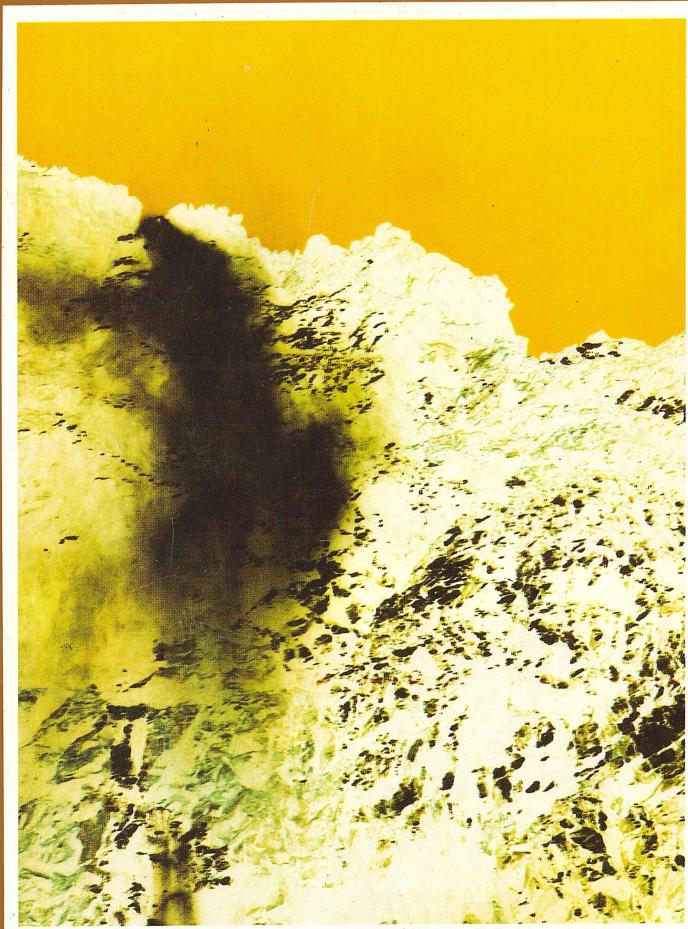


revista de
SERVICIOS SOCIALES y **Política Social**



DOSSIER
T. SOCIAL Y SALUD

ENTREVISTA
DEFENSOR DEL PUEBLO

13

COMITE EDITORIAL

José Manuel Ramírez,
Teresa Rosell, Balbino Pardóvilá,
María Dolores Caballero,
Luz Verde, Amelia Sampedro,
Pedro Compte y Gustavo García

COORDINADOR GENERAL

Pedro Compte

COORDINADORA GRAFICA

Ana Benedicto

SECRETARIA

Marta Pazos

CONSEJO ASESOR

Elvira Cortajarena,
Gregorio Rodríguez, Joan Artells,
Josep Arenas, M.ª Angeles
Campo, Miguel Angel Cabra,
Rosa Doménech, Teresa Ordinas,
Ana Díaz, J.M. García Madaria
y Luis Valenciano

EDITA

Consejo General de Colegios
Oficiales de Diplomados en
Trabajo Social y
Asistentes Sociales

**El Comité Editorial no
se identifica,
necesariamente, con el
contenido de los artículos
publicados**

**ADMINISTRACION,
REDACCION Y
SUSCRIPCIONES**

Doctor Cortezo, 11 - 2.º
28012 Madrid. Tel. 468 37 06
Horario: martes y jueves
de 9 a 12 horas

REALIZA

Consultores Editoriales, S.A.L.
Lagasca, 71. Tels. 431 13 36
y 431 14 59. 28001 Madrid

IMPRIME

Grefol, S.A.
Depósito Legal: M-16020-1984

S U M A R I O

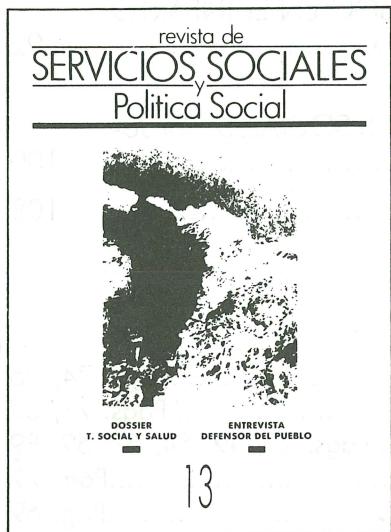


Foto: Jesús Serrano

EDITORIAL

EN PORTADA

- ENTREVISTA AL DEFENSOR DEL PUEBLO. EXCMO. SR. D. ALVARO GIL ROBLES. *Por José Manuel Ramírez*..... 6

POLITICA SOCIAL

- SALUD PARA TODOS: ALGO MAS QUE UNA UTOPIA. *Por Lourdes Gaitán* 20

DOSSIER TRABAJO SOCIAL Y SISTEMA DE SALUD

- TRABAJO SOCIAL Y PLANIFICACION SANITARIA. *Por Isabel Hernández* 30

- TRABAJO SOCIAL EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD. *Por Azucena Martínez*..... 36

- TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL. *Por Montserrat Castanyer*..... 46

- REFLEXIONES SOBRE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL. *Por Esperanza Auzmendi* 52

- INTEGRACION DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES. *Por Montserrat Castanyer, Elia González e Isabel Nieto* 58

- REHABILITACION DE PACIENTES PSIQUIATRICOS CRONICOS: ABORDAJE NO SANITARIO. *Por M.ª Carmen Viz Otero*..... 66

- EXPERIENCIA DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE SEVILLA. *Por Angeles Delgado, Blanca Flores, Ana Jiménez y Margarita Sánchez*..... 74

RECABDOS

TRABAJO SOCIAL CON DIABETICOS. <i>Por Pilar Castillo y M.ª Antonia Arteaga</i>	78
EL SIDA: UN PROBLEMA SOCIOFAMILIAR. <i>Por Concepción de Diego y M.ª Angeles Marcos</i>	84
INVESTIGACION DE FACTORES SOCIALES DE RIESGO EN EL INFARTO DE MIOCARDIO. <i>Por M.ª Angeles Villalva Montero</i>	92
EL CONSEJO INFORMA	
EL PLAN F.I.P. Y LA FORMACION DE TRABAJADORES SOCIALES. <i>Por José Manuel Ramírez</i>	100
LA GUINDILLA	108

FOTOGRAFIAS

Enrique L. Carbó.....	Págs. 74, 75
Angel de Castro.....	Págs. 71, 87
Teresa Cosculluela.....	Págs. 29, 49, 54, 57, 59, 89
Bruce Davidson.....	Pág. 72
Lisa Larsen.....	Pág. 69
Lisette Model.....	Pág. 102
Bill Owens.....	Pág. 91
Jesús Serrano.....	Págs. 27, 56, 64, 65, 79, 97
A. B. Terrén.....	Págs. 62, 68, 73

FE DE ERRATAS

En el pasado número 11-12 apareció un artículo en las páginas 80-90 sobre la "Ley 13/82 de Integración Social de los Minusválidos" firmado por Francisco Cortalí. Este apellido en realidad corresponde a Francisco Catalá, Director Provincial del INSER- SO de Zaragoza.

EDITORIAL

El presente número de la **Revista de Servicios Sociales y Política Social** tiene como temática central diversas experiencias y reflexiones sobre el Trabajo Social y el Sistema de Salud. Dentro de los Sistemas de Protección Social constitutivos del Estado del Bienestar, el Sistema Sanitario o de Salud según se prefiera, ha tenido históricamente un origen común con el Sistema de Servicios Sociales: no queda lejos el tiempo en el que hospital, casa de acogida y sopa de los pobres eran una misma institución. En el momento actual de nuestro país, con un Sistema Sanitario ya definido en su estructura y organización y con un sistema de Servicios Sociales en proceso de construcción, dos son los elementos o situaciones que este número de la Revista quiere resaltar:

Primeramente la existencia de un importante colectivo de Asistentes y Trabajadores Sociales que realizan su labor dentro de las estructuras del Sistema Sanitario Español. Este colectivo realiza un trabajo importante cuya elaboración teórica y divulgación debe ser potenciada, máxime cuando la participación de los Trabajadores Sociales dentro de los equipos de atención a la Salud constituye, por su volumen y generalización, un paradigma o modelo para el trabajo interdisciplinar de estos profesionales en otros sistemas en los que su presencia no está aún generalizada.

En segundo lugar, el proceso de definición de los Servicios Sociales como Sistema específico, en el que actualmente estamos inmersos, plantea una reordenación de las relaciones entre sistemas y, en este caso, existe un vivo y saludable debate sobre las relaciones entre las estructuras de atención básica o primaria de ambos Sistemas, también reflejado en algunos de los artículos aquí publicados; la experiencia y ejemplos de países europeos, con los que nuestros Sistemas de Acción y Protección Social se van asemejando, muestran que existe una gama diversificada de opciones, ninguna de ellas "la mejor", en las que es preciso resaltar el hecho común de la presencia de la disciplina y los profesionales del Trabajo Social en las estructuras de Salud, sea cual sea su adscripción orgánica.

Por todo ello esperamos que este número sea de interés para el conjunto de los Trabajadores Sociales y otros profesionales que siguen esta Revista de Servicios Sociales y Política Social.

EN PORTADA

José Manuel Ramírez *Vocal Formación Consejo General de Asistentes Sociales*

ENTREVISTA A D. ALVARO GIL-ROBLES GIL-DELGADO, DEFENSOR DEL PUEBLO



El artículo 54 de la Constitución española define en sus rasgos fundamentales la figura del "Ombudsman" que desarrolla la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril del Defensor del Pueblo. El primer Defensor del Pueblo español fue elegido por el Parlamento el 30 de diciembre de 1982 y a partir de ese momento comenzó su actuación. A lo largo de cinco años se atendieron las quejas de cien mil ciudadanos. En diciembre de 1987 expiró su mandato y el 15 de marzo de 1988 el Parlamento eligió al nuevo Defensor, don ALVARO GIL-ROBLES GIL-DELGADO.

Nacido en Lisboa el 9 de septiembre de 1944, reside en Madrid desde el año 1953.

Profesor titular de Derecho Administrativo de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid. En la actualidad en servicios especiales.

Desde la constitución del Tribunal Constitucional y hasta abril de 1983, ejerció las funciones de Letrado de dicho Tribunal.

Desde mayo de 1983 desempeñó las funciones de Adjunto Primero del Defensor del Pueblo, propuesto por éste, junto a doña Margarita Retüerto como Adjunta Segunda y ratificada la propuesta en elección de las Comisiones del Congreso y del Senado, reunidas conjuntamente.

Ha sido elegido Defensor del Pueblo por el Congreso de los Diputados y el Senado,

tomando posesión del cargo el 16 de marzo de 1988.

Entre sus distintas publicaciones se cuentan los libros "El control parlamentario de la Administración" (El Ombudsman) y "El Defensor del Pueblo", en Ediciones CIVITAS.

Redactor de la proposición de Ley del Defensor del Pueblo que se convirtió en Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, por la que se rige en la actuabilidad esta Institución.

—Con toda seguridad los trabajadores sociales conocen la figura y la institución que representa el Defensor del Pueblo. Aún cuando esto sea así, lo primero que le preguntaría es que brevemente explicase ¿cuál es la figura, como la que usted representa en el marco de un Estado Social de Derecho que define la Constitución Española?

—Lo primero que le diría es que es muy significativo que el Defensor del Pueblo hable, que participe en los trabajos de esta Revista y entre muchísimas razones porque entre el esfuerzo que hacen los Asistentes Sociales y el esfuerzo que hace el Defensor del Pueblo hay muchos puntos de encuentro, entonces, sinceramente lo digo, creo que tenemos muchos puntos de encuentro, muchos puntos de trabajo en común para determinados sectores y problemas de la sociedad española, hasta el punto de que nosotros aquí en esta Institución hemos integrado, siempre a Asisten-

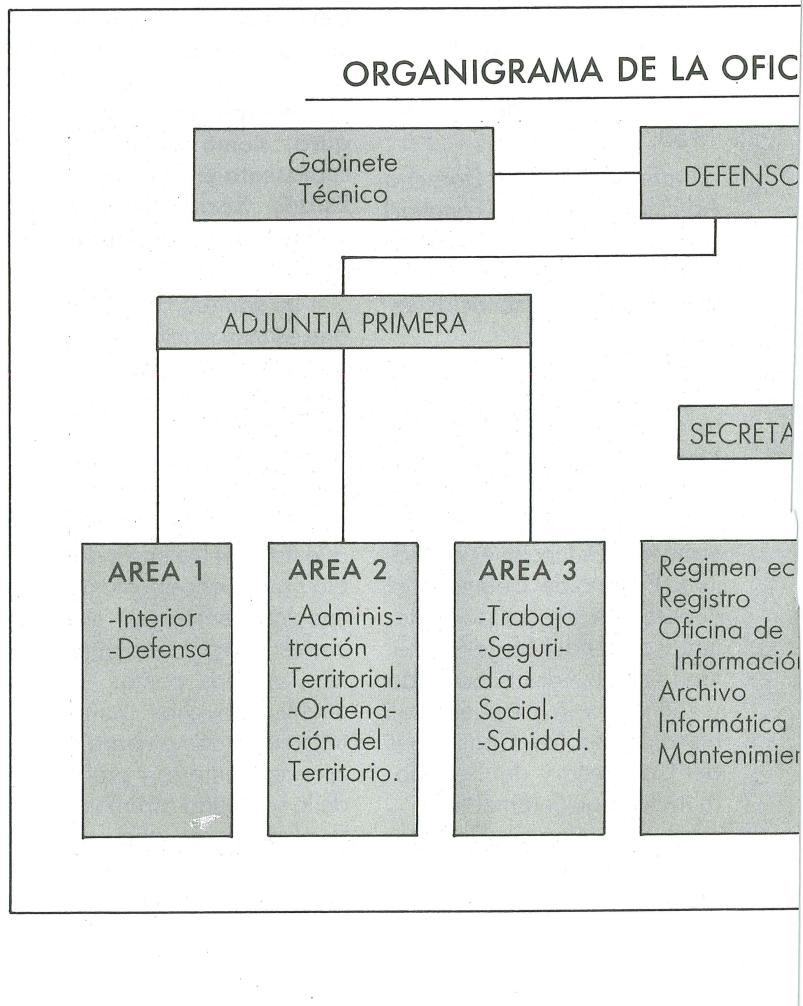
Al Defensor del Pueblo la Constitución le encomienda la defensa de los derechos del Título I de la Constitución y para ello supervisar el funcionamiento de la Administración.

EN PORTADA

tes Sociales que forman parte de nuestro equipo de trabajo.

Si lo que me pregunta es definir cuál es la función y la posición del Defensor del Pueblo en nuestra Sociedad, y en nuestro sistema Constitucional, me gustaría empezar por situarlo claramente. Al Defensor del Pueblo la Constitución le encomienda la defensa de los derechos del Título I de la Constitución y para ello supervisar el funcionamiento de la Administración. Esto parece un mandato muy genérico pero no es tanto, es un mandato muy concreto, específico

que yo divido en dos facetas de actividad. La defensa de los derechos fundamentales, es decir todos los derechos de libertad, de asociación, de reunión, de expresión, pensamiento, etc. Todo ese catálogo de grandes derechos fundamentales el Defensor del Pueblo tiene que proteger todo eso. Pero además en el Título I está también ese sector importante, esa parte que son los principios rectores; es verdad que la Jurisprudencia Constitucional ha dicho que no son derechos de aplicación inmediata y de exigencia inmediata pero son principios

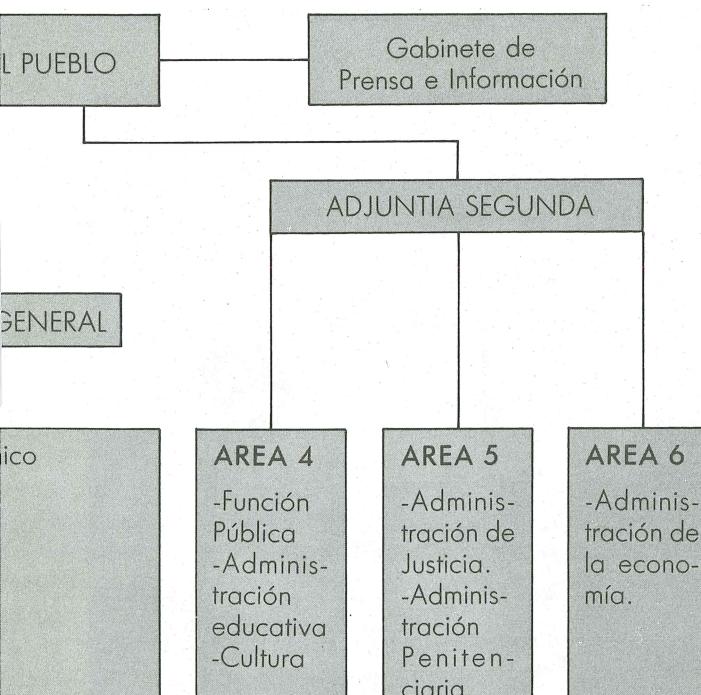


rectores y ahí están todos los derechos de contenido social, muy importantes, que es, yo creo lo que diferencia la Constitución española de las Constituciones clásicas europeas. Es decir, la Constitución española define al Estado español democrático y de derecho, pero añade la palabra social, y eso es muy importante porque ese contenido social es el que está en el capítulo I en la sección de los principios rectores y luego hay la segunda parte. La actividad del Defensor del Pueblo es, por tanto, defensa de derechos fundamentales y de

aquellos derechos que están en el capítulo de los principios rectores, es un mandato hacia los poderes públicos que está en su control diario, normal de funcionamiento regular de todas las Administraciones, un control de legalidad, un control incluso diría yo casi de oportunidad de muchas decisiones que toma la Administración, pues desde los problemas que presenta el medio ambiente, los problemas de las licencias urbanísticas, las becas, del silencio administrativo, del atraso de la justicia, etcétera.

—En este contexto y pen-

DEL DEFENSOR DEL PUEBLO



EN PORTADA

sando en los derechos sociales que la constitución reconoce, ¿cuáles son las demandas y quejas que formulan los ciudadanos españoles?

—Llegan cada año cerca de las 13.000 quejas y hay todo el abanico de todas las posibilidades. Entonces llegan desde las quejas del funcionamiento, del mal funcionamiento de los grandes servicios públicos, hasta las quejas respecto a la Sanidad, materia educativa, vivienda, servicios sociales, seguridad social, pensiones, etc. ¿Qué le voy a decir usted?

Por ejemplo, temas que a nosotros nos preocupan, en los que hemos trabajado, situación de la tercera edad. Pues son muchas las quejas

que nos llegan de que faltan establecimientos para atender a personas de la tercera edad, estamos en una sociedad terriblemente egoista, en la que las reglas de comportamiento familiares están cambiando. España ha sido un país en el que tradicionalmente en la familia ha habido un respeto tremendo por dos elementos básicos que la componen, los niños, que han sido siempre reyes de la familia en España, lo siguen siendo todavía, y los mayores, y sin embargo esa forma de comportamiento está cambiando y sobre todo en las grandes ciudades.

El problema del menor, las situaciones de los menores, desde la prostitución hasta la utilización fraudulenta para la



mendicidad, hasta los menores abandonados, los menores golpeados que muchos de estos temas no tienen directamente competencia al Defensor del Pueblo porque son temas judiciales pero que cuando nos llegan las denuncias tenemos que vigilar que esas autoridades administrativas actúen y ejerzan sus competencias. Son procesos en los que nosotros no podemos intervenir pero que los seguimos porque nos llegan situaciones desgarradoras de la adopción de los menores que están en las residencias específicas. Todas estas son situaciones en las que el Defensor puede o no puede entrar, porque eso no es administración pública, pero tiene que velar cuando se presentan quejas del mal funcionamiento de los antiguos Tribunales Tutelares de menores, procurar por ejemplo, que las mujeres que están en la cárcel y que tienen niños, pues que esos niños no crezcan en un ambiente espantoso como es el de una prisión, procurar impulsar que esos niños salgan a unas guarderías, fuera, a los colegios, para que vivan con otros niños, que tengan un ambiente normal, sin la tensión de un centro penitenciario.

—Además de los referentes sectoriales que señala, es obligado comentar la situación del colectivo al que monográficamente fue dedicado un número de la revista: los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales. ¿Cuál es el nivel de protección de este sector en nuestro país?

—Es un sector de población donde formalmente tiene una cierta protección, dentro de la L.I.S.M.I. y las otras leyes, pero realmente es un sector desprotegido en este país, ni en materia de viviendas se piensa en que un minusválido, un disminuido físico pues no puede estar subiendo escaleras, hay que pensar en rampas, en ascensores adecuados, en servicios higiénicos, teléfonos; todo eso los arquitectos de este país, en las viviendas privadas donde funcionan los medios económicos se olvidan por completo, en las públicas, ya es obligatorio contar con estos elementos, pero me pregunto en cuántas eso se respecta realmente. En los servicios de la infraestructura urbana ahora se está haciendo un esfuerzo en muchos municipios para que las aceras sean razonables, los semáforos para que los ciegos tengan un sentido sónico específico, etc., pero todavía estamos a años luz para que circulen por muchas calles los minusválidos. Cuando nos acercamos a los tratamientos en materia de educación, en materia de centros adecuados, con esa discusión de si tiene que haber colegios especiales o ha de procurarse la integración con los demás niños normales, nosotros aquí recibimos quejas en los dos sentidos, madres que piden que sus hijos vayan a centros especiales los reclaman en los Ayuntamientos y en las Comunidades Autónomas y no hay, y madres que piden que sus hijos vayan a centros mixtos,

Se ha hecho un esfuerzo increíble en la sociedad de nuestro país para dar cobertura económica, pensiones, ayudas, sanidad, etc. a sectores de la sociedad española que nunca jamás soñaron con tenerlo.

Me parece que los minusválidos son un colectivo, un grupo de gente, que por su propia condición, se ha autolimitado mucho más de lo que debía, que no ha exigido suficientemente sus derechos.

de niños pues... que tienen disminución, con otros que no la tienen, parece que eso pueda ser un tirón más fuerte abogando por un proceso de integración. Eso lleva un sacrificio, eso lleva que un profesor tiene que dedicar más tiempo, que el profesor tiene que ser más generoso porque lógicamente no va a ir a la misma altura que los demás. Pero todavía nos falta avanzar en eso, nos faltan ayudas económicas a estas familias, en este país todavía no se ha reflexionado lo que significa tener un miembro de una familia que tenga una situación de disminución física o psíquica. Los costes sociales, para esa familia son tremendos económicos, son tremendos, y no hay sitios. Unos padres hace muy poco tiempo me decían: "tenemos una hija en esta circunstancia, cuando faltemos nosotros, ¿dónde va a ir a parar? No hay centros que puedan acoger a estas personas cuando no hay otros familiares o casi ninguno. Están buscando pólizas de seguros particulares, inversiones, es decir un trabajo desesperado para poder proteger a esas personas. En los presupuestos de este año, nosotros hemos hecho una sugerencia, que ha sido acogida, de aumento de ayudas familiares, económicas a las familias que estén en esta situación.

Pero yo no me cansaré de batallar por ese tema porque me parece que los minusválidos son un colectivo, un grupo de gente, que por su propia condición, se ha autolimi-

tado mucho más de lo que debía, que no ha exigido suficientemente sus derechos, que ha luchado suficientemente por ellos, que yo creo que no deben tener ningún complejo social, y que deben reclamar lo que la sociedad, en justicia les debe y desde aquí en ello estamos. La famosa integración del 2% de la L.I.S.M.I. no se respeta en muchos sitios y van a las oposiciones a la función pública y tenemos que pedir que se anulen oposiciones porque no les dan tiempo suficiente, se les da el mismo tiempo cuando realmente hace falta más tiempo para ser justos, cuando pide que se escriba a máquina como por ejemplo, oposiciones a secretarios de la justicia, una persona valiosísima pero que pedía que le dejaran escribir a máquina porque no podía hacer el ejercicio a mano y no le querían dejar y hubo una querella, al final pudo hacer su examen a máquina. Es decir, todavía hay muchas trabas profundas de resistencia social o aceptar que estas personas con sus limitaciones, no solamente son seres humanos que no hay que regalarles nada, es que tienen muchísimos valores propios. Y ese problema aquí se vive.

—Se constata alguna evolución significativa del nivel de demandas o quejas desde que funciona la Institución del Defensor del Pueblo hasta hoy?

—Sí, a lo largo de estos seis años lo que sí hay es un fenómeno muy interesante de ob-

servar desde esta Institución. Al principio cuando se hablaba del Defensor del Pueblo por lógica de las cosas nuevas y desconocidas la gente decía yo soy el pueblo tengo todas estas carencias, me pasan todas estas cosas, ahí tengo un señor, tengo el Defensor del Pueblo y le planteó todo, desde la pelea con mi mujer, hasta el problema con el vecino, hasta la sentencia con la que no estoy de acuerdo, etcétera.

Había un gran desconocimiento de las competencias del Defensor. Entonces teníamos 30.000 quejas, 20.000 quejas, unas cifras tremendas, los ciudadanos españoles van entendiendo cuál es la competencia real del Defensor del Pueblo y han dejado de llegar muchas de esas quejas que no son de su competencia, eso se ha ido saneando y van llegando 10.000 ó 12.000 quejas que hacen referencia a casos individuales en conflicto con la Sanidad, la Justicia, etc. y otros de contenido específico de servicios sociales.

Un ejemplo de estos últimos, y que yo espero que se resuelva en los presupuestos generales del Estado, es la situación de las pensiones de un grupo de viudas que estaban reguladas por un estatuto muy antiguo de España (de 1926) y que eran pensiones temporales, es decir, estas personas cobraban la pensión por el mismo tiempo que sus maridos hubiesen cotizado, si sus maridos habían cotizado 10 años tenían 10 años de pensión. Bueno esas personas

mueren tienen sus 10 años de pensión y cuando llegan a la edad más difícil, se acaba la pensión y el Estado ya no aporta nada. Es un régimen muy específico. Eso ya no se produce en régimen general de la Seguridad Social. Luego en los presupuestos de este año por fin se ha aceptado, y se convierten esas pensiones en definitivas, perpétuas y supongo que serán ocho mil personas y nos dicen que serán dos o tres mil millones de pesetas los que van a costas de los presupuestos, es nada, pero es nada en la macroeconomía pero para esas seis mil personas es todo. Entonces eso da una cierta satisfacción.

—Referenciando los presupuestos generales del Estado a las negociaciones que tiene que llevar a cabo con las administraciones públicas. ¿Cómo valoraría el Defensor del Pueblo el nivel de protección social que hoy garantiza el Estado español?

—Es muy difícil hacer una valoración terminante, ahora bien, en los últimos años se ha hecho un esfuerzo increíble en la sociedad de nuestro país para dar cobertura económica, pensiones, ayudas, Sanidad, etc. a sectores de la sociedad española que nunca jamás soñaron con tenerlo, y afortunadamente hoy es una realidad, una cobertura sanitaria hoy en el país es prácticamente absoluta. La cobertura de pensiones hoy no es absoluta todavía, pero es muy importante, porque toda una serie de prestaciones sociales ha evolucionado, por lo

Al principio cuando se hablaba del Defensor del Pueblo, la gente decía yo soy el pueblo, tengo todas estas carencias, ahí tengo un señor, tengo el Defensor del Pueblo y le planteo todo, desde la pelea con mi mujer, hasta el problema con el vecino, hasta la sentencia con la que no estoy de acuerdo.

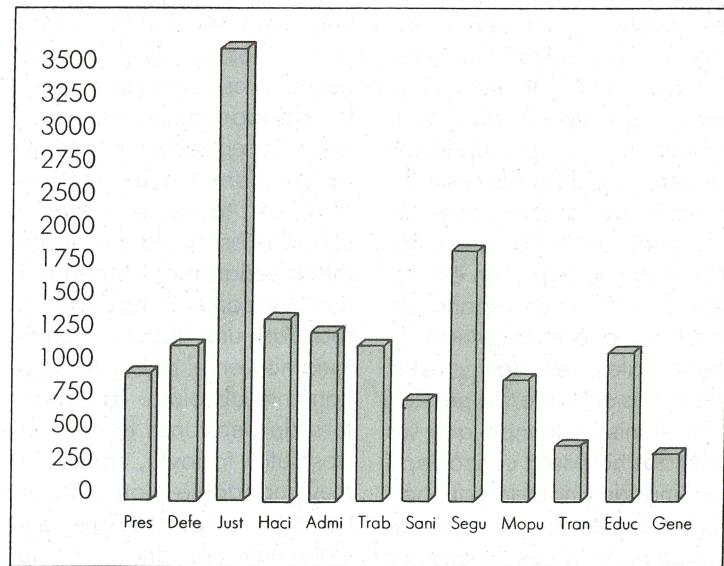
QUEJAS POR AREAS EN 1986

	N.º de quejas del total	% Res-pecto
1. Presidente y Asuntos Exteriores.....	868	6,34
2. Defensa e Interior.....	1.128	8,24
3. Justicia.....	3.433	25,09
4. Economía y Hacienda, Comercio, Agricultura e Industria.....	1.274	9,31
5. Administración Territorial y Local.....	1.205	8,80
6. Trabajo.....	1.068	7,80
7. Sanidad y Consumo.....	544	3,97
8. Seguridad Social y Bienestar.....	1.940	14,18
9. Obras Públicas, Urbanismo y Vivienda	718	5,25
10. Transportes, Turismo y Comunicaciones	297	2,16
11. Educación y Cultura.....	945	6,90
12. General	258	1,89

Van llegando 10.000 ó 12.000 quejas que hacen referencia a casos individuales en conflicto con la Sanidad, la Justicia, etc. y otros de contenido específico de servicios sociales.

