVID CORTÉS PENDÓN
ROBERTO PEÑA GARCÍA
ROSARIO AYALA SERRANO
REMEDIOS GARCÍA ÁLVAREZ

I.- INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las personas sin hogar es un problema social creciente de las sociedades de nuestro tiempo. Estamos, si cabe, ante la expresión más sangrante de la exclusión social y la marginación en una país, España, y un contexto, Europa, que ha alcanzado cotas de desarrollo económico y social que la sitúan entre los más prósperos del planeta (Renes, 2001).

Se hace difícil entender esta situación, sin embargo, es una realidad a la que estamos acostumbrados en nuestros pueblos y ciudades, lo que indica que estamos ante un fenómeno no específicamente urbano, y que no nos produce contradicción alguna.

Peligrosamente, estamos aceptando y adaptándonos a las situaciones de desigualdad que va generando nuestro sistema de producción. Sirva como ejemplo la ubicación física de nuestra Casa de Acogida: estamos justo enfrente, a escasos 3 metros, del Hotel de 5 estrellas más caro y lujoso de la ciudad y nunca ha habido una nota en ningún periódico de la ciudad ni una referencia, siquiera, en el apartado de curiosidades que refleje este hecho.

Se hace difícil definir a un colectivo al que socialmente se le puede conocer como "el colectivo de los mil nombres", algunos de ellos especialmente denigrantes y autoreferidos, incluso, por ellos mismos. Veamos: vagabundo, desgraciados, pobre, indigente, miserables, vago, sin domicilio fijo, transeúntes, tirados, sin techo, marginado, pedigüeño, pordiosero, mendigo, carrilano, marginado sin hogar, borrachos, tortugas (por aquello de ir con la casa a cuesta).

Cada concepto refiere una particularidad del problema y ninguna de esas palabras por sí mismas define la situación, ni ninguna de ellas es válida por las connotaciones negativas y despectivas que implican para las personas que sufren esta situa-

ción, además de tampoco ser adecuadas por la imagen social que proyectan para el resto de la sociedad. Nosotros, para nuestro quehacer diario, preferimos el de "persona sin hogar", sobre todo porque introduce el concepto de persona.

Hay muchas definiciones sobre las personas sin hogar (Avramov, 1996; Mckinney Homelees Assistant Act, 1987; Muñoz et al., 1998; Rodríguez Fernández et al., 1998; Cabrera, 2001), nosotros hacemos propia la del Observatorio Europeo de los Sin Techo que afirma, son: Todas aquellas personas que no pueden conservar o acceder a un alojamiento adecuado, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma .

En cualquier caso, todos estamos de acuerdo en varios puntos. A saber, estamos ante un grupo social de hombres y mujeres extremadamente excluido, heterogéneo en su composición y cuyas características más salientes son: la **carencia económica, la ruptura y desvinculación de las redes relacionales y familiares y el vacío existencial**. Y un elemento que se torna fundamental, se llega aquí como fruto de un proceso (Castel, 1995; Cabrera, 2001) y se avanza hacia situaciones más normalizadoras o se desciende a situaciones de abandono también como fruto de un proceso. No hablamos, pues, de situaciones estáticas, sino de un fenómeno multidimensional en continua interacción entre variables personales y ambientales, tanto en su origen como en su mantenimiento (Muñoz et al., 1998, 2003), lo que nos debe llevar a desterrar la idea perversa de que "están en la calle porque quieren".

De la práctica diaria en el trabajo de intervención psicosocial destacamos dos ideas que coinciden con los resultados de los estudios realizados en nuestro país sobre personas sin hogar (Muñoz et al., 2003): el aumento considerable de **personas inmigrantes** con el riesgo que ello conlleva de que aparezca el

fenómeno de la sinhogarización del colectivo (Álvarez et al., 2004) y la presencia de un número cada vez mayor de **personas sin hogar con problemas severos de salud mental**. Como ejemplo, el porcentaje de personas procedentes de otros países atendidas durante el año 2003 fue del 49,8 por ciento, de los cuales el 28,6 por ciento fue atendido, al menos dos veces en ese mismo año.

II.- PLAN DE INTERVENCIÓN INTEGRAL DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR EN LA CIUDAD DE GRANADA:

Granada ha sido, tradicionalmente, una ciudad de acogida. Podríamos remontarnos al siglo XVI para ver la labor realizada por San Juan de Dios en la atención de las personas necesitadas de entonces.

Ya en nuestro siglo, en 1930 se pone en marcha la Casa de la Congregación de Apostólicas del Corazón de Jesús para atender la realidad de la época, haciendo que la gente tuviese alimentación y ropa, así como atención médica. En 1983, se firma el primer convenio de colaboración y atención a personas sin hogar entre el Ayuntamiento de la ciudad y la iniciativa social existente en materia de sin techo. Dichos convenios, se han venido renovando de manera anual hasta la actualidad.

Desde 1998 se viene la desarrollando la intervención desde una gestión co-participativa entre la iniciativa pública (Excmo. Ayuntamiento de Granada y Junta de Andalucía) y la iniciativa privada (Cáritas Diocesanas de Granada. Años más tarde se agregó la ONG OCREM).

Cáritas, en la Casa de Acogida "Luz Casanova", realiza actualmente su labor con hombres sin hogar (antes también con mujeres) y OCREM con mujeres. En ambas instituciones, se sigue el mismo programa de intervención.

Los dispositivos de atención a personas sin hogar en la ciudad son como siguen:

- **Servicio de Corta Estancia:** ubicado en la **Casa de Acogida "Luz Casanova"**, con una capacidad de 25 plazas en el que se ofrece servicio de alojamiento, manutención e higiene. También se ofrece asesoramiento técnico para tramitación de prestaciones y recursos sociolaborales, así como atención psicológica a aquellas personas que lo demandan o que se prevea que van a iniciar un plan personalizado de trabajo.

  Se posibilita la estabilidad residencial en Granada como un primer paso de recuperación personal y de integración social. En el año 2003 se atendieron a 1.639 personas.

- **Servicio de Normalización:** ubicado en la Casa de Acogida "Luz Casanova", con una capacidad de cinco plazas. Es un **piso**. Se considera la segunda fase del proceso de atención a personas sin hogar y es donde se lleva a cabo el plan individual de trabajo.

  El interés está en la reconstrucción y recuperación personal.

- **Servicio de integración:** ubicado en el Centro de Acogida "Luz Casanova". Es un piso, con capacidad para 6 personas. Es la tercera de las fases del programa de atención integral a personas sin hogar.

- Se trabaja fomentando la autonomía de la persona. Las actividades que se desarrollan van encaminadas a mantener los hábitos y conocimientos de la vida doméstica, a potenciar la búsqueda de empleo, al ahorro

económico, y a la inserción / integración en la vida social de la zona.

- **Servicio baja exigencia:** tres plazas ubicadas en Residencia "Madre de Dios", donde se atienden demandas de alojamiento de personas con dificultades para estar en el servicio corta estancia, debido a su situación de embriaguez o alcoholismo crónico.

- **Servicio de Crónicos:** ubicado en la Residencia "Madre de Dios". Se trabaja con personas mayores de 45 años, muy deterioradas y con pocas posibilidades de acceso al mercado laboral por lo que no pueden llevar a cabo una vida autónoma digna. Se intenta que la persona no deteriore más su calidad de vida, al mismo tiempo que se tramita su acceso a determinadas prestaciones económicas así como a recursos residenciales. Se dispone de 12 plazas conveniadas con la Junta de Andalucía y 14 propias.

- **Talleres ocupacionales y laborales:** hay 2 talleres. Uno tiene una capacidad para 10 personas y dedica su actividad a la **encuadernación artesanal**. Se encuentra ubicado en unos locales cedidos por el Centro de Promoción Social y Empleo del Programa Diocesano de Empleo que nos posibilita disponer de más plazas y, sobretodo, que participen y se relacionen con otras personas adscritas a otros programas de Cáritas.

  El otro, está ubicado en dependencias municipales y dedica su actividad a la **carpintería, objetos de cartón, repujado de cuero y marquetería**. Dispone de 8 plazas.

  El taller es un instrumento que nos sirve para: observar conductas y detectar posibles problemáticas no manifestadas y encubiertas permitiendo así poder realizar un

adecuado plan de intervención por parte de los técnicos competentes, ocupar el tiempo, recuperar hábitos sociales y laborales básicos, motivarlos para la formación ocupacional, para desarrollar una actividad artesanal bien hecha, así como para crear alternativas de incorporación laboral a través de una actividad manual.

- **Centro de Día "Luz Casanova":** ubicado en el Centro de Acogida "Luz Casanova", permanece abierto todos los días de la semana en horario de 16 a 20 horas. Se cuenta con dos animadoras socioculturales. Es un **lugar de encuentro**, donde se potencien las relaciones interpersonales mediante la realización de diferentes actividades. Es un espacio donde trabajar el aspecto socio-recreativo y de relación entre los residentes y los residentes y el entorno. Se trabaja de manera individual con cada persona sus motivaciones y gustos, para así favorecer que estén cómodos haciendo lo que les gusta, propiciando su asistencia al centro, la cual es totalmente voluntaria.

- **Casa de Acogida "OCREM":** es el centro de mujeres. Se desarrollan las tres fases anteriormente descritas para hombres, con una metodología y estructura de trabajo muy similar a la ya descrita. El número de plazas de las que disponen es menor (también es menor el número de mujeres en situación de exclusión extrema). Así, en la fase de acogida tienen capacidad para 7 mujeres y entre normalización e integración para 5.

- **Casa Familiar:** (gestionada por OCREM). Cuenta con 10 plazas y es un recurso para cubrir las necesidades de alojamiento de personas sin hogar con hijos a su cargo, con independencia de la estructura de la unidad familiar (familias con los dos progenitores e hijos ó monoparentales).

- **Centro de Orientación y Atención Social a Personas Sin Hogar (COAST):** Su dependencia es municipal y es el servicio encargado de coordinar todos los dispositivos anteriormente mencionados.

El equipo técnico que acompaña el proceso de rehabilitación psicosocial con hombres sin hogar es de carácter interdisciplinar y está compuesto por: un trabajador social, un psicólogo, una educadora, dos auxiliares de hogar, una monitora de taller, dos animadores socioculturales, una monitora de mayores, una coordinadora y un director, además de un gran número de personas que desarrollan actividades de voluntariado con nosotros, sin las cuales, este proyecto no sería realidad.

III.- DESCRIPCIÓN DE LOS PISOS

Para nosotros, organizar el trabajo de rehabilitación psicosocial a través de una estructura de pisos, nos conduce a una intervención desde "lo normal", desde espacios de relación y convivencia distintos a los de un centro y cercanos a las vivencias de las personas con hogar.

El fin último de los pisos, aunque cada uno tiene una estructura, unos objetivos y una metodología diferente, es que las personas se sientan a gusto consigo mismos. Solamente desde ahí, desde la aceptación de mi realidad puedo implicarme en mi propio proceso de cambio y, al menos, intentar salir de la rueda de la marginación y la exclusión social.

En este sentido, el objetivo fundamental del programa de normalización es la recuperación personal como paso previo a la inserción sociolaboral y a la vida autónoma. En ese momento de la intervención, el interés está en la reconstrucción psicológica y relacional de la persona.

Se trabajan aspectos de autonomía personal, de manejo doméstico y organización en una vivienda, recuperación y adquisición de hábitos y habilidades, abordaje de consumo de sustancias e implicación, en la medida de lo posible, en la vida social y comunitaria como medio de enganche a la "vida normalizada".

El piso tiene capacidad para 5 personas.

El programa de integración, por su parte, constituye la última fase de intervención del proceso de reconstrucción personal y de consecución de una vida "normal".

Se concibe como un núcleo convivencial, ocupado por personas adultas cuyo nivel de autonomía personal les permite organizar su vida diaria sin necesidad de un personal de atención directa y continua.

La característica fundamental del piso es que las personas tienen que estar en búsqueda de empleo, trabajando o estar a la espera de alguna prestación económica que les permita una estabilidad posterior.

En el piso se abona cada mes el 15 por ciento de los ingresos personales en concepto de alquiler, luz, agua y comida siendo lo máximo a pagar 90 euros.

De esta manera, todas las personas colaboran directamente en el pago de su estancia pero cada uno según sus posibilidades, dándose el caso de que en un mismo momento convivan personas que pagan cantidades diferentes.

Aquellas personas que no disponen de ingresos porque están en búsqueda de empleo, están exentas del pago, sin que tenga efectos retroactivos. Paralelamente, se les hace un préstamo mensual de 60 euros para sus gastos personales que sí deben ser devueltos cuando la persona reciba ingresos.

Como se puede comprobar, los objetivos son otros. Aquí la prioridad es asentar los avances ya adquiridos (personales, de convivencia, de manejo autónomo en una vivienda), propiciar la inserción laboral (y el mantenimiento del empleo) y la participación comunitaria.

El piso tiene una capacidad para 6 personas.

Los tiempos de estancia se definen de manera individual, aunque se establece un máximo de 6 meses para normalización y 9 meses para integración, respectivamente.

Los **criterios** que manejamos para que las personas puedan participar de los pisos son los siguientes:

* Querer iniciar proceso de cambio personal.
* No padecer trastorno mental incapacitante (trastornos graves de la personalidad, psicosis, trastorno bipolar,...).
* No consumir sustancias o estar en tratamiento.
* No presentar perfil de "crónico".
* Posibilidad de acceder al mercado laboral o recibir alguna prestación al finalizar el proceso.
* Mostrar un comportamiento relacional no conflictivo.

En ambos casos, el proceso de rehabilitación psicosocial se define y materializa a través del **plan de trabajo individual**. Con cada persona se define unos objetivos, actividades, ritmos y prioridades en función, también, del piso en el que vive.

En **normalización**, se concreta del siguiente modo:

En **integración**, de éste otro:

AREA PSICOSOCIAL:
* Prevención de recaídas.
* Fortalecer el sentido de la vida.
* Abordaje de miedos. Preparación para la salida.
* Plan de ahorro.

AREA VIDA DOMÉSTICA / CONVIVENCIA:
* Responsabilidad en la realización autónoma de las tareas.
* Manejo presupuesto hogar.
* Habilidades para la convivencia y el apoyo mutuo.
* Pago de la mensualidad.

AREA LABORAL:
* Búsqueda de empleo.
* Mantenimiento de empleo.

AREA OCIO Y RELACION SOCIOCOMUNITARIA
* Participación en actividades de la comunidad.
* Uso gratificante del tiempo libre.
* Búsqueda de vivienda.
* Empadronamiento.

AREA PSICOSOCIAL:
* Normalización administrativa y sanitaria.
* Cuidado de la propia salud.
* Abordaje de adicciones.
* Reestructuración cognitiva y Emocional.
* Fortalecer el sentido de la vida.
* Autoestima. HHSS. (...).

AREA DOMÉSTICA / CONVIVENCIA:
* Habilidades para la organización de la vida en el hogar.
* Habilidades para la convivencia.

AREA LABORAL (Taller ocupacional)
* Habilidades para el desempeño de una tarea laboral.
* Autoorganización y disciplina horaria. Asunción de compromisos.
* Actividades de formación laboral.

AREA OCIO Y RELACION SOCIOCOMUNITARIA (Centro de día)
* Participación en actividades internas y de la comunidad.
* Uso gratificante del tiempo libre.

Como se puede comprobar, todas las áreas están interrelacionadas y los logros y beneficios en una se extienden a las demás. De igual modo ocurre con los fracasos.

El Plan de Trabajo se elabora de manera conjunta entre la persona y la educadora. De esta forma el usuario conoce qué se va a trabajar y de qué manera se va a hacer.

A continuación, relatamos los *resultados de la intervención psicosocial con hombres sin hogar desde la experiencia de pisos tutelados durante el año 2003.*

IV.- ITINERARIO TÉCNICO DE INTERVENCIÓN EN LOS PISOS TUTELADOS. INSTRUMENTOS TÉCNICOS / SOPORTES DOCUMENTALES:

Una vez que se le comunica a la persona que se va a incorporar a cualquiera de los dos pisos, la educadora durante dos días se reúne con él para conocerle, explicarle el funcionamiento, los objetivos a cubrir y el tiempo de estancia marcado para la consecución de éstos.

Instrumentos utilizados:

- Diagnóstico Psicosocial (formulado por el equipo de acogida).
- Normas básicas de Funcionamiento.
- Contrato.
- Cuestionario de Expectativas.
- Acuerdo de pertenencias.

Pasados 15 días de estancia en el piso se trazan las líneas de intervención a través del Plan de Trabajo y la persona firma el contrato con la coordinadora del centro. A partir de ese momento, cada semana se hará seguimiento del plan de trabajo y de su evolución.

Instrumentos utilizados:

- Plan de Trabajo Individual.
- Registro de Higiene y autocuidado.
- Registro de Limpieza de la casa.
- Hojas de seguimiento individual.
- Registro de actividades no programadas.
- Registro de seguimiento de citas médicas y medicación.
- Cuestionario de Ocio y Tiempo Libre.
- Libro de contabilidad de los Pagos mensuales

- Hoja de reparto de tareas.
- Cuaderno personal dividido por áreas de trabajo.
- Cuaderno de coordinación educadora-auxiliares

La intervención finaliza, bien porque la persona es derivada al piso de integración, porque inicia vida autónoma, porque la salida es voluntaria o porque si desde el punto de vista del equipo técnico se valora como no procedente renovar su estancia en ese dispositivo

Instrumentos utilizados:

- Reuniones de evaluación de la salida por parte del equipo.
- Cuestionario de autopercepción de aprendizaje.
- Cuestionario de Valoración de la Salida.

V.- ESQUEMA DE INTERVENCIÓN. METODOLOGÍA.

- PLANES DE TRABAJO INDIVIDUALES.

A.- Área Sociosanitaria, Normalización administrativa

La mayor parte del trabajo administrativo (empadronamiento, solicitud de médico, DNI, adscripción al INEM...) se ha desarrollado en la fase de acogida, por lo que desde los pisos sólo se hace seguimiento del proceso administrativo ya iniciado.

Se han solicitado las siguientes prestaciones: Salario Social, Subsidio para mayores de 52 años, solicitud de revisión de grado de minusvalía, pensión no contributiva por invalidez, prestaciones de desempleo, subsidios por excarcelación, y la regularización administrativa de dos personas en situación de ilegalidad para conseguir la nacionalidad española.

B.- Área de Salud. Adicciones. Medicación

Respecto a esta área se ha realizado seguimiento de las citas médicas y control estricto en la toma de medicación, sobretodo la prescrita en salud mental. Han sido muchas las personas que han presentado graves problemas de salud tanto físicos como psíquicos.

Se intenta que la persona sea lo más autónoma posible en cuanto a sus propios medicamentos y para ello se ha organizado un protocolo para trabajar este aspecto.

Durante este año se han derivado al dispositivo de Salud Mental a un total de seis personas. Desde el piso se les ha acompañado a las citas propuestas y se ha realizado seguimiento telefónico con el psiquiatra de referencia.

Se ha establecido una colaboración con la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada para atender los problemas de salud dental de los usuarios.

C.- Área Relacional

Sin duda, el trabajo en el área relacional es uno de los pilares en los que se sustenta la intervención en los pisos. Se ha trabajado intensamente en este aspecto, para conseguir una buena armonía en lo convivencial.

La asamblea semanal es el instrumento que se utiliza para tomar el pulso a la relación del grupo. Se ha insistido en la idea de grupo, de cohesión y de ayuda mutua. Si bien a veces ésto se ha visto derrumbado, porque prevalece lo individual sobre lo grupal.

Fundamentalmente, los motivos de esta ruptura han sido ocasionados por problemas propios en la relación y por el choque de caracteres. En la medida de lo posible se ha intervenido inmediatamente al tener conocimiento del problema, aunque los pi-

sos tienen espacios que no están cubiertos por profesionales, las noches, principalmente.

Hay que destacar que la implicación de ellos en la mejora y puesta en funcionamiento de los acuerdos tomados ha sido positiva, aunque también hay que resaltar el trabajo realizado en el seguimiento estricto del cumplimiento de los mismos.

Por otro lado, la intervención no se ha dirigido solamente a restablecer las relaciones de convivencia entre compañeros sino que también se ha tenido que actuar ante problemas que han surgido entre profesionales y usuarios.

La estrategia de intervención que se ha seguido en la resolución de conflictos es a través de las asambleas y dinámicas de grupo. El grupo se ha fortalecido tras esto, y, a día de hoy, muchos de los acuerdos aún perduran. No obstante, muchos de estos problemas de convivencia han sido la causa de algunas de las expulsiones.

Se ha trabajado en la medida de lo posible la reanudación del contacto familiar. Aunque entendemos que este punto es conflictivo y muy difícil de conseguir por el tiempo transcurrido (años, a veces) sin comunicación. En algunos casos hemos conseguido que se establezca una relación telefónica que ha permitido restablecer de nuevo el interés en la familia.

Once personas contactaron telefónicamente con la familia, dos recibieron visitas de alguno de ellos (hija y exmujer e hija respectivamente), una ha viajado con frecuencia a su lugar de origen y otro, incluso, ha vuelto a vivir con ellos.

D.- Área de autonomía y crecimiento personal

Es esta una de las áreas donde mas avances podemos observar en las personas.

La aceptación de su situación y el sentirse como motores indispensables en su proceso de cambio son dos elementos imprescindibles en el trabajo de recuperación personal. Esta actitud provoca, fundamentalmente, una modificación en el autoconcepto y una mejora en la autoestima, factores que facilitan que se encare de forma conjunta la rehabilitación.

Esta mejora se ha conseguido fundamentalmente por el apoyo psicológico que desde el centro se presta, tanto a nivel individual como grupal y que se realiza de forma constante y efectiva.

El cambio en la percepción del sentido de la vida, el darse cuenta de la evolución de su propia vida, las pérdidas que han tenido (o provocado) en su vida y las ganas por conseguir la estabilidad, son elementos constantes que se observan en el proceso de recuperación de estas personas.

En el apartado de búsqueda de vivienda hemos de decir que se ha realizado un labor importante de apoyo en este sentido y estamos elaborando una "guía de recursos de viviendas baratas".

Se ha asesorado a cuatro personas en este proceso. Una vez que la persona sale del recurso, se le recomienda que se empadrone en su nuevo domicilio, para que de esta manera pueda acceder, como cualquier ciudadano, a los derechos que tiene por parte de los servicios sociales comunitarios. De manera que en momentos de crisis sean ellos y no la casa de acogida quien atienda esta necesidad.

Dentro del área de autonomía hemos también de reseñar como positivo los procesos de control y administración económica que se han llevado a cabo.

El control económico es fundamental pues entendemos que el piso funciona como una herramienta de ahorro que facilite la inserción y la posibilidad de afrontar una vida autónoma en mejores condiciones.

Debemos de distinguir dos aspectos: uno es el manejo del dinero propio y otro la economía de piso.

En normalización, se sigue un control verbal de los gastos de las personas que cobran la beca del taller. Con aquellas que han dispuesto de otro tipo de ingresos, se ha hecho un presupuesto semanal en el se incluyen gastos que el recurso ha asumido cuando no disponían de esa cantidad (ropa, higiene personal, ocio, transporte...). De esta manera, la administración de su propio dinero es más real y nos permite trabajar desde la normalización.

En integración, se sigue otro procedimiento:

El proceso es hacer un plan de ahorro individual adaptado a sus ingresos mediante un presupuesto de gastos semanal propuesto por ellos mismos y negociado con la educadora. Otro aspecto es el dinero que de su presupuesto aportan al piso. Del total de sus ingresos aportan el 15 por ciento de los mismos, no superando en ningún caso la cantidad de 90 Euros.

A excepción de un caso, el resto ha sido puntual en sus pagos y cuando se ha negociado hacer el pago en otro momento, el acuerdo se ha cumplido.

Paralelamente, proporcionar a aquellas personas que no disponen de recursos económicos 60 euros para sus gastos cotidianos es algo bastante positivo. Todos han devuelto posteriormente la cantidad.

A nivel grupal, la diferencia fundamental con el piso de normalización es que las personas son totalmente autónomas con el manejo del dinero del piso.

La educadora, junto con la persona encargada esa semana de la tarea de cocina, hace un presupuesto estimando los gastos de comida. Se entrega el total de ese dinero y se hacen cuentas una vez a la semana.

A excepción de un episodio donde la persona se apropió del dinero (lo que conllevó a su expulsión inmediata), el funcionamiento de este método lo consideramos como válido.

E.- Área de actividades de la vida diaria

Durante este año se han hecho muchos esfuerzos a nivel profesional, para consolidar esta área como otro de los pilares básicos del piso.

Los mayores cambios observados en las personas en esta área son en lo referente al autocuidado personal.

El reparto de tareas se lleva a cabo mediante asamblea y se realiza de manera equitativa y rotativa. La limpieza del hogar se realiza a diario, teniendo como día de limpieza general los sábados que es cuando las personas disponen de más tiempo libre.

La supervisión es cada vez menor y actividades como la cocina, la presentación de un menú semanal elaborado por las propias personas o la realización de la compra de manera autónoma ha sido una constante a lo largo de este tiempo.

La educadora actúa de observadora y supervisora de las tareas y de la organización del hogar, de esta forma se refuerza el principio de autonomía y se refuerzan las habilidades adquiridas en el proceso de normalización o las que ya disponía previamente.

F.- Área de Integración Comunitaria

Esta área es la que más cuesta completar en el plan de trabajo.

Por las propias características psicosociales del colectivo, reestablecer relaciones y hacer una red sociocomunitaria se les hace especialmente difícil por el desconocimiento de la ciudad y sus recursos, la baja motivación para realizar actividades de ocio, la escasa oferta de actividades adaptadas a sus características y

las dificultades que ellos mismos presentan a la hora de iniciar relaciones sociales.

El proceso de elección de las actividades de ocio se ha desarrollado de diferentes maneras. La planificación de las que se realizan en el fin de semana se hace en grupo. La información acerca de las actividades se recopila a lo largo de la semana a través del periódico, de carteles informativos..., bien por la educadora o por algún integrante del piso, como tarea adicional.

La asistencia a estas actividades se presenta como obligatoria (se dan varias a elegir pero se debe comprometer al menos a realizar una de ellas) y, en la medida de lo posible, se intenta que la actividad sea en grupo.

Hemos realizado un "cuestionario de Ocio y Tiempo Libre" como instrumento que sirva para conocer las aficiones de las personas y determinar las actividades individuales de ocio que puedan desarrollar.

No obstante, hay que decir que los resultados esperados en esta área no han sido los adecuados y no se ha conseguido vincular a la gente con los propios recursos de la comunidad. No se produce generalización.

G.- Área laboral

Este aspecto es fundamental en el plan de trabajo. Podemos decir que ha sido un año intenso en este sentido, ya que hemos iniciado varios procesos formativos y laborales.

Hemos elaborado unos "criterios comportamentales" que nos dan una pista de cuándo es el momento más oportuno para iniciar la búsqueda de empleo.

Los datos son como siguen:

- 11 personas participan del Taller Ocupacional.
- 3 personas realizan un curso de Formación Profesional.
- 14 personas encuentran empleo: Jardinero, Transportistas (2), Ay. Cocina (2), Montador placas de pladur (2), Pintor (2), Peón Construcción (3), Vigilante Seguridad, Monitor de portería en el propio centro.

Queremos hacer constar que la necesidad de crear huecos de inserción nos ha llevado a crear desde el propio centro un puesto de trabajo de media jornada rotativo entre las personas de integración cada 6 meses, cuando alguna no ha encontrado un trabajo "normalizado".

VI.- RESULTADOS Y PERFIL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS DURANTE EL AÑO 2003:

Los datos más relevantes de las personas atendidas en los piso queda como sigue:

	Piso de normalización	**Piso de integración** (desde mayo de 2003)
Nº personas atendidas	17	11 (7 personas derivadas desde acogida y 4 desde normalización)
Edad	41,4 años	43,2 años
Lugar nacimiento	30% Andalucía (5), 17,6% (3) Extranjeros indocumentados, el resto de personas de distintas comunidades autónomas (9).	36,6% Andalucía (4), 9,09% (1) Extranjero indocumentado, el resto de personas de distintas comunidades autónomas (6),
Estado civil	64,7% Solteros, 29,4% Divorciados/Separados, 5,8% con pareja actual.	45,4% Solteros, 54,5% Divorciados/Separados.
Profesión principal	26,7% Sin Profesión Definida, 23,5% Hostelería, 11,7% Campo, 11,7% Peón Construcción. El resto, profesiones varias.	45,5% Sin Profesión Definida, 18,18% Campo, 18,18 % Hostelería, 9,09% Vigilante de seguridad, 9,09% camionero.
Problemática principal	47,5 problemas graves con el alcohol.	63,6% Desempleo, 36,36% a la espera de una prestación económica.
Decisión Técnica de no renovar estancia	23,5% (4) (Los motivos están asociados a comportamientos violentos con compañeros o personal laboral).	27,2% (3) (todas esas personas venían directamente desde acogida, no de normalización. Los motivos son los mismos que en el programa de normalización)
Abandonos Voluntarios	17,6% (3)	-
Proceso completo	29,4% (5). 4 personas (23,5%) continúan en el programa.	72,7% (8) finalizan el acuerdo de estancia establecido.
Media Tiempo de estancia	4,5 meses. (2 personas han estado 7 meses)	2,5 meses.

Los datos ponen de manifiesto que estamos ante una población sola y desvinculada afectivamente, con problemas de alcohol y sin un perfil profesional definido o cuando lo tienen (hostelería) presentan características personales (historia de alcoholismo) que no aconsejan la reincorporación a esa actividad. A la vez, la edad con la que estas personas llegan al centro añade una barrera más a su inserción sociolaboral (demasiado mayores para trabajar, demasiado jóvenes para una prestación)

La estancia en los recursos está asociada a las características personales. No se es estricto con los tiempos.

El tiempo deseable para completar el plan de trabajo depende del grado de desestructuración personal, interés en el cambio, años de exclusión, estado de salud y capacidades y habilidades que la persona dispone. Por tanto, **los tiempos de estancias más largos están relacionados con el deterioro psicosocial que se presenta**.

Paralelamente, disponer del recurso de integración también nos ha facilitado que las personas continúen el proceso en el propio centro y el seguimiento de su salida sea más guiado, si bien, somos conscientes que la ubicación del piso de integración fuera de la estructura física del Centro de Acogida, es decir, en un bloque de vecinos normal y corriente, favorecería enormemente el carácter integrador que se le quiere dar al mismo

En integración, la permanencia en el piso es menor por las propias características de las personas, lo que nos hace pensar que es un buen recurso para aquellas personas que con cierto grado de autonomía, disponen de un trabajo y pueden utilizar el piso como puente a la inserción sociocomunitaria.

VII-. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN LA INTERVENCIÓN

- Diferencia de perfiles. Las problemáticas son diferentes y planteamos intervención individualizada.
- Grave deterioro bio-psico-social de las personas. Historia dilatada de adicciones.
- Comportamientos muy marcados de exclusión y aislamiento social incompatibles con los propios de la convivencia, lo que hace que no todos se puedan ajustar al recurso y a la vida en común con otras personas.
- Conflictos éticos a la hora de la salida de una persona del recurso. La expulsión es la última opción y siempre va seguida de un intenso debate dentro del equipo.
- Hay espacios no cubiertos por profesionales donde se dan situaciones conflictivas que luego afectan a la cotidianidad. Estos espacios de autonomía y "soledad" son necesarios y útiles pero no por ello hay que olvidar que son los lugares donde principalmente se producen alteraciones en la convivencia.
- Personas con problemas de salud mental, por lo que el objetivo de normalizar se ve gravemente afectado.
- Carencia de una red social que actúe como apoyo del proceso.
- Falta de recursos sociolaborales que complementen nuestro trabajo.
- Escasa motivación personal por parte de los usuarios para la generalización de actividades sociocomunitarias, lo que hace difícil disponer de una red social ajena al centro.
- Exceso de confianza en la autonomía de las personas para realizar tareas

VIII-. CONCLUSIONES

Durante este año 2003, después de un año y medio de la puesta en marcha del piso de normalización y de un semestre con el de integración, la evaluación que podemos hacer es bastante positiva y satisfactoria.

Nuestra reflexión está basada en datos concretos, una mayor experiencia, planes de intervención finalizados e interrumpidos, nuevas propuestas de organización, una evaluación continua a la que nos sometemos constantemente para realizar mejoras y, sobretodo, la opinión de los propios usuarios.

En todo lo que respecta a la economía doméstica, la gente asienta rápidamente sus propios avances, lo que se refleja en una mejora en la percepción de utilidad y de recuperación de habilidades que en su día tuvieron.

La creación de rutina en este espacio es fruto de una intervención planificada desde cualquier ámbito. Cualquier actividad cotidiana (comprar ropa, ir al mercado, elegir una película,..) se planifica, se prepara y se evalúa.

No ha habido, apenas, conflictos de convivencia y la colaboración y ayuda mutua es una realidad cotidiana. Para nosotros, esto es un éxito muy importante.

Hemos establecido un sistema de manejo del dinero que va desde el control por parte de las profesionales del piso hasta el manejo autónomo. Como consecuencia, varias personas han podido ahorrar suficiente dinero como para iniciar una vida autónoma.

Uno de los principales logros conseguidos a lo largo del año ha sido la consolidación de las funciones del equipo técnico que interviene en el proceso.

El equipo se ha ido paulatinamente modelando por la experiencia hasta conseguir, hoy día, una definición clara de cuáles son los papeles específicos de cada uno de los profesionales. Esto se ha conseguido gracias a una estrecha coordinación y planificación del trabajo a través de reuniones (en algunos momentos casi diarias para atender situaciones difíciles) entre los miembros del equipo.

El Diagnóstico Psicosocial (instrumento de derivación desde acogida) y el Plan de Trabajo Individual son los elementos fundamentales en el proceso de intervención.

En este sentido, destacamos por su interés el cambio que se ha producido en el propio equipo en la interpretación que se hace del propio proceso de intervención.

En las primeras etapas del trabajo en los pisos, el objetivo (erróneo) de partida era producir un cambio sustancial en la vida de las personas, es decir, queríamos que tuvieran un futuro mejor. Sin embargo, la propia experiencia nos ha llevado a reconsiderar o replantear nuestro punto de vista y hemos reconvertido ese objetivo inalcanzable en otros más prácticos y realistas.

Los objetivos actuales de intervención giran en torno a promover cambios concretos en aquellos aspectos que ellos quieran cambiar. En este momento somos acompañantes de ese proceso de cambio pero no "directores".

Desde este punto de vista, el éxito de la intervención no radica, únicamente, en que las personas encuentren trabajo estable, dejen de consumir, tengan una casa y una red social de amistades en forma de apoyo y un placer en la realización autónoma en las actividades de ocio.

Aunque, obviamente, ésta es la meta lógica y deseable, somos conscientes de que hay muchos aspectos que se nos esca-

pan y que no podemos cubrir. Es por ello, que nosotros situamos el éxito desde otra perspectiva.

El propósito de los pisos es que las personas se sientan a gusto como medio para conseguir cambios posteriores. Desde este enfoque, la evaluación continua que venimos realizando nos dice que el trabajo es exitoso en este sentido.

Tanto las propias personas como nosotros mismos, reconocemos cambios espectaculares a lo largo del tiempo de estancia (verbalizaciones, observaciones en los registros, cuestionario de autopercepción y mejora). Aparte de las habilidades que adquieren y recuperan en la realización de las tareas domésticas y de la vida cotidiana, nosotros destacamos el cambio que se produce en lo que llamamos el "sentido de la vida". Las personas desarrollan deseos de vivir, ilusiones y la posibilidad de que el cambio es posible.

La nueva perspectiva ha ido paralela a un aumento considerable de nuestra salud mental y calidad de vida.

Por otro lado, las características especiales del colectivo con el que trabajamos hacen también que no se puedan conseguir todos los objetivos propuestos.

De sobra es conocido que el perfil de las personas sin hogar está cambiando y una muestra de esto lo encontramos en nuestros propios usuarios: personas jóvenes, mayores, personas con problemas de consumo, otros en abstinencia, con muchos años de exclusión, recién llegadas a esta situación, usuarios de muchos albergues, personas que por primera vez usan este tipo de dispositivos, solteros, con pareja, separados, con rasgos psicopatológiccos bien marcados, con grave deterioro de salud, con profesiones delimitadas, sin cualificación, con estudios, analfabetos...

Una variedad de situaciones, carencias, necesidades, habilidades, potencialidades que no pueden ser atendidas desde un patrón estándar de intervención. Sin duda, todo esto marca una serie de dificultades a la hora de intervenir y de plantear la inserción social.

A esta complejidad, se añade la atención a personas con problemas de salud mental.

Las peculiaridades comportamentales hacen más costoso el trabajo que se realiza, ya que el nivel de respuesta y el deterioro funcional que presentan hacen que no se adecúen a la organización del piso ni a las exigencias de lo convivencia, lo que finalmente influye en su equilibrio. En muchas ocasiones, el control de determinadas reacciones que no se pueden abordar por parte de los profesionales porque se producen en espacios donde el piso no está atendido recae en los propios compañeros, con los problemas posteriores que esto genera.

De las personas que han presentado trastorno mental, las psicopatologías más graves que se han diagnosticado ha sido las siguientes:

- Trastorno delirante de grandeza.
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad que en momentos de estrés cursa con un discurso cuasi delirante.
- Trastorno en el control de los impulsos más una alteración en el lóbulo frontal.
- Retraso mental moderado y esquizofrenia de tipo continuo sin alteración funcional de su comportamiento aunque en momentos de estrés aparecen delirios de tipo persecutorio.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Esto nos debe hacer reflexionar, por un lado, en el sentido ya dicho de que el perfil de las personas sin hogar está cambiando y, por otro, que hay muchas personas que presentando problemas mentales no son atendidas por ningún recurso de salud porque su psicopatología no es especialmente limitante. Sin embargo, el que presenten estas características dificulta la convivencia con los demás y limita su ajuste personal en los distintos contextos de relación, sobretodo en lo laboral. **La cuestión a debatir es qué se está haciendo con las personas sin hogar con problemas crónicos de salud mental**.

Esto nuevamente refleja el tratamiento individual que se hace con las personas que están en el piso puesto que sobra decir que los objetivos se flexibilizan y se adoptan al perfil concreto de cada uno.

En otro orden de cosas, decir que hemos establecido un sistema de evaluación tanto con las personas del piso como con nosotros mismos, cuando una persona abandona el piso, bien porque ha sido expulsado o porque ha finalizado su intervención.

En relación al pago que las personas hacen por su propia estancia en el piso de integración, decir que la valoración que hacen ellos mismos es bastante positiva, incluso de aquellos cuya contribución es casi simbólica.

De las 11 personas que han convivido en el piso, 9 han pagado su alquiler, cada uno según ingresos.

Cuando las personas se incorporan al piso, saben que hay un tiempo limitado de estancia y que deben ir buscando vivienda paralelamente a su estancia. Saben que se les apoyará en todo lo que necesiten, pero saben que deben moverse y ser activos desde un primer momento, porque cuando llegue el tiempo fijado tendrán que salir.

Se les anima a que realicen las actividades pero sin llegar a organizarles el tiempo o hacer actividades conjuntas. Ellos "deben vivir" el aburrimiento para que se planteen salir, sin que ello suponga que no se esté atento a conductas de dejadez, abandono, apatía o depresión.

A nivel técnico, valoramos que es importante "atreverse a dejarles solos". Hay que tener claro que trabajamos con personas adultas, por lo que hay que establecer con ellos compromisos concretos, claros y compartidos por las dos partes, para de esta manera saber la dirección de los avances y tomar decisiones efectivas.