QUEJAS POR AREAS EN 1986

—Diciembre 1986—



tanto hay un avance en los últimos años y yo creo que negarlo es negar la realidad que nos rodea, es decir, hoy el índice de grupos sociales que tienen pensión de hace 5 ó 6 años es infinitamente superior a la que había antes y eso no es mérito de nadie, es mérito de una sociedad también, que ha progresado y que tiene más posibilidades económicas, más sensibilidad social, lo cierto es que también hay bolsas de la sociedad española que todavía no tienen nada de nada. Es decir, hay grupos, de marginación social y hay grupos de carencia de asistencia económica a pensiones, etc. pues no solamente que no tienen trabajo, sino que no tienen tampoco ninguna ayuda económica y por lo tanto, ahí, eso hay que decirlo claramente, son todavía bolsas serias, bolsas serias que el Estado tiene que afrontar. Organizaciones no gubernamentales pues han hablado sobre ese tema y que conocen, yo no creo que en los términos de las cifras tan enormes que se han dado, pues habría mucho que hablar sobre la realidad o no realidad, sobre el fraude o no fraude de las situaciones personales, pero sí es cierto que existe todavía en nuestro país, bolsas importantes de marginación y en cierta manera también diferencias muy importantes que cabe considerar.

—Existe en realidad una correlación entre el aumento significativo de la legislación social en España, una mayor sensibilidad de las adminis-

traciones públicas hacia los derechos del ciudadano, además de una cobertura real de necesidades sociales, el Defensor del Pueblo ¿percibe una conciencia ciudadana concretamente en los avances de los servicios sociales?

—Sí, yo creo que sí, que en el ámbito municipal sobre todo es algo que el ciudadano percibe mucho más cercano, ahora bien hay que llamar la atención sobre determinados comportamientos, sin embargo que no son generalizados, afortunadamente, pero nos deberían preocupar, todavía hay comportamientos en nuestro país en determinados municipios de recelo social por no decir posturas o actuaciones casi racistas, hacia determinados sectores étnicos, determinados grupos sociales, hacia los equipamientos, etc. y luego hay grupos de población que se oponen a los procesos de integración social y eso lo estamos viendo cada día, los esfuerzos realizados en torno a equipamientos de viviendas para hacer desaparecer el chabolismo y cuando se va producir este fenómeno, esa recolocación de las personas, se traduce en acciones racistas, deles usted casa, pero no junto a la mía. Eso creo que es un fenómeno a denunciar porque son posturas en muchas de las ocasiones cercanas o rellanas a un racismo latente que por lo tanto las autoridades públicas sí deberían ser muy firmes y no tolerarlo, todos son ciudadanos españoles.

Pero si es cierto que existe todavía en nuestro país, bolsas importantes de marginación y en cierta manera también diferencias muy importantes que cabe considerar.

les y todos tienen los mismos derechos y eso hay que entenderlo. Y otras también se producen en procesos migratorios de los que yo he hablado. En algunos municipios ese concepto social de atención a las personas pues no lo tiene muy desarrollado.

Yo estoy pensando en este momento en población que emigra de comunidades por ejemplo como la de Extremadura y esas poblaciones, gitanas o muy cercanas a los gitanos, que van a parar a asentamientos en términos municipales donde hasta hace muy poco tiempo y porque hemos intervenido nosotros, pues "eran en tiendas de campaña y a la paja tiradas en el suelo". Sin sanidad, sin atención médica, sin Asistentes Sociales, sin nada de nada. En fin, creo que se hace un gran esfuerzo público pero al mismo tiempo ese esfuerzo habría que hacerlo con mayor generosidad, eliminar de una vez por todas los "ghetos".

—¿Este esfuerzo público se traduce en España en el espacio que debe cubrir un sistema nuevo de protección social, cuál es el emergente sistema público de servicios sociales generado en torno a las necesidades de convivencia para la realización personal y social? ¿Un sistema universalista y que completará los sistemas de la Sanidad, de la Educación...?

—Sí, pienso que sí, creo que eso sería un avance enorme. De hecho hoy en día y en la teoría es así, cualquiera po-

dría hacerlo. Pero, mire, a mí más que la teoría me preocupa la práctica en nuestra sociedad, los que tienen una sección económica acomodada se las arreglan por sí mismos, tienen sus servicios, los contratan, los obtienen. A mí lo que me preocupa es que esta misma cuestión que ustedes protegen, sea una realidad para esas enormes bolsas de población que ni tienen los medios ni tienen la cultura suficiente para entender que puede acceder a ellos y que en ocasiones, su memoria histórica les impide pensar que son ciudadanos y no súbditos. Que no son títeres, que pueden pedir y exigir sus derechos y que se resignan. Es muy importante acercarnos a toda la población y explicarles que son ciudadanos con derechos sociales y que los poderes del Estado, de las Comunidades, los Ayuntamientos no pueden hacerlo todo de golpe, pero que hay que hacer un proceso importante de inversión y de servicios sociales. Me parece muy bien el sentido universalista pero con los pies en la tierra, es decir, fundamentalmente para aquellos que lo necesitan de verdad. Además me parece muy bien que yo tenga los mismos derechos que otros pero la sociedad española en eso es tremenda y como cualquier otra sociedad, los que pueden buscar un camino y los que no pueden se quedan en él. En este sentido se configura en este país un Ministerio, cuya misión principal va a ser crear ese sis-

Es muy importante acercarnos a toda la población y explicarles que son ciudadanos con derechos sociales y que los poderes del Estado, de las Comunidades, los Ayuntamientos no pueden hacerlo todo de golpe, pero que hay que hacer un proceso importante de inversión y de servicios sociales.

tema público de servicios sociales que garantice y reconozca junto con otras administraciones los derechos sociales a los ciudadanos.

—En nuestra profesión de Trabajadores Sociales sabemos por experiencia que a veces somos “un paño de lágrimas” al que llegan los problemas cuando el resto de las instancias se han mostrado incapaces de dar respuesta, o dicho de otra manera, que nos llegan los problemas imposibles de solucionar, ¿considera usted que tanto nuestra profesión como la Institución que representa, compartimos una falsa imagen?

—Mire, yo he dicho muchas veces que el Defensor del Pueblo en el orden Institucional es un engranaje más en una maquinaria de otras instituciones que también son defensoras del pueblo. El Defensor del Pueblo es el gobierno de la nación, los gobiernos autonómicos, los alcaldes que cumplen sus funciones, los partidos políticos... porque son instituciones que deben representar los intereses del pueblo, y que además como parlamento del Gobierno nace de la voluntad del pueblo, o los propios tribunales que administran la justicia. Por lo tanto somos muchos los que somos defensores del pueblo, y esto es una función entre otras. Pero saliendo del plano institucional y entrando ya en la actividad de las personas en las profesiones yo si tuo la de ustedes como nos pasa a nosotros en algunas

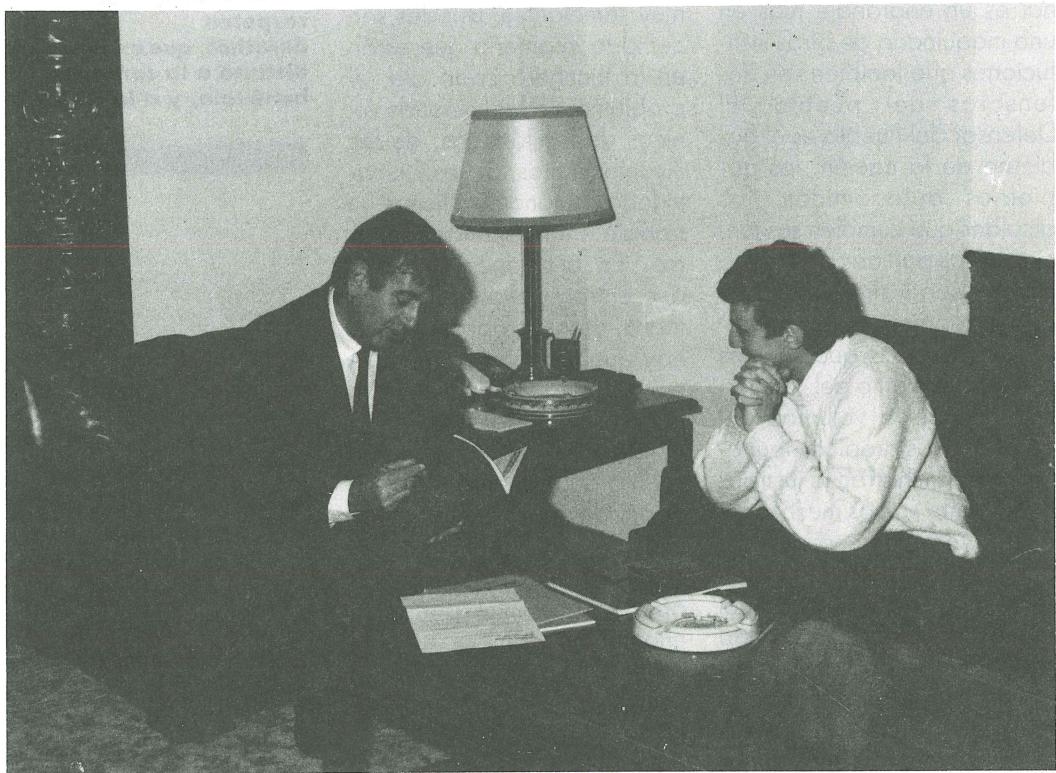
ocasiones, se piensa que es una profesión de caridad, que están haciendo casi una actividad de caridad, y es un inmenso error. Son profesionales, que no tienen una actividad que tenga que ver con la caridad, porque yo creo que lo que están haciendo es intentando que se respeten derechos, que es algo muy distinto a la concesión benévolas, y a la caridad, están ustedes intentando que la persona se sienta persona, también se sienta ciudadano y que donde las puertas se cierran, se abran. Y se resuelvan los problemas, pero no se resuelva benévolamente, se resuelvan porque se reconozcan, que es la acción jurídica injusta o irregular. En ese sentido nuestras funciones son muy semejantes, ustedes son como la infantería que están en la trinchera cada día, el problema de las minorías étnicas de las fábricas, de los Ayuntamientos, de las Comunidades Autónomas, tienen un trabajo enorme, importantísimo. En ocasiones supongo que entran ganas de tirar la toalla, desesperados, pero no hay que tirarla. Yo creo que si ustedes miran hacia atrás un poco, se darán cuenta de la obra que han hecho, se darán cuenta del esfuerzo que han aportado para cambiar muchas cosas en este país, muchas de actuación social, han aportado una experiencia enorme, ahora mismo ustedes tienen junto a esa sensibilidad, tienen ustedes un Ministerio, hasta un Ministerio en este país, que su misión principal

Yo creo que lo que están haciendo es intentando que se respeten derechos, que es algo muy distinto a la concesión benévolas, y a la caridad.

va a ser precisamente acercarse a esos grandes problemas sociales y buscar solución. Fíjense ustedes cuando era un... miren 20 años atrás y miren hoy ¿no? No hay que dejarse nunca agobiar y lo digo yo desde aquí que estoy recibiendo toda la "fotografía" del país. No hay que dejarse agobiar por el problema del momento, pensar que es algo que nos sobrepasa, no, pensar en lo que se ha hecho sino en lo que queda por hacer y para conseguirlo es imprescindible su trabajo, yo creo que tienen un futuro brillante. Defender la imagen y el trabajo de los Asistentes Sociales es de justicia, yo los tengo integrados en esta institución y trabajan

mos en conexión con otros profesionales de otros organismos.

El Asistente Social se enmarca en el área de Trabajo y Servicios Sociales y hace un trabajo de los más duros, que es recibir a personas que llegan excitadas, nerviosas, con su problema candente, escucharlos, atenderlos, explicar nuestras competencias, si no es competencia nuestra, ponerle en contacto con los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma, de los Ayuntamientos, con ustedes mismos, con sus compañeros, en una palabra, orientar a estas personas, informarlas, ayudarlas, que se sientan recogidas, que se sientan que



no están solas en la selva de la ciudad y hacerlas sentirse ciudadanos, pues eso, que se les respeta. Yo para mí estas personas han tenido y tienen todo mi respeto porque en ocasiones hay quien desde la gran altura de las grandes, que se dice que son profesiones menores ¿no? Bueno, pues me permitirá a mí, decir que no son menores para mí cuando les veo trabajar, pienso que sería imposible el trabajo de otros que están en las áreas viendo asuntos desde el punto de vista jurídico, matemático, sin ese complemento del que está dando la cara abajo, que está resolviendo y que luego muchas veces nos aporta una visión más cercana de la realidad y no sólo a las leyes y a los libros.

—Gracias al Defensor del Pueblo que nos ha recibido tan amablemente y que durante una hora nos ha relatado su reflexión sobre temas que nos preocupan, transcribiremos estas palabras e imprimiéndolas, las haremos llegar a los "defensores del pueblo" que maniobran en la disciplina de Trabajo Social.

LA OFICINA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO

La Junta de Coordinación y Régimen Interior está compuesta por el Defensor del Pueblo, los Adjuntos y el Secretario General. Como indica su nombre tiene como principal función la coordinación de la actuación de todo

el equipo de colaboradores. Además asiste al Defensor del Pueblo en lo referente a posibles reformas reglamentarias, interposición de recursos, informe anual o informes extraordinarios personal, presupuesto y cualesquiera otros asuntos que el Defensor del Pueblo someta a su consideración.

El Secretario General es el responsable directo de la organización y el buen orden interno de los servicios de la oficina. Nombrado por el Defensor del Pueblo, le corresponde la jefatura del personal, la dirección de los servicios, la gestión del presupuesto, etc. Además actúa como secretario de la Junta de Coordinación y Régimen Interior asistiendo a sus reuniones con voz y sin voto.

De acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, el Defensor del Pueblo designa a sus asesores y restante personal administrativo y subalterno.

La estructura actual de la institución del Defensor del Pueblo es la que figura en el organigrama que se incluye en estas páginas. La plantilla está compuesta por 33 asesores; personal administrativo, 48; personal subalterno, 9. Las comunicaciones y el servicio de seguridad están atendidos por los correspondientes servicios generales del Estado. Este equipo está distribuido en áreas de trabajo, según la especialización profesional de sus miembros y la estructura de la Administración española.

Defender la imagen y el trabajo de los Asistentes Sociales es de justicia, yo los tengo integrados en esta institución y trabajamos en conexión con otros profesionales de otros organismos.

SISTEMA DE SALUD

Lourdes Gaitán Muñoz. Jefe de Sección de Ordenación y Recursos I.I.A.A. Subdirección General de Gestión de Atención Primaria. INSALUD (Servicios Centrales).

SALUD PARA TODOS, ALGO MAS QUE UNA UTOPIA

LA SALUD, UNA NECESIDAD Y UN DERECHO

Es conocido que, frente a la definición de salud como ausencia de enfermedad, hay una concepción más amplia que considera que el estado de salud equivale al completo bienestar físico, psíquico y social de las personas, consideradas individual y colectivamente.

Alcanzar este estado de salud se convierte en una meta ideal y constituye un valor y así, se asume como deseable y se orientan actuaciones para conseguirlo.

A nivel individual, la salud se vivencia como una necesidad, unida a la conservación de la vida. Tener salud, subjetivamente, equivale a sentirse bien y significa tanto evitar y suprimir el malestar causado por la enfermedad, como conseguir el desenvolvimiento habitual correcto en la vida cotidiana, en un medio ambiente físico adecuado y con unos mecanismos de actuación precisos.

Del deseo subjetivo de sentirse bien, deriva por tanto, para el ser humano, la necesidad de cuidar y conservar su salud y el derecho a la misma.

El reconocimiento de esta necesidad y este derecho, por parte del conjunto social significa:

- Consideración de la salud como una prerrogativa humana fundamental.
- Consenso social acerca de que deben disponerse los medios para su fomento y protección.
- Inclusión de las políticas de salud en el proceso de desarrollo de un conjunto social, junto con otros aspectos relativos al Bienestar Social (económicos, culturales, educativos, sociales específicos).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) representa una manifestación de ese consenso social en el plano internacional. Justamente en abril del pasado año 1988 se cumplieron 40 años de la entrada en vigor de la constitución de este organismo.

En este período de tiempo ha observado una evolución desde la lucha contra la enfermedad hasta el fomento de la salud, que significa una acción intersectorial o multisectorial (no sólo las profesiones médicas son las implicadas en la salud) y participación de las poblaciones en la promoción, cuidado y conservación de la salud que, unidas a los avances científicos y técnicos, proporcionan una elevación en el nivel de salud, que apunta al bienestar deseado.

En tal sentido, en 1977, la XXX Asamblea de la OMS, adopta como meta la «Salud para

todos en el año 2000», cuyas estrategias inciden en los puntos antes señalados.

España, que es un miembro de la OMS, participa de este consenso internacional y atiende a sus directrices, buscando asimismo recoger y dar respuesta a las demandas del colectivo social propio. La Constitución Española de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la responsabilidad de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, de educación sanitaria y de las prestaciones y servicios necesarios.

LA REFORMA DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

Recogiendo el mandato constitucional y asimismo, la filosofía y las orientaciones proporcionadas por la OMS, la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) es el instrumento normativo básico de rango superior, vigente en la actualidad, que contiene importantes innovaciones en cuanto a la atención de la salud en nuestro país.

De tales innovaciones podemos destacar algunas que refieren más directamente a las dos dimensiones que citábamos en el primer epígrafe, esto es, a la salud como necesidad humana y como derecho de los ciudadanos. Son éstas las siguientes:

- Creación de un Sistema Nacional de Salud.
- Diseño del sistema de financiación consecuente.
- Asistencia sanitaria pública para toda la población.
- Participación de la población, derechos de los usuarios y protección de la salud ambiental.

El carácter de la reforma que se pretende requiere que ésta se haga a un ritmo paulatino, progresivo, adaptando las estructuras existentes, transformando prácticas tradicionales, reciclando y formando al personal para atender más adecuadamente a las demandas actuales, creando nuevos centros y estructuras de gestión.

Todo esto apunta a un proceso largo, cuyo resultado final tardará varios años en constatarse y que, en algún momento, puede dar la sensación de que no avanza, ante la presión de demandas acuciantes.

Sin embargo, las medidas adoptadas para la puesta en práctica de la norma básica, han dado ya algunos frutos, en cuyo detalle vamos a entrar a continuación.

LAS COMPETENCIAS EN MATERIA DE SALUD

La Ley General de Sanidad define al Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, convenientemente coordinados.

Contempla asimismo la integración de los servicios sanitarios con el fin de conseguir en funcionamiento sobre mínimos uniformes, la igualación en las condiciones que garantizan el derecho a la salud y la coordinación de las actuaciones públicas, a través de una efectiva planificación sanitaria.

En consecuencia, en los últimos 3 años se han producido dos procesos simultáneos:

- De integración de redes (hospitales clínicos universitarios y AISN) en la red de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
- De transferencias a las Comunidades Autónomas en materia de salud pública, y transferencia del INSALUD a cuatro Comunidades Autónomas.

El INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) fue creado por Real Decreto-Ley 36/1978, como entidad gestora de la Seguridad Social, en materia de asistencia sanitaria. En la actualidad este instituto, cuya estructura se incardina en el Ministerio de Sanidad y Consumo, tiene competencia en la gestión directa de servicios sanitarios en una parte del ámbito territorial del país, donde no se ha transferido aún dicha competencia.

Han asumido la gestión de los servicios del INSALUD, las Comunidades Autónomas de:

- Cataluña, desde 1981, a través del Or-

ganismo Autónomo «Instituto Catalán de la Salud».

- Andalucía, desde 1984, integrada en el Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.).
- País Vasco, desde 1988, integrada en el Servicio Vasco de Salud (S.V.S.).
- Comunidad Valenciana, desde 1988, integrada en el Servicio Valenciano de Salud (ver figura 1).

Estas comunidades reciben globalmente su asignación presupuestaria que clasifican según sus necesidades; asimismo orientan y coordinan la atención sanitaria en su territorio a través de los institutos y servicios citados.

En este periodo de tiempo ha observado una evolución desde la lucha contra la enfermedad hasta el fomento de la salud, que significa una acción intersectorial o multisectorial (no sólo las profesiones médicas son las implicadas en la salud) y participación de las poblaciones en la promoción, cuidado y conservación de la salud.

Con las Comunidades Autónomas a las que no se ha transferido la gestión del INSALUD, hay suscritos diversos acuerdos que tienen por objeto la coordinación de actividades, en los que participan el Ministerio de Sanidad y Consumo, la comunidad interesada y el propio INSALUD.

LA FINANCIACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El esquema presupuestario diseñado para 1989, pretende poner las bases financieropresupuestarias para la construcción del Sis-

tema Nacional de Salud, y simplifica la trama de las fuentes de financiación.

Asimismo permite racionalizar la gestión de los servicios sanitarios, al unir las competencias de planificación con las de control económico, en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

De esta manera, se produce un modelo de financiación mixta, donde el presupuesto final viene constituido por las siguientes aportaciones (1):

- Del Estado: 70,1%.
- De cuotas de la Seguridad Social: 27,2%.
- Por servicios a terceros y otros: 2%.
- Del Estado para el desarrollo de Programas Nacionales: 0,7%.

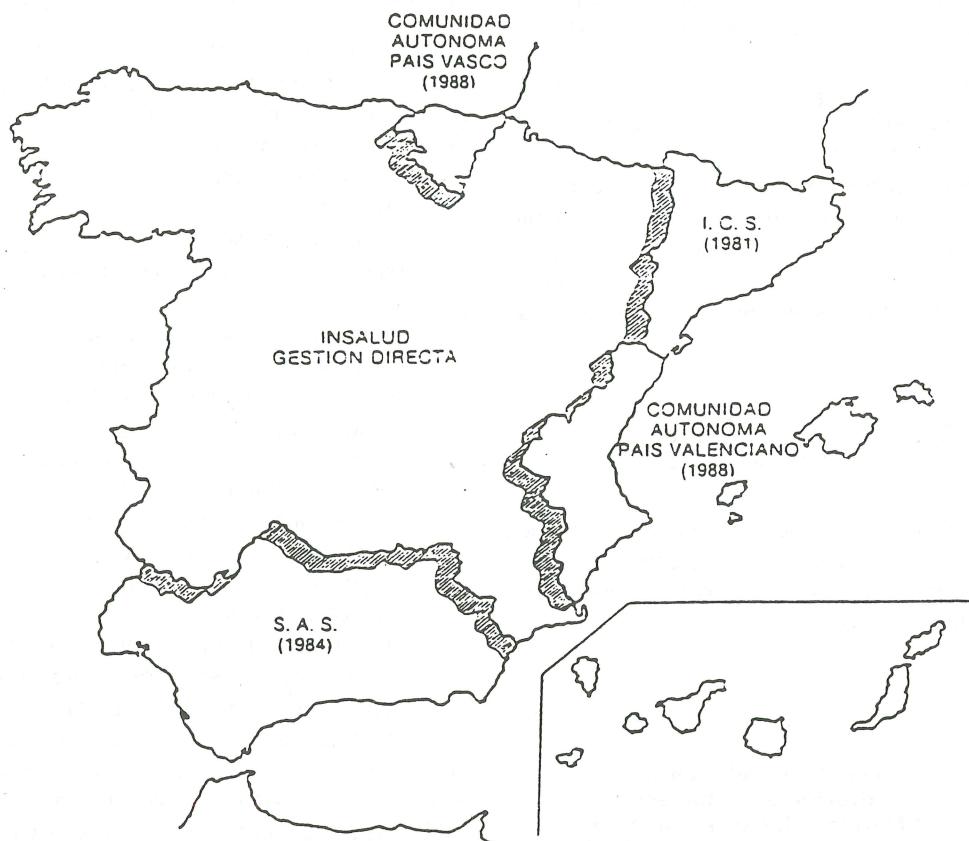
Del monto total a que asciende el presupuesto, se asigna, a cada Comunidad Autónoma con servicios transferidos, la parte que le corresponde, sin perjuicio de la competencia de la Administración Autonómica en la distribución de tal parte del presupuesto.

Por otro lado, adaptándose a los niveles asistenciales previstos en la Ley General de Sanidad: Atención Primaria y Asistencia Especializada, el presupuesto por programas incluye en el segundo de ellos a la asistencia especializada de cupo (actuales especialistas de ambulatorios) lo que facilitará la gestión, coordinada pero diferenciada, de los dos niveles.

Por último, el presupuesto para 1989 prevé dotación suficiente para extender la cobertura sanitaria a un millón de nuevos beneficiarios, actuación consecuente del objetivo de universalización de la asistencia, que vamos a comentar a continuación.

ASISTENCIA SANITARIA PUBLICA PARA TODA LA POBLACION

Este epígrafe sintetiza dos grandes objetivos de la reforma emprendida, uno se refiere a un modelo de atención a la salud que satisfaga debidamente las aspiraciones del co-

FIGURA 1**TRANSFERENCIAS DE SERVICIOS DEL INSALUD
A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS**

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.
«Anteproyecto de Presupuesto INSALUD, 1989. Datos y cifras».

Entre paréntesis figura el año de transferencia efectiva de los servicios.

lectivo y el otro a la extensión de esta asistencia a todos los ciudadanos. Los pasos dados en este sentido quedan resumidos en los puntos siguientes.

a) Universalización de la asistencia

Según datos de una encuesta encargada por la Secretaría General de Asistencia Sanitaria (2), en 1987, la población del país tenía en su mayoría cubierta la asistencia sanitaria a

través de la Seguridad Social en sus diversos régímenes (96,2%). Asimismo había un pequeño porcentaje de población (0,9%) que contaba con protección sanitaria de beneficiencia.

Sin embargo, no tenía ningún tipo de asistencia sanitaria pública un 2,9% de la población, de los que un 1,8% presentaba escasos recursos económicos, y un 1,1% poseía recursos suficientes.

El objetivo de universalización comprende, en este año, incluir en la asistencia sanitaria

de la Seguridad Social a las personas que carecen recursos económicos suficientes, estimadas en un millón de ciudadanos, a los que, a lo largo de 1989 se dotará de una tarjeta individual que acreditará su derecho.

La financiación del coste de esta inclusión, se hará por medio de transferencias del Estado.

El resto de la población, es decir, el 1,1% que no tiene cobertura de la Seguridad Social, pero cuenta con recursos económicos suficientes, continúa teniendo acceso, como en la actualidad, a los servicios sanitarios públicos, si bien sufragando directamente el gasto de la asistencia recibida, al no haberse dado prioridad a este colectivo en la extensión de la cobertura.

b) Características de la Asistencia Sanitaria Pública

La Ley General de Sanidad señala que las actuaciones de las Administraciones Sanitarias deben estar orientadas con respecto a cuatro fines básicos:

Recogiendo el mandato constitucional y asimismo, la filosofía y las orientaciones proporcionadas por la OMS, la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) es el instrumento normativo básico de rango superior, vigente en la actualidad.

- Promoción de la salud.
- Prevención de enfermedades.
- Asistencia ante la pérdida de salud.
- Recuperación y rehabilitación funcional.

Es decir, que la intervención ante los problemas de salud no se reduce a las medidas puramente curativas, sino que incluye la educación de la población en la protección y cui-

dado del propio estado físico y mental, la actuación anticipada sobre el medio y respecto a los principales factores de riesgo derivados de éste, la investigación para mejorar conocimientos y técnicas, la actividad sistémica con objetivos prefijados y evaluación periódica, etc.

Esto se viene implantando a través de unas medidas de organización de la asistencia, en los dos niveles que configuran la estructura del sistema sanitario público:

- Asistencia Primaria.
- Asistencia Especializada.

Estos dos niveles se producen en el ámbito de unas demarcaciones territoriales que comprenden:

- El **área de salud**: responsabilizada de la gestión unitaria de centros y servicios comprendidos en su demarcación y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Cada área de salud dispondrá de, al menos, un hospital general de referencia.
- La **zona de salud**: subdivisión de la anterior y marco territorial donde se desarrollan las actividades sanitarias integrales del primer nivel, por parte de los Equipos de Atención Primaria, ubicados en los Centros de Salud.

La división del territorio en áreas y zonas de salud, ateniéndose a criterios de proximidad, comunicaciones, homogeneidad, características de la población y problemas específicos, corresponde a las Comunidades Autónomas que elaboran los Mapas Sanitarios en su marco geográfico.

La necesaria coordinación entre niveles se articula a través de diversas medidas.

Por un lado se vinculan funcionalmente los Servicios de Instituciones Abiertas (especialistas de ambulatorios), al Servicio Jerarquizado de la Institución Cerrada (hospital) correspondiente. Esta medida, que ya venía siendo aplicada, se consolidará en este año con la separación de asignaciones presupuestarias correspondientes a cada nivel, ya comentada, incluyéndose en el segundo nivel la dotación correspondiente a la asistencia especializada extrahospitalaria.

Para la agilización y mejora de la atención especializada se dispone como mecanismo la cita previa, que puede hacerse directamente desde los Centros que atienden al primer nivel.

En lo que respecta específicamente a coordinación entre niveles, existe ya una norma que autoriza el desplazamiento de especialistas para prestar apoyo a la actuación del personal de Atención Primaria. Esta medida, que facilita la interrelación, colaboración e interconsulta, será potenciada tanto en las áreas y zonas donde ya se produce como en las que no ha sido posible hasta el momento.

Asimismo, con la entrada en vigor de lo que aún es un proyecto de Real Decreto, la gestión unificada del área sanitaria, permitirá una racionalización de la estructura de prestación de los servicios sanitarios y una mayor coordinación entre niveles.

Concretamente este proyecto especifica que son funciones de la Atención Especializada, además de la asistencia sanitaria, la colaboración con la Atención Primaria en las actividades encaminadas a la promoción de la salud, prevención y reinserción, a través de programas, formación continuada, interconsulta y protocolización de los procesos.

Respecto al primer nivel, el de Atención Primaria, sus características, la novedad de sus enfoques y la importancia que tiene su desarrollo, merece que se le dedique una consideración más detallada.

c) La Atención Primaria de Salud

La Conferencia de la OMS en Alma-Ata (1978) la definió como la «asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y auto-determinación».

En consecuencia podríamos decir, siguien-

do a H. Vuori, que los contenidos de la Atención Primaria de Salud pueden entenderse desde cuatro perspectivas diferentes:

1. Como un conjunto de actividades (educación sanitaria, abastecimiento de alimentos, control de aguas, salud ambiental, inmunizaciones, etc.).
2. Como un nivel asistencial (primer contacto de la población).
3. Como una estrategia (accesible, adecuada, integrada, con participación de la comunidad, económica, con colaboración intersectorial).
4. Como una filosofía (justicia social e igualdad, autorresponsabilidad, solidaridad internacional, concepto amplio de salud).

El objetivo de universalización comprende, en este año, incluir en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas que carecen de recursos económicos suficientes, estimadas en un millón de ciudadanos.

El punto de partida, en España, en la implantación de este modelo, fue el Real Decreto 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, que permitió llevar a cabo unas primeras realizaciones en el campo de la Atención Primaria, en tanto se aprobará la nueva legislación, en cumplimiento de las previsiones constitucionales.

A raíz de este Real Decreto comenzaron a crearse Equipos de Atención Primaria (E.A.P.), concebidos como equipos multiprofesionales (compuestos por médicos generales, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, asistentes sociales, administrativos, celadores), y que se caracterizan por una relación funcional de los diversos profesionales entre sí, con participación de todos en las actividades conjuntas, sin perjuicio de las específicas derivadas de su es-

pecialidad y nivel de responsabilidad, dirigidas a alcanzar objetivos compartidos.

La creación de estos equipos ha venido haciéndose paulatinamente, desde 1985, existiendo, a 31 de diciembre de 1987 (ver cuadro I), 320 E.A.P. funcionando en el territorio del país gestionado directamente por el INSALUD que atendían a un 29% de la población protegida por la Seguridad Social en ese ámbito (excluido el de las CC.AA. de Cataluña, Andalucía, País Vasco y País Valenciano).

Durante 1988 entraron en funcionamiento 84 nuevos E.A.P. con lo que la población atendida por estos equipos asciende al 37% de la total protegida.

En 1989 está prevista la puesta en marcha de nuevos E.A.P., con la dotación humana y material correspondiente, con lo que el porcentaje de población con este servicio se acercará al 50%.

Los E.A.P. se ubican en Centros de Salud, estructura física en la que desarrollan sus actividades de asistencia, promoción, prevención y rehabilitación de la salud, y asimismo las de investigación y organización precisas.

Un aspecto de primera importancia para el desarrollo de estas funciones es el trabajo a través de Programas de Salud. A partir de los problemas de salud detectados en cada zona, se propone una intervención integral planificada, que incluye: la detección precoz de enfermedades, la captación de grupos de riesgo, la educación sanitaria de los usuarios, la atención a las patologías que aparezcan y la derivación a otros niveles de atención.

Al tratarse de una actuación planificada, cada programa de salud fija unos objetivos, atribuye contenidos y tareas, y evalúa los resultados obtenidos.

Los Programas de Salud que se vienen rea-

CUADRO I**NUEVO MODELO DE ATENCION PRIMARIA**

Equipos de Atención Primaria y población cubierta por ellos, a 31 de diciembre de 1987

Comunidad Autónoma	E.A.P. Funcionantes	Población atendida por E.A.P.	% Sobre total población protegida
Aragón	16	383.792	32,26
Asturias	28	359.515	33,21
Baleares	8	176.273	26,60
Canarias	21	439.350	31,73
Cantabria	11	142.518	29,28
Castilla-La Mancha	41	710.870	44,07
Castilla-León	72	1.349.416	53,63
Extremadura	27	96.668	9,12
Galicia	13	237.233	8,94
La Rioja	3	131.409	51,51
Madrid	45	1.030.483	22,32
Murcia	15	341.684	34,92
Navarra	19	195.133	38
Ceuta	—	—	—
Melilla	1	8.177	21,51
Total	320	5.602.521	29,34

Fuente: INSALUD. Actividades en Atención Primaria, 1987.
(Memoria Funcional). Elaboración propia.



lizando, según las necesidades de la población de las zonas básicas y dependiendo del grado de consolidación de los equipos y de su tiempo de implantación, se agrupan en los siguientes apartados:

- Niño (lactante, preescolar, salud escolar...).
- Mujer (embarazo, planificación familiar, diagnóstico precoz del cáncer).
- Adulto (diabetes, obesidad, hipertensión arterial, bronquitis crónica, tabaquismo...).
- Anciano.
- Medio Ambiente.

De forma simultánea a la implantación de este nuevo modelo, se vienen efectuando una serie de actividades de apoyo dirigidas a mejorar la asistencia tradicional que se venía prestando, unas específicas y otras comunes al nuevo modelo.

Entre éstas cabe destacar la recogida periférica de muestras clínicas, cuya finalidad es descongestionar los Servicios de Laboratorio

de los ambulatorios y ahorrar a los usuarios desplazamientos. Asimismo, la rehabilitación en Atención Primaria, el desplazamiento de la asistencia médica especializada y el sistema de citación previa a las consultas, que facilita el acceso del usuario y la desmasificación de aquélla.

Son también de apoyo a la Atención Primaria las Unidades Básicas de Orientación Familiar, las Unidades de Salud Mental, las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica y los Centros de Orientación Familiar, que en número considerable vienen funcionando.

LA PARTICIPACION

La Ley General de Sanidad, considera de una forma importante y en varios puntos de su articulado, el papel a desempeñar por los ciudadanos, en los asuntos relacionados con la utilización, organización, orientación y control de los servicios sanitarios públicos.

En este último sentido, define como órganos colegiados de participación comunitaria, a los Consejos de Salud del Área, cuya composición incluye a representantes de las corporaciones locales, sindicatos, etc., junto con la administración sanitaria.

En un nivel aún más inmediato a la población, se pueden constituir también los Consejos de Salud de Zona Básica de Salud, cuya regulación corresponde a las Comunidades Autónomas, que señalan su composición (representantes de asociaciones de usuarios, vecinos, padres..., autoridades locales, otros servicios públicos presentes en la zona, etc.), y sus funciones, encaminadas fundamentalmente a adecuar las actuaciones de salud en la zona, a las peculiaridades de la misma.

Es decir, que la intervención ante los problemas de salud no se reduce a las medidas puramente curativas, sino que incluye la educación de la población en la protección y cuidado del propio estado físico y mental, la actuación anticipada sobre el medio y respecto a los principales factores de riesgo derivados de éste, la investigación para mejorar conocimientos y técnicas, la actividad sistemática con objetivos prefijados y evaluación periódica, etc.

En diciembre de 1987, había al menos 77 Consejos de Salud funcionando en Zonas con Equipo de Atención Primaria que ya habían alcanzado cierto nivel de consolidación, y un número similar de E.A.P. había realizado ya los contactos iniciales para su constitución (ver cuadro II).

No obstante, la participación posible no se agota en la utilización de los cauces previstos. Va más allá, haciendo que todos, profesionales de la salud, profesionales de otros

CUADRO II

CONSEJOS DE SALUD CONSTITUIDOS EN ZONAS DE SALUD

ARAGON	1
Zaragoza	1
ASTURIAS	2
CASTILLA-LA MANCHA	18
Ciudad Real	4
Guadalajara	8
Toledo	6
CASTILLA-LA MANCHA	38
Burgos	3
León	7
Palencia	4
Salamanca	3
Segovia	2
Soria	7
Valladolid	10
Zamora	2
EXTREMADURA	1
Badajoz	1
MADRID	6
NAVARRA	10
TOTAL	76

Fuente: INSALUD. Memorias de Centros de Salud, 1987.
Elaboración propia.

campos del Bienestar Social, responsables políticos, gente de a pie, nos empeñemos en que esa definición con que abrimos este artículo no sea sólo un propósito que, por demasiado perfecto consideremos inalcanzable, desentendiéndonos de él, sino que nos comprometamos en hacerlo realidad, cada uno en nuestro campo.

NOTAS

(1) Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. «Anteproyecto de Presupuesto del INSALUD, 1989. Datos y cifras». Madrid, 1988 (elaboración propia).

(2) Op. cit.



PLANIFICACION

M.ª Isabel Hernández Losana

Diplomada en Trabajo Social. Técnico del Servicio Andaluz de Salud

TRABAJO SOCIAL Y PLANIFICACION SANITARIA

Así, pues, relacionar la salud con la cultura supone admitir la existencia de diferentes formas de afrontar cada una de las situaciones con las que una persona tiene que enfrentarse, según su ambiente de origen.

Cuando reflexionamos sobre la realidad socio-sanitaria y tratamos de situarnos ante ella desde una perspectiva integrada no podemos eludir la necesidad de una planificación que vaya más allá de los esquemas tradicionales.

El trabajo social, como disciplina, lleva varias décadas presente en la atención directa de la salud; no obstante, hasta hoy no ha rebasado este estadio, siendo ya imprescindible que se incorpore a las tareas planificadoras, gestoras y evaluadoras, pues de lo contrario, ni la acción alcanzará nunca entidad suficiente para cambiar la compleja realidad que afronta, ni los resultados se corresponderán con el esfuerzo desplegado.

Hay situaciones que si no se abordan desde la raíz misma de las estructuras es inútil tratar de paliarlas en etapas posteriores.

Es en la planificación donde

debe considerarse la multitud de variables que intervienen en la salud, para poder tratarlas adecuadamente en la gestión de planes y programas que nos acerquen al logro de las metas propuestas por los Organismos Internacionales.

Los avances tecnológicos y el progreso en materia de salud no han estado casi nunca acompañados de la preocupación por la perspectiva psicosocial, que toda actividad dirigida al ser humano debe entrañar.

En la actualidad, los planificadores, los gestores y, en general, cualquiera de los profesionales que integran el mundo sanitario, consideran de gran importancia los múltiples factores de índole ambiental, psicológico y social que intervienen en la conservación o la pérdida de la salud de las personas.

El hombre, en la medida que se relaciona con su entor-

no, se encuentra condicionado por el influjo que éste le transmite. La relación que se establece entre ambos tiene una gran trascendencia y, cualquier desequilibrio producido en el orden físico, psíquico o ecológico, implica graves consecuencias para el desarrollo humano. Al examinar el ecosistema humano en

cimientos, creencias y sentimientos, es decir, a través de sus propios patrones culturales. El proceso por el que se adquieren y desarrollan estos conceptos y valores —socialización o aculturación— se lleva a cabo a través de los grupos transmisores constituidos por las unidades elementales de convivencia social,

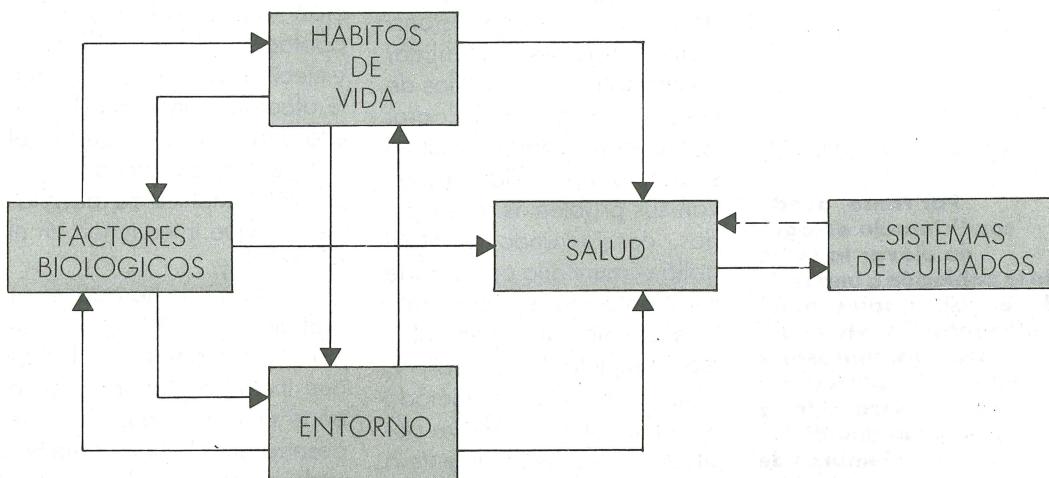


Fig. 1: Determinantes de la Salud

la civilización industrial contemporánea, se comprueba que, en términos ecológicos, existen alteraciones que tienden a romper irreversiblemente su tendencia espontánea al equilibrio: la destrucción progresiva de la fauna y la flora, la contaminación, etc. El papel del medio es pues clave ya que al sufrir modificaciones, induce a los seres vivos respuestas fisiológicas nuevas que configuran los estados vitales de salud o enfermedad.

Cada individuo interpreta los acontecimientos del medio que le rodea según sus cono-

como pueden ser: la familia, la escuela, los grupos de relación, etc.

Parte importante de estas pautas de conducta social es la relativa al valor de la salud y a la actitud de cada persona ante la enfermedad, el dolor o la muerte.

Así, pues, relacionar la salud con la cultura supone admitir la existencia de diferentes formas de afrontar cada una de las situaciones con las que una persona tiene que enfrentarse, según su ambiente de origen.

Cada grupo y cada miem-

bro de ese colectivo, con el que un individuo toma contacto, es al mismo tiempo actor y parte, receptor y transmisor de los valores socioculturales del mismo.

Teniendo en cuenta la influencia socio-cultural y las características psicosociológicas de cada grupo o sector de población, tal como afirma Ander Egg, "...para lograr el desarrollo es necesario transformar hábitos, modificar comportamientos y estilos de vida... (y asimismo)... lograr que las comunidades impulsen su propio desarrollo y resuelvan sus problemas más agudos, considerando el desarrollo comunitario como parte integrante de un concepto más amplio, más general y más completo de desarrollo y, entendiéndolo como método y técnica que contribuya positiva, real y efectivamente a un proceso de desarrollo integral y armónico...".

Por tanto, queda condicionado el logro de elevar la salud de la población a una serie de requisitos, tales como, alimentación, vivienda, trabajo, ingresos y educación adecuadas, para todos y cada uno de los miembros de esa población, sin lo cual no podrá haber salud ni desarrollo económico y social.

Si aceptamos la premisa que las personas, con su propio esfuerzo, descubren sus necesidades y recursos, y tienen una base concreta para buscar soluciones a sus problemas: ¿cómo coordinar la estrategia política en los niveles centrales, autonómicos, provinciales, comarcales y municipales para que, estas estrategias de desarrollo y progreso, tengan en cuenta las características específicas de cada comunidad, sobre la que actúan y, a su vez, ésta se integre y participe en todo el proceso?

Aunque se afirme que el de-

sarrollo es algo que afecta a la comunidad entera, de ordinario, se planifica de modo tal que parece suficiente la decisión de la autoridad y contar con los medios de financiación necesarios para llevar a cabo las actividades.

Habrá, por tanto, que, a través de la organización y educación de las colectividades, promover la participación consciente de la población en la planificación y ejecución de programas que le afectan, consiguiendo con ello una actitud favorable al progreso que permita la integración armónica de todas las fuerzas que intervienen en el desarrollo.

Resulta evidente que, si se pretende elevar el nivel de salud de las personas, habrá que incidir de modo positivo en el medio en que éstas se desenvuelven y habrá que hacerlo a través de dos vías imprescindibles para alcanzar dicha meta:

- La educación de la población para la salud.
- La participación de los miembros de esa población en este proceso.

Otra cuestión fundamental en el análisis social de los conceptos de salud y enfermedad es la relación existente entre los sistemas económico y sanitario de cualquier país.

El valor de la salud como actividad económica no puede definirse en términos absolutos de gasto versus inversión. El nivel de salud de una población contribuye al desarrollo económico y social de la misma y viceversa, enten-

diendo como desarrollo la movilización de recursos para conseguir el máximo bienestar en un proceso en el que programen y ejecuten las medidas necesarias para lograrlo entre todos y para todos.

Es un fenómeno conocido que, aquellos grupos de población menos favorecidos económicamente, de menor nivel cultural y geográficamente más aislados, son además los que más dificultades encuentran para acceder a los servicios sanitarios. Si a ésto se le añade la insuficiencia en la inversión socio-sanitaria y la inadecuada utilización de

los recursos existentes, es fácil concluir en que, individuos, grupos y sectores de población económicamente débiles, serán al mismo tiempo los que tengan un nivel inferior de salud.

Por tanto, queda condicionado el logro de elevar la salud de la población a una serie de requisitos, tales como, alimentación, vivienda, trabajo, ingresos y educación adecuadas, para todos y cada uno de los miembros de esa población, sin lo cual no podrá haber salud ni desarrollo económico y social. (V. fig. 2).

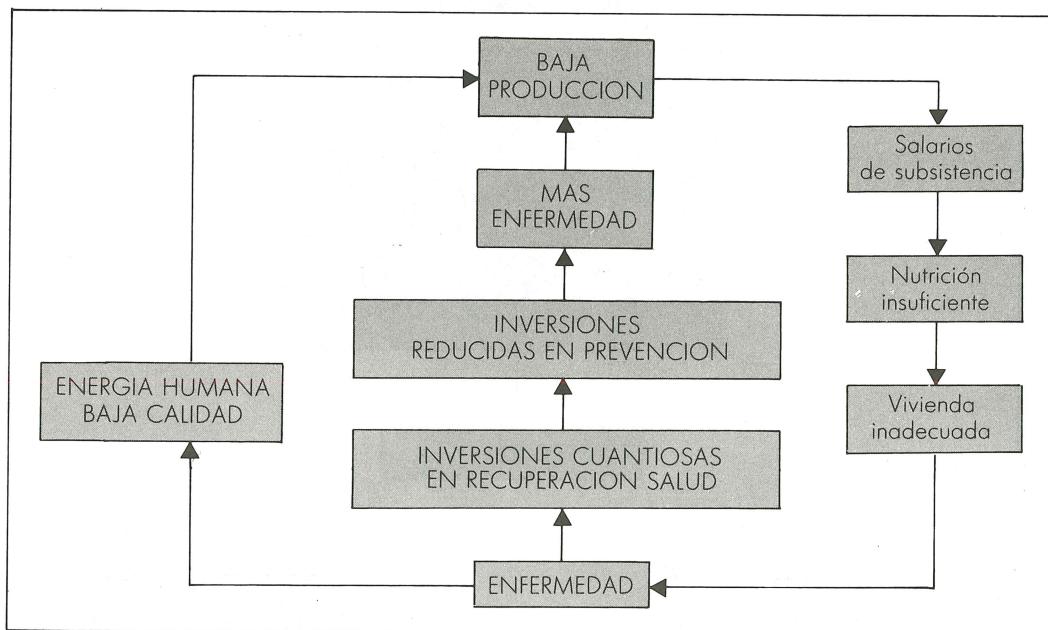


Fig. 2: Ciclo económico de la enfermedad.

Puesto que el sistema sanitario sólo puede abordar un sector de las necesidades que la población tiene, la única vía para asegurar el cumplimiento de todos los requisitos de tipo social, económico y

ambiental, es la colaboración intersectorial.

Es por ello que las estrategias sanitarias, económicas y sociales deben tener como base idénticos principios de:

- Universalidad

- Equidad
- Eficacia y eficiencia
- Cada uno de los estamentos profesionales a los que se

les ha encomendado la tarea de transformar parcelas de la sociedad, tales como la salud, la educación, la econo-

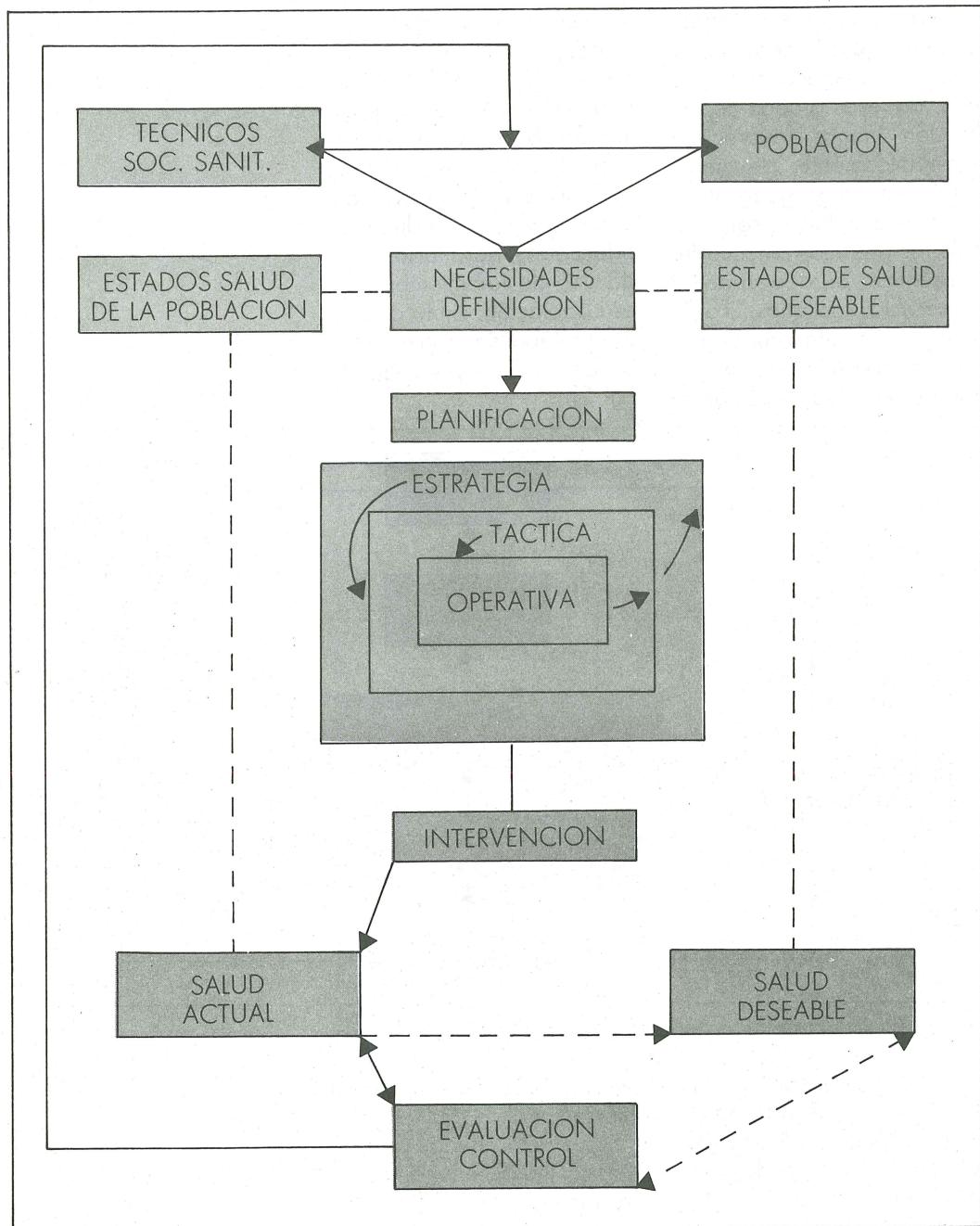


Fig. 3: Elementos de una planificación integral.

mía, etc., analiza y describe desde su propia perspectiva cada uno de los sectores de la realidad.

Es en el ámbito sanitario donde la sociedad, cada vez con más insistencia, reclama del profesional que, además de evitarle la enfermedad y el dolor, le ofrezca fórmulas válidas para su más completo bienestar. Si para evitar o paliar la enfermedad existen y pueden ponerse en práctica determinadas pautas de comportamiento, para conseguir una sociedad plenamente desarrollada habría que modificar su medio ambiental tornándolo más humano.

De ahí, la necesidad que la salud sea una responsabilidad conjunta, no sólo de distintos colectivos profesionales, sino de la totalidad de los miembros de dicha sociedad, implicándola a través de la participación en todo el proceso de planificación.

En este despliegue de protagonistas en el escenario de la salud, entendida ésta como derecho y como condición "sine que non" para el logro del bienestar social, se hace necesario, renovar enfoques y puntos de vista de los técnicos que contribuyan a ampliar el espectro parcelista y medicalizado que, hasta hoy, venía siendo la tónica de la atención sanitaria.

Sin relegar el trabajo en campos concretos como la atención primaria o especializada, que tienen ya reconocida su propia naturaleza y en los que aún nos queda mucho por avanzar, los técnicos en

trabajo social, tenemos la obligación de abordar metodologías y aportaciones en el terreno de la planificación y gestión, que sirvan de cauce a la expresión de la realidad que nos rodea, de esta realidad que hemos constatado a lo largo de nuestra experiencia profesional; y, lo que es aún más importante, debemos buscar la forma para que esa expresión pueda traducirse en conocimientos válidos para la acción.

BIBLIOGRAFIA

- Mirdal Gunnar: "Solidaridad o desintegración".
- Staley, Eugene: "El futuro del desarrollo".
- Raynald Pineault, Carole Daveluy: "La planificación sanitaria".
- Ander Egg: "Metodología y práctica del desarrollo comunitario".
- EDIS: "La Sanidad desde la perspectiva del usuario y la persona enferma".
- Josep A. Rodríguez: "Análisis sociológico de la estructura y dinámica del sector sanitario español".
- Rodney M. Coe: "Sociología de la Medicina".
- Epifanio Palermo: "Salud, enfermedad y estructura social".
- Carlos Nicolás: "El derecho a la salud".
- M.ª Angeles Durán: "Desigualdad social y enfermedad".
- Kenny, M. de Miguel: "La Antropología médica en España".

En este despliegue de protagonistas en el escenario de la salud, entendida ésta como derecho y como condición "sine que non" para el logro del bienestar social, se hace necesario, renovar enfoques y puntos de vista de los técnicos que contribuyan a ampliar el espectro parcelista y medicalizado que, hasta hoy, venía siendo la tónica de la atención sanitaria.

ATENCION PRIMARIA

Azucena Martínez Acebal. Asesora Técnica de Trabajo Social en la Dirección Provincial del INSALUD de Asturias. Coordinadora del Trabajo.

“EL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD”

Introducción

Para desarrollar una atención integral, el equipo de Atención Primaria ha de conocer los factores sociales que inciden en la Salud del individuo, grupo y Comunidad de la zona básica.

Solamente, partiendo de esta valoración conjunta entre lo social y lo estrictamente biológico, podemos establecer criterios válidos para la prevención, asistencia y promoción de la Salud y para la reinserción social de los pacientes.