No hay que dejarse llevar por impresiones, sino por datos concretos de sus actuaciones, ese debe ser el reto. Hay que acostumbrarse a llevar registro de los acuerdos, decisiones y problemas que haya habido, porque es sobre eso con lo que tenemos que trabajar. Datos y no impresiones, porque las impresiones son dependientes de nuestro estado de ánimo y así también las decisiones que se tomen.

Concluyendo, hemos de decir los pisos constituyen un elemento importantísimo dentro del proceso de inserción de las personas sin hogar.

La fase de integración se está demostrando como el último escalón hacia la vida autónoma por lo que debemos estar muy acertados en reforzar y asentar todos los esfuerzos, tanto de las personas como de los profesionales que han formado parte de todo el itinerario de intervención. Por eso, no sólo procuramos que la persona se sienta atendida mientras que está acogida o formando parte de dicho proceso, sino que también se proporciona seguimiento específico y puntual cuando salen del piso como garantía de su incorporación a la vida normalizada.

Hemos visto cristalizados varios procesos de inserción, lo cual hace plantearnos que con la puesta en marcha de los pisos completamos de manera efectiva los objetivos de la atención a personas sin hogar.

En general, destacamos que ha sido un año de asentamiento y evolución constante. Queda mucho por hacer y por mejorar, pero estamos en ese camino.

BIBLIOGRAFÍA:

- ÁLVAREZ GARCÍA, R; AYALA SERRANO,R, CORTÉS PENDÓN A.D; PEÑA GARCÍA, R. (en prensa). Revista de Documentos de Trabajo Social. Ed. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga, 2004.
- CABRERA CABRERA, P. La acción social con personas sin hogar en España. Cáritas Española Editores. Fundación FOESSA, 2000.
- CASTEL, R. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. Revista Archipiélago.21, 27-36, 1995.
- MANUAL DE PROCEDIMIENTO. PLAN DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR EN LA CIUDAD DE GRANADA. Documento interno no publicado, 2003
- MEMORIA CASA DE ACOGIDA "LUZ CASANOVA". Fundación Casas Diocesanas de Acogida.–Cáritas. Documento interno no publicado, 2003.
- MUÑOZ, M; VÁZQUEZ, C; VÁZQUEZ, J.J. *Los límites de la exclusión*. Ed.Témpora S.A. Obra Social Caja Madrid, 2003.
- MUÑOZ, M; VÁZQUEZ, C; VÁZQUEZ, J.J. *Atrapados en la calle. Testimonios de personas sin hogar con problemas de salud mental*. Comunidad de Madrid. Consejería de sanidad y Servicios Sociales, 1998.
- RENES AYALA, V. *La Exclusión social, nuevo rostro de la pobreza*. Folletos Nº3 Cáritas. Suplemento de la Revista Cáritas Nº45, 2001.
- RODRÍGUEZ FENÁNDEZ, A y CRUZ TERÁN, J. *Exclusión Social y personas sin techo en el umbral del siglo XXI*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.

El Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro. Profesionalización y garantía de derechos

El objetivo de este trabajo es divulgar, motivar y poner a disposición del colectivo profesional la experiencia sobre Gestión de la Calidad que se aplica en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro, dependiente del Ayuntamiento de Málaga.

El artículo trata de aportar una visión lo más completa posible de la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad y de sus herramientas, así como del proceso de implantación seguido, con objeto de que pueda servir de punto de partida a quienes quieran iniciar una experiencia similar.

En el primer apartado se describe el marco conceptual en el que se fundamenta el enfoque aplicado en la construcción del sistema y se expone una serie de reflexiones a cerca de los beneficios que la gestión de la calidad aporta a los servicios sociales comunitarios.

En el segundo apartado se describe la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad así como las fases y acciones desarrolladas para su implantación, enmarcándolo en la realidad social del Distrito Centro y las características del Centro de Servicios Sociales.

A continuación, se desarrolla el contenido y herramientas del Sistema, profundizando en el Mapa de Procesos del Centro y los Procedimientos de Gestión de la Calidad, para concluir con la exposición de las acciones de evaluación desarrolladas y los resultados obtenidos en la primera etapa de implantación, en la que se obtuvo la Certificación de Calidad.

Palabras claves: Calidad de los Servicios, Servicios Sociales Comunitarios, Gestión de la Calidad.

CRISTÓBAL GIL VALENZUELA
GABRIEL ESCOBAR RANDO

1.- CALIDAD Y SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

1.1.- Qué es calidad en Servicios Sociales.

Cuando oímos hablar de gestión de calidad en los Servicios Sociales, solemos reaccionar con cierto respeto y hasta temor, ante las supuestas exigencias y dificultades que la aplicación de los criterios de calidad podría representar para el desempeño de nuestro trabajo.

En algunos ámbitos profesionales resulta común equiparar el concepto de calidad con el de "excelencia", y se piensa que se trata de hacer las cosas de una manera ideal, acercándose a la perfección. Por otro lado, también aparece generalizada la idea de que necesitaríamos incrementar tal nivel de recursos, que resulta absurdo plantearse objetivos de calidad de los servicios sociales, dada las importantes limitaciones y carencias que el sistema aún presenta.

En general, la gestión de calidad suele provocar dos sentimientos: *miedo*, por el nivel de exigencia profesional que creemos que conlleva ofrecer calidad con escasos recursos, y a la vez suele provocar *escepticismo*, porque se podría pensar que la calidad sólo es posible con la "abundancia de recursos".

Con todo esto, nos estamos refiriendo a los falsos *mitos de la calidad*. La primera lección que hemos aprendido con la aplicación del sistema de gestión de calidad en el C.S.S.C., Dto. Centro, es que la calidad no tiene nada que ver con sus mitos. La calidad supone una metodología perfectamente adaptable al nivel de recursos y capacidad técnica de cada organización, para dar respuesta a las necesidades de su entorno, para cubrir las expectativas de sus usuarios. Básicamente, la calidad pretende, mediante la aplicación de un conjunto de herramientas, ajustar las características de los servicios y las prestaciones a las necesidades de los usuarios, estableciendo mecanismos de medición

y evaluación continua, para mejorar los servicios y aumentar el bienestar el social que produce nuestro sistema.

Este método, que nos suena tan familiar a los trabajadores sociales (recordemos el método básico), encierra en sus aspectos genéricos lo que podemos entender por calidad y gestión de calidad en un centro de servicios sociales.

Existen numerosas orientaciones teóricas y metodológicas en el campo de la gestión de calidad. Nosotros trabajamos con una orientación que podemos denominar: "normativa". Desde este punto de vista, la calidad supone el cumplimiento, por parte de la organización, de unos criterios establecidos en una norma. El Ayuntamiento de Málaga, en su conjunto, aplica las Normas de calidad ISO 9001:2000 en la mayoría de sus organismos. Este conjunto de normas y recomendaciones tiene la ventaja de que son universales y aplicables en cualquier tipo de organización.

Las normas ISO define la calidad como: *el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.*

Por tanto, seguimos rompiendo el mito de la calidad. Para aplicar un sistema de gestión de calidad en un Centro de Servicios Sociales tan sólo tendríamos que "ajustar" sus características y su funcionamiento a los requisitos de la norma.

Por otro lado, la gestión de calidad nos permite aplicar sus herramientas a distintos niveles: bien, al conjunto de la organización, ideando un sistema de gestión e implementándolo de forma global, o bien, de forma gradual en distintas etapas o fases, atendiendo a determinadas partes de la organización (por ejemplo las UTS) o bien a prestaciones o programas concretos (por ejemplo, las AENP o el Tratamiento Familiar).

La calidad es una metodología que sirve para trabajar mejor y satisfacer las necesidades de nuestros usuarios. Sus fundamentos son muy familiares para los trabajadores sociales: conocer las necesidades y expectativas de los usuarios, adaptar nuestros servicios y programas a la satisfacción de éstas y medir los procesos y resultados para establecer una mejora continua.

1.2.- Calidad total y enfoque de procesos.

Tradicionalmente se ha entendido la calidad aplicada sólo a los requisitos que debían cumplir el producto o el servicio que se ofrecía al consumidor. De ahí, la aplicación de controles de calidad al final de la cadena de producción. La calidad total hace referencia a todo el proceso de producción y, por tanto, los requisitos, que habremos de cumplir, están presentes en todas las actividades que se realizan en el CSSC, desde la prestación de servicios a los usuarios hasta la gestión de recursos humanos, el presupuesto, las compras, etc.

Este planteamiento de la calidad persigue un objetivo muy simple: *hacer las cosas bien a la primera*. Si aplicamos correctamente los requisitos durante todo el proceso de producción de los servicios, estaremos evitando errores que, de otro modo, nos obligarían a corregir y repetir actividades nuevamente. El resultado de "hacer las cosas bien a la primera" es algo que también asusta (pues es otro mito), y se trata de la "eficiencia" en la producción de nuestros servicios.

La calidad es prevenir antes que corregir. Por tanto, la calidad nos induce a aplicar a nuestro propio trabajo otro concepto muy familiar para el Trabajo Social: la prevención. La gestión de calidad pretende prevenir los errores y deficiencias en los procesos de producción y funcionamiento del C.S.S.C. Prevenir supone ahorrar, ahorrar tiempo, energía, recursos y también dinero público. Prevenir errores conlleva también un incremento en la satisfacción laboral de los profesionales. Por contra, corregir no

sólo supone aumento de costes de los servicios, sino que, en muchos casos, supone derroche de recursos porque estamos "gastando" de nuevo actividades que se hicieron inútilmente con anterioridad.

¿Qué coste supone para los usuarios nuestros errores? Dependiendo de la envergadura del acto y de las consecuencias dentro del proceso de trabajo específico, cada uno de los errores o deficiencias de la cadena de trabajo repercute de manera directa o indirecta en la atención al usuario. En determinados casos, las consecuencias de un error pueden ser muy graves para el usuario y su entorno familiar, como, por ejemplo, en casos relacionados con la protección de menores o en situaciones de violencia doméstica.

La eficiencia es uno de los objetivos más destacados del sistema de gestión de calidad. La eficiencia es el resultado de optimizar nuestros recursos, desplegar una buena organización del trabajo, así como desarrollar una atención correcta, adecuada y rápida a los usuarios. La práctica de la eficiencia *produce un ahorro* de recursos, tiempo y energía de los trabajadores. La inversión del "producto de la eficiencia" nos permitirá mejorar la calidad de nuestro trabajo y aumentar la capacidad de cobertura de las necesidades de nuestros usuarios.

La práctica de la calidad no es posible sin la *implicación de los trabajadores*. La calidad es tarea de todos, no puede ser impuesta por la dirección. Esto implica una política de participación de los trabajadores en la gestión de la organización, en la toma de decisiones sobre la cadena productiva y, muy especialmente, sobre el puesto que se desempeña.

La calidad total está directamente ligada a la gestión de los procesos. Nuestra orientación de gestión de la calidad se sustenta, en buena medida, en la gestión sistemática de los procesos de la organización.

El concepto de calidad normativa, aplicado desde una perspectiva global en el conjunto de la cadena productiva de los servicios, supone que la organización debe tener perfectamente identificados el conjunto de procesos que engloban el funcionamiento total del C.S.C.C., teniendo presente en todo momento que estos procesos interactúan entre sí y, por tanto, deben ser considerados desde una perspectiva de "sistema".

La Norma ISO 9001:2000 define el término proceso como: *una actividad o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar elementos de entradas en resultados o salidas*. El proceso es una "cadena compuesta de varios eslabones" que hay que recorrer desde un extremo a otro. Los eslabones son el "conjunto de actividades interrelacionadas" que integran ese proceso.

En cualquier organización se pueden identificar tres tipos de procesos que conforman su estructura productiva:

a) Procesos relacionados con la *dirección* y alta planificación.

b) Procesos operativos relacionados con la producción y prestación directa de los servicios.

c) Procesos de apoyo relacionados con la gestión del CSSC.

Dos términos fundamentales dentro del enfoque de proceso que han revolucionado la concepción que los profesionales otorgan a la tarea, son los de *clientes y proveedores* de los demás. En todo proceso actúan dos "agentes": el proveedor y el cliente. Estos dos agentes son elementos tanto externos como internos en la dinámica de cualquier procedimiento.

El o los proveedores externos son aquellos que suministran los recursos o insumos que necesita el proceso para funcionar y producir salidas o servicios. Los clientes externos son aquellos para los que existen los procesos, son los consumidores de sali-

das o servicios producidos. Los clientes externos son los usuarios de servicios sociales.

Generalmente los procesos lo llevan a cabo un conjunto de trabajadores situados en distintos eslabones de la cadena, o requieren la implicación de varios departamentos de la misma organización. Por tanto, cada trabajador o departamento desarrolla y es responsable de una o varias actividades, cuya correcta realización permite que el proceso continúe y que otros trabajadores pueda acometer las siguientes actividades. En este sentido, los *trabajadores se convierten en proveedores y clientes internos de los procesos.*

El trabajador social de la U.T.S. sabe que el proceso administrativo de la atención directa, tiene como proveedor a la auxiliar de recepción, que ha gestionado la cita previa y entrega las Historias Sociales de los usuarios citados para la consulta. Por lado, el trabajador social deberá tener presente que su cliente administrativo es el auxiliar de administración, y que la correcta tramitación de los expedientes dependerá de que suministre de manera adecuada los datos, informes, baremos, etc. que fueren necesarios.

1.3.- Las normas ISO 9000:2000.

¿Qué son de las normas ISO? La *International Organization for Standardization* (ISO) ha establecido una serie de normas internacionales relativas a los Sistemas de Gestión de la Calidad (la familia de normas ISO 9000), adoptadas por el Centro Europeo de Normalización (CEN) y por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), que las reconocen como UNE-EN ISO 9000.

Los principios que han regido la elaboración de estas normas, que suponen importantes beneficios para la organización, son los siguientes:

- Aplicación a todos los sectores de productos y servicios y a todo tipo de organizaciones.
- Sencillez de uso, lenguaje claro y fácilmente comprensible.
- Significativa disminución de la cantidad de documentación requerida.
- Aptitud para conectar los sistemas de gestión de la calidad con los procesos de la organización.
- Gran orientación hacia la mejora continua y la satisfacción del cliente.

Se compone de tres normas básicas que introducen una nueva *concepción de la gestión de la calidad aplicable a cualquier tipo de organización*:

1.- **UNE-EN ISO 9000:2000.** Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

2.- **UNE-EN ISO 9001:2000**. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.

3.- **UNE-EN ISO 9004:2000.** Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de la calidad.

La UNE-EN ISO 9000:2000 describe los principios de los sistemas de gestión de la calidad y define los términos utilizados en las Normas ISO 9001 e ISO 9004. Concretamente, los ocho principios que reflejan las mejores prácticas de gestión, son:

- ***Organización enfocada al cliente:*** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender sus necesidades y satisfacer sus requisitos.
- ***Liderazgo:*** los líderes deberían crear y mantener un ambiente interno, involucrando al personal en el logro de los objetivos de la organización.

- ***Participación del personal:*** el personal es la esencia de una organización y su total compromiso hace que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la misma.
- ***Enfoque basado en procesos:*** los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- ***Enfoque de sistemas para la gestión:*** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.
- ***Mejora continua:*** la mejora continua debería ser un objetivo permanente de la organización.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- ***Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor:*** una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

La *Norma UNE-EN ISO 9001:2000,* especifica los requisitos del sistema de gestión de la calidad de una organización desde la perspectiva de demostrar su capacidad para satisfacer las necesidades de los clientes. Los requisitos que contiene se pueden resumir en:

- Obtener el compromiso de la alta dirección en el desarrollo y mejora del sistema de gestión de la calidad.
- Definir cuáles son los procesos de la organización y su interacción.
- Disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo dichos procesos.

- Implantar un proceso de mejora continua dentro del sistema de gestión.
- Asegurar la orientación de la organización al cliente y establecer medidas para la evaluación de su satisfacción.

1.4.- Qué aporta la gestión de la calidad a los Servicios Sociales Comunitarios[1]

En primer lugar: la Gestión de la Calidad estandariza y unifica los procesos que desarrollan las prestaciones de servicios sociales. En la actualidad, se mantiene una importante falta de concreción de elementos básicos del sistema, que afecta al ámbito profesional y que limita el desarrollo de las prestaciones de servicios sociales. Hasta ahora, el sistema se ha mostrado incapaz de superar los siguientes problemas:

a. La abstracción e indefinición de los papeles que deben desempeñar y corresponden a los distintas figuras profesionales, y como se deben articular el desempeño en el funcionamiento de los equipos.

b. La falta de desarrollo e indefinición en los contenidos de las prestaciones y programas (en un mismo centro, entre centros distintos, y sobre todo entre municipios...).

c. La profesionalización y libertad de acción de los profesionales que en sí misma es una virtud del sistema, genera en este contexto de indefinición de papales y contenidos de los servicios situaciones que pueden perjudicar los derechos de los ciudadanos.

---

1 Parte del contenido de este apartado está desarrollado a partir de materiales del Curso: La Gestión de la Calidad en los Servicios Sociales Comunitarios, impartido por Ángel Parreño (Vélez Málaga, 2003), basado en la experiencia sobre la aplicación de la Norma ISO 9001:2000 en el Centro de Servicios Sociales de Alcázar de San Juan.

Estos elementos pueden conducir a situaciones de desequilibrios y discriminaciones en la atención a los usuarios en general y de un C.S.C.C., concreto. Dependiendo de factores organizativos, de la cualificación y competencia profesional, del distrito o municipio, territorios, etc., los usuarios pueden recibir unos servicios de mejor calidad o prestaciones que en otros centros no reciben, es más en una U.T.S., podrían ser atendidos con unos criterios de excelencia y en otra U.T.S., del mismo centro con criterios de incompetencia.

Por tanto, la gestión de calidad estandariza e unifica los procesos que desarrollan las prestaciones. Normaliza los distintos procesos de manera tal que actúan de estructura de la práctica profesional en el conjunto del Centro, y sirven de verdaderos "canales" a través de los cuales, todos los usuarios, reciben las prestaciones de servicios sociales. La normalización de los procesos tiene tres consecuencias inmediatas que son beneficiosas para los profesionales, los usuarios y el conjunto de la organización:

a. Supone una ruptura de la incertidumbre en el ejercicio profesional y un incremento de la profesionalización.
b. Potencia el desarrollo de las buenas prácticas y deja al descubierto la incompetencia y la negligencia de algunos profesionales.
c. Racionaliza la intervención social y garantiza una gestión eficiente de los recursos.

En segundo lugar: la Gestión de la Calidad Iguala a los ciudadanos en las condiciones de acceso a los servicios sociales. Todavía queda mucho camino por andar para que los servicios sociales constituyan en nuestro país un derecho real y exigible para el conjunto de los ciudadanos.

El modelo de gestión de calidad que proponemos es un primer paso para la igualación de los ciudadanos en el acceso a los

servicios sociales como derecho. La normalización de los procesos determina las mismas condiciones de los servicios para cualquier ciudadano usuario del Centro de Servicios Sociales. *Todos los ciudadanos tienen derecho a recibir los servicios de la misma forma y en las mismas condiciones.*

Por otra parte, nuestro modelo, también denominado "enfoque al usuario", profundiza la figura del usuario como ciudadano de derecho, ya que sitúa a éste en el centro de todos los esfuerzos y objetivos de la organización:

- El usuario es el centro de atención, es el principal objetivo, la principal razón por la que existe el CSSC.
- Los servicios se enfocan a cubrir sus necesidades y expectativas.
- La gestión de calidad está orientada a lograr su satisfacción.
- El usuario es un agente activo en la producción de los servicios: quejas y sugerencias, evaluación de la satisfacción, participación en sus procesos de cambio.

Los ciudadanos somos los verdaderos dueños de la Administración y de los Servicios Públicos. Por tanto, no olvidemos que nuestros usuarios son los "dueños del C.S.S.C." y nosotros trabajamos para ellos.