Según esto, es necesario cambiar la organización del Trabajo para alcanzar objetivos reales de calidad de vida.

Por tanto no es ninguna ingenuidad utópica, pedir que se cuestionen las orientaciones que no vayan encaminadas en ese sentido y que están aferradas a un saber parcial, destinado solo a una “intervención técnica” de problemas planteados con “lenguaje técnico”, sino que, superando esa perspectiva en la que se puede caer, se universalice en una perspectiva de conjunto y en la que el ciudadano tenga una participación activa respecto a su salud.

Las medidas preventivas son clave en el descenso de la morbi-mortalidad de la po-

blación, lo que supone promover nuevos hábitos de vida.

Por tanto, si ante una situación o problemas ha de valorarse, además del cuadro clínico, el entorno social de la persona es obvio que el Trabajador Social debe estar integrado en los equipos de Atención Primaria, ya que sus objetivos generales del Centro de Salud del que forma parte y sus técnicas se utilizan para entender la influencia de la economía y de los factores sociales en la prevención de la enfermedad y fomento de la Salud.



Niveles de intervención del Trabajo Social en Salud

T. Social en Salud	Atención individual
	Trabajo en equipo
	Trabajo comunitario

ATENCION INDIVIDUALIZADA

El Trabajo Social individual atiende las problemáticas sociales, derivadas por otros miembros del E.A.P., por personas ajenas al Centro de Salud, por otros profesionales e instituciones o por iniciativa propia de la persona. Esta debe estar enmarcada dentro del ámbito familiar, lo que nos dará una visión más global de la problemática planteada y nos permitirá captar las familias de riesgo en la zona, entendiendo por tales las que por sus condiciones de vida, su nivel cultural y su entorno, son más vulnerables a generar problemas socio-sanitarios como alcoholismo, drogodependencias, problemas psíquicos, enfermedades crónicas o aquellas que empiezan a presentar síntomas que indican un posible deterioro si no se interviene rápidamente.

Para ello se ha elaborado un protocolo de derivaciones especificando las problemáticas que trata el Trabajador Social, por áreas de necesidad o grupos de población, o factores sociales que influyen en la Salud.

Los E.E.A.P. partiendo del diagnóstico de salud de la zona, priorizará los programas y protocolos a elaborar, incluyendo en ellos como función más importante la educación para la salud.

La intervención profesional del T. Social estará encaminada a la modificación de aquellos factores sociales que inciden negativamente en el problema diagnosticado. Para ello deberán coordinarse todos los miembros del E.A.P. de forma permanente y continuada.

Dentro de la información, orientación y educación para la Salud, el T. Social, la realizará a tres niveles:

- A nivel preventivo, interviniendo en situaciones susceptibles de generar factores de riesgo.
- A nivel asistencial, junto con el resto del equipo, y en Atención continuada a las familias de riesgo para intervenir bien en factores socio-sanitarios o por otros factores ambientales condicionantes de la Salud.

— Contribuyendo a la rehabilitación y reinserción social del paciente conjuntamente con las Instituciones pertinentes; defendiendo en lo posible la desinstitucionalización y dependencia después de valorar, si está o no garantizado el apoyo familiar. Aportando el informe socio-familiar que pueda contribuir al abordaje integral, correcto y oportuno de un determinado problema de salud.

TRABAJO EN EQUIPO

La modificación de estructura funcional (Reforma Sanitaria) en el nivel de Atención Primaria y el aumento de su dotación de recursos humanos, materiales o ambos, debe de ir inexcusablemente acompañada de un verdadero Trabajo en Equipo. En caso contrario, al logro de resultados satisfactorios, no irá en la misma proporción que el aumento de estos recursos.

Esta forma de trabajo es la única que puede garantizar la integralidad de la práctica asistencial.

El equipo es un conjunto estructurado de personas que interactúan, en íntima relación con su medio, que tiene como objetivo acciones comunes de valor social.

La integración del equipo está en razón directa tanto de los objetivos generales del Centro de Salud como de los particulares de los profesionales que lo forman.

El trabajo en equipo requiere que cada miembro del mismo, tenga conciencia del objetivo común y de cuáles son en relación con dicho objetivo, sus propias funciones y la de sus compañeros. Va más allá de una ordenación jerarquizada de funciones y actividades.

Este método de trabajo es una premisa fundamental en Atención Primaria de Salud, del que ha de partir toda la actividad tanto a nivel individual, de programas de salud, intervención comunitaria, en la prevención e investigación.

a) Ha de servir para rescatar la integralidad del paciente con sus factores emociona-

les, de personalidad, ambientales y sociales.

b) Mantener un vínculo permanente con el paciente en su contexto social.

c) Favorecer una adecuada relación paciente-institución sanitaria potenciando la responsabilidad mutua.

d) Abordaje satisfactorio de las modificaciones del cuadro de salud en el que aparecen cada día con mayor peso las enfermedades crónicas y su relación con el medio.

e) Abordar un nuevo campo de trabajo, vinculado a la zona básica de salud (Comunidad) con la familia, escuela, medio laboral, ...donde han de promoverse acciones de prevención, curación y rehabilitación, individual y colectivamente.

Función del Trabajador Social en el Equipo de Salud

Aquellos que consideren que la intervención de este profesional ha de realizarse al margen del equipo y a demanda de éste para acciones puntuales dividiendo el problema en médico, psíquico y social y que "desde fuera" aunque en estrecha relación y coordinación con los servicios sanitarios, podrán modificarse actitudes y realidades de una determinada mal práxis sanitaria de tan "rancio abolengo" no tienen en cuenta o no conocen la realidad ambulatoria. Dicha actitud permite el mantenimiento de divisiones peligrosas y artificiales.

Asimismo el riesgo de que el personal sanitario siga haciendo atención biológica, y que de vez en cuando deriven a los Servicios Sociales los casos de **deshacucio social**, sólo se evitará trabajando dentro de los equipos junto con los demás profesionales, eliminando así la posibilidad de que se nos considere una especialidad más a la que derivar o consumir o como el elemento extraño que "desde fuera" viene a decirles qué deben hacer o tener en cuenta.

La experiencia recogida en los últimos treinta años ha permitido comprobar claramente que la mera aplicación de las técnicas sani-

tarias no es suficiente para solucionar los problemas de salud, y esto no solo en España sino en todos los países del mundo.

A modo de ejemplo pasamos a describir algunas funciones básicas del Trabajo Social en el equipo, independientemente de los aspectos propios del Trabajo Social, y que son imprescindibles si se pretende seriamente introducir este Modelo de Trabajo:

1. Acerca la realidad social a los demás profesionales del equipo sanitario.

2. Favorecer que los equipos puedan incorporar una escucha y preocupación social en vez de la exclusiva o fundamentalmente biologista.

3. Servir de puente entre las realidades y los Servicios Sanitarios y Sociales.

4. Favorecer la modificación de determinadas conductas en relación asistencial (Educación Sanitaria) tanto por parte de los pacientes como de los profesionales y Servicios Sanitarios.

Realidad actual de los E.A.P.

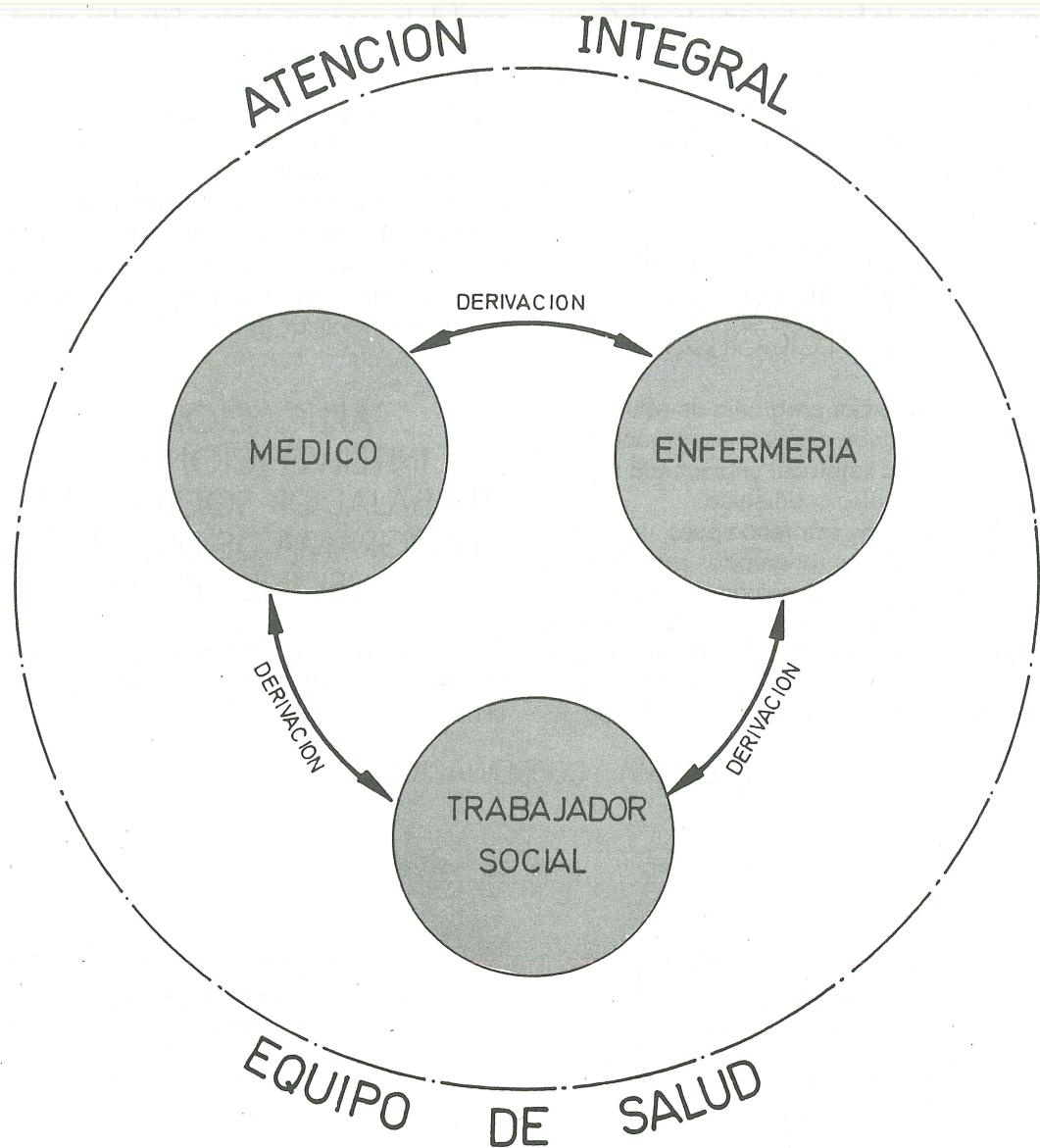
Partiendo del análisis de la realidad actual del trabajo en equipo en los Centros de Salud, somos conscientes de que se requiere un proceso lento de configuración de este marco o forma de trabajo.

En la actualidad no podemos decir que se trabaja en equipo, sino que se hacen intentos de realizarlo. Por tanto es un reto a conseguir.

Hay que tener en cuenta que a la hora de trabajar, hay una serie de obstáculos que influyen negativamente en la consecución de sus objetivos:

a) Estamos acostumbrados a trabajar a nivel individual y supone mucho esfuerzo el ir adaptándose cada profesional a los objetivos de un trabajo coordinado y de actuación interdisciplinario de la Atención Primaria, lo cual sólo se consigue estando "integrados" en un equipo;

b) Al incorporarse objetivos nuevos en la Atención Primaria, como es la promoción y prevención de la salud, así como la adapta-



ción de la práctica a la realidad, nos encontramos con nuevas carencias de **formación continua de equipo**, básica para la configuración y la organización del trabajo.

EL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO EN SALUD

La Reforma Sanitaria implica un acercamiento del Sistema de Salud a la Comunidad,

y una participación real de la población en los programas de Salud.

"La confianza en el propio esfuerzo y la conciencia social son factores clave en el progreso humano" (Ginebra 1978).

El Trabajo Social del Equipo de Salud ha de encontrar aquéllos canales de comunicación más idóneos, dadas las características de la zona, entre la población y el equipo.

Captar aquellas asociaciones o servicios

que inciden de forma importante a la Comunidad y promover la organización de ésta cara a la Salud, estableciendo contactos periódicos con los distintos colectivos para recoger las iniciativas que planteen sobre temas sociosanitarios.

ELABORACION DE PROGRAMAS Y PROTOCOLOS

Entendemos por programa de salud aquél trabajo que debe ejecutar una organización sanitaria para satisfacer una necesidad o resolver un problema de salud.

Un programa comprende pues, un conjunto de actividades, orientadas por objetivos bien definidos, con indicadores que sirvan para la evaluación de la eficacia del mismo.

Todo programa debe de estar incluido en un plan. Es por ello que los programas de salud deben estar insertos dentro del plan ge-

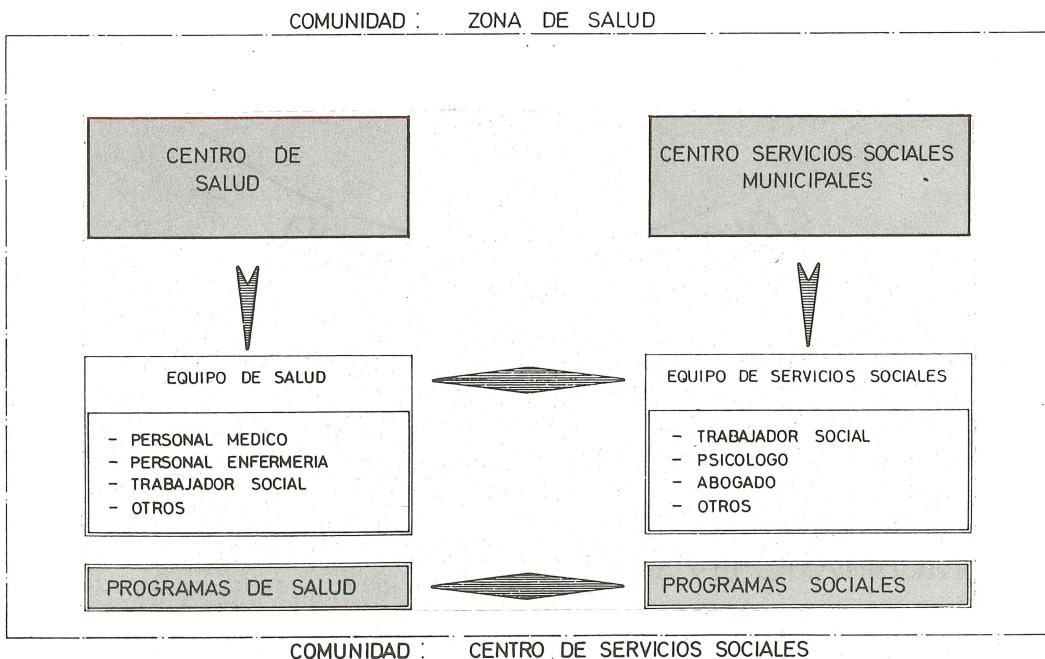
neral de la zona que abarca. Este plan estará realizado conjuntamente por los Organismos que actúan e intervienen en dicha zona.

El Trabajador Social del Equipo de Atención Primaria, intervendrá en la elaboración y elocución de los programas y protocolos, que sean realizados por el equipo, al introducir los factores sociales que inciden en la salud de la población, además de potenciar la participación de la Comunidad en las actividades a realizar (gráfico II).

APLICACION: INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA DE DIABETES, NIVEL INDIVIDUAL

La diabetes es una enfermedad crónica que puede originar problemas económicos, sociales, psicológicos:

ESQUEMA COORDINACION



- Aumento de la presión de gastos sobre la economía familiar debido a la dieta, medicación, autocontroles, etc.
- Incapacidad para adaptarse a nuevos hábitos de dieta, ejercicio, etc.
- Pérdida de horas de trabajo, I.L.T., jubilación anticipada, etc.
- Problemas en la escolaridad, ausencias, medicación, etc.
- Repercusiones negativas en el desarrollo psicosocial del paciente: cambios en la dinámica familiar, etc.

En caso de encontrarnos con situaciones sociales negativas irreversibles, el conocimiento de éstas será un indicador básico a tener en cuenta para el tratamiento individual, grupal y seguimiento.

3. Si en la primera entrevista no se detecta problema, el trabajador social finaliza su intervención individual con este paciente.

4. Cuando el médico y enfermera que están haciendo el seguimiento del paciente según protocolo, detecten modificación en la situación individual derivarán nuevamente al trabajador social.

Método de actuación:

Frente a estos desajustes que la enfermedad puede producir, se intervendrá:

1. Diagnosticando al paciente como diabético se derivará al trabajador social para completar su historia con los aspectos sociales que han quedado establecidos en la Hoja de Valoración del Adulto. El momento de la derivación será establecido por cada equipo atendiendo a sus posibilidades y organización.

El riesgo de que el personal sanitario siga haciendo atención biológica, y que de vez en cuando deriven a los Servicios Sociales los casos de deshacimiento social, sólo se evitará trabajando dentro de los equipos junto con los demás profesionales, eliminando así la posibilidad de que se nos considere una especialidad más a la que derivar o consumir o como el elemento extraño que "desde fuera" viene a decirles qué deben hacer o tener en cuenta.

La intervención profesional del T. Social estará encaminada a la modificación de aquellos factores sociales que inciden negativamente en el problema diagnosticado. Para ello deberán coordinarse todos los miembros del E.A.P. de forma permanente y continuada.

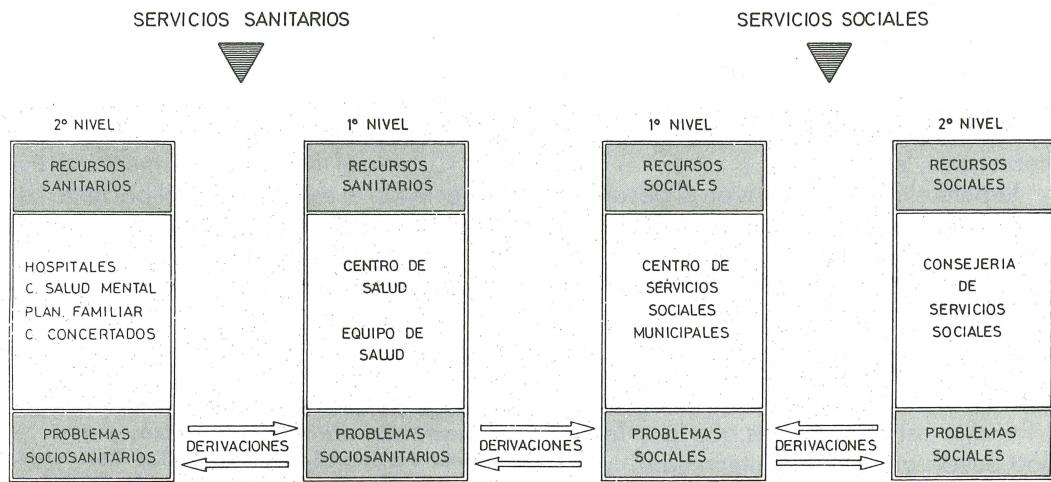
La información que se obtiene en esta primera entrevista, junto con la sanitaria, será objeto de posterior análisis por parte de los tres profesionales que intervendrán, médico-enfermera-trabajador social, para instaurar tratamiento, incluir en programa...

2. Si en esta primera entrevista se detecta problema social que dificulte el tratamiento, se trabajará para modificar en la medida de lo posible estos condicionantes negativos para alcanzar los objetivos del Programa.

Problemáticas a derivar al trabajador social

- Problema económico.
- Problema laboral (ambiente de trabajo inadecuado, proceso de invalidez, pérdida de trabajo, jubilación anticipada...).
- Problemas escolares derivados de la enfermedad.
- Muerte de familiares cercanos, por su repercusión en la modificación de la dinámica familiar y de las cargas tanto económica como personales.
- Problemas de pareja y/o con los hijos.
- Problemas con la justicia.
- Necesidad de conocer recursos sanitarios o sociales aplicables a situación.
- Fracasos continuos en el tratamiento por causas desconocidas, para nueva valoración socio-familiar.

AREA SANITARIA - COMARCAL DE SERVICIOS SOCIALES



Se trabajará con el individuo-familia aplicando las técnicas de la entrevista individual, visita domiciliaria, visita a los Centros donde el paciente desarrolla su actividad (escuela, trabajo, etc.).

Hecho el estudio de los factores socio-familiares, junto con los sanitarios, se hará un diagnóstico socio-sanitario y se propondrán las pautas de actuación y seguimiento tanto en el área sanitaria como en el familiar, escolar, social... Es necesaria una perfecta coordinación con el médico y enfermera para la aplicación del Programa, el seguimiento y la evaluación del mismo.

Actividades de apoyo

Paralelamente a las actividades de orden interno que desarrollan los profesionales socio-sanitarios, se trabajará en la comunidad para:

- Promover el asociacionismo y las actividades colectivas, estableciendo colaboración con Asociación de Diabéticos, Asociación de Amas de Casa...
- Evaluar los recursos existentes para actividades deportivas, potenciando el ejercicio físico y combatiendo el sedentarismo. Favorecer proponiendo a los Organismos compe-

tentes la creación de centros para la práctica de dichas actividades.

- Con el objetivo de hacer más atractiva y variada la dieta, se facilitará la realización y accesos a cursos específicos de cocina.

PROTOCOLO DE VISITA A DOMICILIO

- Criterios de derivación a Trabajador Social:
 - Necesidad de conocer situación socio-familiar para completar o establecer diagnóstico clínico y aplicar tratamiento.
 - Minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales.
 - Cuando presenta una falta de autonomía personal.
 - Cuando se detecta o exponga como demanda social:
 - Ingreso en Residencia de Tercera Edad.
 - Necesidad de Ayuda a domicilio.
 - Solicitud de prestaciones (ortopédicas, prótesis, etc.).
 - Carencia de ingresos económicos o si estos son insuficientes.

- Problemas familiares (falta de cuidados, rechazo hacia el anciano...).
- Enfermos crónicos: valoración para ingreso en hospitales de media y larga institución.
- Enfermos terminales.

Intervención del trabajador social en la visita domiciliaria

- Objetivo general: estaría enmarcado en el elaborado por el equipo de Atención Primaria.
- Objetivos específicos:
 - Conocer la problemática socio-familiar que se deriva de la enfermedad o que la genera.
 - Procurar modificar la situación planteada, actuando en el entorno del individuo, fomentando la ayuda mutua.
- Actuaciones del Trabajador Social:
 - Entrevista con el anciano y familia o persona responsable.
 - Informe social (valoración de la situación), dirigida al equipo clínico. Dicho informe quedará incluido en la historia clínica del paciente.
 - Seguimiento de la situación cuando proceda.

mandas y necesidades de la población a través de sus representantes.

- Participar en las actividades concretas de los distintos programas de salud.
- Potenciar la protección de los derechos y deberes de los usuarios.
- Proponer soluciones mancomunadas a los problemas de salubridad de la zona.
- Promover la participación de la comunidad en las actividades dirigidas a la promoción y protección de la salud y la educación para su autocuidado.

Todo programa debe de estar incluido en un plan. Es por ello que los programas de salud deben estar insertos dentro del plan general de la zona que abarca. Este plan estará realizado conjuntamente por los organismos que actúan e intervienen en dicha zona.

LA COORDINACION EN LA ZONA DE SALUD

El Trabajador Social del E.A.P. potenciará la coordinación del mismo con las distintas instituciones para la realización de planes conjuntos y además debe de estar informado de todos los programas específicos de otros organismos que inciden en la zona.

Con el fin de establecer la dinámica de trabajo necesaria, creemos que deben de planificarse reuniones periódicas con los distintos técnicos de trabajo social existentes en la zona, que aborden desde distintos Equipos (Educación, Servicios Sociales, Salud, Justicia, etc.), a fin de coordinar las distintas actividades comunitarias e informar a los equipos respectivos de los planteamientos, necesidades sentidas, etc.

También para elaborar protocolos de derivación recíproca con criterios que agilicen y hagan posible una mayor fluidez del trabajo social desde los distintos servicios dirigidos a la población.

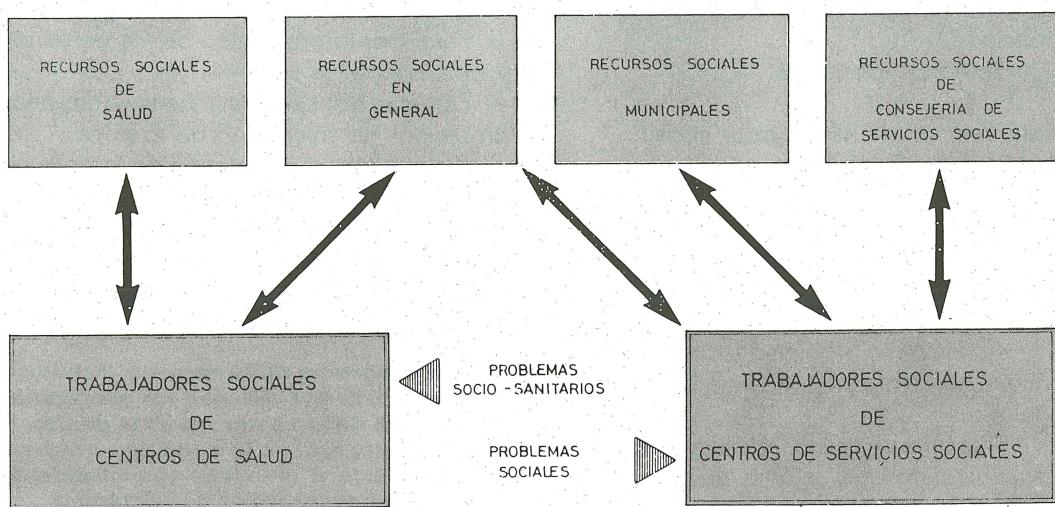
EL CONSEJO DE SALUD

El Consejo de Salud de la zona es el órgano de participación de la Comunidad en los programas de salud, así como su cauce de información y colaboración con los Equipos de Atención Primaria.

Es función del trabajador social de salud, potenciar su puesta en marcha su desarrollo y seguimiento de este marco legalmente establecido y cuyas principales funciones son:

- Informar a los ciudadanos sobre los servicios y actividades que se desarrollan en el Centro de Salud de la zona y recoger las de-

ESQUEMA DE DERIVACIONES



LA COORDINACION EN EL AREA DE SALUD

La estructura básica de la reforma sanitaria son las Areas. En ellas están ubicados los distintos niveles de atención dentro de la salud: primaria, especializada y hospitalaria.

La conexión entre estos niveles es fundamental para prestar una atención coordinada y eficiente. Pero además, los trabajadores sociales de salud (atención primaria, hospitalares, centros de media y larga estancia, etc.), deben de coordinarse (en Asturias se lleva haciendo desde hace dos años), para establecer criterios a la hora de elaborar la parte social en los protocolos y programas de salud que garanticen la atención integral.

Por último, tener una comunicación permanente y sistemática entre el Centro de Salud, la población y las instituciones de bienestar, que no realizan labor médica, debe ser otro objetivo del trabajo social de salud.

MEDIO AMBIENTE Y SALUD

Participar con los restantes miembros del Equipo en el estudio del Medio ambiente, en

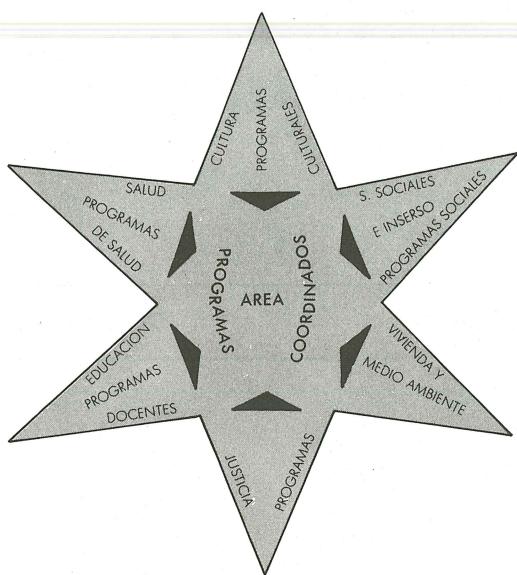
sus aspectos laboral, escolar, viviendas de la zona, etc., asumiendo la atención y el seguimiento de las deficiencias o problemas detectados promoviendo y poniendo en conocimiento del organismo oportuno las deficiencias y promoviendo la creación de los recursos necesarios.

PLAN GENERAL DE PROGRAMAS COMUNITARIOS COORDINADOS

El Plan General que consideramos más operativo a nivel de Area, debería estar constituido por la coordinación de los distintos equipos de profesionales que trabajen dentro del mismo, a fin de conseguir la integración de los programas que deben converger en un objetivo común que es mejorar el grado de bienestar de la población.