Otra aportación decisiva es que la **Gestión de calidad constituye una importante estrategia de defensa ante las amenazas del Sistema.** En los últimos años, los servicios sociales aparecen como el sistema de protección social más amenazado ante la llamada "Crisis del Bienestar Social". Una serie de debilidades internas, las políticas de austeridad y exigencias permanentes de resultados de los altos responsables, ponen en peligro, no sólo el desarrollo del sistema, sino su propia estabilidad, creando verdaderas incertidumbres ante el futuro.

Como hemos mencionado anteriormente, permanece aún una indefinición de los derechos que garantizan este sistema, profundizada por la carencia de una ley marco o de bases. Por otro lado, existe una escasa conciencia social en el conjunto de la sociedad sobre los derechos que representan el sistema, alimentada por la relativa juventud de los servicios sociales. A esto tenemos que unir, las debilidades de implantación homogénea en todos los territorios de estado, en los que no existe igualación en los equipamientos, se producen importantes desequilibrios en las coberturas, hay una limitada implantación de plantillas estructurales...

Junto a esto, existe una permanente presión y exigencia en cuanto a la eficiencia y efectividad de los servicios sociales, cuando no se pone en cuestión la utilidad de los mismos. A otros sistemas se les supone la rentabilidad social, el nuestro tiene que demostrarlo día a día.

En este contexto, la gestión de calidad obviamente no constituye la panacea para afrontar estos problemas, pero si aporta mecanismos muy potentes para demostrar la eficiencia de los servicios sociales y su rentabilidad social. La monitorización de procesos, medición de resultados, la evaluación de la satisfacción de los usuarios, entre otras, son herramientas muy útiles que pueden ayudar a la rentabilidad social del sistema. Los métodos de calidad introducen de manera sistemática la medición y el análisis estadístico de los procesos y sus resultados, situando de esta manera las prácticas de los Servicios Sociales a un nivel científico similar al de otros sistemas de protección.

La profundización del "enfoque de procesos", aplicado a la práctica profesional, es el camino para desarrollar la dimensión científico-técnica e interdisciplinar de los servicios sociales.

El ajuste permanente de los servicios y prestaciones a los requisitos y nuevas exigencias de los usuarios y el logro de su

satisfacción como meta, son herramientas apropiadas para recuperar ante la sociedad la imagen que nos corresponden y crear conciencia acerca del derecho a los servicios sociales.

La gestión de calidad es una buena estrategia para defender, profundizar y prestigiar los Servicios Sociales.

La Gestión de Calidad también facilita la adaptación de los Servicios a los cambios sociales. El ámbito necesidades de los servicios sociales se encuentra sometido a importantes cambios sociales que a demás se producen a una velocidad de vértigo, como ocurre en el conjunto de la sociedad moderna.

Los ciudadanos cada vez somos más exigentes no sólo con la Administración Pública sino con el mercado en general. El ciudadano de derecho se hace cada vez más presente en la vida social y exige respuestas a sus necesidades reales y "presentes".

La evaluación de las necesidades de los usuarios, la medición de la satisfacción de los mismos y la política de mejora continua son potentes herramientas que facilitan la adaptación permanente a los cambios sociales y a las exigencias de los ciudadanos.

Por último planteamos que **un Sistema de Gestión de Calidad avalado por una certificación externa, constituye un "blindaje" que garantiza el nivel de calidad del Centro**. Supone un "blindaje" ante la inseguridad con respecto a la tarea y el reto profesional de mantener el nivel de calidad alcanzado y mejorarlo, para el nivel de recursos del que se dispone y, por qué no, ante posibles "amenazas" procedentes de la institución titular (a ningún responsable político le interesa que un servicio bajo su responsabilidad pierda una certificación de calidad).

El auditor externo sanciona objetivamente el funcionamiento del centro respecto a una norma oficial y da testimonio de ello a la sociedad emitiendo el certificado. Realiza un seguimiento anual

para verificar que el sistema se aplica y funciona. El incumplimiento de la norma supone la pérdida del certificado de calidad.

La certificación es un "sello" que prestigia la imagen y los servicios de la organización ante la sociedad, el mercado y los ciudadanos.

2.- EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DEL DISTRITO CENTRO

2.1.- El contexto: breve descripción del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Dto. Centro.

El Centro Municipal de Servicios Sociales Comunitarios se encuentra ubicado en C/ Cañaveral, 13-15, en el barrio del Perchel. Este centro forma parte de la Red Básica de Servicios Sociales Municipales de atención primaria del Ayuntamiento de Málaga.

Su ámbito de actuación es el distrito Centro. Aquí residen 88.625 habitantes, que suponen el 15,7 por ciento de la población total de Málaga. La principal característica de su estructura demográfica es una clara tendencia al envejecimiento. La población mayor de 65 años supera el 20 por ciento del total.

En el Distrito Centro encontramos una gran variedad de grupos sociales, aspecto que otorga una especial singularidad especial a esta zona. Destaca un importante volumen de **población de "cultura marginal"** que reside en los barrios de viviendas sociales e infraviviendas históricas. En los últimos años, se ha asentado también un alto número de población inmigrante. Esto nos sitúa en uno de los distritos que concentra una de las mayores "bolsas de marginación" de la ciudad. Las barriadas con mayor índice de necesidad social son: Cruz-Verde-Lagunillas, Molinillo-Capuchinos, Ollerías-San Rafael, Trinidad Sur y Perchel Norte.

Como hemos mencionado anteriormente, permanece aún una indefinición de los derechos que garantizan este sistema, profundizada por la carencia de una ley marco o de bases. Por otro lado, existe una escasa conciencia social en el conjunto de la sociedad sobre los derechos que representan el sistema, alimentada por la relativa juventud de los servicios sociales. A esto tenemos que unir, las debilidades de implantación homogénea en todos los territorios de estado, en los que no existe igualación en los equipamientos, se producen importantes desequilibrios en las coberturas, hay una limitada implantación de plantillas estructurales...

Junto a esto, existe una permanente presión y exigencia en cuanto a la eficiencia y efectividad de los servicios sociales, cuando no se pone en cuestión la utilidad de los mismos. A otros sistemas se les supone la rentabilidad social, el nuestro tiene que demostrarlo día a día.

En este contexto, la gestión de calidad obviamente no constituye la panacea para afrontar estos problemas, pero si aporta mecanismos muy potentes para demostrar la eficiencia de los servicios sociales y su rentabilidad social. La monitorización de procesos, medición de resultados, la evaluación de la satisfacción de los usuarios, entre otras, son herramientas muy útiles que pueden ayudar a la rentabilidad social del sistema. Los métodos de calidad introducen de manera sistemática la medición y el análisis estadístico de los procesos y sus resultados, situando de esta manera las prácticas de los Servicios Sociales a un nivel científico similar al de otros sistemas de protección.

La profundización del "enfoque de procesos", aplicado a la práctica profesional, es el camino para desarrollar la dimensión científico-técnica e interdisciplinar de los servicios sociales.

El ajuste permanente de los servicios y prestaciones a los requisitos y nuevas exigencias de los usuarios y el logro de su

servicios sociales como derecho. La normalización de los procesos determina las mismas condiciones de los servicios para cualquier ciudadano usuario del Centro de Servicios Sociales. *Todos los ciudadanos tienen derecho a recibir los servicios de la misma forma y en las mismas condiciones.*

Por otra parte, nuestro modelo, también denominado "enfoque al usuario", profundiza la figura del usuario como ciudadano de derecho, ya que sitúa a éste en el centro de todos los esfuerzos y objetivos de la organización:

- El usuario es el centro de atención, es el principal objetivo, la principal razón por la que existe el CSSC.
- Los servicios se enfocan a cubrir sus necesidades y expectativas.
- La gestión de calidad está orientada a lograr su satisfacción.
- El usuario es un agente activo en la producción de los servicios: quejas y sugerencias, evaluación de la satisfacción, participación en sus procesos de cambio.

Los ciudadanos somos los verdaderos dueños de la Administración y de los Servicios Públicos. Por tanto, no olvidemos que nuestros usuarios son los "dueños del C.S.S.C." y nosotros trabajamos para ellos.

Otra aportación decisiva es que la **Gestión de calidad constituye una importante estrategia de defensa ante las amenazas del Sistema.** En los últimos años, los servicios sociales aparecen como el sistema de protección social más amenazado ante la llamada "Crisis del Bienestar Social". Una serie de debilidades internas, las políticas de austeridad y exigencias permanentes de resultados de los altos responsables, ponen en peligro, no sólo el desarrollo del sistema, sino su propia estabilidad, creando verdaderas incertidumbres ante el futuro.

Estos elementos pueden conducir a situaciones de desequilibrios y discriminaciones en la atención a los usuarios en general y de un C.S.C.C., concreto. Dependiendo de factores organizativos, de la cualificación y competencia profesional, del distrito o municipio, territorios, etc., los usuarios pueden recibir unos servicios de mejor calidad o prestaciones que en otros centros no reciben, es más en una U.T.S., podrían ser atendidos con unos criterios de excelencia y en otra U.T.S., del mismo centro con criterios de incompetencia.

Por tanto, la gestión de calidad estandariza e unifica los procesos que desarrollan las prestaciones. Normaliza los distintos procesos de manera tal que actúan de estructura de la práctica profesional en el conjunto del Centro, y sirven de verdaderos "canales" a través de los cuales, todos los usuarios, reciben las prestaciones de servicios sociales. La normalización de los procesos tiene tres consecuencias inmediatas que son beneficiosas para los profesionales, los usuarios y el conjunto de la organización:

a. Supone una ruptura de la incertidumbre en el ejercicio profesional y un incremento de la profesionalización.
b. Potencia el desarrollo de las buenas prácticas y deja al descubierto la incompetencia y la negligencia de algunos profesionales.
c. Racionaliza la intervención social y garantiza una gestión eficiente de los recursos.

En segundo lugar: la Gestión de la Calidad Iguala a los ciudadanos en las condiciones de acceso a los servicios sociales. Todavía queda mucho camino por andar para que los servicios sociales constituyan en nuestro país un derecho real y exigible para el conjunto de los ciudadanos.

El modelo de gestión de calidad que proponemos es un primer paso para la igualación de los ciudadanos en el acceso a los

- Implantar un proceso de mejora continua dentro del sistema de gestión.
- Asegurar la orientación de la organización al cliente y establecer medidas para la evaluación de su satisfacción.

1.4.- Qué aporta la gestión de la calidad a los Servicios Sociales Comunitarios[1]

En primer lugar: la Gestión de la Calidad estandariza y unifica los procesos que desarrollan las prestaciones de servicios sociales. En la actualidad, se mantiene una importante falta de concreción de elementos básicos del sistema, que afecta al ámbito profesional y que limita el desarrollo de las prestaciones de servicios sociales. Hasta ahora, el sistema se ha mostrado incapaz de superar los siguientes problemas:

a. La abstracción e indefinición de los papeles que deben desempeñar y corresponden a los distintas figuras profesionales, y como se deben articular el desempeño en el funcionamiento de los equipos.

b. La falta de desarrollo e indefinición en los contenidos de las prestaciones y programas (en un mismo centro, entre centros distintos, y sobre todo entre municipios...).

c. La profesionalización y libertad de acción de los profesionales que en sí misma es una virtud del sistema, genera en este contexto de indefinición de papales y contenidos de los servicios situaciones que pueden perjudicar los derechos de los ciudadanos.

---

1 Parte del contenido de este apartado está desarrollado a partir de materiales del Curso: La Gestión de la Calidad en los Servicios Sociales Comunitarios, impartido por Ángel Parreño (Vélez Málaga, 2003), basado en la experiencia sobre la aplicación de la Norma ISO 9001:2000 en el Centro de Servicios Sociales de Alcázar de San Juan.

- ***Participación del personal:*** el personal es la esencia de una organización y su total compromiso hace que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la misma.
- ***Enfoque basado en procesos:*** los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- ***Enfoque de sistemas para la gestión:*** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.
- ***Mejora continua:*** la mejora continua debería ser un objetivo permanente de la organización.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- ***Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor:*** una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

La *Norma UNE-EN ISO 9001:2000,* especifica los requisitos del sistema de gestión de la calidad de una organización desde la perspectiva de demostrar su capacidad para satisfacer las necesidades de los clientes. Los requisitos que contiene se pueden resumir en:

- Obtener el compromiso de la alta dirección en el desarrollo y mejora del sistema de gestión de la calidad.
- Definir cuáles son los procesos de la organización y su interacción.
- Disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo dichos procesos.

- Aplicación a todos los sectores de productos y servicios y a todo tipo de organizaciones.
- Sencillez de uso, lenguaje claro y fácilmente comprensible.
- Significativa disminución de la cantidad de documentación requerida.
- Aptitud para conectar los sistemas de gestión de la calidad con los procesos de la organización.
- Gran orientación hacia la mejora continua y la satisfacción del cliente.

Se compone de tres normas básicas que introducen una nueva *concepción de la gestión de la calidad aplicable a cualquier tipo de organización*:

1.- **UNE-EN ISO 9000:2000.** Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

2.- **UNE-EN ISO 9001:2000**. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.

3.- **UNE-EN ISO 9004:2000.** Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de la calidad.

La UNE-EN ISO 9000:2000 describe los principios de los sistemas de gestión de la calidad y define los términos utilizados en las Normas ISO 9001 e ISO 9004. Concretamente, los ocho principios que reflejan las mejores prácticas de gestión, son:

- ***Organización enfocada al cliente:*** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender sus necesidades y satisfacer sus requisitos.
- ***Liderazgo:*** los líderes deberían crear y mantener un ambiente interno, involucrando al personal en el logro de los objetivos de la organización.

das o servicios producidos. Los clientes externos son los usuarios de servicios sociales.

Generalmente los procesos lo llevan a cabo un conjunto de trabajadores situados en distintos eslabones de la cadena, o requieren la implicación de varios departamentos de la misma organización. Por tanto, cada trabajador o departamento desarrolla y es responsable de una o varias actividades, cuya correcta realización permite que el proceso continúe y que otros trabajadores pueda acometer las siguientes actividades. En este sentido, los *trabajadores se convierten en proveedores y clientes internos de los procesos.*

El trabajador social de la U.T.S. sabe que el proceso administrativo de la atención directa, tiene como proveedor a la auxiliar de recepción, que ha gestionado la cita previa y entrega las Historias Sociales de los usuarios citados para la consulta. Por lado, el trabajador social deberá tener presente que su cliente administrativo es el auxiliar de administración, y que la correcta tramitación de los expedientes dependerá de que suministre de manera adecuada los datos, informes, baremos, etc. que fueren necesarios.

1.3.- Las normas ISO 9000:2000.

¿Qué son de las normas ISO? La *International Organization for Standardization* (ISO) ha establecido una serie de normas internacionales relativas a los Sistemas de Gestión de la Calidad (la familia de normas ISO 9000), adoptadas por el Centro Europeo de Normalización (CEN) y por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), que las reconocen como UNE-EN ISO 9000.

Los principios que han regido la elaboración de estas normas, que suponen importantes beneficios para la organización, son los siguientes:

El concepto de calidad normativa, aplicado desde una perspectiva global en el conjunto de la cadena productiva de los servicios, supone que la organización debe tener perfectamente identificados el conjunto de procesos que engloban el funcionamiento total del C.S.C.C., teniendo presente en todo momento que estos procesos interactúan entre sí y, por tanto, deben ser considerados desde una perspectiva de "sistema".

La Norma ISO 9001:2000 define el término proceso como: *una actividad o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar elementos de entradas en resultados o salidas.* El proceso es una "cadena compuesta de varios eslabones" que hay que recorrer desde un extremo a otro. Los eslabones son el "conjunto de actividades interrelacionadas" que integran ese proceso.

En cualquier organización se pueden identificar tres tipos de procesos que conforman su estructura productiva:

a) Procesos relacionados con la *dirección* y alta planificación.

b) Procesos operativos relacionados con la producción y prestación directa de los servicios.

c) Procesos de apoyo relacionados con la gestión del CSSC.

Dos términos fundamentales dentro del enfoque de proceso que han revolucionado la concepción que los profesionales otorgan a la tarea, son los de *clientes y proveedores* de los demás. En todo proceso actúan dos "agentes": el proveedor y el cliente. Estos dos agentes son elementos tanto externos como internos en la dinámica de cualquier procedimiento.

El o los proveedores externos son aquellos que suministran los recursos o insumos que necesita el proceso para funcionar y producir salidas o servicios. Los clientes externos son aquellos para los que existen los procesos, son los consumidores de sali-

sólo supone aumento de costes de los servicios, sino que, en muchos casos, supone derroche de recursos porque estamos "gastando" de nuevo actividades que se hicieron inútilmente con anterioridad.

¿Qué coste supone para los usuarios nuestros errores? Dependiendo de la envergadura del acto y de las consecuencias dentro del proceso de trabajo específico, cada uno de los errores o deficiencias de la cadena de trabajo repercute de manera directa o indirecta en la atención al usuario. En determinados casos, las consecuencias de un error pueden ser muy graves para el usuario y su entorno familiar, como, por ejemplo, en casos relacionados con la protección de menores o en situaciones de violencia doméstica.

La eficiencia es uno de los objetivos más destacados del sistema de gestión de calidad. La eficiencia es el resultado de optimizar nuestros recursos, desplegar una buena organización del trabajo, así como desarrollar una atención correcta, adecuada y rápida a los usuarios. La práctica de la eficiencia *produce un ahorro* de recursos, tiempo y energía de los trabajadores. La inversión del "producto de la eficiencia" nos permitirá mejorar la calidad de nuestro trabajo y aumentar la capacidad de cobertura de las necesidades de nuestros usuarios.

La práctica de la calidad no es posible sin la *implicación de los trabajadores*. La calidad es tarea de todos, no puede ser impuesta por la dirección. Esto implica una política de participación de los trabajadores en la gestión de la organización, en la toma de decisiones sobre la cadena productiva y, muy especialmente, sobre el puesto que se desempeña.

La calidad total está directamente ligada a la gestión de los procesos. Nuestra orientación de gestión de la calidad se sustenta, en buena medida, en la gestión sistemática de los procesos de la organización.

La calidad es una metodología que sirve para trabajar mejor y satisfacer las necesidades de nuestros usuarios. Sus fundamentos son muy familiares para los trabajadores sociales: conocer las necesidades y expectativas de los usuarios, adaptar nuestros servicios y programas a la satisfacción de éstas y medir los procesos y resultados para establecer una mejora continua.

1.2.- Calidad total y enfoque de procesos.

Tradicionalmente se ha entendido la calidad aplicada sólo a los requisitos que debían cumplir el producto o el servicio que se ofrecía al consumidor. De ahí, la aplicación de controles de calidad al final de la cadena de producción. La calidad total hace referencia a todo el proceso de producción y, por tanto, los requisitos, que habremos de cumplir, están presentes en todas las actividades que se realizan en el CSSC, desde la prestación de servicios a los usuarios hasta la gestión de recursos humanos, el presupuesto, las compras, etc.

Este planteamiento de la calidad persigue un objetivo muy simple: *hacer las cosas bien a la primera*. Si aplicamos correctamente los requisitos durante todo el proceso de producción de los servicios, estaremos evitando errores que, de otro modo, nos obligarían a corregir y repetir actividades nuevamente. El resultado de "hacer las cosas bien a la primera" es algo que también asusta (pues es otro mito), y se trata de la "eficiencia" en la producción de nuestros servicios.

La calidad es prevenir antes que corregir. Por tanto, la calidad nos induce a aplicar a nuestro propio trabajo otro concepto muy familiar para el Trabajo Social: la prevención. La gestión de calidad pretende prevenir los errores y deficiencias en los procesos de producción y funcionamiento del C.S.S.C. Prevenir supone ahorrar, ahorrar tiempo, energía, recursos y también dinero público. Prevenir errores conlleva también un incremento en la satisfacción laboral de los profesionales. Por contra, corregir no

y evaluación continua, para mejorar los servicios y aumentar el bienestar el social que produce nuestro sistema.

Este método, que nos suena tan familiar a los trabajadores sociales (recordemos el método básico), encierra en sus aspectos genéricos lo que podemos entender por calidad y gestión de calidad en un centro de servicios sociales.

Existen numerosas orientaciones teóricas y metodológicas en el campo de la gestión de calidad. Nosotros trabajamos con una orientación que podemos denominar: "normativa". Desde este punto de vista, la calidad supone el cumplimiento, por parte de la organización, de unos criterios establecidos en una norma. El Ayuntamiento de Málaga, en su conjunto, aplica las Normas de calidad ISO 9001:2000 en la mayoría de sus organismos. Este conjunto de normas y recomendaciones tiene la ventaja de que son universales y aplicables en cualquier tipo de organización.

Las normas ISO define la calidad como: *el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.*

Por tanto, seguimos rompiendo el mito de la calidad. Para aplicar un sistema de gestión de calidad en un Centro de Servicios Sociales tan sólo tendríamos que "ajustar" sus características y su funcionamiento a los requisitos de la norma.

Por otro lado, la gestión de calidad nos permite aplicar sus herramientas a distintos niveles: bien, al conjunto de la organización, ideando un sistema de gestión e implementándolo de forma global, o bien, de forma gradual en distintas etapas o fases, atendiendo a determinadas partes de la organización (por ejemplo las UTS) o bien a prestaciones o programas concretos (por ejemplo, las AENP o el Tratamiento Familiar).

1.- CALIDAD Y SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

1.1.- Qué es calidad en Servicios Sociales.

Cuando oímos hablar de gestión de calidad en los Servicios Sociales, solemos reaccionar con cierto respeto y hasta temor, ante las supuestas exigencias y dificultades que la aplicación de los criterios de calidad podría representar para el desempeño de nuestro trabajo.

En algunos ámbitos profesionales resulta común equiparar el concepto de calidad con el de "excelencia", y se piensa que se trata de hacer las cosas de una manera ideal, acercándose a la perfección. Por otro lado, también aparece generalizada la idea de que necesitaríamos incrementar tal nivel de recursos, que resulta absurdo plantearse objetivos de calidad de los servicios sociales, dada las importantes limitaciones y carencias que el sistema aún presenta.

En general, la gestión de calidad suele provocar dos sentimientos: *miedo*, por el nivel de exigencia profesional que creemos que conlleva ofrecer calidad con escasos recursos, y a la vez suele provocar *escepticismo*, porque se podría pensar que la calidad sólo es posible con la "abundancia de recursos".

Con todo esto, nos estamos refiriendo a los falsos *mitos de la calidad*. La primera lección que hemos aprendido con la aplicación del sistema de gestión de calidad en el C.S.S.C., Dto. Centro, es que la calidad no tiene nada que ver con sus mitos. La calidad supone una metodología perfectamente adaptable al nivel de recursos y capacidad técnica de cada organización, para dar respuesta a las necesidades de su entorno, para cubrir las expectativas de sus usuarios. Básicamente, la calidad pretende, mediante la aplicación de un conjunto de herramientas, ajustar las características de los servicios y las prestaciones a las necesidades de los usuarios, estableciendo mecanismos de medición

El objetivo de este trabajo es divulgar, motivar y poner a disposición del colectivo profesional la experiencia sobre Gestión de la Calidad que se aplica en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro, dependiente del Ayuntamiento de Málaga.

El artículo trata de aportar una visión lo más completa posible de la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad y de sus herramientas, así como del proceso de implantación seguido, con objeto de que pueda servir de punto de partida a quienes quieran iniciar una experiencia similar.

En el primer apartado se describe el marco conceptual en el que se fundamenta el enfoque aplicado en la construcción del sistema y se expone una serie de reflexiones a cerca de los beneficios que la gestión de la calidad aporta a los servicios sociales comunitarios.

En el segundo apartado se describe la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad así como las fases y acciones desarrolladas para su implantación, enmarcándolo en la realidad social del Distrito Centro y las características del Centro de Servicios Sociales.

A continuación, se desarrolla el contenido y herramientas del Sistema, profundizando en el Mapa de Procesos del Centro y los Procedimientos de Gestión de la Calidad, para concluir con la exposición de las acciones de evaluación desarrolladas y los resultados obtenidos en la primera etapa de implantación, en la que se obtuvo la Certificación de Calidad.

Palabras claves: Calidad de los Servicios, Servicios Sociales Comunitarios, Gestión de la Calidad.

CRISTÓBAL GIL VALENZUELA
GABRIEL ESCOBAR RANDO

El Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro. Profesionalización y garantía de derechos

BIBLIOGRAFÍA:

- ÁLVAREZ GARCÍA, R; AYALA SERRANO,R, CORTÉS PENDÓN A.D; PEÑA GARCÍA, R. (en prensa). Revista de Documentos de Trabajo Social. Ed. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga, 2004.
- CABRERA CABRERA, P. La acción social con personas sin hogar en España. Cáritas Española Editores. Fundación FOESSA, 2000.
- CASTEL, R. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. Revista Archipiélago.21, 27-36, 1995.
- MANUAL DE PROCEDIMIENTO. PLAN DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR EN LA CIUDAD DE GRANADA. Documento interno no publicado, 2003
- MEMORIA CASA DE ACOGIDA "LUZ CASANOVA". Fundación Casas Diocesanas de Acogida.–Cáritas. Documento interno no publicado, 2003.
- MUÑOZ, M; VÁZQUEZ, C; VÁZQUEZ, J.J. *Los límites de la exclusión*. Ed.Témpora S.A. Obra Social Caja Madrid, 2003.
- MUÑOZ, M; VÁZQUEZ, C; VÁZQUEZ, J.J. *Atrapados en la calle. Testimonios de personas sin hogar con problemas de salud mental*. Comunidad de Madrid. Consejería de sanidad y Servicios Sociales, 1998.
- RENES AYALA, V. *La Exclusión social, nuevo rostro de la pobreza*. Folletos Nº3 Cáritas. Suplemento de la Revista Cáritas Nº45, 2001.
- RODRÍGUEZ FENÁNDEZ, A y CRUZ TERÁN, J. *Exclusión Social y personas sin techo en el umbral del siglo XXI*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.

Hemos visto cristalizados varios procesos de inserción, lo cual hace plantearnos que con la puesta en marcha de los pisos completamos de manera efectiva los objetivos de la atención a personas sin hogar.

En general, destacamos que ha sido un año de asentamiento y evolución constante. Queda mucho por hacer y por mejorar, pero estamos en ese camino.

Se les anima a que realicen las actividades pero sin llegar a organizarles el tiempo o hacer actividades conjuntas. Ellos "deben vivir" el aburrimiento para que se planteen salir, sin que ello suponga que no se esté atento a conductas de dejadez, abandono, apatía o depresión.

A nivel técnico, valoramos que es importante "atreverse a dejarles solos". Hay que tener claro que trabajamos con personas adultas, por lo que hay que establecer con ellos compromisos concretos, claros y compartidos por las dos partes, para de esta manera saber la dirección de los avances y tomar decisiones efectivas.

No hay que dejarse llevar por impresiones, sino por datos concretos de sus actuaciones, ese debe ser el reto. Hay que acostumbrarse a llevar registro de los acuerdos, decisiones y problemas que haya habido, porque es sobre eso con lo que tenemos que trabajar. Datos y no impresiones, porque las impresiones son dependientes de nuestro estado de ánimo y así también las decisiones que se tomen.

Concluyendo, hemos de decir los pisos constituyen un elemento importantísimo dentro del proceso de inserción de las personas sin hogar.

La fase de integración se está demostrando como el último escalón hacia la vida autónoma por lo que debemos estar muy acertados en reforzar y asentar todos los esfuerzos, tanto de las personas como de los profesionales que han formado parte de todo el itinerario de intervención. Por eso, no sólo procuramos que la persona se sienta atendida mientras que está acogida o formando parte de dicho proceso, sino que también se proporciona seguimiento específico y puntual cuando salen del piso como garantía de su incorporación a la vida normalizada.

Esto nos debe hacer reflexionar, por un lado, en el sentido ya dicho de que el perfil de las personas sin hogar está cambiando y, por otro, que hay muchas personas que presentando problemas mentales no son atendidas por ningún recurso de salud porque su psicopatología no es especialmente limitante. Sin embargo, el que presenten estas características dificulta la convivencia con los demás y limita su ajuste personal en los distintos contextos de relación, sobretodo en lo laboral. **La cuestión a debatir es qué se está haciendo con las personas sin hogar con problemas crónicos de salud mental**.

Esto nuevamente refleja el tratamiento individual que se hace con las personas que están en el piso puesto que sobra decir que los objetivos se flexibilizan y se adoptan al perfil concreto de cada uno.

En otro orden de cosas, decir que hemos establecido un sistema de evaluación tanto con las personas del piso como con nosotros mismos, cuando una persona abandona el piso, bien porque ha sido expulsado o porque ha finalizado su intervención.

En relación al pago que las personas hacen por su propia estancia en el piso de integración, decir que la valoración que hacen ellos mismos es bastante positiva, incluso de aquellos cuya contribución es casi simbólica.

De las 11 personas que han convivido en el piso, 9 han pagado su alquiler, cada uno según ingresos.

Cuando las personas se incorporan al piso, saben que hay un tiempo limitado de estancia y que deben ir buscando vivienda paralelamente a su estancia. Saben que se les apoyará en todo lo que necesiten, pero saben que deben moverse y ser activos desde un primer momento, porque cuando llegue el tiempo fijado tendrán que salir.

Una variedad de situaciones, carencias, necesidades, habilidades, potencialidades que no pueden ser atendidas desde un patrón estándar de intervención. Sin duda, todo esto marca una serie de dificultades a la hora de intervenir y de plantear la inserción social.

A esta complejidad, se añade la atención a personas con problemas de salud mental.

Las peculiaridades comportamentales hacen más costoso el trabajo que se realiza, ya que el nivel de respuesta y el deterioro funcional que presentan hacen que no se adecúen a la organización del piso ni a las exigencias de lo convivencia, lo que finalmente influye en su equilibrio. En muchas ocasiones, el control de determinadas reacciones que no se pueden abordar por parte de los profesionales porque se producen en espacios donde el piso no está atendido recae en los propios compañeros, con los problemas posteriores que esto genera.

De las personas que han presentado trastorno mental, las psicopatologías más graves que se han diagnosticado ha sido las siguientes:

- Trastorno delirante de grandeza.
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad que en momentos de estrés cursa con un discurso cuasi delirante.
- Trastorno en el control de los impulsos más una alteración en el lóbulo frontal.
- Retraso mental moderado y esquizofrenia de tipo continuo sin alteración funcional de su comportamiento aunque en momentos de estrés aparecen delirios de tipo persecutorio.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad.

pan y que no podemos cubrir. Es por ello, que nosotros situamos el éxito desde otra perspectiva.

El propósito de los pisos es que las personas se sientan a gusto como medio para conseguir cambios posteriores. Desde este enfoque, la evaluación continua que venimos realizando nos dice que el trabajo es exitoso en este sentido.

Tanto las propias personas como nosotros mismos, reconocemos cambios espectaculares a lo largo del tiempo de estancia (verbalizaciones, observaciones en los registros, cuestionario de autopercepción y mejora). Aparte de las habilidades que adquieren y recuperan en la realización de las tareas domésticas y de la vida cotidiana, nosotros destacamos el cambio que se produce en lo que llamamos el "sentido de la vida". Las personas desarrollan deseos de vivir, ilusiones y la posibilidad de que el cambio es posible.

La nueva perspectiva ha ido paralela a un aumento considerable de nuestra salud mental y calidad de vida.

Por otro lado, las características especiales del colectivo con el que trabajamos hacen también que no se puedan conseguir todos los objetivos propuestos.

De sobra es conocido que el perfil de las personas sin hogar está cambiando y una muestra de esto lo encontramos en nuestros propios usuarios: personas jóvenes, mayores, personas con problemas de consumo, otros en abstinencia, con muchos años de exclusión, recién llegadas a esta situación, usuarios de muchos albergues, personas que por primera vez usan este tipo de dispositivos, solteros, con pareja, separados, con rasgos psicopatológiccos bien marcados, con grave deterioro de salud, con profesiones delimitadas, sin cualificación, con estudios, analfabetos...

El equipo se ha ido paulatinamente modelando por la experiencia hasta conseguir, hoy día, una definición clara de cuáles son los papeles específicos de cada uno de los profesionales. Esto se ha conseguido gracias a una estrecha coordinación y planificación del trabajo a través de reuniones (en algunos momentos casi diarias para atender situaciones difíciles) entre los miembros del equipo.

El Diagnóstico Psicosocial (instrumento de derivación desde acogida) y el Plan de Trabajo Individual son los elementos fundamentales en el proceso de intervención.

En este sentido, destacamos por su interés el cambio que se ha producido en el propio equipo en la interpretación que se hace del propio proceso de intervención.

En las primeras etapas del trabajo en los pisos, el objetivo (erróneo) de partida era producir un cambio sustancial en la vida de las personas, es decir, queríamos que tuvieran un futuro mejor. Sin embargo, la propia experiencia nos ha llevado a reconsiderar o replantear nuestro punto de vista y hemos reconvertido ese objetivo inalcanzable en otros más prácticos y realistas.

Los objetivos actuales de intervención giran en torno a promover cambios concretos en aquellos aspectos que ellos quieran cambiar. En este momento somos acompañantes de ese proceso de cambio pero no "directores".

Desde este punto de vista, el éxito de la intervención no radica, únicamente, en que las personas encuentren trabajo estable, dejen de consumir, tengan una casa y una red social de amistades en forma de apoyo y un placer en la realización autónoma en las actividades de ocio.

Aunque, obviamente, ésta es la meta lógica y deseable, somos conscientes de que hay muchos aspectos que se nos esca-

VIII-. CONCLUSIONES

Durante este año 2003, después de un año y medio de la puesta en marcha del piso de normalización y de un semestre con el de integración, la evaluación que podemos hacer es bastante positiva y satisfactoria.

Nuestra reflexión está basada en datos concretos, una mayor experiencia, planes de intervención finalizados e interrumpidos, nuevas propuestas de organización, una evaluación continua a la que nos sometemos constantemente para realizar mejoras y, sobretodo, la opinión de los propios usuarios.

En todo lo que respecta a la economía doméstica, la gente asienta rápidamente sus propios avances, lo que se refleja en una mejora en la percepción de utilidad y de recuperación de habilidades que en su día tuvieron.

La creación de rutina en este espacio es fruto de una intervención planificada desde cualquier ámbito. Cualquier actividad cotidiana (comprar ropa, ir al mercado, elegir una película,..) se planifica, se prepara y se evalúa.

No ha habido, apenas, conflictos de convivencia y la colaboración y ayuda mutua es una realidad cotidiana. Para nosotros, esto es un éxito muy importante.

Hemos establecido un sistema de manejo del dinero que va desde el control por parte de las profesionales del piso hasta el manejo autónomo. Como consecuencia, varias personas han podido ahorrar suficiente dinero como para iniciar una vida autónoma.

Uno de los principales logros conseguidos a lo largo del año ha sido la consolidación de las funciones del equipo técnico que interviene en el proceso.

VII-. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN LA INTERVENCIÓN

- Diferencia de perfiles. Las problemáticas son diferentes y planteamos intervención individualizada.
- Grave deterioro bio-psico-social de las personas. Historia dilatada de adicciones.
- Comportamientos muy marcados de exclusión y aislamiento social incompatibles con los propios de la convivencia, lo que hace que no todos se puedan ajustar al recurso y a la vida en común con otras personas.
- Conflictos éticos a la hora de la salida de una persona del recurso. La expulsión es la última opción y siempre va seguida de un intenso debate dentro del equipo.
- Hay espacios no cubiertos por profesionales donde se dan situaciones conflictivas que luego afectan a la cotidianidad. Estos espacios de autonomía y "soledad" son necesarios y útiles pero no por ello hay que olvidar que son los lugares donde principalmente se producen alteraciones en la convivencia.
- Personas con problemas de salud mental, por lo que el objetivo de normalizar se ve gravemente afectado.
- Carencia de una red social que actúe como apoyo del proceso.
- Falta de recursos sociolaborales que complementen nuestro trabajo.
- Escasa motivación personal por parte de los usuarios para la generalización de actividades sociocomunitarias, lo que hace difícil disponer de una red social ajena al centro.
- Exceso de confianza en la autonomía de las personas para realizar tareas

Los datos ponen de manifiesto que estamos ante una población sola y desvinculada afectivamente, con problemas de alcohol y sin un perfil profesional definido o cuando lo tienen (hostelería) presentan características personales (historia de alcoholismo) que no aconsejan la reincorporación a esa actividad. A la vez, la edad con la que estas personas llegan al centro añade una barrera más a su inserción sociolaboral (demasiado mayores para trabajar, demasiado jóvenes para una prestación)

La estancia en los recursos está asociada a las características personales. No se es estricto con los tiempos.

El tiempo deseable para completar el plan de trabajo depende del grado de desestructuración personal, interés en el cambio, años de exclusión, estado de salud y capacidades y habilidades que la persona dispone. Por tanto, **los tiempos de estancias más largos están relacionados con el deterioro psicosocial que se presenta**.

Paralelamente, disponer del recurso de integración también nos ha facilitado que las personas continúen el proceso en el propio centro y el seguimiento de su salida sea más guiado, si bien, somos conscientes que la ubicación del piso de integración fuera de la estructura física del Centro de Acogida, es decir, en un bloque de vecinos normal y corriente, favorecería enormemente el carácter integrador que se le quiere dar al mismo

En integración, la permanencia en el piso es menor por las propias características de las personas, lo que nos hace pensar que es un buen recurso para aquellas personas que con cierto grado de autonomía, disponen de un trabajo y pueden utilizar el piso como puente a la inserción sociocomunitaria.

VI.- RESULTADOS Y PERFIL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS DURANTE EL AÑO 2003:

Los datos más relevantes de las personas atendidas en los piso queda como sigue:

	Piso de normalización	Piso de integración (desde mayo de 2003)
Nº personas atendidas	17	11 (7 personas derivadas desde acogida y 4 desde normalización)
Edad	41,4 años	43,2 años
Lugar nacimiento	30% Andalucía (5), 17,6% (3) Extranjeros indocumentados, el resto de personas de distintas comunidades autónomas (9).	36,6% Andalucía (4), 9,09% (1) Extranjero indocumentado, el resto de personas de distintas comunidades autónomas (6),
Estado civil	64,7% Solteros, 29,4% Divorciados/Separados, 5,8% con pareja actual.	45,4% Solteros, 54,5% Divorciados/Separados.
Profesión principal	26,7% Sin Profesión Definida, 23,5% Hostelería, 11,7% Campo, 11,7% Peón Construcción. El resto, profesiones varias.	45,5% Sin Profesión Definida, 18,18% Campo, 18,18 % Hostelería, 9,09% Vigilante de seguridad, 9,09% camionero.
Problemática principal	47,5 problemas graves con el alcohol.	63,6% Desempleo, 36,36% a la espera de una prestación económica.
Decisión Técnica de no renovar estancia	23,5% (4) (Los motivos están asociados a comportamientos violentos con compañeros o personal laboral).	27,2% (3) (todas esas personas venían directamente desde acogida, no de normalización. Los motivos son los mismos que en el programa de normalización)
Abandonos Voluntarios	17,6% (3)	-
Proceso completo	29,4% (5). 4 personas (23,5%) continúan en el programa.	72,7% (8) finalizan el acuerdo de estancia establecido.
Media Tiempo de estancia	4,5 meses. (2 personas han estado 7 meses)	2,5 meses.

Los datos son como siguen:

- 11 personas participan del Taller Ocupacional.
- 3 personas realizan un curso de Formación Profesional.
- 14 personas encuentran empleo: Jardinero, Transportistas (2), Ay. Cocina (2), Montador placas de pladur (2), Pintor (2), Peón Construcción (3), Vigilante Seguridad, Monitor de portería en el propio centro.

Queremos hacer constar que la necesidad de crear huecos de inserción nos ha llevado a crear desde el propio centro un puesto de trabajo de media jornada rotativo entre las personas de integración cada 6 meses, cuando alguna no ha encontrado un trabajo "normalizado".

las dificultades que ellos mismos presentan a la hora de iniciar relaciones sociales.