CONCLUSIONES

Para concluir diremos:
1.º Que el Trabajo Social en Salud tiene



un contenido propio y sustancialmente diferencial al Trabajo Social de los Servicios Sociales y al T. Social de otros organismos de la Administración Pública (Justicia, Educación, etc.).

2.º Solamente se hará una derivación precisa, sistemática y eficiente desde los Servicios Sanitarios hacia los Servicios Sociales de Base y hacia otros Organismos en los temas sociales, de manera que las problemáticas sean realmente abordadas con fluidez y con criterios profesionales, si el Trabajo Social está integrado en el Sistema Nacional de Salud.

3.º Si se quiere abordar seriamente una atención integral, el Trabajador Social debe ser el nuevo profesional "integrado" en los equipos de salud.

4.º Teniendo en cuenta que un Trabajador Social como único profesional en el Equipo debe intervenir en todos los programas y protocolos (de medicina general, de pediatría, de la mujer, etc.), considerando también la dispersión de la población en las zonas rurales, el peso asistencial, que conlleva las interconsultas, las gestiones, los informes, etc.

Teniendo en cuenta además, que el Trabajador debe estar presente en las reuniones del equipo y en las reuniones comunitarias, lo que implica un compromiso de ta-

reas y de tiempo dedicado, honestamente pensamos que el ratio de población por Trabajador Social de Salud, no debe exceder en ningún caso de 10.000 habitantes, si queremos ofrecer a la población una calidad en los Servicios.

5.º Pensamos que la transformación social en materia de salud, como en otros temas, es lenta y difícil. Por tanto requiere por parte de estos profesionales un gran esfuerzo y una gran entrega profesional para conseguir resultados a medio y largo plazo.

6.º Es necesario que la Administración y el resto de los profesionales, apoyen doblemente a este colectivo que comienza a dar sus primeros pasos en la Atención Primaria, sintiéndose "el gran desconocido", pero que ve con claridad sus metas y su principal reto desde su modesto trabajo de cada día: colaborar activamente para el cambio, la transformación y la reforma de la Sanidad Española y así afianzar el proceso democrático.

BIBLIOGRAFIA

- Revista Cubana Adm. Salud, 1976.
- Revista "Trabajo Social". Ed. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social (Nuria Pallegero Anso).
- Revista "Papeles del Colegio". Colegio Oficial de Psicólogos. Vol. n.º 31. "Psicología de intervención social".
- Salud Comunitaria: Teoría y Práctica de Carmen San Martín y Vicente Pastor. Ed. Díaz Santos.
- Medicina Comunitaria. Miguel Costa y Ernesto López Méndez.
- Manual de Atención Primaria. Martín Zurró y Cols. Editorial Doyma.

PUBLICACION

Este artículo ha sido realizado por la Comisión de Publicaciones y Ponencias de Trabajo Social de Atención Primaria.

PARTICIPANTES

Ana Fernández del Valle • Elena Díaz Palacios • Covadonga García Villa • Ana Samalea García • Asunción Fernández Sánchez • Azucena Martínez Acebal

SALUD MENTAL

Montserrat Castanyer. *Asistente Social.*

Servicio de Salud Mental. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid

TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

El desarrollo de actividades de atención a la salud mental de la población, es —históricamente— relativamente reciente. Supone una superación del modelo clásico de asistencia psiquiátrica. Supone también pasar de una concepción sanitaria a una perspectiva integradora en la que confluyen las aportaciones de distintas especialidades reunidas en un equipo. Una de las especialidades que se integra en estos equipos de atención a la salud mental es, sin lugar a dudas, el trabajo social.

UNA LARGA HISTORIA

La participación del Asistente Social en la asistencia psiquiátrica tiene una larga tradición. De hecho desde los inicios de esta profesión el trabajo con los enfermos mentales y sus familias ha sido un campo de trabajo que ha contado con una participación notable de estos profesionales. Incluso ha sido uno de los campos de trabajo donde por sus especiales exigencias y connotaciones ha provocado la especialización de estos profesionales. La presencia del Asistente Social en los manicomios y hospitales psiquiátricos —único lugar durante mucho tiempo de la asistencia psiquiátrica— significó ya un cambio en sus

formas habituales. La función del Asistente Social de velar por los intereses de los pacientes, de contribuir a su tratamiento mediante el conocimiento de su medio y modo de vida, la apertura de la relación del paciente con su entorno, etc., fue un factor —entre otros— que contribuyó a avanzar hacia la transformación de la asistencia psiquiátrica que actualmente estamos viviendo.

Hay numerosas publicaciones sobre el papel del Asistente Social en los hospitales psiquiátricos al alcance del lector (1). No voy a hacer referencia ni análisis de ello en estas páginas.

EL CONTEXTO ACTUAL

El proceso de reforma de la asistencia psiquiátrica que se viene desarrollando en el Estado Español —aún con diferencias en el grado de desarrollo en cada Comunidad Autónoma— nos plantea a los Trabajadores Sociales una serie de cuestionamientos sobre cuál es nuestra función, que merece la pena que nos detengamos a reflexionar sobre ello.

Quizás convenga señalar antes de nada que las bases sobre las que se asienta esta reforma psiquiátrica son las siguientes:

- La reforma y superación de los hospitales psiquiátricos.
- La creación de unos servicios de salud mental en la comunidad con una responsabilidad territorializada.
- La integración de la atención a la salud mental en el sistema general de salud.
- El desarrollo de recursos de soporte social alternativos a la institucionalización.

Otro punto de referencia, que no podemos perder de vista a la hora de hacer esta reflexión, es que simultáneamente se va desarrollando en el Estado la construcción de un Sistema Público de Servicios Sociales que convulsiona totalmente las tradicionales formas de la asistencia social. El acento de los Servicios Sociales está puesto en la comunidad, y su marco de actuación está definido, también, por una responsabilidad territorial y de población definida.

Así pues tenemos que por un lado los postulados de la reforma psiquiátrica y por otro el desarrollo del sistema de Servicios Sociales inciden directamente en la crisis y evolución del papel del Trabajador Social en salud mental que actualmente estamos viviendo.

Si partíamos de un trabajo realizado desde la institución, ahora nos encontramos centrados en la comunidad. Si realizábamos tareas variadas de derechos mínimos de los enfermos ingresados (tramitación de pensiones, documentación, etc.) ahora esto tiene como ámbito adecuado para su resolución los servicios sociales comunitarios. Si nos relacionábamos con la sociedad en general ahora nos relacionamos con una comunidad en particular. Si trabajábamos relativamente aislados ahora lo hacemos dentro de un equipo interdisciplinar, etc. Y, sin embargo, nuestro objeto de trabajo sigue siendo la persona necesitada de ayuda y su entorno familiar y social.

La aparición y desarrollo de los servicios sociales comunitarios ha hecho surgir también en varios sectores una serie de preguntas: si funciones que venía desempeñando el Asistente Social son asumidas por los servicios sociales comunitarios, ¿qué función le queda

asignada?, ¿es necesario que exista la figura del Trabajador Social en los equipos de salud mental?, ¿puede un sistema (servicios sociales) suplir un profesional (Trabajador Social)?, ¿hablamos de coordinación entre servicios, hablamos de integración?, ¿quién depende de quién?, etc.

EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

El contexto en el que nos movemos es muy dinámico y está en un proceso de evolución constante. La necesidad de redefinición del rol profesional es un imperativo de **todos** los que intervienen en el proceso de atención a la salud mental de una población, ya sean psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales o diplomados en enfermería. La estabilidad, especialización y normatividad que da la institución contrasta con la flexibilidad y desburocratización que comporta el trabajo comunitario (2). Aprender a trabajar así requiere el esfuerzo de todos.

«El abordaje conjunto, desde distintas especialidades, de una situación de conflicto fuerza a cada uno de los profesionales que intervienen al intercambio de sus marcos de referencia, formación, etc., provocando un cambio cualitativo que da lugar a un nuevo modelo de atención» (3). Este nuevo modelo implica abandonar las verdades interdisciplinarias y transportarse al campo interdisciplinar cuyas verdades son relativas (4).

Para poder participar en este proceso cada profesional tendrá que estar, de un lado, abierto a los conocimientos de los demás, y de otro aportar su propia especificidad (5).

Los Trabajadores Sociales seguimos planteando muchos titubeos y dudas a cerca de cuál sea nuestra especificidad, como si ésta no fuera aprehensible; sin embargo, creo que nos encontramos en un momento en que ya hay suficiente experiencia acumulada y reflexión elaborada como para que sigamos sintiéndonos menores de edad profesionales.

Como dice Henry Sprecht «ninguna otra

profesión se ha propuesto la tarea de relacionar las personas con su medio social en la forma que el trabajador social lo ha hecho» (7).

Esta tarea es precisamente la que define la aportación específica del trabajador social al equipo de salud mental. Si para comprender el enfermar de una persona es importante conocer su historia personal y el medio en el que vive, tanto más lo es para establecer un plan terapéutico que le ayude a mejorar.

La participación del Asistente Social en la asistencia psiquiátrica tiene una larga tradición. Incluso ha sido uno de los campos de trabajo donde por sus especiales exigencias y connotaciones ha provocado la especialización de estos profesionales.

La capacidad socialmente reconocida del trabajador social de acceso a sistemas diversificados (domicilio, lugar de trabajo, centro de enseñanza, lugar de ocio, etc.) le permite obtener mayor información para conocer la situación que motiva la demanda e instrumentar cambios en contextos no estrictamente terapéuticos (8).

En la ponencia presentada en el «Congreso de Trabajo Social». Oviedo, junio 1988 «Nuevos elementos de intervención social», Ció Barjau define la función del Trabajador Social como un «trabajo fronterizo», como un «nexo coordinador interinstitucional».

La experiencia en el campo de la salud mental avala esta definición.

Si lo contemplamos desde el punto de mira de la persona que acude a un servicio de salud mental, el Trabajador Social realiza la función de ayudar a esa persona a establecer la conexión con las instituciones que le sirven. Si lo contemplamos desde el punto de mira institucional, el Trabajador Social se ocupa de la conexión interinstitucional de los distintos sistemas de protección social. Esto es especial-

mente evidente en la coordinación y trabajo conjunto de equipos de salud mental y equipos de servicios sociales de una misma comunidad. Experiencias muy interesantes se están realizando en la Comunidad de Madrid que merecerían ser publicadas y discutidas en próximos artículos. Este trabajo de nexo coordinador es el que está permitiendo que por parte de los servicios sociales en particular y de servicios de bienestar social en general se asuma al enfermo mental como un ciudadano de pleno derecho. El avance de la reforma psiquiátrica se apoya, tal como decíamos al principio del artículo, en el desarrollo de alternativas a la institución psiquiátrica. Estas alternativas se basan en recursos de soporte social muy variados que pueden ir desde las prestaciones económicas, a la creación de alternativas de vida (pisos protegidos, casas de transición, etc.) lugares de rehabilitación y mantenimiento, apoyo a las familias, ayuda a domicilio, etc. Todo esto requiere el trabajo creativo de trabajadores sociales conocedores de las necesidades de los enfermos mentales y de las posibilidades que ofrece el sistema de protección social (servicios sociales, educación, cultura, trabajo, etc.).

LA EXPERIENCIA DE OTROS PAISES

Puede resultar interesante conocer qué está pasando en otros países que por su grado de desarrollo mayor nos preceden en experiencia.

En la Comunidad Económica Europea nos encontramos que la figura del «Trabajador Social psiquiátrico» existe en prácticamente todos los países. En un estudio realizado en 1984 por la Comisión de Comunidades Europeas sobre «Las profesiones de atención a la salud en los estados miembros de la Comunidad Europea» se reseña su existencia en 7 de los 10 países integrantes. Estos países son: Alemania, Dinamarca, Gran Bretaña, Grecia, Irlanda, Italia y Holanda. No figura en Bélgica, Francia y Luxemburgo (recuérdese que en



esa fecha, España y Portugal aún no eran Estados miembros). En todos ellos se recoge su vinculación a centros de salud, hospitales, centros de rehabilitación, etc.

Voy a hacer referencia específica a Inglaterra, por ser una realidad que conozco mejor.

La «Ley de Salud Mental de 1983» (Mental Health Act 1983) introduce la figura legal del «Trabajador Social acreditado» (Trabajador Social con una formación especializada en el campo de la salud mental). Sus funciones se centran primordialmente en la autorización de los ingresos involuntarios y en la reinserción familiar y social de los enfermos mentales. Así-

misma esta Ley refuerza y amplía las responsabilidades de los Departamentos de Servicios

Así pues tenemos que por un lado los postulados de la reforma psiquiátrica y por otro el desarrollo del sistema de Servicios Sociales inciden directamente en la crisis y evolución del papel del Trabajador Social en salud mental que actualmente estamos viviendo.

Sociales en relación con los enfermos mentales y sus familias.

Las funciones de estos Servicios son:

- Intervenir en la admisión de pacientes en los hospitales psiquiátricos. Esta obligación implica que un Asistente Social, del departamento, no del hospital, ha de aconsejar a la familia y ha de estar presente siempre que se produce un ingreso forzoso de un enfermo en un hospital o servicio psiquiátrico. El Asistente Social tiene que firmar el ingreso conjuntamente con dos médicos. Este procedimiento tiene por objeto proteger los derechos del enfermo.
- Colaborar en la atención de los pacientes dados de alta. Las autoridades locales deben proporcionar plazas en residencias a los pacientes que no tienen familia y a los que no pueden integrarse temporal o permanentemente a una vida familiar.

Si lo contemplamos desde el punto de mira de la persona que acude a un servicio de salud mental, el Trabajador Social realizará la función de ayudar a esa persona a establecer la conexión con las instituciones que le sirven. Si lo contemplamos desde el punto de mira institucional, el Trabajador Social se ocupa de la conexión interinstitucional de los distintos sistemas de protección social.

- Atender a los ex-pacientes y a sus familias. Ofrecer oportunidades que les permitan aprender un oficio, o de algún modo prepararse para trabajar.
- Los departamentos de Servicios Sociales han de proporcionar Servicios de ayuda a los ex-pacientes: clubes, posibilidades de actividades recreativas,

grupos de discusión, etc., ya sea directamente o bien a través de asociaciones voluntarias y de grupos de ayuda mutua.

- Ayuda, orientación y/o trabajo de casos.
- Las Autoridades locales actúan como tutor de aquellas personas que, por razón de su enfermedad, no pueden cuidarse de sus intereses y no tienen quien lo haga por ellos.

En la reorganización de los Servicios de Salud de 1974, los servicios de Trabajo Social de los hospitales médicos y psiquiátricos sectorizados pasaron a depender de los departamentos de Servicios Sociales de los condados o distritos correspondientes. Esta dependencia significó la incorporación de la problemática de los enfermos mentales a la atención social general, la posibilidad de un tratamiento integrado y normalizado y la mayor facilidad para la utilización de todos los recursos sociales. Sin embargo, con el tiempo, la experiencia demostró que este enfoque generalista suponía un cierto detrimento de la atención a grupos específicos. Esto llevó a plantearse la necesidad de incorporar de nuevo la figura del Trabajador Social al equipo interdisciplinar que realiza la atención a la salud mental a un nivel comunitario. Por lo tanto nos encontramos en este momento en una etapa de síntesis en el modelo de atención social a la enfermedad mental.

En USA es muy importante el número de trabajadores sociales dedicados a los programas de salud mental. «De hecho, los trabajadores sociales realizan ahora más cuidados de salud mental en USA que ninguna otra profesión» (6).

El Trabajo Social clínico está ampliamente extendido y se realiza desde muy diversas concepciones del proceso terapéutico (psicoanálisis, conductismo,...). Su metodología generalmente combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la provisión de recursos comunitarios y otras intervenciones sociales.

Si embargo se preguntan: ¿Cómo se compagina la práctica ampliamente extendida de

realización de psicoterapias por trabajadores sociales con su rol tradicional? La identidad profesional del trabajador social depende en parte de que se dé una respuesta adecuada a esta pregunta.

PARA AVANZAR

En el momento en que nos encontramos resulta imprescindible investigar sobre el trabajo realizado y publicarlo.

Existen pocos trabajos de reflexión elaborados partiendo de estudios empíricos. Los trabajadores sociales hemos investigado poco sobre los contextos sociales de los pacientes, sobre el efecto de las acciones que hemos emprendido, sobre la significación y aporte de nuevas alternativas a la institucionalización, etc.

Existe una gran riqueza de experiencias, que prácticamente se transmiten de boca en boca y éste no es precisamente un método científico.

Si no queremos quedarnos en un papel auxiliar en la psiquiatría debemos dar el salto que haga posible **documentar y publicar** cuál es la aportación del Trabajador Social a la comprensión y tratamiento de la enfermedad mental, tanto en sus aspectos individuales como en sus aspectos institucionales.

El método científico de investigación tiene muchas posibilidades de aplicación que no han sido explotadas por los Trabajadores Sociales, agobiados siempre por el día a día de su actuación. La elaboración de hipótesis de trabajo y su seguimiento a través de recogida de datos, el estudio de «casos», los índices de evaluación de programas de nueva implantación, etc., son fuentes inestimables de conocimientos en los que basar el progreso de nuestra intervención. Habrá que hacerlo.

Otro aspecto fundamental para seguir avanzando es el de la formación especializada. Existe una avidez de formación entre los Trabajadores Sociales, que se constata en la profusión de asistencia a cursillos que se convocan, en la realización por parte de muchos

Trabajadores Sociales de cursos de formación en diversas modalidades terapéuticas (terapia familiar sistémica, psicodrama, etc.). Todo esto enriquece la capacidad de intervención pero también influye y modifica en algú

**Sin embargo se preguntan:
¿cómo se compagina la práctica
ampliamente extendida de realización de
psicoterapias por trabajadores sociales con
su rol tradicional? La identidad
profesional del Trabajador Social
depende en parte de que se dé una
respuesta adecuada a esta pregunta.**

modo el perfil profesional del Trabajador Social. Habrá que plantearse si es necesaria y si es posible una formación especializada que ayude a trabajar en un área especializada como es la atención a la salud mental.

Bibliografía

1. *Trabajador Social en Psiquiatría. Elementos básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico.* Rosa M. Bécerra de Ledesma. Ed. ECRO.
2. *Psiquiatría para Trabajadoras Sociales.* Alistair Munro y Wallace McCulloch, M. S. a. Ed. CECSA.
3. *Metodología de la intervención social.* Joaquín García Roca. Documentación Social n.º 69. Oct.-dic. 1987.
4. *La pareja confrontada a las mutaciones sociológicas. Aportación del Trabajo Social en un equipo interdisciplinario.* Andrea Mullor, Teresa Suárez, Mònserrat Castanyer, Aldame. VIII Seminario Europeo de la FITS. Nov. 1985.
5. *Lugar que ocupa el Trabajo Social en el sistema de Servicios Sociales.* Varios autores. Documentación Social n.º 69. Oct.-dic. 1987.
6. *Nuevos elementos de intervención social.* Ciò Barjau. Congreso de T.S. Oviedo, junio 1988.
7. *Social workers vault into leading role in psychotherapy.* Daniel Goleman. New York Times. April 30, 1985.
8. *Harry Sprecht: Managing Professional Interpersonal Interactions.* Socialwork 30. May-Jun. 1985.
8. *Idem 3.*

TRANSFORMACIONES: EN SALUD MENTAL

Esperanza Auzmendi Jiménez. Asistente Social. Servicio de Salud Mental de Alava.

REFLEXIONES SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DEL T. S. EN SALUD MENTAL

INTRODUCCION

Si los trabajadores sociales que desempeñamos nuestra labor diaria en el área sanitaria, tuviéramos que describir «la sintomatología» de nuestra situación actual, posiblemente coincidirían unos cuantos términos como «preocupación», «inquietud», «incertidumbre», «duda», o si se prefiere en argot (más «moder») «movida», que podía ser un síntoma colectivo... y si entendemos el síntoma como señal o como pistas de que algo pasa, no es difícil imaginar que en este momento varios factores coinciden y favorecen esos síntomas (a disculpar la deformación profesional por la terminología...). Ahora bien, lo importante sería hacer una correcta interpretación de los mismos y en lo posible utilizarlos positivamente para el avance y «mejoría» de la afectada situación.

Desde mi puesto como A.S. de Salud Mental, no voy a pretender comentar más allá de lo

que yo conozca, es por tanto interés en este artículo, limitar mis apreciaciones al campo específico de la Salud Mental dentro del área sanitaria, y en el marco de la Comunidad Autónoma Vasca.

Como premisa y por el significado de términos como «duda» o «inquietud», diría que esta situación a la que quiero referirme no es efecto del contenido y razón de ser del T.S. en Salud Mental, sino más bien de su ubicación entre y frente a condiciones nuevas y distintas.

I. SALUD MENTAL EN EL SERVICIO VASCO DE SALUD - OSAKIDETZA

1. Creación y competencia de Osakidetza

Por ley 10/83, de 19 de mayo, se creó el organismo autónomo «Servicio Vasco de Salud

—OSAKIDETZA— cuya finalidad, entre otras, es la de gestionar los servicios sanitarios de carácter público que legalmente fueran asumiéndose por el Gobierno Vasco.

Progresivamente las competencias de Osakidetza se han ido ampliando, incluyendo en la misma red, la Salud Pública, la Asistencia Hospitalaria, la **Salud Mental** y la Asistencia Primaria.

Con la incorporación el 1 de enero de 1988 del INSALUD, quedó pues configurado en la Comunidad Autónoma Vasca, el cuadro actual de dependencia de —Osakidetza— de toda la red pública de Servicios Sanitarios.

No es difícil deducir que todo este proceso ha supuesto concretamente para la Salud Mental una importante conmoción, pues es conocido que la asistencia psiquiátrica ha estado tradicionalmente marginada y separada del sistema sanitario general.

2) Reuniones de los A. S. de Salud Mental de Osakidetza

Una vez constituido el Servicio Vasco de Salud —Osakidetza—, los asistentes sociales de Salud Mental organizaron un primer encuentro en junio de 1987, con un doble objetivo de estudiar por un lado la situación de T.S. en los diferentes centro adscritos a lo que ya era una misma empresa, y por otro lado el unificar en la medida de lo posible, criterios y metodología.

Me parece importante señalar esta iniciativa que con posterioridad se retomó y que en la actualidad se sigue manteniendo con reuniones cada cierto tiempo, donde al menos el contar con un espacio común permite hoy por hoy contrastar y debatir la nueva situación para el T.S. en Salud Mental.

Los comentarios que siguen, aunque los hago a título personal, han sido también algo de lo que en más de una ocasión se han planteado en estos encuadres.

II. PROCESO DE TRANSFORMACION DEL T.S. EN SALUD MENTAL

Al hablar de transformación es obligado mencionar por un lado una situación anterior, frente a los nuevos factores de incidencia intra y extra-institucionales. La conmoción del Trabajo Social en esta dinámica es obvia y corresponde a los propios trabajadores sociales opinar y resituarse en esta amalgama.

Un punto clave en esta situación sería el intentar comprender cómo desde la política sanitaria se está interpretando lo que ya como objetivo ha sido aceptado acerca de la integración de los Servicios Sociales en un único órgano gestor y planificador dentro de cada Comunidad Autónoma.

No deja de ser todavía reciente la creación y el paulatino desarrollo de los Servicios

Un punto clave en esta situación sería el intentar comprender cómo desde la política sanitaria se está interpretando lo que ya como objetivo ha sido aceptado acerca de la integración de los Servicios Sociales en un único órgano gestor y planificador dentro de cada Comunidad Autónoma.



Sociales como sistema público (apenas una década) y, si bien todavía distan de ser realidad de acuerdo a su definición y objetivos como tal sistema, sin embargo si están presentes y son nombrados con frecuencia desde distintos escenarios, donde planificadores de otros sistemas y en concreto en el sistema sanitario, aluden a las competencias de los Servicios Sociales en ocasiones oportunamente, y en otras no tanto.

No es casualidad que entre los A.S. un tema de actualidad y, que ha merecido líneas escritas más de una vez, sea el haber constatado la equívocación terminológica que de manera facilona pero frecuente, se da entre conceptos que tienen el mismo apellido, a saber: «servicios sociales», «trabajo social», «asistentes sociales».

A pesar de poderse enten-

der una vinculación y relación por el propio quehacer profesional, es sin embargo penoso comprobar que pueda reducirse el contenido de un sistema a una profesión, o si leemos de otro lado podemos magnificarnos al sentir esa identificación.

Y este hecho lo señalo por su importancia y por lo pertinente que considero su clarificación.

Pero evidentemente no es esto sólo lo que preocupa a los profesionales del T.S. en Salud Mental. Por ser precisamente una de las áreas con más tradición en el T.S., ha exigido de tareas, iniciativas y asunción de problemáticas que hoy exigen a su vez, ser revisadas por la afectación de factores como:

- a) La propia reforma sanitaria general.
- b) Todo el movimiento ori-

ginado por la llamada reforma psiquiátrica.

c) La propia implantación y desarrollo del sistema público de servicios sociales.

El arraigo histórico del T.S. en Salud Mental explica por otra parte, que los A.S. en todo este proceso no han sido espectadores pasivos; han tenido mucho que ver por ejemplo con la desinstitucionalización y salida de los pacientes psiquiátricos hacia la comunidad, asimismo su relación con el exterior por su aportación del mundo real (socio-familiar, laboral, relacional, etc.) el tratamiento de los pacientes psiquiátricos, ha favorecido la defensa de una atención desde los principios de normalización en un colectivo tradicionalmente marginado y separado incluso del sistema sanitario general.

Sin embargo, no es fácil imaginar un funcionamiento sustancialmente distinto, en un contexto que necesita tiempo para asimilar y estabilizar nuevas concepciones.

III. CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS COMPETENCIAS ENTRE SISTEMA DE SALUD Y SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

Lo que no se discute es la importancia y consideración de «lo social» en salud y en sa-

lud mental, así queda claro desde diversos marcos tales como la propia definición del concepto de salud promulgado por la O.M.S., o la Ley General de Sanidad, o la Guía para la Elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud — Ministerio de Sanidad y Consumo— entre otros.

En este sentido y sin olvidar que el papel del A.S. tiene que ver con el modelo sanitario con que se afronta la Asistencia Psiquiátrica, no se cuestiona la presencia del trabajador social en Salud Mental, más bien lo que se cuestiona es su dependencia orgánica.

Partiendo de este cuestionamiento se puede entender que estén presentes en los profesionales los temores y riesgos de poder encasillar el T.S. al exclusivo ámbito del modelo actual de servicios sociales. Asimismo se puede temer la limitación que supondría ese posible encasillamiento a la intervención del T.S. en otras áreas o sistemas de prestación de servicios para el Bienestar (Educación, Cultura, Salud, etc.).

Hay algunos aspectos que merecen ser estudiados con detalle, evitando para ello el partir de premisas falsas tales como las que justifican que determinados tratamientos deben seguir existiendo por la sola razón de que hasta ahora han sido válidos.

Agrupo en dos apartados lo que entiendo puede ayudar a centrar el tema que nos ocupa y que requieren por separado de este estudio detallado:

Aquí una cuestión plantearía «el cómo» integrar aquellas estructuras que en una época necesitaron ser creadas y dotadas desde Salud Mental (pisos protegidos, pensiones, etc.), si se asumiera lo que corresponde de esto a los servidores sociales.



a) Respecto al objetivo de ir hacia un sistema único de servicios sociales, integrando todo tipo de prestaciones sociales que tradicionalmente eran asumidas por diferentes instituciones.

— Aquí una cuestión plantearía «el cómo» integrar aquellas estructuras que en una época necesitaron ser creadas y dotadas desde Salud Mental (pisos protegidos, pensiones, etc.) si se asumiera lo que corresponde de esto a los servicios sociales.

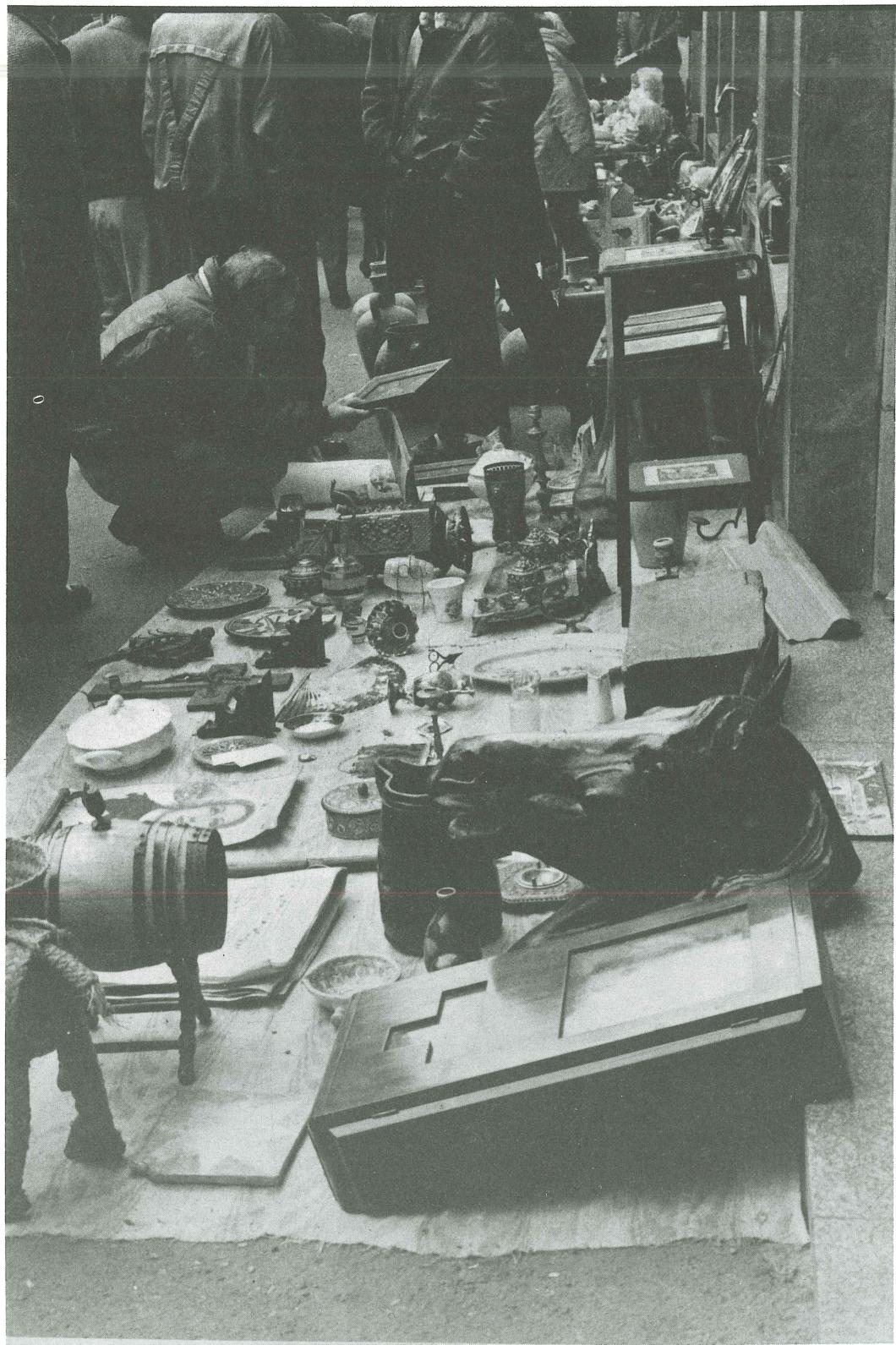
b) Respecto a la coordinación y relación entre servicios sanitarios y sociales.

— Aquí, anotar que el paso de un trabajo desde el interior de la institución psiquiátrico hacia la comunidad, ha-

ce que en un mismo distrito o municipio coincidan los equipos de Salud Mental y de servicios sociales. El enfoque comunitario de ambos debe consolidarse más allá de las iniciativas personales.

Señalar también la idea ya repetida en otros contextos de que la relación de los C.S.M. con los servicios sociales de rigor, el fuerte componente social de las patologías en temas como la psicogeriatría, infancia o drogodependencia está más que demostrado.

Para finalizar, quiero decir que el ir despejando éstas y otras cuestiones, también requiere de la colaboración y aportaciones de los asistentes sociales.



INTEGRACION ENFERMOS MENTALES

Montserrat Castanyer Vila, Elia González Gutián, Isabel Nieto González. *Asistentes Sociales. Servicio de Salud Mental. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid.*

LA INTEGRACION DE LA ATENCION A LOS ENFERMOS MENTALES EN EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES (COMUNICACION PRESENTADA AL VI CONGRESO ESTATAL DE TRABAJADORES SOCIALES. OVIEDO. JUNIO 1988)

Estructura del trabajo

La comunicación se basa en la experiencia de unos trabajadores sociales en el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad de Madrid. Parte de la premisa de que esta transformación no será posible sin la asunción de responsabilidades por parte de los Servicios Sociales. Plantea interrogantes y propuestas al papel que deben tener estos Servicios Sociales.

Ideas más sobresalientes de la comunicación

- La participación de los Servicios Sociales es imprescindible para que la transformación de la asistencia psiquiátrica sea un hecho.
- El avance en la clarificación de competencias entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales provoca una crisis en el modelo de intervención que ha venido desarrollando el Trabajador Social.
- El desarrollo de un sistema de Servicios Sociales implica que éstos asuman la responsabilidad de sectores hasta ahora atendidos desde otras instancias.
- Los prejuicios sociales en relación con la enfermedad mental, aún en ámbitos profesionales, dificultan la consideración del enfermo mental como ciudadano de pleno derecho al uso de los Servicios Sociales.
- ¿Se considera necesario que exista una mención especial del enfermo mental como colectivo susceptible de Servicios Sociales? ¿Es necesario que existan unos Servicios Sociales especializados? Existen ejemplos de organizaciones de Servicios Sociales con mención específica del enfermo mental y otros donde no se les nombra. El hecho de mencionarlos no siempre quiere decir marginación y el hecho de no mencionarlos no presupone la integración y normalización.
- Se hacen propuestas para el desarrollo del sistema de Servicios Sociales.



1. SITUACION DE PARTIDA: EL MANICOMIO COMO «INSTITUCION TOTAL»

Tradicionalmente la asistencia psiquiátrica ha estado marginada y ajena al sistema sanitario general.

En la legislación española ha existido un vínculo y asociación entre asistencia psiquiátrica y beneficencia. Asociación que se concreta jurídicamente a partir de 1925 en una normativa general para las corporaciones locales. En el artículo 127 de dicho Estatuto Provincial se dice: «Las Diputaciones Provinciales tendrán como obligaciones mínimas: a) el sostenimiento de una casa de **dementes pobres**. Estarán obligadas las Diputaciones a recluir en la Casa Provincial de caridad a los indigentes ... asimismo, estarán obligadas a recluir en el manicomio provincial o en el que hayan contratado en relación a este servicio ... los locos o enfermos pobres».

Esta responsabilidad, exclusiva por ley de las Diputaciones Provinciales, llevó a la existencia de una red marginal de atención basada en el internamiento como única respuesta a la enfermedad mental.

La institución manicomial cumplía funciones asistenciales médico-sociales y custodiales, dando una salida a la problemática del enfermo mental que en muchas ocasiones respondía más a una medida de autoprotección de la sociedad. También cumplía una función de refugio —«cajón de sastre»— de situaciones extremas de marginación que no tenían otra institución donde acogerse (mendigos, vagabundos, ...).

La característica del manicomio es su carácter de totalidad. Sus residentes tienen cubiertas todas las necesidades básicas (residencia, ocio, trabajo, cuidados, etc.).

Interesa recordar lo que dice Goffman a propósito de las instituciones totales: «Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio. La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida».

En el año 1980 la Diputación de Madrid disponía, para la atención psiquiátrica, de:

- Hospital Psiquiátrico «Alonso Vega» (inaugurado en 1969), con 900 camas

- sin ninguna diferenciación de programas ni población (enfermos mentales agudos, ancianos, deficientes mentales, alcohólicos, enfermos mentales crónicos, etc.).
- Centros Concertados en diferentes puntos de España (Málaga, Palencia, Monfragón, Arévalo, etc.). Centros a los que se trasladaba generalmente a aquellas personas con mayor problemática social o clínica. La población en los centros concertados ascendía a 2.568 personales.

2. EL PROCESO DE TRANSFORMACION ASISTENCIAL: CLARIFICACION DE COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES

La ampliación del concepto de salud, los avances terapéuticos, la interdisciplinariedad de los equipos, etc., han puesto en marcha desde los años 60 en Europa y EE.UU. un amplio movimiento de transformación de la asistencia psiquiátrica. Esta transformación va encaminada a la consideración de la asistencia psiquiátrica dentro del sistema sanitario general y a la superación de las instituciones manicomiales.

En paralelo a este hecho encontramos el desarrollo de los sistemas de Servicios Sociales.

Este proceso es una constante en los distintos países estudiados, siendo muy variado el grado de desarrollo y equilibrio entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales de unos países a otros. A medida que los procesos de reforma psiquiátrica avanzan nos encontramos que tienen unas líneas comunes:

- asistencia psiquiátrica y de salud mental integrada dentro de la asistencia sanitaria general;
- centrada en la comunidad, una respon-

sabilidad territorial y de población determinada.

- reducción de camas en hospitales psiquiátricos.
- expansión del número de camas de unidades psiquiátricas en hospitales generales.
- contribución de los servicios sociales.
- cooperación de distintas autoridades y servicios en programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Para que este modelo pueda realizarse tiene que contar imprescindiblemente con unos servicios sociales bien desarrollados e implantados en la comunidad capaces de acoger los aspectos relacionales, convivenciales de supervivencia, ocio, trabajo, ayuda mutua, etc., de los enfermos mentales y sus familias.

El análisis de las diversas reformas psiquiátricas emprendidas no puede ser realizado ya desde la óptica asistencial estrictamente sanitaria porque ésta es solamente uno de los dos soportes de todas las reformas psiquiátricas. De hecho el mayor o menor éxito de estas reformas ha venido determinado en parte por la mayor o menor asunción de los Servicios Sociales de los aspectos que les corresponde.

El análisis de las diversas reformas psiquiátricas emprendidas no puede ser realizado ya desde la óptica asistencial estrictamente sanitaria porque ésta es solamente uno de los dos soportes de todas las reformas psiquiátricas.

De hecho el mayor o menor éxito de estas reformas ha venido determinado en parte por la mayor o menor asunción de los Servicios Sociales de los aspectos que les correspondan.

Ejemplos

EE.UU.—Los recortes presupuestarios de la Administración Reagan repercuten en los fon-

dos destinados a recursos de soporte social a los enfermos mentales. Grandes críticas a la reforma psiquiátrica por el elevado índice de enfermos mentales «en las calles».

Italia.—La Ley 1978, que decreta el cierre de los hospitales psiquiátricos, plantea la necesidad del desarrollo de recursos sociales alternativos. No se hizo una previsión de la capacidad de desarrollo de estos recursos (concepto, presupuesto, etc.).

Inglaterra.—La Ley de Salud Mental de 1983 refuerza y amplía las responsabilidades de los Departamentos de Servicios Sociales en relación a los enfermos mentales y sus familias. Sin embargo, los cortes presupuestarios han afectado fundamentalmente a este sector.

Canadá.—Tiene un sistema de recursos de soporte social bien desarrollado, lo que ha favorecido una buena atención global a los enfermos mentales y sus familias.

En este momento de transformación de los modelos asistenciales y de cuestionamiento de las estructuras manicomiales, el trabajo social en psiquiatría también está sufriendo una crisis de transformación, planteándose nuevas formas de intervención profesional. De la institución se pasa a la atención al enfermo en la comunidad, por lo tanto también los profesionales pasan del Hospital a la comunidad, suponga esto trabajar en Servicios de Salud Mental o en Servicios Sociales Comunitarios.

En el Estado español la reforma psiquiátrica ha seguido esta evolución y como expresión clara y definida de este proceso recogemos La Ley General de Sanidad (Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril): Capítulo III. De la Salud Mental. Artículo 20.:

«Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás per-

sonas que requieran residenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.»

En la Comunidad de Madrid la reforma de la asistencia psiquiátrica se inicia en 1982 siguiendo las líneas anteriormente apuntadas. Actualmente este proceso está en una fase avanzada: se están creando los Servicios de Salud Mental en la comunidad, se está procediendo a la transformación de los hospitales psiquiátricos, se están trasladando unidades de hospitalización a los hospitales generales, se han firmado acuerdos interinstitucionales con el INSALUD y los Ayuntamientos a fin de constituir una única red sanitaria, etc.

En 1984 el Plan Cuatrienal de Servicios Sociales incluye un presupuesto para el desarrollo

de «Alternativas sociales a la institucionalización psiquiátrica». En 1987 la nueva Consejería de Integración Social crea el Servicio de Servicios Sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica.

Dificultades de gestión administrativa hacen que las realizaciones sean todavía muy incipientes.

3. DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN PSIQUIATRÍA A LA ATENCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES

El trabajo de los Asistentes Sociales en la institución psiquiátrica ha participado de los planteamientos globales de la misma:

- Carencia de una planificación global.
- Carencia de una distribución de programas.

- Falta de participación de los usuarios.
- Escasa relación con los recursos extra-hospitalarios, desgajando al enfermo de su medio natural.

La carencia de unos Servicios Sociales en la comunidad, bien desarrollados hizo que los Asistentes Sociales de los hospitales psiquiátricos se dedicaran a tareas de orden general y de recursos, supliendo esta falta.

En muchos casos la tramitación de determinadas prestaciones sociales (pensiones, documentación, etc.) ha retrasado el alta de un paciente, potenciando la dependencia de la institución.

La tentación de seguir asumiendo este papel en este momento podría suponer la potenciación de un sistema paralelo y la dilación de la toma de responsabilidades, en relación con esta población por parte de los Servicios Sociales Generales.

La aportación que desde el trabajo social se ha hecho a la asistencia psiquiátrica es, precisamente, la consideración de los aspectos sociales de los enfermos, la apertura de la institución, el esfuerzo por un proceso de normalización, etc.



En este momento de transformación de los modelos asistenciales y de cuestionamiento de las estructuras manicomiales, el trabajo social en psiquiatría también está sufriendo una crisis de transformación planteándose nuevas formas de intervención profesional. De la institución se pasa a la atención al enfermo en la comunidad, por lo tanto también los profesionales pasan del Hospital a la comunidad, suponga esto trabajar en Servicios de Salud Mental o en Servicios Sociales Comunitarios.

El trabajo de los equipos de Salud mental y de los equipos de Servicios Sociales de un mismo distrito o municipio, es el único que puede dar como resultado el máximo aprovechamiento de unos recursos sociales, en relación con las necesidades de los enfermos mentales, y evitar duplicidades en las intervenciones.

4. LOS SERVICIOS SOCIALES COMO FACTORES DE NORMALIZACION DE LA ATENCION A LOS ENFERMOS MENTALES

El conocimiento del medio y el soporte social que se pueda dar a los individuos y sus familias constituyen un elemento esencial en los cuidados psiquiátricos. Este hecho, que ha sido siempre así, se convierte en un elemento más esencial, si cabe, en estos momentos en que el acento de la asistencia psiquiátrica pasa del hospital a la comunidad.

La atención a la Salud Mental de una población y al enfermo mental en particular, pasa a ser algo que nos concierne en algún modo a todos.

Los prejuicios sociales, en relación con la enfermedad mental, se ven removidos y eso

ocurre en todos los niveles sociales, desde que el ciudadano de la calle hasta los estamentos profesionales.

Estos prejuicios tan arraigados llevan muchas veces a la consideración del enfermo mental como un ser «aparte» necesitando de ser tratado «aparte». La consideración de ciudadano de pleno derecho y, por lo tanto, susceptible de ser usuario de los Servicios Sociales, se está abriendo paso lentamente y encuentra serias resistencias, incluso dentro del ámbito de los T.S.

Si consideramos que los Servicios Sociales Generales son aquellos que, con carácter polivalente, tienen por objeto promover y posibilitar el desarrollo del bienestar social de **todos los ciudadanos** y que debemos ir hacia un **sistema único** de Servicios Sociales integrando todo tipo de prestaciones sociales que tradicionalmente eran asumidas por diferentes instituciones, iremos poniendo las bases del principio de normalización de la atención a un colectivo, que como ya hemos expuesto, históricamente ha estado marginado.

En la misma línea de normalización, los Servicios de Salud Mental disponen de un programa de apoyo a los Servicios Sociales.

El trabajo de los equipos de Salud Mental y de los equipos de Servicios Sociales de un mismo distrito o Municipio, es el único que puede dar como resultado el máximo aprovechamiento de unos recursos sociales, en relación con las necesidades de los enfermos mentales, y evitar duplicidades en las intervenciones. Sólo en la medida en que ambas instancias trabajen conjuntamente podrán establecerse las pautas concretas de colaboración y actuación en cada programa, dado que la población a la que va dirigido tiene unas características propias.

Parece obvio señalar la necesidad de que todas las **pensiones y subvenciones económicas** tienen el cauce de los Servicios Sociales Generales.

También parece obvio señalar la importancia que tiene en los Servicios Sociales de de la **detección** de situaciones de riesgo y la correcta **información** a la población de los recursos sanitarios que tiene a su disposición.

Como ejemplo de trabajo conjunto, en el programa de **Ayuda a Domicilio**, señalamos el que se está realizando en un Distrito de Madrid. La atención se concreta en los siguientes niveles:

- a) Apoyo terapéutico, dirigido a los beneficiarios por su situación de crisis.
- b) Apoyo psicológico al personal de Servicios Sociales que trabajan directamente con los beneficiarios, en doble vertiente de información y manejo de ansiedades que se pueden crear en el trabajo.
- c) Tratamiento a los casos de patología psiquiátrica detectada.

En cuanto al Servicio de Cooperación Social, la facilitación de los recursos de convivencia, ocio, por distintos sectores de la población, favorece la integración y normalización, fomenta el respeto por la diferencia.

El colectivo que nos ocupa tiene más facilidad para aislarse que para integrarse en los movimientos asociativos, por ello desde este Servicio es importante potenciar la participación en la vida comunitaria y promover el asociacionismo.

5. ¿SON NECESARIOS UNOS SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS?

Partiendo desde la experiencia del trabajo con enfermo mentales, así como de la realidad de los Servicios Sociales Especializados, nos cuestionamos la necesidad de unos Servicios Sociales especializados para ese grupo de población.

Desde los planteamientos de atención a grupos de población con especial problemática, que plantean las Leyes de Servicios Sociales, parece que este colectivo, aún sin ser nombrado, en este momento, sería susceptible de tener un desarrollo de unos Servicios Sociales especializados en su atención. Incluso des-

Dada la experiencia constatada en nuestro país, del riesgo de segregación y marginación que los Servicios Sociales especializados conllevan, esto nos hace plantear la necesidad de buscar, imaginativamente, fórmulas de atención a este colectivo, que obvien los riesgos de reproducir remedios de instituciones manicomiales, que están tratando superar.

de una óptica de avance, en la transformación a la atención global al enfermo mental, cabría pensar que la creación de estos Servicios podría suponer un avance.



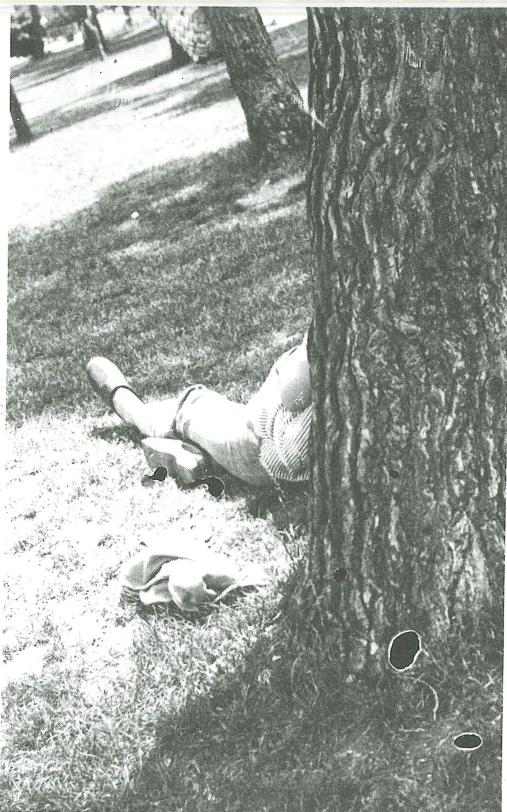
De hecho, estudiando la organización de Servicios Sociales en otros países existen ejemplos tanto de Servicios Sociales especializados para enfermos mentales, como de atención a este colectivo, desde programas de Servicios Sociales Generales. El hecho de mencionarlos no siempre quiere decir marginación y el hecho de no mencionarlos no presupone la integración y normalización.

Dada la experiencia constatada en nuestro país, del riesgo de segregación y marginación que los Servicios Sociales especializados llevan, esto nos hace plantear la necesidad de buscar, imaginativamente, fórmulas de atención a este colectivo, que obvien los riesgos de reproducir remedios remedios de instituciones manicomiales, que están tratando superar.

Por lo tanto, planteamos que no parece necesaria ni oportuna la creación de unos Servicios Sociales especializados, pero sí parece imprescindible la existencia de programas y recursos de soporte social específicos, dentro de los Servicios Sociales Generales.

Estos recursos específicos pueden concretarse en:

- Subvenciones económicas, personales, que permitan mantener el nivel de ingresos que hace posible la permanencia de enfermos mentales sin otros recursos, en la Comunidad.
- Recursos residenciales, con carácter transitorio o permanente, según las necesidades:
 - viviendas protegidas,
 - residencias asistidas.
- Recursos ocupacionales:
 - Centros de Día,
 - Talleres.
- Promoción de asociaciones de apoyo:
 - Organización de voluntarios. Grupos de Auto-Ayuda (alcoholismo, familias con enfermos mentales, etc.).



BIBLIOGRAFIA

- Ley General de Sanidad. Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril.*
Ley de Servicios Sociales de C.A.M. Madrid, junio 1984.
Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad, abril 1985.
Internados. Erring Goffman. Edit. Amorrortu. Madrid, 1987.
Bases para una reforma psiquiátrica. Cuadernos de Acción Social.
Salud Mental. Cuadernos de Acción Social n.º 17.
Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico Provincial. Temas de Trabajo n.º 4. INSAM, 1983.
The future of Mental Health Hospitals. WHO, 1976.
Champing Patterns in Mental health Care. WHO, 1978.
The Mental Health Act. 1983 HMSO, 1983.
Los Servicios Sociales I. Gloria Rubiol. Colección Trabajo Social n.º 4. Edit. Siglo XXI de España.
Los Servicios Sociales II. Gloria Rubiol. Colección Trabajo Social n.º 5. Edit. Siglo XXI de España.
Informe Seebohm. «The report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services». HMSO, 1968.
Socialism and Health. The Journal of the Socialist Health Assoc. 195 Walworth Road. London SE17.

REHABILITACION EN PSIQUIATRIA

María del Carmen Viz Otero. *Asistente Social Psiquiatra.*

REHABILITACION DE PACIENTES PSIQUIATRICOS CRONICOS: ABORDAJE NO SANITARIO

El presente artículo pretende trasladar al ámbito de los servicios sociales un tema de actualidad dentro de la comunidad psiquiátrica en un momento en que simultáneamente coexisten el esfuerzo en la creación de un sistema público de servicios sociales, todavía en situación embrionaria, acorde con las exigencias de un Estado Social de Derecho, y el proceso de Reforma Psiquiátrica al que se hará seguidamente referencia.

Los modos de hacer tradicionales en psiquiatría se caracterizaban por la ausencia de un modelo racional de conjunto y una permanente carencia de recursos, aparte del hospital psiquiátrico que centraba de forma casi exclusiva la práctica asistencial. La Reforma Psiquiátrica, iniciada y propagada en España en las dos últimas décadas y definitivamente respaldada por la Ley General de Sani-

dad, recoge teoría, práctica e iniciativas surgidas de las previas experiencias italianas, francesas e inglesas y rompe definitivamente con estos estilos caducos. La asunción que el texto legal citado hace de la Reforma, en cierta manera la "consagra" al establecer como "oficial" la Asistencia Psiquiátrica Comunitaria: esta es la orientación que de forma imperativa señala el artículo 20 en su apartado 1, "la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario"; es también esta ley la que proporciona un encauadre adecuado para realizar un abordaje no sanitario al tema de la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos crónicos: Significativos a este respecto son los apartados 2 y 3 del mismo artículo 20, en los cuales se señala que "la hospitalización de los pacientes, por procesos que así lo

requieran, se realizará en las Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales" y que "se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales". El primero acaba con la situación marginal que la enfermedad y el enfermo psiquiátricos tenían respecto de la asistencia sanitaria en general, mientras el segundo diseña con bastante precisión, dentro del carácter de generalidad que la Ley forzosamente tiene, el marco dentro del cual se desenvolverá este artículo.

Conviene recordar, antes de seguir adelante, que a pesar de los dos años largos transcurridos desde la promulgación de la Ley, la aplicación de estos preceptos tiene carácter excepcional: la asistencia psiquiátrica sigue sin integrarse en el dispositivo general sanitario. En cierta manera, solamente alcanzó plena vigencia su función como "legislación básica", orientadora de las diferentes Leyes u otras disposiciones de Salud Mental territoriales.

Existe una multitud de problemas que resolver en el camino que va desde el Hospital Psiquiátrico a la Red de Servicios Sanitarios y Sociales Comunitarios que ha de sustituirlo. Y hay que colocar o citar al menos en primer lugar el de la falta de voluntad política para que la Reforma Psiquiátrica se lleve a cabo y que se

traduce en toda la serie de atracos políticos, administrativos y presupuestarios que condicionan la adecuación de las obsoletas estructuras psiquiátricas actuales a la L.G.S. y disposiciones o Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas en donde han sido elaboradas.

A parte de esto, y ya dentro del campo puramente técnico, hay que decir que la Ley señala algunas pautas para hacer este camino. Importante es la apelación que hace a la coordinación de los servicios psiquiátricos con los servicios sociales, que "se ha de buscar", porque es "necesaria" para desarrollar los servicios de rehabilitación y reinserción social.

Esta coordinación y correspondencia de ambos tipos de servicios presenta, en la práctica, importantes problemas en el terreno de la rehabilitación y reinserción social: en el momento presente en que se prioriza la desinstitucionalización de los pacientes crónicos ingresados durante años en los Hospitales Psiquiátricos no existen recursos alternativos, sobre todo residenciales, suficientes para ellos. Señala M. Desviat que "en España la insuficiencia de recursos sociales, y más aún la ausencia de una delimitación entre servicios sanitarios y sociales constituye uno de los mayores obstáculos para la desinstitucionalización". Al ser los pacientes psíquicos tratados tradicionalmente por los servicios psiquiátricos, fueron ignorados por los servicios so-

Resulta imprescindible una decidida actuación del sistema sanitario y social, con discriminación positiva hacia aquellos individuos en condiciones de marginación por razón de enfermedad psiquiátrica.

ciales: el Hospital cubría totalitariamente sus necesidades sanitarias y sociales. "Hoy en día los prejuicios sociales, incluso en ámbitos profesionales dificultan a veces su consideración de ciudadanos de pleno derecho al uso de los servicios sociales" (M. Castanyer). Este sector de población "tropieza" con serios obstáculos para su integración y el disfrute de los derechos reconocidos en la Constitución y en las vigentes leyes autonómicas de Servicios Sociales. Resulta imprescindible una decidida actuación del sistema sanitario y social, con discriminación positiva hacia aquellos individuos en condiciones de marginación por razón de enfermedad psiquiátrica.

Entretanto ambos sistemas no se consoliden y se delimiten las competencias de cada cual, es necesario buscar desde el más alto nivel de planificación una coordinación de acuerdo con objetivos y programas compartidos. Una vía pragmática que se ha adoptado para resolver esta cuestión es la creación subsidiaria de servicios o recursos sociales de necesidad prioritaria por el sistema sanitario con el objetivo de que en el futuro pasen a depender de la administración de Bienestar Social. Es la fórmula que adopta, por ejemplo, el Plan Galego de Saúde Mental, documento técnico que servirá de base a la futura Ley Galega de Saúde Mental, al contemplar las Unidades de Apoyo Social dentro de los programas de

transformación de Hospitales Psiquiátricos y "que en un futuro pasarán a depender de la organización de los Servicios Sociales con el adecuado apoyo de los servicios sanitarios".

SOBRE LA POBLACION CRONICA

El concepto de cronicidad psiquiátrica se ha manifestado de diferentes maneras, según se fueron configurando históricamente las distintas formas de respuesta a los trastornos psíquicos, y hoy por hoy la sociedad todavía la identifica solamente con la población ingresada en los Hospitales Psiquiátricos. Esta imagen está fundada ya que durante muchos años el manicomio era el mecanismo que daba respuesta a los problemas de personas que se encontraban en las más variadas situaciones clínicas y sociales: deficiencias intelectuales y demencias, psicosis residuales, pacientes judiciales, casos sociales, antiguos alcohólicos, etc., materializando las actitudes segregadoras de la sociedad. Son pacientes que, fuese cual fuese su enfermedad, se vieron embarcados en un desdichado destino personal.