El proceso de elección de las actividades de ocio se ha desarrollado de diferentes maneras. La planificación de las que se realizan en el fin de semana se hace en grupo. La información acerca de las actividades se recopila a lo largo de la semana a través del periódico, de carteles informativos..., bien por la educadora o por algún integrante del piso, como tarea adicional.

La asistencia a estas actividades se presenta como obligatoria (se dan varias a elegir pero se debe comprometer al menos a realizar una de ellas) y, en la medida de lo posible, se intenta que la actividad sea en grupo.

Hemos realizado un "cuestionario de Ocio y Tiempo Libre" como instrumento que sirva para conocer las aficiones de las personas y determinar las actividades individuales de ocio que puedan desarrollar.

No obstante, hay que decir que los resultados esperados en esta área no han sido los adecuados y no se ha conseguido vincular a la gente con los propios recursos de la comunidad. No se produce generalización.

G.- Área laboral

Este aspecto es fundamental en el plan de trabajo. Podemos decir que ha sido un año intenso en este sentido, ya que hemos iniciado varios procesos formativos y laborales.

Hemos elaborado unos "criterios comportamentales" que nos dan una pista de cuándo es el momento más oportuno para iniciar la búsqueda de empleo.

A excepción de un episodio donde la persona se apropió del dinero (lo que conllevó a su expulsión inmediata), el funcionamiento de este método lo consideramos como válido.

E.- Área de actividades de la vida diaria

Durante este año se han hecho muchos esfuerzos a nivel profesional, para consolidar esta área como otro de los pilares básicos del piso.

Los mayores cambios observados en las personas en esta área son en lo referente al autocuidado personal.

El reparto de tareas se lleva a cabo mediante asamblea y se realiza de manera equitativa y rotativa. La limpieza del hogar se realiza a diario, teniendo como día de limpieza general los sábados que es cuando las personas disponen de más tiempo libre.

La supervisión es cada vez menor y actividades como la cocina, la presentación de un menú semanal elaborado por las propias personas o la realización de la compra de manera autónoma ha sido una constante a lo largo de este tiempo.

La educadora actúa de observadora y supervisora de las tareas y de la organización del hogar, de esta forma se refuerza el principio de autonomía y se refuerzan las habilidades adquiridas en el proceso de normalización o las que ya disponía previamente.

F.- Área de Integración Comunitaria

Esta área es la que más cuesta completar en el plan de trabajo.

Por las propias características psicosociales del colectivo, reestablecer relaciones y hacer una red sociocomunitaria se les hace especialmente difícil por el desconocimiento de la ciudad y sus recursos, la baja motivación para realizar actividades de ocio, la escasa oferta de actividades adaptadas a sus características y

Debemos de distinguir dos aspectos: uno es el manejo del dinero propio y otro la economía de piso.

En normalización, se sigue un control verbal de los gastos de las personas que cobran la beca del taller. Con aquellas que han dispuesto de otro tipo de ingresos, se ha hecho un presupuesto semanal en el se incluyen gastos que el recurso ha asumido cuando no disponían de esa cantidad (ropa, higiene personal, ocio, transporte...). De esta manera, la administración de su propio dinero es más real y nos permite trabajar desde la normalización.

En integración, se sigue otro procedimiento:

El proceso es hacer un plan de ahorro individual adaptado a sus ingresos mediante un presupuesto de gastos semanal propuesto por ellos mismos y negociado con la educadora. Otro aspecto es el dinero que de su presupuesto aportan al piso. Del total de sus ingresos aportan el 15 por ciento de los mismos, no superando en ningún caso la cantidad de 90 Euros.

A excepción de un caso, el resto ha sido puntual en sus pagos y cuando se ha negociado hacer el pago en otro momento, el acuerdo se ha cumplido.

Paralelamente, proporcionar a aquellas personas que no disponen de recursos económicos 60 euros para sus gastos cotidianos es algo bastante positivo. Todos han devuelto posteriormente la cantidad.

A nivel grupal, la diferencia fundamental con el piso de normalización es que las personas son totalmente autónomas con el manejo del dinero del piso.

La educadora, junto con la persona encargada esa semana de la tarea de cocina, hace un presupuesto estimando los gastos de comida. Se entrega el total de ese dinero y se hacen cuentas una vez a la semana.

La aceptación de su situación y el sentirse como motores indispensables en su proceso de cambio son dos elementos imprescindibles en el trabajo de recuperación personal. Esta actitud provoca, fundamentalmente, una modificación en el autoconcepto y una mejora en la autoestima, factores que facilitan que se encare de forma conjunta la rehabilitación.

Esta mejora se ha conseguido fundamentalmente por el apoyo psicológico que desde el centro se presta, tanto a nivel individual como grupal y que se realiza de forma constante y efectiva.

El cambio en la percepción del sentido de la vida, el darse cuenta de la evolución de su propia vida, las pérdidas que han tenido (o provocado) en su vida y las ganas por conseguir la estabilidad, son elementos constantes que se observan en el proceso de recuperación de estas personas.

En el apartado de búsqueda de vivienda hemos de decir que se ha realizado un labor importante de apoyo en este sentido y estamos elaborando una "guía de recursos de viviendas baratas".

Se ha asesorado a cuatro personas en este proceso. Una vez que la persona sale del recurso, se le recomienda que se empadrone en su nuevo domicilio, para que de esta manera pueda acceder, como cualquier ciudadano, a los derechos que tiene por parte de los servicios sociales comunitarios. De manera que en momentos de crisis sean ellos y no la casa de acogida quien atienda esta necesidad.

Dentro del área de autonomía hemos también de reseñar como positivo los procesos de control y administración económica que se han llevado a cabo.

El control económico es fundamental pues entendemos que el piso funciona como una herramienta de ahorro que facilite la inserción y la posibilidad de afrontar una vida autónoma en mejores condiciones.

sos tienen espacios que no están cubiertos por profesionales, las noches, principalmente.

Hay que destacar que la implicación de ellos en la mejora y puesta en funcionamiento de los acuerdos tomados ha sido positiva, aunque también hay que resaltar el trabajo realizado en el seguimiento estricto del cumplimiento de los mismos.

Por otro lado, la intervención no se ha dirigido solamente a restablecer las relaciones de convivencia entre compañeros sino que también se ha tenido que actuar ante problemas que han surgido entre profesionales y usuarios.

La estrategia de intervención que se ha seguido en la resolución de conflictos es a través de las asambleas y dinámicas de grupo. El grupo se ha fortalecido tras esto, y, a día de hoy, muchos de los acuerdos aún perduran. No obstante, muchos de estos problemas de convivencia han sido la causa de algunas de las expulsiones.

Se ha trabajado en la medida de lo posible la reanudación del contacto familiar. Aunque entendemos que este punto es conflictivo y muy difícil de conseguir por el tiempo transcurrido (años, a veces) sin comunicación. En algunos casos hemos conseguido que se establezca una relación telefónica que ha permitido restablecer de nuevo el interés en la familia.

Once personas contactaron telefónicamente con la familia, dos recibieron visitas de alguno de ellos (hija y exmujer e hija respectivamente), una ha viajado con frecuencia a su lugar de origen y otro, incluso, ha vuelto a vivir con ellos.

D.- Área de autonomía y crecimiento personal

Es esta una de las áreas donde mas avances podemos observar en las personas.

B.- Área de Salud. Adicciones. Medicación

Respecto a esta área se ha realizado seguimiento de las citas médicas y control estricto en la toma de medicación, sobretodo la prescrita en salud mental. Han sido muchas las personas que han presentado graves problemas de salud tanto físicos como psíquicos.

Se intenta que la persona sea lo más autónoma posible en cuanto a sus propios medicamentos y para ello se ha organizado un protocolo para trabajar este aspecto.

Durante este año se han derivado al dispositivo de Salud Mental a un total de seis personas. Desde el piso se les ha acompañado a las citas propuestas y se ha realizado seguimiento telefónico con el psiquiatra de referencia.

Se ha establecido una colaboración con la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada para atender los problemas de salud dental de los usuarios.

C.- Área Relacional

Sin duda, el trabajo en el área relacional es uno de los pilares en los que se sustenta la intervención en los pisos. Se ha trabajado intensamente en este aspecto, para conseguir una buena armonía en lo convivencial.

La asamblea semanal es el instrumento que se utiliza para tomar el pulso a la relación del grupo. Se ha insistido en la idea de grupo, de cohesión y de ayuda mutua. Si bien a veces ésto se ha visto derrumbado, porque prevalece lo individual sobre lo grupal.

Fundamentalmente, los motivos de esta ruptura han sido ocasionados por problemas propios en la relación y por el choque de caracteres. En la medida de lo posible se ha intervenido inmediatamente al tener conocimiento del problema, aunque los pi-

- Hoja de reparto de tareas.
- Cuaderno personal dividido por áreas de trabajo.
- Cuaderno de coordinación educadora-auxiliares

La intervención finaliza, bien porque la persona es derivada al piso de integración, porque inicia vida autónoma, porque la salida es voluntaria o porque si desde el punto de vista del equipo técnico se valora como no procedente renovar su estancia en ese dispositivo

Instrumentos utilizados:

- Reuniones de evaluación de la salida por parte del equipo.
- Cuestionario de autopercepción de aprendizaje.
- Cuestionario de Valoración de la Salida.

V.- ESQUEMA DE INTERVENCIÓN. METODOLOGÍA.

- PLANES DE TRABAJO INDIVIDUALES.

A.- Área Sociosanitaria, Normalización administrativa

La mayor parte del trabajo administrativo (empadronamiento, solicitud de médico, DNI, adscripción al INEM...) se ha desarrollado en la fase de acogida, por lo que desde los pisos sólo se hace seguimiento del proceso administrativo ya iniciado.

Se han solicitado las siguientes prestaciones: Salario Social, Subsidio para mayores de 52 años, solicitud de revisión de grado de minusvalía, pensión no contributiva por invalidez, prestaciones de desempleo, subsidios por excarcelación, y la regularización administrativa de dos personas en situación de ilegalidad para conseguir la nacionalidad española.

IV.- ITINERARIO TÉCNICO DE INTERVENCIÓN EN LOS PISOS TUTELADOS. INSTRUMENTOS TÉCNICOS / SOPORTES DOCUMENTALES:

Una vez que se le comunica a la persona que se va a incorporar a cualquiera de los dos pisos, la educadora durante dos días se reúne con él para conocerle, explicarle el funcionamiento, los objetivos a cubrir y el tiempo de estancia marcado para la consecución de éstos.

Instrumentos utilizados:

- Diagnóstico Psicosocial (formulado por el equipo de acogida).
- Normas básicas de Funcionamiento.
- Contrato.
- Cuestionario de Expectativas.
- Acuerdo de pertenencias.

Pasados 15 días de estancia en el piso se trazan las líneas de intervención a través del Plan de Trabajo y la persona firma el contrato con la coordinadora del centro. A partir de ese momento, cada semana se hará seguimiento del plan de trabajo y de su evolución.

Instrumentos utilizados:

- Plan de Trabajo Individual.
- Registro de Higiene y autocuidado.
- Registro de Limpieza de la casa.
- Hojas de seguimiento individual.
- Registro de actividades no programadas.
- Registro de seguimiento de citas médicas y medicación.
- Cuestionario de Ocio y Tiempo Libre.
- Libro de contabilidad de los Pagos mensuales

En **normalización**, se concreta del siguiente modo:

En **integración**, de éste otro:

AREA PSICOSOCIAL:
* Prevención de recaidas.
* Fortalecer el sentido de la vida
* Abordaje de miedos. Preparación para la salida.
* Plan de ahorro.

AREA VIDA DOMESTICA / CONVIVENCIA:
* Responsabilidad en la realización autonoma de las tareas
* Manejo presupuesto hogar.
* Habilidades para la convivencia y el apoyo mutuo
* Pago de la mensualidad

AREA LABORAL:
* Búsqueda de empleo
* Mantenimiento de empleo.

AREA OCIO Y RELACION SOCIOCOMUNITARIA
* Participación en actividades de la comunidad.
* Uso gratificante del tiempo libre.
* Búsqueda de vivienda
* Empadronamiento

AREA PSICOSOCIAL:
* Normalización administrativa y sanitaria.
* Cuidado de la propia salud.
* Abordaje de adicciones.
* Reestructuración cognitiva y Emocional
* Fortalecer el sentido de la vida
* Autoestima. HHSS, (...).

AREA DOMESTICA / CONVIVENCIA
* Habilidades para la organización de la vida en el hogar
* Habilidades para la convivencia

AREA LABORAL (Taller ocupacional)
* Habilidades para el desempeño de una tarea laboral.
* Autoorganización y disciplina horaria. Asunción de compromisos.
* Actividades de formación laboral.

AREA OCIO Y RELACION SOCIOCOMUNITARIA (Centro de dia)
* Participación en actividades internas y de la comunidad.
* Uso gratificante del tiempo libre.

Como se puede comprobar, todas las áreas están interrelacionadas y los logros y beneficios en una se extienden a las demás. De igual modo ocurre con los fracasos.

El Plan de Trabajo se elabora de manera conjunta entre la persona y la educadora. De esta forma el usuario conoce qué se va a trabajar y de qué manera se va a hacer.

A continuación, relatamos los *resultados de la intervención psicosocial con hombres sin hogar desde la experiencia de pisos tutelados durante el año 2003.*

Como se puede comprobar, los objetivos son otros. Aquí la prioridad es asentar los avances ya adquiridos (personales, de convivencia, de manejo autónomo en una vivienda), propiciar la inserción laboral (y el mantenimiento del empleo) y la participación comunitaria.

El piso tiene una capacidad para 6 personas.

Los tiempos de estancia se definen de manera individual, aunque se establece un máximo de 6 meses para normalización y 9 meses para integración, respectivamente.

Los **criterios** que manejamos para que las personas puedan participar de los pisos son los siguientes:

* Querer iniciar proceso de cambio personal.
* No padecer trastorno mental incapacitante (trastornos graves de la personalidad, psicosis, trastorno bipolar,...).
* No consumir sustancias o estar en tratamiento.
* No presentar perfil de "crónico".
* Posibilidad de acceder al mercado laboral o recibir alguna prestación al finalizar el proceso.
* Mostrar un comportamiento relacional no conflictivo.

En ambos casos, el proceso de rehabilitación psicosocial se define y materializa a través del **plan de trabajo individual**. Con cada persona se define unos objetivos, actividades, ritmos y prioridades en función, también, del piso en el que vive.

Se trabajan aspectos de autonomía personal, de manejo doméstico y organización en una vivienda, recuperación y adquisición de hábitos y habilidades, abordaje de consumo de sustancias e implicación, en la medida de lo posible, en la vida social y comunitaria como medio de enganche a la "vida normalizada".

El piso tiene capacidad para 5 personas.

El programa de integración, por su parte, constituye la última fase de intervención del proceso de reconstrucción personal y de consecución de una vida "normal".

Se concibe como un núcleo convivencial, ocupado por personas adultas cuyo nivel de autonomía personal les permite organizar su vida diaria sin necesidad de un personal de atención directa y continua.

La característica fundamental del piso es que las personas tienen que estar en búsqueda de empleo, trabajando o estar a la espera de alguna prestación económica que les permita una estabilidad posterior.

En el piso se abona cada mes el 15 por ciento de los ingresos personales en concepto de alquiler, luz, agua y comida siendo lo máximo a pagar 90 euros.

De esta manera, todas las personas colaboran directamente en el pago de su estancia pero cada uno según sus posibilidades, dándose el caso de que en un mismo momento convivan personas que pagan cantidades diferentes.

Aquellas personas que no disponen de ingresos porque están en búsqueda de empleo, están exentas del pago, sin que tenga efectos retroactivos. Paralelamente, se les hace un préstamo mensual de 60 euros para sus gastos personales que sí deben ser devueltos cuando la persona reciba ingresos.

- **Centro de Orientación y Atención Social a Personas Sin Hogar (COAST):** Su dependencia es municipal y es el servicio encargado de coordinar todos los dispositivos anteriormente mencionados.

El equipo técnico que acompaña el proceso de rehabilitación psicosocial con hombres sin hogar es de carácter interdisciplinar y está compuesto por: un trabajador social, un psicólogo, una educadora, dos auxiliares de hogar, una monitora de taller, dos animadores socioculturales, una monitora de mayores, una coordinadora y un director, además de un gran número de personas que desarrollan actividades de voluntariado con nosotros, sin las cuales, este proyecto no sería realidad.

III.- DESCRIPCIÓN DE LOS PISOS

Para nosotros, organizar el trabajo de rehabilitación psicosocial a través de una estructura de pisos, nos conduce a una intervención desde "lo normal", desde espacios de relación y convivencia distintos a los de un centro y cercanos a las vivencias de las personas con hogar.

El fin último de los pisos, aunque cada uno tiene una estructura, unos objetivos y una metodología diferente, es que las personas se sientan a gusto consigo mismos. Solamente desde ahí, desde la aceptación de mi realidad puedo implicarme en mi propio proceso de cambio y, al menos, intentar salir de la rueda de la marginación y la exclusión social.

En este sentido, el objetivo fundamental del programa de normalización es la recuperación personal como paso previo a la inserción sociolaboral y a la vida autónoma. En ese momento de la intervención, el interés está en la reconstrucción psicológica y relacional de la persona.

adecuado plan de intervención por parte de los técnicos competentes, ocupar el tiempo, recuperar hábitos sociales y laborales básicos, motivarlos para la formación ocupacional, para desarrollar una actividad artesanal bien hecha, así como para crear alternativas de incorporación laboral a través de una actividad manual.

- **Centro de Día "Luz Casanova":** ubicado en el Centro de Acogida "Luz Casanova", permanece abierto todos los días de la semana en horario de 16 a 20 horas. Se cuenta con dos animadoras socioculturales. Es un **lugar de encuentro**, donde se potencien las relaciones interpersonales mediante la realización de diferentes actividades. Es un espacio donde trabajar el aspecto socio-recreativo y de relación entre los residentes y los residentes y el entorno. Se trabaja de manera individual con cada persona sus motivaciones y gustos, para así favorecer que estén cómodos haciendo lo que les gusta, propiciando su asistencia al centro, la cual es totalmente voluntaria.

- **Casa de Acogida "OCREM":** es el centro de mujeres. Se desarrollan las tres fases anteriormente descritas para hombres, con una metodología y estructura de trabajo muy similar a la ya descrita. El número de plazas de las que disponen es menor (también es menor el número de mujeres en situación de exclusión extrema). Así, en la fase de acogida tienen capacidad para 7 mujeres y entre normalización e integración para 5.

- **Casa Familiar:** (gestionada por OCREM). Cuenta con 10 plazas y es un recurso para cubrir las necesidades de alojamiento de personas sin hogar con hijos a su cargo, con independencia de la estructura de la unidad familiar (familias con los dos progenitores e hijos ó monoparentales).

económico, y a la inserción / integración en la vida social de la zona.

- **Servicio baja exigencia:** tres plazas ubicadas en Residencia "Madre de Dios", donde se atienden demandas de alojamiento de personas con dificultades para estar en el servicio corta estancia, debido a su situación de embriaguez o alcoholismo crónico.

- **Servicio de Crónicos:** ubicado en la Residencia "Madre de Dios". Se trabaja con personas mayores de 45 años, muy deterioradas y con pocas posibilidades de acceso al mercado laboral por lo que no pueden llevar a cabo una vida autónoma digna. Se intenta que la persona no deteriore más su calidad de vida, al mismo tiempo que se tramita su acceso a determinadas prestaciones económicas así como a recursos residenciales. Se dispone de 12 plazas conveniadas con la Junta de Andalucía y 14 propias.

- **Talleres ocupacionales y laborales:** hay 2 talleres. Uno tiene una capacidad para 10 personas y dedica su actividad a la **encuadernación artesanal**. Se encuentra ubicado en unos locales cedidos por el Centro de Promoción Social y Empleo del Programa Diocesano de Empleo que nos posibilita disponer de más plazas y, sobretodo, que participen y se relacionen con otras personas adscritas a otros programas de Cáritas.