Si bien su número ha disminuido mucho en las últimas décadas, sobre todo como consecuencia de los procesos de desinstitucionalización, estos pacientes, presentes aún

Los crónicos externalizados son pacientes que después de haber tenido estancias, por lo general muy largas, en el Hospital Psiquiátrico fueron dados de alta por razones de políticas administrativas de reducción de camas u otras.

en los Hospitales Psiquiátricos de todo el Estado, en los cuales ocupan un alto porcentaje del total de 33.000 camas existentes, constituyen un grupo específico, que viene siendo denominado "Remanente Manicomial". Es lo que en la literatura anglosajona se llama "Hard Core", difícilmente desinstitucionalizables que, en muchos casos, precisan tal grado de supervisión que ésta sólo es posible en un medio protegido.

Sin embargo la cronicidad psiquiátrica no se reduce únicamente a este grupo. Dos décadas de práctica asistencial comunitaria bastaron para detectar desde los servicios externos la aparición de nuevas formas de cronicidad, los llamados "nuevos crónicos", que forman con el Remante manicomial los cuatro grupos descritos en la literatura: Crónicos externalizados, Usuarios crónicos de servicios ambulatorios y Pacientes crónicos adultos jóvenes (Desviat).

Los crónicos externalizados son pacientes que después de haber tenido estancias, por lo general muy largas, en el Hospital Psiquiátrico fueron dados de alta por razones de políticas administrativas de reducción de camas u otras. El perfil de este grupo sería el siguiente: pacientes varones, de 40 años, sin trabajo cualificado, sin familia directa y con diagnósticos múltiples. Tienen en común en fracaso en las tareas de adaptación a las normas sociales. La presencia de estos pacientes, viviendo en la comunidad, pero

con un bajo nivel de autonomía e integración social, ha hecho que se cuestionasen, por algunos, las políticas de desinstitucionalizadoras. Ya se ha hecho referencia, respecto a esta cuestión, a la necesidad de creación de nuevos servicios alternativos a la Institución que sustituyen.

Otro patrón de "nueva cronicidad" es el constituido por los usuarios crónicos de los servicios ambulatorios. Surgen como resultado de una asistencia técnicamente más avanzada, en la que los enfermos han llegado a ser crónicos sin ingreso alguno. "Enfermos que muestran diverso grado de retramiento de las funciones autónomas, un apagamiento de sus capacidades de relación y una disminución de su capacidad de trabajo" (Schneider, citado por Rendueles). Básicamente son mujeres, amas de casa que no ejercen actividad productiva, de clase social baja. Acuden espontáneamente a los servicios ambulatorios y establecen respecto a ellos actitudes pasivas y dependientes. Los diagnósticos más frecuentes son neurosis y depresiones.

El último grupo, de pacientes crónicos adultos jóvenes. Denominados desde 1980 por Peppers y colaboradores por las siglas del nombre en inglés (Young Adult Chronic Patients o YACPs) son una entidad con límites claramente definidos. Son la primera generación de jóvenes, entre 18 y 35 años, que desde el comienzo de su enfermedad han

Se caracterizan por déficit severos de adaptación social, baja tolerancia a la frustración, comportamiento impulsivo, no colaboradores con los servicios que se revelan inoperantes ante la demanda que este grupo plantea.

El proceso de incapacitación rara vez está producido exclusivamente por la enfermedad ya que en él intervienen múltiples factores.

vivido exclusivamente la era de la desinstitucionalización, individuos que hace dos o tres décadas habrían sido internados en un Hospital Psiquiátrico y, una vez admitidos, se habrían quedado allí indefinidamente. Se caracterizan por déficit severos de adaptación social, baja tolerancia a la frustración, comportamiento impulsivo, no colaboradores con los servicios que se revelan inoperantes ante la demanda que este grupo plantea. Son muy difíciles de tratar y generan severas presiones sobre los equipos psiquiátricos. Dentro de este grupo se podrían diferenciar todavía entre aquellos que sin familia que les apoye vagabundean, viajan mucho, son socialmente irresponsables, hostiles, con "alto nivel de inmunidad terapéutica" (Chrzanowski, citado por Leona L. Bachrach), consumidores de drogas no médicas que exacerbaban sus síntomas y contribuyen a su volatilidad, y aquellos otros que adoptan un comportamiento pasivo, son apáticos, aceptan rápidamente el rol de pacientes, con una marcada dependencia de programas y lugares, defectuosamente integrados y que producen un alto grado de sufrimiento familiar. La literatura, así como diferentes simposios y conferencias a partir del año 80, se han ocupado de los YACPs para definir mejor sus necesidades (a menudo estos pacientes tienen la sencilla y desesperada necesidad de un sitio en donde vivir) y para idear otras formas de atención

por medio de modelos distintos a los hasta hoy estandarizados. El reto presentado por estos pacientes en términos "humanos y sociales" es tal que "no podemos permitirnos rechazarlo" (Pepper).

ANALISIS DE LA CRONICIDAD

Desde el punto de vista médico se define enfermo crónico como aquel que presenta una enfermedad de duración prolongada o frecuentes recurrencias. Este tipo de enfermedades llevan aparejadas, casi siempre, un proceso invalidante que suele desarrollarse en tres fases: deterioro, limitación funcional e incapacitación. A través de él, la persona experimenta un cambio en el "rol social" que si es duradero y suficientemente importante requiere una atención que no se relaciona exclusivamente con las manifestaciones patológicas de la enfermedad y su demanda rebasa el ámbito estricto de lo sanitario. (Fernández Rodríguez, Z.).

Se define la incapacidad como la dificultad existente en la realización de una o más actividades que, de acuerdo con la edad, sexo, rol social del sujeto, son aceptados generalmente como esenciales componentes básicos de la vida diaria, tales como cuidado, autonomía personal, relaciones sociales y actividad económica.

El proceso de incapacidad rara vez está producido

exclusivamente por la enfermedad ya que en él intervienen múltiples factores: las enfermedades u otras causas médicas individuales, factores ambientales, físicos o socioeconómicos, actitudes y otros determinantes socioculturales y las exigencias sociales para con el individuo.

Las dificultades y problemas que genera la incapacidad no son experimentadas únicamente por el individuo (dependencia, disminución de la carga económica), sino también por las personas allegadas (necesidad de atención, relaciones alteradas, carga económica) y, en última instancia por la sociedad misma (aumento de la demanda de atención y apoyo, supresión de barreras arquitectónicas, exigencia de mayores asignaciones presupuestarias).

Pues bien, "la enfermedad psiquiátrica es la enfermedad que más incapacitación produce" (Fernández Rodríguez, Z). Son características comunes a este proceso, la apatía, el desinterés, el deterioro de hábitos personales, el abandono de las motivaciones y la reducción del espacio vital a lo más inmediato, las dificultades en la relación interpersonal, etc. ya expuestas. El factor coadyuvante de la segregación o rechazo, que el enfermo mental padece, no hace más que agravar las cosas.

Este proceso complejo de incapacidad-marginación conlleva una modificación del "rol social" y por tanto precisa de medidas e intervencio-

nes mucho más amplias que las sanitarias, las medidas de apoyo social no sanitarias cobran en estos pacientes más sentido que en cualquier otro ámbito de actuación y alcanzan una dimensión y peso específico tan importante como las medidas asistenciales sanitarias, ya que los déficit requieren una atención más incisiva que la enfermedad que los originó.

ABORDAJE NO SANITARIO DE LA REHABILITACION

Se entiende la rehabilitación, según la definición que aporta la LISMI, como "un proceso dirigido a que las personas con minusvalías alcancen su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social". Es evidente que este proceso no se puede realizar en toda su extensión y complejidad; en el caso de los pacientes psiquiátricos crónicos, exclusivamente desde el ámbito sanitario. Si así se hiciera se estaría negando el concepto mismo de rehabilitación. Por lo tanto es esencial la asunción de responsabilidades por parte de los servicios sociales comunitarios como instancia no sanitaria que dé soporte al proceso de integración social y fomente actitudes tolerantes y solidarias que ayuden a la consecución de un rol social no marginador. Los servicios sociales comunitarios deben desarrollar sus propios planes rehabilitadores, integrando y coordinan-

Los servicios sociales comunitarios deben desarrollar sus propios planes rehabilitadores, integrando y coordinando en ellos la participación de otros agentes no sanitarios, como asociaciones, instituciones, grupos de autoayuda, colaboraciones individuales, etc. y promover recursos específicos cuando éstos resulten necesarios.

do en ellos la participación de otros agentes no sanitarios, como asociaciones, instituciones, grupos de autoayuda, colaboraciones individuales, etc. y promover recursos específicos cuando éstos resulten necesarios.

Es decir, los pacientes psiquiátricos crónicos constituyen un grupo de riesgo de atención prioritaria para los servicios sociales, objeto particular del Programa de Familia y Convivencia, que pretende "encontrar alternativas de convivencia como respuesta para las personas carentes de un medio familiar" y del Programa de Prevención de la Marginación e Inserción Social, cuyo objetivo es "pres-

tar apoyo especializado a aquellos individuos y familias en avanzado estado de marginación social y generar un marco de prevención y participación en la comunidad como medio de dar respuesta a estas situaciones" (García, Gustavo).

Partiendo de estas ideas, Fernández Rodríguez sistematiza con mucha claridad las funciones que en rehabilitación corresponden a este nivel no sanitario de intervención (véase cuadro).

El proceso de rehabilitación de estos pacientes en la comunidad se instrumentaliza a través de los dos ejes a los que se ha hecho referencia: los servicios sociales en coor-

- Apoyo a la autorrehabilitación y autoestima del individuo
 - facilitando medios e iniciativas al paciente y a su familia
 - promoviendo su consideración y respeto como miembro de la comunidad
- Apoyo a la integración familiar
 - favoreciendo el acoplamiento entre paciente y familia a través de
 - alivio de la carga familiar (física o tutelar)
 - alivio de la carga económica
 - solicitud de atención o de prestaciones (sanitarias y otras)
- Apoyo a la integración social
 - disponibilidad de recursos comunitarios como puntos de anclaje social
 - centros culturales y recreativos
 - talleres ocupacionales y de labores varias
 - incorporación en grupos de autoayuda o de actividades
- Intervenciones en la corrección de actitudes sociales marginadoras
- Promoción y demanda de medidas generales para la prevención de la incapacidad (recursos sociales, laborales, educacionales, etc.).

dinación con los servicios psiquiátricos. Las intervenciones de ambos sistemas serán eficaces y coherentes en la medida en que esta coordinación se dé. El Tribunal Constitucional en una sentencia reciente se refería a este concepto de coordinación como la fijación de medios y sistemas de relación, que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta para lograr la integración de los actos parciales en la globalidad. Los aspectos formales que señala esta definición —medios y sistemas— a través de los cuales se establece el cauce para que la coordinación se produzca son muy importantes y representan, cuando existen, una garantía en un aspecto que exige a los profesionales un plus de esfuerzo sobre el que diariamente demanda la actividad interna de cada servicio; el trabajador social del equipo psiquiátrico puede ser una pieza clave en este engranaje. Pero tan importante como medios y sistemas es que la idea de red esté asimilada por cada trabajador de cada uno de los sistemas. De esta manera se respetará el carácter individualizado que el proceso rehabilitador tiene, pero, además, esta forma de trabajar tendrá efectos beneficiosos sobre el agotamiento y el stress que la tarea de rehabilitación en pacientes psíquicos suele producir.

Santiago, Marzo de 1989

BIBLIOGRAFIA

1. Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad.
2. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad. Abril 1985.
3. Plan Galego de Saúde Mental. Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia. 1987.
4. Espinosa, J. y otros "Cronicidad en Psiquiatría". Edit. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 1986.
5. Desviat, M., Fernández Liria, A. y Rendueles Olmedo, G. "La nueva cronicidad" en "Cronicidad en Psiquiatría" Edit. Asociación Española de Psiquiatría. Madrid, 1986.
7. Fernández Rodríguez, Z. "Atención al paciente psiquiátrico crónico en la comunidad". Comunicación presentada en las Jornadas Aragonesas de Salud Mental. Zaragoza, 1988.
8. Desviat, M. "Desinstitucionalización: programas alternativos". Rev. Psiquiatría Pública. Vol. 1, n.º 2.
9. Castanyer, M. y otras. "La integración de la atención a los enfermos mentales en el Sistema de Servicios Sociales". Comunicación presentada en el Congreso de Trabajadores Sociales y Asistentes Sociales. Oviedo, 1988.
10. Bachrach, Leona L. "The concept of Young Adult Chronic Psychiatric Patients: Questions from a Research Perspective". Rev. Hospital and Community Psychiatry. June 1984. Vol. 35.

El proceso de rehabilitación de estos pacientes en la comunidad se instrumentaliza a través de los dos ejes a los que se ha hecho referencia: los servicios sociales en coordinación con los servicios psiquiátricos.

T.S. HOSPITALARIO

Angeles Delgado Rodríguez, Blanca Flores Ramírez, Ana Victoria Jiménez Girón, Margarita Sánchez Salas. *Equipo V.T.S. de H.U.V.R.*

EXPERIENCIAS DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE SEVILLA

La U.T.S. en el Hospital es un servicio especializado que atiende y trata a la población usuaria del mismo, en cuanto a las influencias que la enfermedad puede tener en el entorno socio-familiar.

Estas influencias pueden ser emotivas, relacionales, de rechazo, etc. que crean conflictos en la dinámica familiar. También existen influencias del entorno social en el desarrollo de la enfermedad: vivienda insalubre, economía precaria, trabajo, paro, carencia de escolarización, pautas educativas, malos tratos, etc.

El T.S. hospitalario interviene, dependiendo de la situación del usuario, en el ingreso, en la estancia y en el alta hospitalaria, así como en las consultas externas.

Nuestro trabajo está relacionado con:

1. Atención directa al usuario.
2. Atención en relación al Hospital Materno-Infantil.
3. La Comunidad.
4. Formación Permanente e Investigación.

1. ATENCION DIRECTA AL USUARIO

Consta de tres partes:

- Estudio socio-familiar.

- Diagnóstico de problemas.
- Tratamiento social.

El usuario nos viene derivado por:

- Hoja de Consulta.
- Propia iniciativa.
- Personal del Centro.

La Hoja de consulta es un instrumento de trabajo en el que el personal de enfermería o médico, detectado un problema social, nos deriva a la familia para su estudio y tratamiento social.

Por propia iniciativa, el usuario llega a nuestra unidad demandado un servicio.

El personal del Centro también nos envía al interesado que demanda nuestro servicio, pero sin adjuntar la mencionada Hoja de Consulta. Así lo solicita, cuando lo cree necesario, para su atención personal.

El **Estudio** comienza una vez enviada la cita al servicio del cual procede la Hoja de Consulta, en el Hospital Infantil, que se encargarán de entregarla a la familia para que vengan el día y la hora indicada.

Este matiz varía cuando se trata del Hospital Maternal, en el que subimos directamente a la habitación a entrevistar a la ingresada.

Recibida la Hoja de Consulta, nos ponemos en contacto con el personal que lleva al enfermo, para conocer su estado de salud y sus relaciones con los familiares. Una vez entrevistada la familia y completado el estudio socio-familiar por nuestra parte, aportamos los aspectos psico-sociales del paciente y su familia, potenciando entre todos, los medios de curación, y su reincisión en su ambiente socio-familiar.

Una vez conocido los factores que influyen y están influenciados a su vez por el proceso de la enfermedad, llegamos al **Diagnóstico** de la problemática de fondo de acuerdo con el usuario por lo que a continuación establecemos las líneas de actuación para el **Tratamiento**.

Este, muchas veces es una mera **Información y Asesoramiento** para proporcionarle recursos, trámites, direcciones, etc., para que el usuario pueda actuar posteriormente.

En otras ocasiones, cuando el enfermo presenta situaciones de conflictiva familiar (disfunción familiar, malos tratos, trato inadecuado, incomprendión o/y rechazo al enfermo o al diagnóstico, etc.) el trabajador aporta elementos de **Orientación** y clarificación de conducta para llegar a un consenso familiar de aceptación y superación.

La **Motivación**, la utilizamos para concienciar de la situación al usuario, potenciando su propia capacidad para que movilice actitudes de cambio.

El **Apoyo** facilita que el paciente manifieste sus sentimientos (rechazo a la enfermedad o al diagnóstico, situación de incapacidad...) y se le ayuda para que pueda superar los sentimientos de culpa, angustia, etc. que padece.

El **Seguimiento** se realiza en una situación problema que va evolucionando y que necesita un tratamiento social periódico y continuado (niños enuréticos, trastornos conductuales, padres sobreprotectores, disfunción familiar grave...).

Derivamos a los Servicios Sociales de su zona cuando se dan de alta, para su control o si estando ingresados necesitan alguno de los recursos con los que estos cuentan.

2. ATENCION EN RELACION AL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL

- En primer lugar se aporta al resto del equipo de salud los datos psico-sociales para que se personalice en cada usuario un diagnóstico completo con todas sus valoraciones, y no un diagnóstico escueto o absoluto de la enfermedad. Se deja constancia en la Historia Clínica del paciente, la intervención del Trabajador Social a través del informe emitido en la contestación de la Hoja de Consulta.
- Participamos en las Sesiones Clínicas en las que los factores psico-sociales son fundamentales para colaborar en la medicina preventiva, integradora y global («Riesgo Social. Estudio de una muestra Hospitalaria» «Alteraciones cerebrales en el maltrato infantil. Nuestra experiencia»).
- Elaboración mensual y anual de las Estadísticas de la Unidad de Trabajo Social, y la Memoria Anual, que presentamos a la Dirección y Gerencia del Hospital, para el mejor conocimiento de la realidad social de los usuarios.
- Colaboramos en la formación permanente del personal, además de por las sesiones clínicas, en cuanto a charlas docentes de participación de la población en la atención sanitaria, para el personal de enfermería.
- Formamos parte de la comisión creada para el estudio de las solicitudes para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en los supuestos que la Ley ampara.
- Participamos semanalmente en las charlas que el Aula de Salud del Hospital Infantil se imparten sobre la atención globalizada del niño (vacunas, alimentación, higiene) y concretamente el tema de relaciones afectivas con éste, para los padres de los ingresados.
- Hemos participado en la planificación

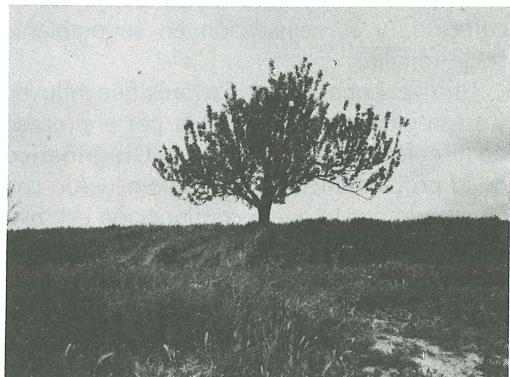
- del Hospital en cuanto a la mejora y humanización de los servicios, organización de una escuela y jardín de juegos para los niños, entradas más flexibles y prolongadas de los padres, etc.
- Hemos intervenido en la elaboración del programa de la Unidad de Educación Maternal, llevando a cabo charlas sobre las relaciones madre-hijo y el papel del padre en la familia.
 - Elaboración junto con la dirección del Centro, de las medidas a tener en cuenta con la mujer embarazada que ingresa para dar su hijo en adopción, para la humanización del trato dentro del Hospital.
 - Colaboramos para que grupos de Trabajadores Sociales post-graduados adquieran experiencia y enriquezcan su formación en el campo de la salud.

3. TRABAJO EN RELACION CON LA COMUNIDAD

Nuestro objetivo es que el Hospital esté abierto a la Comunidad en íntima interrelación.

- Colaboramos con los Centros de Salud para coordinar e intervenir en los programas del niño sano, para su control en prevención de enfermedades.
- Participamos en la elaboración del programa de la Unidad de Pediatría Social para evitar riesgos que incidan negativamente en la salud infantil.
- Al igual que orientamos al usuario, a los recursos sociales existentes en la Comunidad, también canalizamos hacia la Gestión de la Demanda del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.), las carencias y deficiencias que el usuario encuentra en la búsqueda o utilización de los recursos de la comunidad.
- Coordinación y colaboración con los Servicios Sociales de la Zona donde el enfermo reside, para su reinserción en la vida familiar, social, etc.

- Mantenemos estrecha relación con las Asociaciones de Ayuda Mutua y de integración de los Niños con Espina Bífida, Fenilcetonúricos, Mucoviscidóticos, Celiacos, enfermos renales (Alcer-Giralda) etc., participando en sus actividades y asesorándolas.



4. FORMACION PERMANENTE E INVESTIGACION

La formación permanente la realizamos a través de la participación en las diferentes actividades docentes relacionadas con Protección de Menores, reinserción de toxicómanos, Estudio de Política Social y Servicios Sociales, Escuela de Padres, etc.

En cuanto a la investigación, actualmente estamos realizando la de «Los Condicionamientos Sociales en el S.I.D.A.» y «las influencias de los distintos miembros de la familia en la salud infantil» para la que nos reunimos semanalmente el equipo de salud (médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) y que presentaremos en Madrid en julio de 1989 en el Psimposium Internacional de Pediatría Social.

Asimismo investigamos, de los datos sociales extraídos de nuestro trabajo diario las necesidades, recursos y procedencia de las demandas, para planificar los futuros programas de actuación y conocer las deficiencias de equipamientos sociales y recursos de la Comunidad.



T.S. CON DIABETICOS

Pilar Castillo Escudero y M.ª Antonia Arteaga Montero. Asistentes Sociales Instituto Diabetología.

TRABAJO SOCIAL CON DIABETICOS EN EL INSTITUTO DE DIABETOLOGIA DE CRUZ ROJA

1. LA DIABETES

Problemática que plantea

La diabetes mellitus, según el Comité de Expertos de la O.M.S. «es un proceso crónico —concentración de glucosa en sangre— producido por factores ambientales y genéticos, que frecuentemente actúan juntos».

La frecuencia con la que se da esta enfermedad es del 2% de la población. Existiendo un alto porcentaje de diabetes ignoradas.

Al ser un proceso crónico e irreversible, frecuentemente deteriora la imagen que de sí misma tiene la persona, afectando a su integridad biopsicosocial. Esto se da en mayor grado si la edad de aparición de la diabetes, es temprana pues exige un tratamiento más estricto —insulino terapia— y tiene unos costos y una problemática más com-

pleja por tener que superar las etapas evolutivas de la vida.

Por todas estas implicaciones, la diabetes no puede quedar reducida a un tratamiento clínico, deberá ser contemplada desde todos los aspectos, necesitando un ajuste social, unos medios preventivos y un tratamiento adecuado en los casos diagnosticados.

Este tratamiento exige la formación diabetológica que todo diabético deberá recibir. Con ella conseguirá: confianza en sí mismo, con un reconocimiento de la enfermedad y una calidad de vida equiparable, en lo más posible a la de una persona no diabética.

2. EL TRABAJADOR SOCIAL ESPECIALIZADO

En este caso en el campo de la diabetes, posee unos cono-

cimientos sobre los procesos médicos y terapéuticos del tratamiento, así como de los problemas de adaptación y de orden psicosocial que plantea la enfermedad.

Sus objetivos principales son:

— Hacer posible que el diabético tome conciencia de su realidad y llegue a asumirla.

— Que el diabético se motive y adquiera formación suficiente para controlar su diabetes adecuadamente.

— Reforzar sus capacidades para conseguir constancia en el tratamiento, sobre todo cuando el diabético dispone de pocos recursos personales.

— Que la persona diabética se integre en su medio social y consiga una buena calidad de vida.

— **Para conseguir estos objetivos**, el T.S. utiliza principalmente la Entrevista de Apoyo y el T. en Grupo.

3. DESARROLLO DEL TRABAJO, EN SUS DISTINTOS NIVELES

A) Atención al paciente y familiares

1. Pacientes que vienen por primera vez

El paciente que acude por primera vez al Centro es entrevistado por una Asistente Social. Si procede, se aportan al equipo médico datos sobre los

aspectos detectados en la entrevista, que puedan incidir en el diagnóstico y el buen control de la enfermedad.

Existe una coordinación entre el A.S. y el médico, con respecto a cada paciente, según las características de cada tratamiento.

Si el paciente es de reciente diagnóstico nos encontramos con dos problemas:

— **Situación emocional** producida por el diagnóstico de una enfermedad crónica. Este diagnóstico produce siempre un fuerte impacto que afecta en mayor o menor grado, según la edad de aparición de la diabetes, la situación socio-cultural, el grado de estabilidad de las relaciones familiares, etc. dificultando siempre el aprendizaje inmediato de los conocimientos necesarios para el cuidado de la diabetes.

— **El desconocimiento de la enfermedad** suele crear una angustia que impide hacer frente a la nueva situación con sus mecanismos habituales de defensa y adaptación.

Si se trata de un niño son los padres los que sufren la angustia y frecuentemente surgen sentimientos de culpabilidad (por la característica de ser enfermedad hereditaria), pudiéndose alterar la dinámica y la buena relación familiar.

Por otra parte la diabetes requiere un aprendizaje y demanda unas situaciones nuevas, por ello en este aspecto familiar la diabetes requiere un seguimiento constante por parte del A.S., sobre todo en esta





primera fase, dada la dificultad de aplicar rápidamente los conocimientos recién adquiridos, con lo que supone de exceso de responsabilidad, temor a equivocarse, etc.

2. Atención a enfermos antiguos

En sus revisiones periódicas, acuden al Departamento de Asistencia Social por distintas causas:

Caso de mal control sin causa aparente

Se revisa la dieta, horario, técnicas de autocontrol, y tipo de vida. Se trata de esclarecer las causas de la descompensación. Estas pueden ser de tipo emocional, afectivo, laboral, familiar, etc.

Hay que tener en cuenta que la persona diabética ha de so-

portar constantemente una sobrecarga extraordinaria. Se le exige:

- Corresponsabilidad en el tratamiento.
- Autoanálisis.
- Autoinyección.
- Conocimiento sobre dieta y su observancia.
- Descubrir los síntomas de hipoglucemia y resolverlos adecuadamente.
- Ajustarse a un régimen de vida que favorezca su tratamiento.
- Y un estricto control, a base de perfiles glucémicos «para evitar futuras complicaciones».

Todo esto contribuye a que en ciertas etapas necesite un apoyo especial.

Rebeldías en la adolescencia

Estas dan lugar a relaciones conflictivas en la familia. Casi

siempre son consecuencia de conductas anteriores inadecuadas: superprotección, autoridad excesiva, incapacidad para pasar gradualmente y a tiempo la responsabilidad al hijo, etc.

La crisis de la adolescencia, en el joven diabético, es aún más complicada y conlleva mayores riesgos. Frecuentemente identifica el régimen terapéutico con los padres y su autoridad. La insulina y la dieta se convierten en un arma para manipular a la familia y sacar partido de su diabetes.

Problemas sociales concretos

Problemas de escolaridad, laborales, familias rotas, escasez de medios económicos, etc.

Se vuelve a estudiar el caso desde esta nueva situación. Se contacta con los Servicios Sociales adecuados, tratando de establecer y conseguir colaboración y coordinación con los T.S. cercanos al diabético.

Esta buena coordinación no sólo favorece la situación de estos enfermos sino que evita hospitalizaciones y riesgos innecesarios.

Algunos de estos casos requieren ser estudiados por todo el equipo incluso ser tratados en el Servicio de Medicina Psicosomática.

B) Actividades complementarias al trabajo social hospitalario

Colonias o cursos de verano para niños diabéticos.

Desde las primeras colonias, los AA.SS. han participado en:

- La elaboración de programas.
 - En la realización de los cursos.
 - En el seguimiento de los casos detectados en ellas.
 - En la evaluación.
- Objetivos más destacados:
- Separación del entorno familiar.
 - Convivencia entre chicos y chicas con problemática común-formación de grupos de diálogo.
 - Aprender a cuidar y vivir con su diabetes.
 - Divertirse y hacer deportes juntos.



Trabajo social con grupo de padres

Vista la necesidad de apoyo e intercambio de experiencias que demandaban los padres de niños diabéticos (principalmente las madres) se empezó un trabajo con grupos.