  El otro, está ubicado en dependencias municipales y dedica su actividad a la **carpintería, objetos de cartón, repujado de cuero y marquetería**. Dispone de 8 plazas.

  El taller es un instrumento que nos sirve para: observar conductas y detectar posibles problemáticas no manifestadas y encubiertas permitiendo así poder realizar un

Los dispositivos de atención a personas sin hogar en la ciudad son como siguen:

- **Servicio de Corta Estancia:** ubicado en la **Casa de Acogida "Luz Casanova"**, con una capacidad de 25 plazas en el que se ofrece servicio de alojamiento, manutención e higiene. También se ofrece asesoramiento técnico para tramitación de prestaciones y recursos sociolaborales, así como atención psicológica a aquellas personas que lo demandan o que se prevea que van a iniciar un plan personalizado de trabajo.

  Se posibilita la estabilidad residencial en Granada como un primer paso de recuperación personal y de integración social. En el año 2003 se atendieron a 1.639 personas.

- **Servicio de Normalización:** ubicado en la Casa de Acogida "Luz Casanova", con una capacidad de cinco plazas. Es un **piso**. Se considera la segunda fase del proceso de atención a personas sin hogar y es donde se lleva a cabo el plan individual de trabajo.

  El interés está en la reconstrucción y recuperación personal.

- **Servicio de integración:** ubicado en el Centro de Acogida "Luz Casanova". Es un piso, con capacidad para 6 personas. Es la tercera de las fases del programa de atención integral a personas sin hogar.

- Se trabaja fomentando la autonomía de la persona. Las actividades que se desarrollan van encaminadas a mantener los hábitos y conocimientos de la vida doméstica, a potenciar la búsqueda de empleo, al ahorro

fenómeno de la sinhogarización del colectivo (Álvarez et al., 2004) y la presencia de un número cada vez mayor de **personas sin hogar con problemas severos de salud mental**. Como ejemplo, el porcentaje de personas procedentes de otros países atendidas durante el año 2003 fue del 49,8 por ciento, de los cuales el 28,6 por ciento fue atendido, al menos dos veces en ese mismo año.

II.- PLAN DE INTERVENCIÓN INTEGRAL DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR EN LA CIUDAD DE GRANADA:

Granada ha sido, tradicionalmente, una ciudad de acogida. Podríamos remontarnos al siglo XVI para ver la labor realizada por San Juan de Dios en la atención de las personas necesitadas de entonces.

Ya en nuestro siglo, en 1930 se pone en marcha la Casa de la Congregación de Apostólicas del Corazón de Jesús para atender la realidad de la época, haciendo que la gente tuviese alimentación y ropa, así como atención médica. En 1983, se firma el primer convenio de colaboración y atención a personas sin hogar entre el Ayuntamiento de la ciudad y la iniciativa social existente en materia de sin techo. Dichos convenios, se han venido renovando de manera anual hasta la actualidad.

Desde 1998 se viene la desarrollando la intervención desde una gestión co-participativa entre la iniciativa pública (Excmo. Ayuntamiento de Granada y Junta de Andalucía) y la iniciativa privada (Cáritas Diocesanas de Granada. Años más tarde se agregó la ONG OCREM).

Cáritas, en la Casa de Acogida "Luz Casanova", realiza actualmente su labor con hombres sin hogar (antes también con mujeres) y OCREM con mujeres. En ambas instituciones, se sigue el mismo programa de intervención.

ción, además de tampoco ser adecuadas por la imagen social que proyectan para el resto de la sociedad. Nosotros, para nuestro quehacer diario, preferimos el de "persona sin hogar", sobre todo porque introduce el concepto de persona.

Hay muchas definiciones sobre las personas sin hogar (Avramov, 1996; Mckinney Homelees Assistant Act, 1987; Muñoz et al., 1998; Rodríguez Fernández et al., 1998; Cabrera, 2001), nosotros hacemos propia la del Observatorio Europeo de los Sin Techo que afirma, son: Todas aquellas personas que no pueden conservar o acceder a un alojamiento adecuado, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma .

En cualquier caso, todos estamos de acuerdo en varios puntos. A saber, estamos ante un grupo social de hombres y mujeres extremadamente excluido, heterogéneo en su composición y cuyas características más salientes son: la **carencia económica, la ruptura y desvinculación de las redes relacionales y familiares y el vacío existencial**. Y un elemento que se torna fundamental, se llega aquí como fruto de un proceso (Castel, 1995; Cabrera, 2001) y se avanza hacia situaciones más normalizadoras o se desciende a situaciones de abandono también como fruto de un proceso. No hablamos, pues, de situaciones estáticas, sino de un fenómeno multidimensional en continua interacción entre variables personales y ambientales, tanto en su origen como en su mantenimiento (Muñoz et al., 1998, 2003), lo que nos debe llevar a desterrar la idea perversa de que "están en la calle porque quieren".

De la práctica diaria en el trabajo de intervención psicosocial destacamos dos ideas que coinciden con los resultados de los estudios realizados en nuestro país sobre personas sin hogar (Muñoz et al., 2003): el aumento considerable de **personas inmigrantes** con el riesgo que ello conlleva de que aparezca el

I.- INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las personas sin hogar es un problema social creciente de las sociedades de nuestro tiempo. Estamos, si cabe, ante la expresión más sangrante de la exclusión social y la marginación en una país, España, y un contexto, Europa, que ha alcanzado cotas de desarrollo económico y social que la sitúan entre los más prósperos del planeta (Renes, 2001).

Se hace difícil entender esta situación, sin embargo, es una realidad a la que estamos acostumbrados en nuestros pueblos y ciudades, lo que indica que estamos ante un fenómeno no específicamente urbano, y que no nos produce contradicción alguna.

Peligrosamente, estamos aceptando y adaptándonos a las situaciones de desigualdad que va generando nuestro sistema de producción. Sirva como ejemplo la ubicación física de nuestra Casa de Acogida: estamos justo enfrente, a escasos 3 metros, del Hotel de 5 estrellas más caro y lujoso de la ciudad y nunca ha habido una nota en ningún periódico de la ciudad ni una referencia, siquiera, en el apartado de curiosidades que refleje este hecho.

Se hace difícil definir a un colectivo al que socialmente se le puede conocer como "el colectivo de los mil nombres", algunos de ellos especialmente denigrantes y autoreferidos, incluso, por ellos mismos. Veamos: vagabundo, desgraciados, pobre, indigente, miserables, vago, sin domicilio fijo, transeúntes, tirados, sin techo, marginado, pedigüeño, pordiosero, mendigo, carrilano, marginado sin hogar, borrachos, tortugas (por aquello de ir con la casa a cuesta).

Cada concepto refiere una particularidad del problema y ninguna de esas palabras por sí mismas define la situación, ni ninguna de ellas es válida por las connotaciones negativas y despectivas que implican para las personas que sufren esta situa-

El problema de las personas sin hogar es uno de los mayores desconocidos de la realidad social. Estamos ante el ejemplo más visible de los fenómenos del llamado cuarto mundo. En el artículo se presenta el proceso de intervención y los datos más relevantes de la intervención realizada durante el año 2003 en la ciudad de Granada con hombres sin hogar a través de pisos tutelados. Se describen los dispositivos de atención en la ciudad, la metodología que se sigue, los instrumentos que se emplean (la mayoría diseñados por los propios profesionales del centro), los resultados obtenidos durante este año y las conclusiones del equipo técnico.

La estructura de pisos es una estrategia alternativa de recuperación personal e inserción sociolaboral que, aunque está en sus inicios, puede dar grandes frutos en el cambio de dirección vital de las personas sin hogar.

Palabras claves: Personas Sin Hogar, Exclusión Social, Pisos Tutelados, Normalización, Enfermos Mentales Crónicos.

ÁNGEL DAVID CORTÉS PENDÓN
ROBERTO PEÑA GARCÍA
ROSARIO AYALA SERRANO
REMEDIOS GARCÍA ÁLVAREZ

Intervención psicosocial con personas sin hogar a través de pisos tutelados

9.- Pilar Durante Molina "Modelos propios de Terapia Ocupacional". Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. (2001)

10.- Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz, Mar hernández Blázquez "Marcos de referencia aplicados a la disfunción psicosocial" Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional . Editorial Panamericana. (2001)

11.- T. Palomo, G.Ponce "Adicción a drogas y dopamina" Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana (2001)

12.- Pilar Durante Molina "La actividad como herramienta de la Terapia Ocupacional" Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional . Editorial Panamericana. (2001)

13.- José Rosado Ruiz "Orientaciones sobre drogodependencias" edita Diputación Provincial de Málaga. (2001)

14.- Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz, Mar Hernández Blázquez "Marcos de referencia aplicados a la disfunción psicosocial. Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional . Editorial Panamericana. (2001)

15.- J.C. Valderrama, G. Cervera, P. De Valiente y otros "Tratamiento de los trastornos de la personalidad en sujetos con trastorno por uso de sustancias" Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana (2001)

16.- Tomas Carrasco Giménez "Ejercicio físico y prevención del consumo de drogas" Comunicación.

17.- R. Lucas Carrasco "Consumo de sustancias y calidad de vida" Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana (2001)

18.- E. Ochoa "Tratamiento de los trastornos psicótico en sujetos con trastornos por abuso de sustancia" Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana (2001)

19.- Pierpaolo mazzvia "La política Psiquiátrica en Italia" publicado en Marginación e Inserción. Ediciones Endymión. (1992)

BIBLIOGRAFÍA

1.- T. Martínez, B. Birmaher, J.R. Gutiérrez "Tratamiento de los trastornos por déficit de atención en sujetos con trastornos por abuso de sustancias" Publicado en Trastornos psiquiatricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana. (2001)

2.- Gabriel Rubio Valladolid "Modificaciones del curso de las adicciones debida a la presencia de conmorbilidad psiquiátrica en patología dual". Publicado en Patología Dual editado por la comunidad de Madrid (1998).

3.- C. Alamo, F. López, E. Cuenca "Bases neurobiológicas del trastorno dual, hipótesis etiopatogénicas." Publicado en Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Panamericana. (2001)

4.- E.Rodríguez Arrebola, A. Guerrero Romero, F. Mayoral Cleries. "Trastorno dual" Publicado en La atención de los problemas derivados del uso de drogas. Diputación provincial de Málaga. (2000)

5.- Dario Pérez Madera "Factores sociales que incrementan la vulnerabilidad de personas con patología dual" Publicado en Patología Dual editado por la comunidad de Madrid. (1998)

6).- Pilar Durante Molina "Historia de la Terapia Ocupacional" Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. (2001)

7.- Begoña Polonio Lopez "Marcos de referencia aplicados a la disfunción física". Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. (2001)

8.- Blanca Noya Arnaiz "Ambito de actuación de la terapia ocupacional. Rol y funciones del terapeuta ocupacional" Publicado en conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. (2001)

Hay que hacer disponibles recursos y promover capacidad de acceso a éstos a través de un proceso de formación del usuario, que fomente su autonomía personal, sus estudios, su mejora profesional, su poder, su capacidad social. La rehabilitación se entiende, sobre todo, como revalorización de las partes sanas de la persona, de las habilidades que le quedan, pero también como defensa o devolución de los derechos sociales y de la posibilidad de acceso y uso de los mismos.[19]

Estamos ante un grave problema bio-psicosocial y es en esta dimensión donde se deberían llevar a cabo los diagnósticos, los tratamientos y la rehabilitación de los pacientes duales.

[19] Pierpaolo Mazzuvia (1992)

por cada individuo, de acuerdo con sus capacidades y limitaciones. La intervención formal del terapeuta ocupacional va a ir disminuyendo progresivamente y se va haciendo más discontinua.

CONCLUSIÓN

A pesar de todo lo expuesto, en muchos dispositivos de atención cínica estos aspectos no-médicos, es decir los aspectos psicológicos, económicos y sociales del funcionamiento del paciente, no se han considerado una parte integral del proceso de la enfermedad, del diagnostico y del tratamiento de los sujetos con patología dual.

Sin embargo, estos problemas van a afectar a áreas comunes de calidad de vida y son controles en el tratamiento y para el pronóstico del paciente. Una parte muy importante del tratamiento de estos pacientes debe ser el "marco de rehabilitación" que intente restablecer al sujeto a un nivel afectivo de funcionamiento, en todas las áreas de la vida.[17]

El tratamiento de este tipo de enfermos precisa la utilización de sistemas de apoyo externo que incluyen el tratamiento ambulatorio coordinado de todos los profesionales implicados, la puesta en marcha de Centros de Día o Talleres Ocupacionales Especializados, la estrecha colaboración con la familia y la participación de los servicios sociales.

La escasez de recursos comunitarios, la dificultad de coordinación entre los diferentes profesionales implicados y la sobrecarga que ejercen estos pacientes sobre sus familiares determinan que, al ser insuficiente los apoyos socio-familiares, sea frecuente que estos pacientes carezcan de hogar y se incorporen a la marginación social y al vagabundeo.[18]

[17] R. Lucas Carrasco (2001)

[18] E.Ochoa (2001)

baja activación del sistema nervioso autónomo. Estos estados de baja activación se logran como una consecuencia del establecimiento de determinadas actitudes y actividades cognitivas. Su logro repercutirá en un mayor autocontrol de las conductas emocionales, comportamentales e intelectuales.

Con la práctica regular de ejercicio físico se va a conseguir un aumento de los niveles de opiáceos endógenos: la sensación de bienestar provocada por dicho aumento permite satisfacer la necesidad de experimentar un estado de ánimo relajado y placentero. Además, el efecto ansiolítico de las endorfinas y encefalinas cerebrales supone una valiosa ayuda para hacer frente al estrés. El control del peso corporal, junto con la mejora de las condiciones cardiorrespiratorias y musculares debería conducir a una mejora de la salud general y a una visión más positiva de uno mismo, es decir, a un aumento de la autoestima. La baja autoestima es considerada, habitualmente, como un importante factor de vulnerabilidad.[16]

La tarea principal del terapeuta ocupacional, en esta primera fase, del programa es la valoración y el tratamiento de los déficits en las áreas de ocupación. El éxito va a depender de la flexibilidad, tanto de las técnicas (según perfil del paciente), como en el tiempo de evolución y objetivos. Ésta debería comenzar en Centros Ambulatorios Especializados que cuenten con diferentes talleres ocupacionales donde los individuos puedan adquirir las competencias necesarias.

En la etapa final del proceso terapéutico, el paciente asume o reasume los roles ocupacionales en su entorno habitual y en la comunidad. Las tareas apropiadas de la vida diaria, trabajo, actividades productivas, ocio y juego son desempeñados por la persona con el máximo nivel de independencia, que es definido

[16] Tomas Carrasco Giménez

En el caso de los sujetos con trastornos duales estas sintomatologías son casi la norma, bien, producida por efecto de la abstinencia y su consecuente reestructuración bioquímica, o bien, formando parte de la propia patología de los pacientes. En ambos casos las técnicas de relajación y la práctica de ejercicio físico van a ser un complemento muy importante a la actividad motivacional

En la literatura científica existen cada vez más evidencias de que las personas pueden aprender a reducir sus niveles de tensión y mejorar su salud a través del empleo de técnicas de relajación. La relajación es incompatible con la tensión. Permite reducir la actividad simpática del sistema neurovegetativo y de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo, a la vez que va a actuar activando el sistema parasimpático.

Con las técnicas de relajación, el organismo va a experimentar una disminución arterial y del ritmo cardíaco, una regulación de la respiración que va a aportar un mayor nivel de oxígeno al cerebro y a las células en general, una disminución de la tensión muscular, una reducción de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales, y un aumento de la vasodilatación general, que va a traer consigo una mayor oxigenación periférica.

Los médicos han calificado estos cambios fisiológicos como la "reacción de relajación", que es exactamente lo contrario de la reacción de "lucha o huida" que tenemos ante el estrés. Investigaciones recientes indican que, entre los cambios bioquímicos desencadenados por la relajación, está el aumento de la producción de ciertas sustancias químicas que influyen en el estado de ánimo, aumentando especialmente la producción de serotonina, una sustancia relacionada con la sensación de tranquilidad y alegría (los medicamentos antidepresivos aumentan la serotonina).

El objetivo fundamental de los métodos de relajación consiste en la producción, bajo control del propio sujeto, de estados de

Las actividades en grupo van a proporcionar oportunidades y experiencias por medio de las cuales una persona va a poder explorar papeles relevantes, reacciones e interacciones con el terapeuta y con otros miembros del grupo, y puede cambiar desde un patrón de participación improductivo hasta uno nuevo adaptativo y satisfactorio.

Parte del éxito de esta fase del tratamiento consiste en saber manejar sus defensas inhibitorias y reforzar sus intentos, así como proporcionarles aceptación, a pesar de que puedan presentar una conducta interpersonal problemática. Desde el punto de vista terapéutico, no podemos olvidar que detrás de la conducta arrogante, discutidora y auto justificadora se oculta una gran vulnerabilidad a la vergüenza, a la humillación y el miedo.[15]

El desarrollo de una actividad creativa individualizada, en un ambiente acogedor y formando parte de un grupo de trabajo, nos va a permitir a los terapeutas:

1º Facilitar la colaboración en el grupo.

2º Ayudar a los individuos a saber más de sus patrones de conductas.

3º Enseñarles a bloquear los patrones desadaptativos.

4º Aumentar el deseo de cambio.

5º Enseñarles nuevos patrones.

En este mismo nivel de las emociones, es preciso resaltar que, tanto los síntomas de ansiedad, como los depresivos, que son frecuentes en determinados momentos en la población general y pueden representar una respuesta normal y adaptativa, también pueden formar parte de múltiples trastornos psiquiátricos.

[15] J.C. Valderrama, G.Cervera, P. De viante y otros (2001)

aumentar el numero de conexiones sinápticas y reforzar los circuitos neuronales en concordancia con el cortejo químico, con el objetivo de que el cerebro recupere un nivel de funcionamiento lo más normalizado posible[13]. En esta línea de trabajo, cada vez son más los clínicos que admiten que la psicoterapia y la terapia ocupacional pueden producir modificaciones cerebrales equiparables a las producidas por sustancias químicas. Hay que considerar, además, que estamos tratando con psicofármacos potentes a personas sometidas al efecto químico de las drogas de abuso, con lo cual los efectos sobre el organismo de unas y otras drogas (las "legales" y las "no legales") actuan produciendo poca "curación" y bastantes efectos indeseables sobre el organismo.

Las alteraciones psicosociales y psicológicas que nos podemos encontrar en estos pacientes son muy diversas, presentando unos diagnósticos y unos tratamientos ocupacionales muy personalizados con una implicación sobresaliente del entorno de cada individuo. Seria necesario, sin embargo, apuntar algunos de los recursos terapéuticos que podemos utilizar a la hora de abordar las disfunciones emocionales y las conductas desadaptativas que provoca.

Los terapeutas deben tener presente que la conducta humana no es consecuencia de los acontecimientos que vivimos, sino de la interpretación que de los mismos hacemos.[14] El sistema de creencias es un conjunto de pensamientos acerca de uno mismo, los demás y el mundo que nos rodea. Los sentimientos son consecuencias de la interpretación que realizamos y pueden ser convenientes y apropiados (adaptativos) o inapropiados (desadactativos), encontrándose en este último el origen de numeroso trastornos emocionales.

---

[13] Jose Rosado Ruiz (1998)

[14] Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz y Mar Hernandez Blázquez. (2001)

A la hora de proponer una actividad motivacional necesitamos conocer el tipo de individuo para el que trabajamos, cuáles son sus características personales, familiares, sociales, educativas, culturales... En este sentido, hemos de tener presente un axioma claro: "el hecho de consumir una sustancia o padecer una patología psiquiátrica no unifica a los individuos".

El trabajo creativo, en cualquiera de sus dimensiones, puede significar un buen punto de partida. La actividad adaptada a las capacidades va a producir una participación satisfactoria y el logro de un producto o resultado valorado por el propio participante y por el grupo, produciendo en él experiencias subjetivas de competencia, logro y control que va a ir compensando su apatía vital.[12]

La actividad motivacional también nos va a ayudar a potenciar el desarrollo cognitivo que en muchas ocasiones ha empezado a presentar un notable deterioro, ya que nos encontramos con un gran órgano director de todo el sistema especialmente vulnerable o con deterioros biogenéticos, que ha sufrido tormentas bioquímicas intensivas, con una frecuencia irregular y desproporcionada. Este deterioro puede abarcar una serie de conceptos cognitivos como conciencia, atención, orientación, iniciación, secuenciación, resolución de problemas, memoria, distraibilidad, impulsibilidad e inhibición, así como otros componentes como el razonamiento, la organización, la planificación, la interpretación del peligro, el mantenimiento de la integridad o de procesamiento del tiempo, que son necesarios para conseguir un desempeño competente.

El doctor Rosado, especialista en drogodependencia, en muchos de sus artículos, resalta la especial importancia del trabajo motivado y creativo a la hora de incentivar la neuro-génesis,

[12] Pilar Durante Molina (2001)

El punto de partida en el proceso de intervención en la Terapia Ocupacional con este tipo de pacientes no es obligatoriamente la abstinencia total, y puede ser suficiente, en un principio, una abstinencia parcial y la retención en el programa, la co-morbilidad dificulta más aún la retención, pero a la vez, la vuelve más necesaria. En estos pacientes es muy importante, en un primer lugar, la potenciación de la motivación adaptada a sus capacidades, ya que hemos de tener en cuenta que el efecto de las drogas puede ser tan potente que puede pasar a convertirse en la primera fuerza motivacional en la vida de dichos individuos, relegando a espacios casi insignificantes todas las demás motivaciones de la vida, incluso las más básicas como la comida o la evitación del peligro.

Los datos actuales sugieren que las drogas producen una activación de los sistemas cerebrales de recompensa, principalmente aumentando la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens. Esta estimulación dopaminérgica es responsable del aumento inmediato de la compulsión tras haber empezado a consumirlas. Cuando esta estimulación dopaminérgica se mantiene en el tiempo, lleva a mecanismos neuroadaptativos de tolerancia que produce un estado de hipodopaminergia basal, que se traduce clínicamente en un estado amotivacional,[11] que, si no es compensado, se manifiesta como un potente factor de recaída y abandono de los programas.

En esta primera etapa del tratamiento, la Terapia Ocupacional debe ir enfocada, sobre todo, a crear centros de interés motivacionales sobre los que el paciente va a ejercer su actividad, y sobre los que vamos a apoyar nuestra intervención terapéutica.

[11] T.Palomo, G.Ponce (2001)

Las herramientas del profesional de Terapia ocupacional van a ser la palabra, el objeto y la actividad. Además, se valdrá de la interacción y los procesos de grupo. En este sentido, es crucial el papel de la utilización terapéutica de uno mismo.

El tratamiento en grupo se presenta como el método más adecuado para este enfoque. En un grupo los participantes desarrollan relaciones entre ellos y aprenden a confiar unos en otros; comparten sus vidas, discuten sus problemas y éxitos, ven que otras personas tienen problemas, se apoyan y se dan retroalimentación unos a otros; aprenden a dar, no solamente a recibir. [10]

Quizá, históricamente, se ha ido transmitiendo la idea de que la Terapia Ocupacional servía para entretener a los usuarios de centros hospitalarios y comunitarios. Ha sido necesario promover el sentido técnico y los fundamentos en los que se basa esta profesión, para que se pueda entender que el servicio de la Terapia Ocupacional conlleva otra serie de aportaciones que, a su vez, tienen un efecto altamente terapéutico y eficaz.

La Terapia Ocupacional en los pacientes duales

En la mayoría de los pacientes con patología dual se produce un deterioro en el funcionamiento integrado de los diferentes componentes de ejecución, sensomotor, cognitivo, de integración cognitiva, psicosocial y psicológico del individuo, ocasionando una disfunción ocupacional y un proceso desadaptativo, que va a ir disminuyendo progresivamente el nivel de competencia personal y social.

La contribución de la Terapia Ocupacional a los tratamientos clásicos con psicofármacos abre un camino lleno de expectativa para estos pacientes y sus familiares.

---

[10] Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz y Mar Hernández Blázquez (2001)

privadas de la ocupación. La disfunción ocupacional va a reducir la calidad de vida, va a ser origen de sufrimientos, llegando a perder el sentido de competencia. La disfunción ocupacional va a implicar una disfunción vital, ya que la continuidad y el sentido global de la vida se van a ver amenazadas.

La Terapia Ocupacional Positiva va a partir, por tanto, del convencimiento de que todo individuo tiene un potencial de desarrollo que podrá ser liberado dentro de una relación de apoyo.

El enfoque sistémico nos va a permitir comprender la complejidad de la ejecución ocupacional y su valor terapéutico. Éste explica que, cuando los seres humanos ejecutan una ocupación, van a poseer un objetivo en su mente, utilizar su cuerpo y experimentar significados derivados de su contexto sociocultural. La actividad propositiva va a requerir la coordinación entre los sistemas sensitivomotores, cognitivos, y psicosociales.[7]

El objetivo de la Terapia Ocupacional es, por tanto, los individuos que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de la misma, ya sea por un desequilibrio entre las tres áreas ocupacionales, ya por un problema en la funcionalidad de cualquiera de estas áreas. La disfunción ocupacional puede aparecer cuando el sujeto entra en un círculo desadaptativo, por causas patológicas, de inadecuación social o por circunstancias de su vida personal ante las que, por alguna razón, no reacciona de una manera plenamente operativa. [8] Para ayudar a un individuo a romper un ciclo mal adaptativo, el terapeuta debe proporcionar experiencias que refuercen el control, competencia, disfrute y éxito.[9]

---

[7] Begoña Polonio López (2001)

[8] Blanca Noya Arnaiz (2001)

[9] Pilar Durante Molina (2001)

cuerpo-mente (mente sana en cuerpo sano), recomendaba la lucha libre, la lectura y el trabajo para mantener y mejorar el estado de los individuos.[6]

La práctica actual de la terapia ocupacional está fundamentada en esas raíces históricas, y se ha ido desarrollando en todos los ámbitos de tratamientos donde podía haber una disfunción ocupacional. Durante los últimos años, los profesionales han intentado integrar la teoría y la práctica, con el objeto de identificar la base filosófica sobre la que la profesión ha crecido. En 1979, la Asamblea Representativa de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) asumió este reto y adoptó la siguiente resolución:

El hombre es un ser activo, cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad propositiva. Utilizando su capacidad para la motivación intrínseca, el ser humano es capaz de influir sobre su salud física y psíquica y sobre su entorno físico y social, a través de la actividad propositiva. La vida humana es un proceso de continua adaptación. La adaptación es un cambio en la función que promueve la supervivencia y la puesta al día. Existen factores biológicos, psicológicos y ambientales que pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento del ciclo vital, causando una disfunción. La actividad propositiva facilita el proceso adaptativo. Por tanto la terapia ocupacional está basada en la creencia de que la actividad propositiva (ocupación), incluyendo sus componentes interpersonales y ambientales, puede utilizarse para prevenir y mejorar la disfunción y para promover el máximo nivel posible de adaptación.

Partiendo de esta definición podemos deducir, que si la ocupación es parte de la condición humana, las personas no pueden desarrollarse plenamente como seres humanos, cuando están

[6] Pilar Durante Molina (2001)

aspectos. Cuando se produce la asociación co-morbida estamos ante el peor de los supuestos.

Precisamente en esta hipótesis se fundamenta la necesidad de abordar terapéuticamente a estos pacientes no solo desde el tratamiento farmacológico, sino que éste ha de ir acompañado en todo el proceso de un apoyo rehabilitador que le ayude en la enfermedad y relacione al individuo con la sociedad. La experiencia que la terapia ocupacional está aportando en estos últimos años abre un camino de esperanza, para la reflexión para con estos pacientes. La justificación teórica de la terapia ocupacional aplicada a los trastornos duales trataría de explicar el motivo de este artículo.

¿QUE ES LA TERAPIA OCUPACIONAL?

El uso terapéutico de la actividad y del movimiento ha sido apreciado desde los inicios de las civilizaciones más primitivas. En escritos que datan del 2600 a.c. se recoge como los chinos pensaban que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y utilizaban el entrenamiento físico, mediante una serie de ejercicios gimnásticos, similares al que hoy se conoce como tai-chi, para promover la salud.

Se han encontrado documentos que muestran cómo, alrededor del 2000 a.c., los egipcios alzaron templos donde las personas afectadas de "melancolía" acudían, en gran número, para aliviar su enfermedad y en los que los juegos y actividades recreativas eran la nota característica.

En la Grecia clásica, Esculapio funda el hospital de la ciudad de Pérgamo en el año 600 a.c. Aquí se trataba de aliviar el delirium con el empleo de canciones, música, literatura y farsas. Años después, entre el 600 a.c. y el 200 d.c., Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo utilizaban la música como remedio para distintos males del cuerpo y la mente. Hipócrates, quien resaltaba la relación

de ambos trastornos. La eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos es significativamente menor cuando se utiliza estando presente una co-morbilidad de drogodependencia. [4] Además, este tipo de pacientes, debido al consumo marginal y clandestino de las drogas que consume, es usual que se vea también afectado por diversos problemas médicos de notable importancia, entre los que la infección por el virus del sida es uno de los más importantes.

La difícil y compleja coordinación de las distintas intervenciones terapéuticas que demandan, les convierten en unos pacientes con gran peligro de no ser bien atendidos y con gran posibilidad de ser excluidos socialmente. En este sentido, hay que señalar que la patología dual no tendría que significar ser causante o favorecedor de procesos de exclusión. Sin embargo, en nuestro contexto social ello no es así y cada día observamos cómo personas que padecen dicha problemática tienen más dificultades de integración y, en muchos casos, sufren no sólo procesos de exclusión, sino además son víctimas de los mecanismos de expulsión que se desarrollan en el marco de los distintos sistemas de protección social y de la propia sociedad formada por el conjunto de ciudadanos. [5] Incluso sufren marginación dentro de los dos colectivos a los que podrían "adscribirse": los toxicómanos los rechazan por "volados" (enfermos mentales) y los enfermos mentales por drogadictos.

Si analizamos a estos pacientes, no sólo desde su desajuste bioquímico, sino desde un aspecto más personal y social, podremos entender, que tanto las patologías psiquiátricas como las adicciones a las drogas, producen procesos mal adaptativos que hacen a los individuos más vulnerables y que se va a traducir en una inadaptación social y en un deterioro personal en todos los

[4] E. Rodríguez Arrebola, A. Guerrero Romero, F. Mayoral Cleries. (2000)

[5] Darío Pérez Madera (2001)

INTRODUCCIÓN

PATOLOGÍA DUAL Y VULNERABILIDAD

La patología dual hemos de entenderla como la coexistencia de una drogodependencia y de un trastorno mental específicamente definido. La preocupación por esta asociación mórbida está creciendo en los últimos años y, con ello, la demanda de estrategias terapéuticas específicas para el tratamiento de este subgrupo de pacientes, [1]pero aún son muchas las controversias que existen al respecto, ya que mientras para algunos clínicos determinados trastornos psiquiátricos, distintos a los de las adicciones, son consecuencias del consumo, otros pueden interpretar que las patologías psiquiátricas pueden aumentar la vulnerabilidad a la dependencia a las drogas por medio de dos mecanismos: uno relacionado exclusivamente con la alteración de determinados neurotransmisores, y otro por la relación con la sintomatología psicológica producida por la enfermedad. [2]Desde este último punto de vista cada vez más estudiado dentro de la psiquiatría como teoría de la vulnerabilidad, podría entenderse, o al menos en muchos de las ocasiones, que el sujeto, como consecuencia de su patología, toma determinadas sustancias con el fin de automedicarse [3] o en el mejor de los casos aliviar la disforia (mal estado emocional).

Pero mientras la etiopatogenia (mecanismo de producción y causa) del trastorno dual es ampliamente debatida en la comunidad científica, es sin embargo aceptado por todos que esta asociación co-morbida (padecimiento simultáneo de varias enfermedades) les convierte en pacientes de difícil pronóstico. La presencia de una drogodependencia añadida a un trastorno mental va a influir muy negativamente en la evolución y pronóstico

[1] T. Martínez, B. Birmaher, J.R. Gutierrez (2001)

[2] G.Rubio Valladolid (1998)

[3] C. Alamo, F. Lopez, E. Cuenca (2001)

El presente articulo expone como la asociación co-morbida de una patología psiquiátrica y de una adicción a las drogas, va a hacer a los individuos muy vulnerables de padecer no sólo procesos de marginación, sino de exclusión social.

Se plantea cómo desde un punto de vista incluso clínico, los tratamientos a este tipo de pacientes no deberían de ser sólo farmacológicos, sino que éstos necesitan de un apoyo rehabilitador, que les ayude en la enfermedad y relacione al individuo con la sociedad.

La falta de recursos e incluso de conciencia social para con estos pacientes, les hace enfrentarse al grave peligro de no ser bien atendidos.

Palabras claves: Patología Dual, Trastorno Dual, Drogodependencias, Terapia Ocupacional, Rehabilitación.

MANUEL RODRÍGUEZ LUNA

La terapia ocupacional en los pacientes duales

Iniciamos el numero 33 con un artículo donde se pone de manifiesto el beneficio que la terapia ocupacional puede realizar en pacientes duales. Pacientes que al presentar una patología psiquiátrica y una de adicción a las drogas sufren a menudo riesgos de padecer no solo procesos de marginación, sino de exclusión social. La difícil y compleja coordinación de las distintas intervenciones terapéuticas que demandan, les convierten en unos pacientes con gran peligro de no ser bien atendidos y con gran posibilidad de ser excluidos socialmente. El autor propone la terapia ocupacional como contribución a los tratamientos clásicos con psicofármacos que abren vías de esperanza para estos pacientes y sus familias. Sin embargo, la escasez de recursos y la falta de concienciación social ante estos pacientes los convierten en firmes candidatos de nos ser bien atendidos.

La ciudad de Granada no escapa de uno de los ejemplos mas visibles de exclusión social: el problema de las personas sin hogar. El segundo artículo de la revista aborda la intervención con hombres sin hogar a través de pisos tutelados. El artículo ahonda en un programa llevado a cabo con este colectivo durante el 2003 por un equipo multidicisplinar. El objetivo fundamental de este programa de normalización es la recuperación personal como paso previo a la inserción sociolaboral y a la vida autónoma.

El siguiente artículo ha sido premiado en la VIII edición del Premio Científico que otorga esta revista. Partiendo de la experiencia sobre Gestión de la Calidad que se aplica en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro, dependiente del Ayuntamiento de Málaga, los autores aportan un punto de partida para la implantación de experiencias similares que pasa por la descripción del marco conceptual en que se fundamenta la construcción del Sistema de Gestión de Calidad, seguido de un apartado que describe la estructura del mismo, así como las fases y acciones desarrolladas para su ejecución, para concluir con exposición de los resultados obtenidos en la primera fase de implantación que le llevó a obtener el Certificado de Calidad.

La Globalización, su concepto y sus efectos, la implicación de los Estados y los distintos organismos internacionales y los movimientos antiglobalización es el tema que se aborda en el último artículo. En efecto la globalización ha tenido gran repercusión en el ámbito económico y financiero pero también ha agrandado las diferencias entre países ricos y pobres que unido a la destrucción alarmante del medio ambiente, el aumento de las desigualdades sociales ha hecho que las grandes potencias mundiales tomen cartas en el asunto y se comience a tomar medidas como por ejemplo los Objetivos de Desarrollo del Milenio que impidan que la pobreza y la exclusión siga avanzando.

La terapia ocupacional en los pacientes duales 5
MANUEL RODRÍGUEZ LUNA

Intervención psicosocial con personas sin hogar a través de pisos tutelados 23
ÁNGEL DAVID CORTÉS PENDÓN, ROBERTO PEÑA GARCÍA, ROSARIO AYALA SERRANO, REMEDIOS GARCÍA ÁLVAREZ

El Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro. Profesionalización y garantía de derechos 55
CRISTÓBAL GIL VALENZUELA, GABRIEL ESCOBAR RANDO

Globalización: Problemas de un mundo desigual 115
JOSÉ MANUEL DOMÍNGUEZ FUENTES

Boletín de Suscripción 145

Índice de números publicados 147

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL Nº 33

Tercer cuatrimestre de 2004

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
Rosa Mª Valero Rodríguez

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

IMPRIME: Gráficas Anarol, Pozos Dulces, 32. Málaga
ISSN: 1133-6552 · Depósito Legal: MA-1126-1993

DTS

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Nº 33 · TERCER CUATRIMESTRE DE 2004

EDITA Y DIRIGE:

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

para verificar que el sistema se aplica y funciona. El incumplimiento de la norma supone la pérdida del certificado de calidad.

La certificación es un "sello" que prestigia la imagen y los servicios de la organización ante la sociedad, el mercado y los ciudadanos.

2.- EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DEL DISTRITO CENTRO

2.1.- El contexto: breve descripción del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Dto. Centro.

El Centro Municipal de Servicios Sociales Comunitarios se encuentra ubicado en C/ Cañaveral, 13-15, en el barrio del Perchel. Este centro forma parte de la Red Básica de Servicios Sociales Municipales de atención primaria del Ayuntamiento de Málaga.

Su ámbito de actuación es el distrito Centro. Aquí residen 88.625 habitantes, que suponen el 15,7 por ciento de la población total de Málaga. La principal característica de su estructura demográfica es una clara tendencia al envejecimiento. La población mayor de 65 años supera el 20 por ciento del total.

En el Distrito Centro encontramos una gran variedad de grupos sociales, aspecto que otorga una especial singularidad especial a esta zona. Destaca un importante volumen de **población de "cultura marginal"** que reside en los barrios de viviendas sociales e infraviviendas históricas. En los últimos años, se ha asentado también un alto número de población inmigrante. Esto nos sitúa en uno de los distritos que concentra una de las mayores "bolsas de marginación" de la ciudad. Las barriadas con mayor índice de necesidad social son: Cruz-Verde-Lagunillas, Molinillo-Capuchinos, Ollerías-San Rafael, Trinidad Sur y Perchel Norte.

satisfacción como meta, son herramientas apropiadas para recuperar ante la sociedad la imagen que nos corresponden y crear conciencia acerca del derecho a los servicios sociales.

La gestión de calidad es una buena estrategia para defender, profundizar y prestigiar los Servicios Sociales.

La Gestión de Calidad también facilita la adaptación de los Servicios a los cambios sociales. El ámbito necesidades de los servicios sociales se encuentra sometido a importantes cambios sociales que a demás se producen a una velocidad de vértigo, como ocurre en el conjunto de la sociedad moderna.

Los ciudadanos cada vez somos más exigentes no sólo con la Administración Pública sino con el mercado en general. El ciudadano de derecho se hace cada vez más presente en la vida social y exige respuestas a sus necesidades reales y "presentes".

La evaluación de las necesidades de los usuarios, la medición de la satisfacción de los mismos y la política de mejora continua son potentes herramientas que facilitan la adaptación permanente a los cambios sociales y a las exigencias de los ciudadanos.

Por último planteamos que **un Sistema de Gestión de Calidad avalado por una certificación externa, constituye un "blindaje" que garantiza el nivel de calidad del Centro**. Supone un "blindaje" ante la inseguridad con respecto a la tarea y el reto profesional de mantener el nivel de calidad alcanzado y mejorarlo, para el nivel de recursos del que se dispone y, por qué no, ante posibles "amenazas" procedentes de la institución titular (a ningún responsable político le interesa que un servicio bajo su responsabilidad pierda una certificación de calidad).

El auditor externo sanciona objetivamente el funcionamiento del centro respecto a una norma oficial y da testimonio de ello a la sociedad emitiendo el certificado. Realiza un seguimiento anual