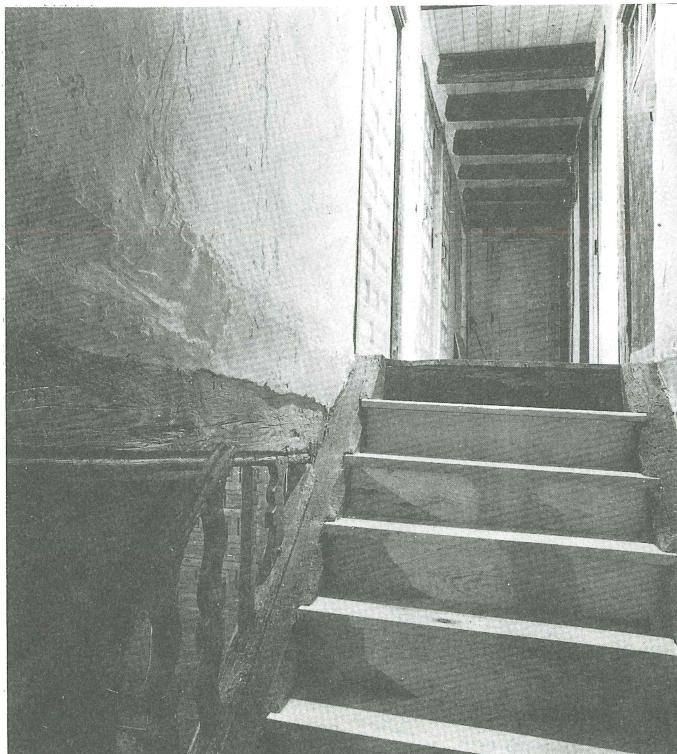
Los objetivos son:

- Tomar conciencia y asumir su realidad.
- Adquirir una formación lo más amplia posible, principalmente diabetológica, para poder transmitirla al hijo.
- Que unidos preparen para sus hijos un futuro más justo en el que no se sientan marginados.

Convivencias con matrimonios. Uno de los cónyuges es diabético.

Objetivos: Mentalizar a la familia, concienciarla, reunirse y compartir, divertirse juntos y comprometerse en futuras acciones en favor del diabético.

Excursiones de familias con algún miembro diabético para compartir problemas y experiencias.



Colonias y excursiones con ancianos diabéticos

Se organizan colonias mixtas (grupos de ancianos diabéticos y no diabéticos). La organización y desarrollo de esta actividad se realiza conjuntamente con los Servicios Sociales de Cruz Roja de Madrid.

Objetivos:

- Romper la monotonía y el aislamiento en que viven normalmente las personas mayores, sobre todo las que están incapacitadas.
- Pasar un día de esparcimiento y convivencia que les cree ilusión.
- Darles oportunidad de que convivan y se relacionen con personas de su edad.
- Encontrarse con amistades surgidas en ingresos del Instituto.
- Conocer cómo vive el anciano diabético, principalmente el que está solo e incapacitado y las dificultades que encuentra al poner en práctica el tratamiento.
- Repasar en grupo los cuidados que exige su diabetes... etc.

En las colonias, tanto de niños como de ancianos se cuenta con monitores diabéticos que hacen su trabajo como voluntarios.

Formando parte del Equipo de Educación al Diabético

- En la elaboración de programas.

- En la realización de Cursos.
 - En el seguimiento necesario.
- trabajo en equipo, compuesto por diabetólogos, enfermeras, Asistentes Sociales y Psicóloga.

Colaboraciones

- En programas de la L.A.C.R.E.
- Con Asociaciones de Diabéticos.
- En Cursos y Mesas Redondas Insalud.

Las dimensiones y organización del Instituto de Diabetología así como la especialización de cada uno de los trabajadores que desarrollan su actividad laboral en el mismo, hacen que los diabéticos allí tratados sean conocidos personalmente y se sientan en un ambiente de confianza.

El número de historias clínicas del Instituto de Diabetología unas 40.000, hablan por sí mismas de la labor realizada en este Centro si se considera que cada paciente acude, al menos tres veces al año, a consulta, tratamiento o actividades organizadas para ellos.

4. MARCO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO SOCIAL

La L.A.C.R.E. LUCHA ANTI-DIABETICA DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA, fue fundada en 1963. Tiene como objetivos atender a los problemas médico-sociales de la población diabética. Su ámbito es nacional.

Su fundador, el profesor Dr. L. F. Pallardo, fue un profundo conocedor de la compleja problemática de las personas diabéticas. De ahí que desde el comienzo contara con profesionales de trabajo social para el estudio y tratamiento de los problemas sociales de estas personas.

En el año 1970, la L.A.C.R.E., inauguró el Instituto de Diabetología. Es un centro monográfico especializado en la atención integral al paciente diabético. Sus revisiones periódicas, permiten seguir de cerca su evolución y facilitan el



SIDA

Concepción de Diego García, M.^a Angeles Marcos de la Huerga. Hospital General «Gregorio Marañón».

EL SIDA: UN PROBLEMA SOCIO-FAMILIAR

Esta síntesis va a consistir en dar a conocer los datos más significativos de dos trabajos llevados a cabo por las Asistentes Sociales del Hospital General «Gregorio Marañón»: Concepción de Diego García y M.^a Angeles Marcos de la Huerga.

En ambos estudios la primera parte consta de los aspectos generales del SIDA, a los cuales no se va a hacer mención. Nos centraremos únicamente en la segunda parte de esos trabajos.

Uno de ellos está dirigido al conocimiento del perfil sociológico y psico-social de los portadores del virus VIH y enfermos SIDA. El otro está dirigido al estudio de las características de las familias de estos enfermos y su respuesta ante la enfermedad.

1. PROCESO DE LA INVESTIGACION

Los trabajos mencionados «EL SIDA UN PROBLEMA SOCIAL» y «EL SIDA DESDE LA PERCEPCION FAMILIAR», surgen como consecuencia de la inquietud de dos Asistentes Sociales del Hospital General «Gregorio Marañón» ante el incremento de pacientes ingresados en dicho Centro y atendidos en Consulta externa del SIDA, y la necesidad de abordar la enfermedad desde una perspectiva más amplia que conlleve un tratamiento terapéutico integral en el cual estén involucrados tanto el enfermo como el núcleo familiar.

Los motivos fundamentales de esta investigación se centran en los siguientes puntos:

- 1.^º La escasez de información y estudios desde la perspectiva social, por lo que se pretende profundizar en estos aspectos ya que el SIDA además de ser un problema de salud, es también un problema social, porque ha afectado esencialmente a dos grupos sociales marginados: drogadictos y homosexuales. Esto está contribuyendo a dar un carácter especialmente polémico a esta nueva enfermedad, tanto por las repercusiones sociales que implica para los afectados como por la preocupación que en todos los estratos políticos ha provocado la velocidad de su evolución y la carencia de medios para combatirla adecuadamente.
- 2.^º La forma en que el núcleo familiar se

ve afectado ante el conocimiento de que uno de sus miembros es portador de VIH o enfermo SIDA.

La poca o nula comunicación, el deseo de ocultar esta situación, la posibilidad de rechazo social, etc..., terminan configurando unas relaciones deterioradas entre los familiares no afectados, modificando sus actitudes ante el enfermo, provocando a veces aislamiento y entorpeciendo las relaciones interpersonales. Todo ello dificulta considerablemente el abordar los tratamientos de manera global.

Para llevar a cabo estas investigaciones nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- 1.º Describir las características sociales y personales de los portadores de VIH y enfermos SIDA que acuden al Hospital General «Gregorio Marañón».
- 2.º Conocimiento del entorno social de las familias en las que existe un miembro afectado por el VIH o SIDA.
- 3.º Estudio y análisis de las modificaciones o alteraciones de las relaciones intrafamiliares y sociales ante el conocimiento de la afectación de uno de sus miembros.

A partir de lo expuesto en los objetivos se estableció la siguiente metodología de trabajo:

El período de estudio sobre los aspectos sociales de los enfermos y de la situación familiar se llevó a cabo desde el 1 de noviembre de 1987 al 30 de abril de 1988, por lo tanto comprende un período de 6 meses.

El marco de aplicación hace referencia al Hospital General «Gregorio Marañón», dependiente de la Comunidad Autónoma de Madrid. Dicho centro por sus características y dependencia atiende a una población heterogénea y frecuentemente marginada. La cobertura sanitaria es muy diversa, pudiéndose destacar:

- Enfermos con Cartilla de Asistencia Médico-Farmacéutica.
- Enfermos con Seguridad Social.
- Enfermos con otros conciertos.

- Enfermos pertenecientes a Instituciones Penitenciarias.

- Enfermos sin cobertura sanitaria.

El estudio se ha centrado fundamentalmente en aquellos servicios clínicos del Hospital que presentan una mayor incidencia en el tratamiento de estos enfermos:

- Consulta externa de SIDA.
- Medicina Interna.
- Medicina Aparato Digestivo.
- Unidad de Custodiados.
- Nefrología.

La recogida de datos se ha llevado a cabo a través de las siguientes técnicas:

- Observación directa.
- Observación mediante encuesta.
- Entrevista personal.
- Observación documental.

En cuanto a las características técnicas de la encuesta, el universo de la investigación ha sido de 389 pacientes portadores de VIH y enfermos SIDA atendidos en el Hospital durante los 6 meses del estudio.

En el trabajo correspondiente a las familias, el universo no coincide exactamente con el número de enfermos ya que hay alguno que carece de familia y otros que no mantienen contacto con ellas.

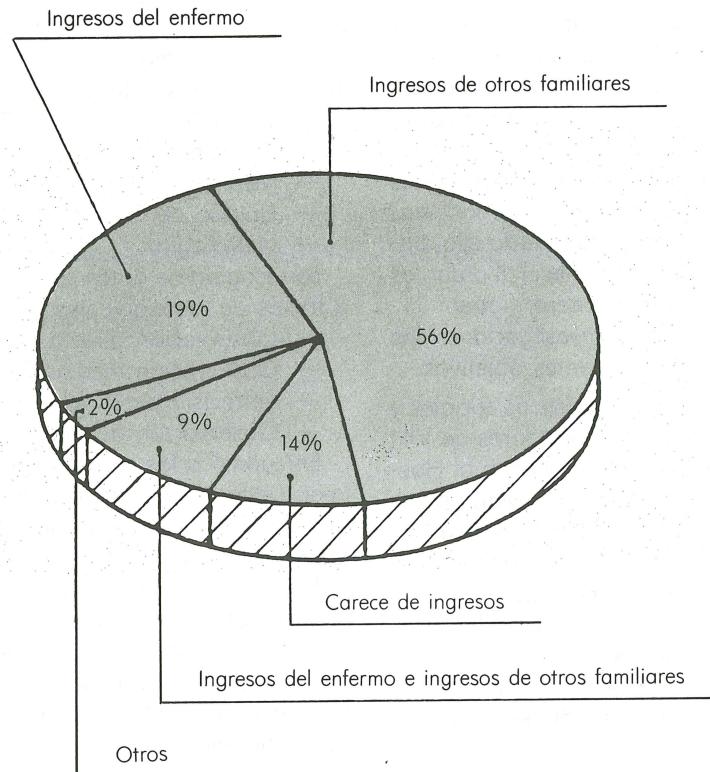
La muestra elegida ha sido de 100 pacientes y 100 familias hombres y mujeres.

La selección de la muestra se ha realizado por un procedimiento aleatorio.

2. ANALISIS DE LA SITUACION OBJETIVA DE LOS PORTADORES DEL VIRUS VIH, ENFERMOS SIDA Y FAMILIAS

Los datos sociológicos, tanto en el trabajo de enfermos, como en el de familias, se va analizar conjuntamente por coincidir las mismas preguntas en el cuestionario.

El primer dato a tener en cuenta es el elevado porcentaje, 79% de portadores de VIH, frente al 21% enfermos SIDA.



En los enfermos predominan los varones con un 40%, sobre el 30% mujeres. Esta diferencia cuantitativa a favor de los hombres se mantiene en todos los casos recibidos de la O.M.S., a excepción de los países africanos en los que el porcentaje es semejante.

El grupo de edades donde se detecta una incidencia más elevada de portadores o enfermos es el comprendido entre los 25 a 29 años.

Respecto a la investigación sobre las familias se puede apreciar, sin embargo, que el 72% de los encuestados son mujeres frente al 28% de hombres. Hay que tener en cuenta que se ha aplicado el cuestionario al familiar que más asiduamente acude al Hospital a visitar al enfermo. La mayor frecuencia se ha detectado en personas cuyas edades osci-

lan entre los 55 y 64 años y con un parentesco muy definido: madres de los pacientes.

El estado civil más habitual de los enfermos es el de casado, en un 51%, encontrándose dentro de este grupo los separados legales y de hecho. Dato que se repite y se amplía en las familias con un 75% de casados.

La forma de convivencia más frecuente en estos enfermos es la siguiente: 38% con la familia, 17% en Instituciones Penitenciarias, 14% que vive solo/a y existe un 9% que carece de domicilio. Estos últimos aunque no constituye un porcentaje muy elevado, sí conforman un grupo muy significativo desde el punto de vista social, por tener que residir en albergues o pensiones. Son los enfermos que plantean una problemática social más importante.

Los datos más significativos en cuanto a la cobertura sanitaria son, el 48% tiene Seguridad Social y el 17% carece de cobertura sanitaria.

La cobertura de las familias es más estable, con un 86% que se encuentra afiliado a la Seguridad Social.

El 78% adquirió la enfermedad por droga, 12% relaciones heterosexuales, 5% relaciones monosexuales y un 5% por transfusión.

3. ANALISIS DE LA VALORACION QUE LOS PROPIOS PACIENTES HACEN DE SU ENFERMEDAD Y SITUACION

Los problemas psicológicos, emocionales y sociales derivados del fenómeno SIDA, deben tenerse en cuenta si queremos realizar un tratamiento integral. Desde esta óptica vamos a analizar las repercusiones que se han producido en los pacientes; esto nos va a permitir conocer el perfil psico-social de los mismos.

Ante el conocimiento de la enfermedad los encuestados acuden en primer lugar a las familias en el 47% de los casos, aunque posteriormente necesiten el apoyo de algún profesional o amigo. Es importante destacar que un 35% de los enfermos no acude a nadie tras conocer los resultados de los análisis.

El 77% de los encuestados cuentan con el apoyo de su núcleo familiar, fundamentalmente de la figura materna, a pesar de los numerosos problemas que el conocimiento de la enfermedad produce en las relaciones de la familia.

El apoyo proporcionado por los cónyuges de los enfermos es sensiblemente menor puesto que con frecuencia la pareja pertenece también al mismo grupo de riesgo que el paciente y se encuentra a veces en condiciones similares.

Es interesante destacar que un porcentaje del 16% de los enfermos carece completamente de apoyo por diversos motivos como: vivir solo, no tener familia, etc...

La forma en que les afectó el conocimiento de ser portadores del VIH o enfermos SIDA ha sido bastante homogénea. Fundamentalmente las respuestas se centran en el miedo,



acompañado en algunos casos de depresión y angustia.

Las repercusiones de tipo psicológico, social y familiar producidas por esta enfermedad adquieren una gran importancia y modifican con frecuencia la propia estructura vital del paciente. La respuesta más frecuente, un 71% hace referencia a la soledad, pero implica también otros factores como un mayor miedo ante las perspectivas de futuro y una mayor dependencia de la familia.

Algo menos de la mitad de los encuestados no les importa relacionarse con personas afectadas, creyendo conveniente la creación de asociaciones.

Un tanto por ciento muy elevado (79%) considera conveniente continuar la convalecencia en el domicilio, aunque tenga problemas para volver a él.

Un 21% de los encuestados optan en su elección por seguir los tratamientos en un centro específico debido fundamentalmente a otras razones: la carencia de domicilio, el estado muy avanzado de su enfermedad y la posibilidad de contagio.

La mayoría de los enfermos no han tenido problemas para continuar el tratamiento médico en su domicilio, aunque en algunos casos, por la escasez de medios económicos, les ha sido más difícil.

Hay un 14% que tiene a su pareja afectada, existiendo solamente un 3% de hijos afectados.

4. OPINIONES Y RESPUESTAS QUE SOBRE LA ENFERMEDAD TIENEN LAS FAMILIAS

Se pretende en este apartado recoger aquellas opiniones más significativas para conseguir una idea clara de cómo se ha vivido en el núcleo familiar el proceso del enfermo.

La mayoría de los encuestados han sabido que su familiar tenía anticuerpos o enfermedad SIDA, a través del propio paciente y del

médico. Casi la totalidad posee algún conocimiento sobre la enfermedad, pero la mayoría considera que la información es insuficiente.

Según las respuestas las propias familias consideran el SIDA como una enfermedad grave, infecciosa, destructiva, incurable y mortal, como la peste, algo que se ha buscado el enfermo y una consecuencia de la droga.

Conocen las medidas preventivas un 94% y las utilizan. Fundamentalmente evitan el contacto con sangre y las medidas de desinfección generales en un 39% de los encuestados.

La forma en que afectó esta enfermedad al núcleo familiar es bastante similar en la mayoría de las contestaciones: sintieron miedo y angustia ante tal conocimiento, a veces unido a la depresión.

Las actitudes manifestadas por los familiares son de gran amplitud. La contestación más frecuente fue la aceptación en un 76% de los casos y el apoyo en un 70%.

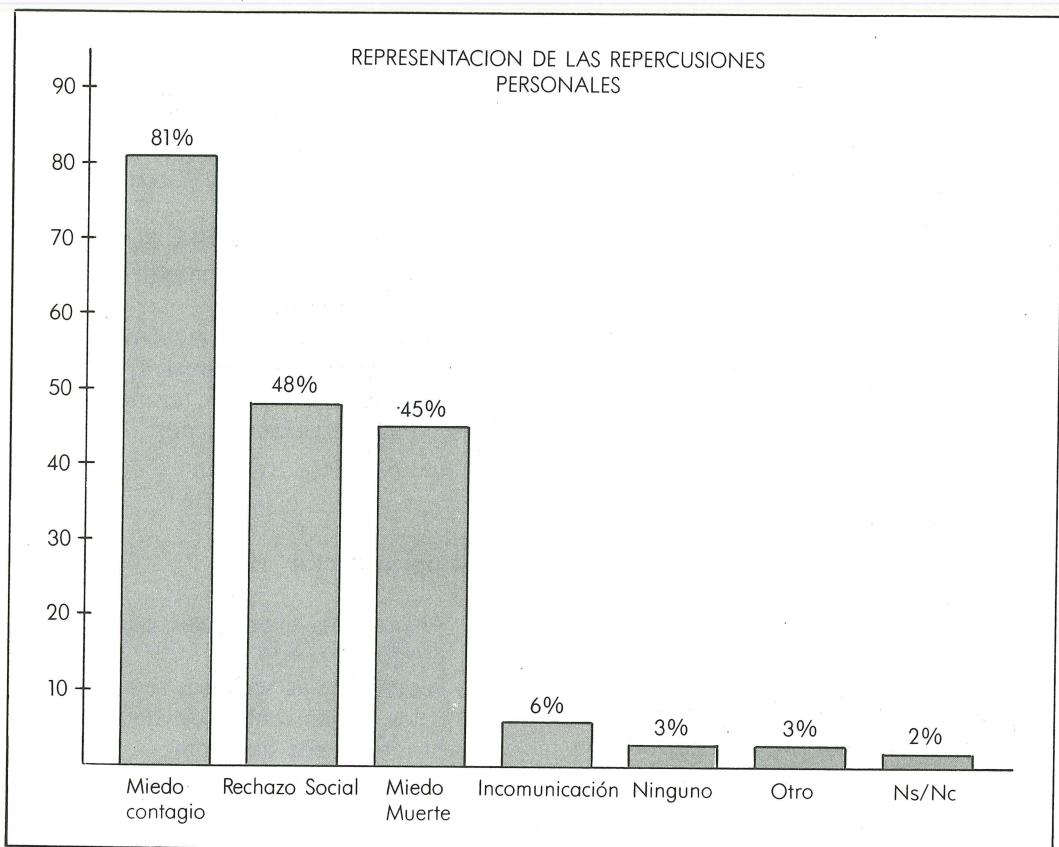
Han sido las madres con un 18%, las que más aceptación, compresión, cariño y apoyo conjuntamente han demostrado hacia su hijo enfermo.

No existe unanimidad en las actitudes adoptadas por los restantes componentes del grupo familiar y esto conlleva la aparición de problemas psico-sociales, discusiones y conflictos familiares y problemas económicos.

5. RECURSOS Y PRESTACIONES QUE DEMANDAN DE LA ADMINISTRACION

Tanto los enfermos como las familias demanda de la Administración lo siguiente:

- Ayudas económicas para los enfermos, ya que la mayoría de ellos carece de trabajo y de ingresos. Como puede verse en el nivel económico correspondiente a las familias, la situación más frecuente pertenece a unos ingresos medios bajos o bajos.



- Creación de equipos de apoyo tanto para enfermo como para la familia. Esta solicitud tiene su razón de ser en la serie de problemas que se están ocasionando desde el punto de vista físico, psicológico y social y las repercusiones generales que se están produciendo.
- Información adecuada que llegue a toda la población.
- Medidas contra la droga, ya que las consideran básicas y fundamentales para evitar la expansión de la enfermedad.
- Control en las cárceles, esta contestación se encuentra en aquellos encuestados cuyo familiar se encuentra en prisión o ha estado detenido en alguna ocasión.
- Reincorporación a la vida laboral y reinserción social del paciente en el grado que la enfermedad se lo permita.

- Este hecho supondría tener menos tiempo para pensar en su enfermedad y una ayuda económica importante.
- Ayuda de la Administración para sufragar los altos costes de los tratamientos.
 - Solicitan la aplicación del Artículo 60 contemplado en el ordenamiento penitenciario español, que dice «... podrán ser propuestos para la concesión de la libertad condicional cuando, según informe médico, se trate de enfermos muy graves con padecimiento incurable».
 - Mayor investigación.

Las demandas que las familias hacen de la Administración están relacionadas con la aceptación de la enfermedad. Se pueden diferenciar dos grupos de familias:

- 1.º Las que aceptan la enfermedad. En este apartado se pueden dar dos situaciones:
 - a) Las que realmente aceptan la

- enfermedad y adoptan ante ella una actitud positiva.
- b) Las que, bajo una idea de aceptación, soportan la enfermedad como una carga, pero son incapaces por su educación y su mentalidad de rechazar al enfermo.

2.º Las que rechazan con claridad al enfermo.

Las demandas están en relación con los núcleos familiares descritos anteriormente.

- El primer tipo de familias dirige sus peticiones de manera fundamental a la investigación. Solicitan el incremento de los estudios para que se obtengan con rapidez un fármaco eficaz, útil para curar la enfermedad. Las peticiones se orientan, por tanto, a la salud del enfermo.
- El segundo grupo solicita fundamentalmente la creación de Centros donde internar a los enfermos con el objetivo evidente de evitarse preocupaciones.

6. CONCLUSIONES

Los objetivos marcados han ido encaminados a conocer la situación global de la enfermedad y sus repercusiones sociales, así como, el perfil sociológico y psico-social de los portadores del VIH y enfermos SIDA y el perfil medio de las familias, estudiados en el Hospital General «Gregorio Marañón». Los resultados obtenidos nos han llevado a formular las siguientes conclusiones:

Sobre los 100 pacientes estudiados, el 79% son portadores de VIH y el 21% son enfermos SIDA.

Perfil sociológico del enfermo

- Sexo hombres.
- La mayoría toxicómanos.

- Las edades se agrupan entre 25 y 34 años.
- Estado Civil: solteros.
- Los distritos de procedencia son: Carabanchel, Vallecas y Moratalaz.
- Respecto al trabajo, no hacen nada una mayoría.
- Nivel de estudios EGB y BUP.
- Ingresos económicos, más del 50% depende de su familia.
- La forma de convivencia (cónyuge o pareja y padres-hermanos).
- Vivienda normal, sin hacinamiento y con los servicios mínimos.

Perfil psico-social

- Alteraciones emocionales: angustia, depresión y miedo.
- Repercusiones sociales: se encuentran solos, un porcentaje elevado, y temen al futuro más que antes.
- El apoyo recibido se centra en su familia (padres y hermanos) y (cónyuge o pareja).
- Una gran mayoría desean asociaciones que luchen por sus intereses.
- Durante su convalecencia prefieren el domicilio.
- No han tenido problemas para seguir el tratamiento.
- Algunas parejas de estos enfermos se encuentran infectadas.
- Un porcentaje muy pequeño de sus hijos están infectados.
- Los hijos de estos enfermos son cuidados por sus madres y abuelos.

Perfil medio de las familias

- Sexo mujeres.
- Mayores de 45 años.
- Estado Civil casadas.
- Convivencia con cónyuge e hijos.

- Madres de los enfermos atendidos.
- Nivel de estudios bajos.
- Amas de casa.
- Ingresos bajos y medios bajos.
- Viviendas normales, sin hacinamiento y con los servicios mínimos.
- Distrito a que pertenecen: Vallecas, Moratalaz-Vicálvaro y otras Comunidades.
- Cobertura sanitaria Seguridad Social.
- Católicos practicantes.

Respuesta familiar ante la enfermedad

- En su mayoría están informados sobre la enfermedad pero consideran esta insuficiencia, a pesar de ser el médico y enfermo quienes les informaron.
- Consideran el SIDA una enfermedad grave, que destruye poco a poco al enfermo hasta llevarlo a la muerte.
- Conocen las medidas preventivas y las utilizan según el grupo de riesgo a que pertenezca su familiar enfermo.
- Las reacciones más generalizadas son miedo y angustia.
- Las actitudes más adoptadas son aceptación y apoyo.
- La repercusión personal más importante ha sido el miedo al contagio.
- Las incidencias más destacables a nivel familiar son los problemas psico-sociales, discusiones y conflictos familiares.
- Ocultación de la enfermedad y aislamiento por temor al rechazo social.
- La opinión sobre los toxicómanos más generalizada es que son enfermos.

7. ALTERNATIVAS

Según lo expuesto anteriormente consideramos que puedan existir algunas alternativas viables a este problema:

- Mejorar la información para que sea correcta, adecuada y llegue al conjunto de la sociedad y a los estamentos y organismos vinculados al mundo laboral y profesional.
- Elaborar programas con el Ministerio de Educación e Instituto de la Juventud, donde se aborden además del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y la droga.
- Potenciar la Educación Sanitaria en toda la comunidad, con la participación de todas las organizaciones, escuelas y centros de trabajo.
- Crear unidades en centros penitenciarios para el tratamiento de los drogadictos y de infectados.
- Permitir y facilitar el uso de jeringas y agujas desechables a la población toxicómana en general y en las Instituciones Penitenciarias en particular.
- Crear equipos de apoyo psico-social para poder afrontar las modificaciones en el modo de vida y asesoramiento necesario para las nuevas situaciones, tanto a nivel de enfermos como de familias y allegados.

Resumiendo, el SIDA hay que tratarlo desde los Servicios de Salud y los Servicios Sociales, considerando necesario una adecuada planificación que abarque todos los aspectos y oferte soluciones concretas a los problemas planteados.

No se trata de crear recursos específicos, que llevarían a la marginación sino de la adecuación y coordinación de los ya existentes.

La calidad de vida de las personas afectadas, no depende exclusivamente de la atención médica, se observa que la preocupación fundamental está en las alteraciones emocionales y repercusiones sociales que sufren sin saber como afrontarlas, por tanto desde los equipos multiprofesionales se llevará un tratamiento integral.

Finalmente hay que decir, que ante este problema social la responsabilidad es de toda la sociedad.

INVESTIGACION INFARTO

M.ª Angeles Villalva Montero. Asistente Social.

INVESTIGACION DE FACTORES SOCIALES DE RIESGO EN EL INFARTO DE MIOCARDIO. Centro Ramón y Cajal de la Seguridad Social de Madrid.

INTRODUCCION

La rápida evolución de nuestra sociedad en los últimos años y los proyectos de reforma sanitaria, donde el Trabajador Social quedaría prácticamente eliminado en los Hospitales, exige por parte de dichos profesionales una adecuación de nuestros métodos de trabajo a la nueva sociedad, sin olvidar los aprendidos y utilizados hasta el momento presente.

En el campo hospitalario puede abarcar las dos vertientes de INVESTIGACION y ACCION.

La primera mediante encuestas e informes sociales, tratando de descubrir aquellos factores que hubieran podido incidir en la etiología de las enfermedades.

La segunda con nuestras técnicas habituales de Servicio Social de casos o grupos, colaborando con el equipo clínico para una mejor reinserción social de los pacientes en su mundo habitual.

1. INVESTIGACION

Hace cuatro años el Equipo de Rehabilitación Cardiaca del Hospital Ramón y Cajal de

Madrid de la Seguridad Social, en el que me incluyo, comenzó a llevar a cabo un estudio comparativo entre pacientes sometidos a tratamiento de rehabilitación y pacientes no rehabilitados. Es un trabajo muy arduo ya que exige numerosos controles. Las conclusiones obtenidas pretenden ser presentadas ante la OMS, habiendo sido ya objeto de numerosas publicaciones por parte de algunos miembros del equipo.

Cada vez son más numerosos los estudios epidemiológicos llevados a cabo por epidemiólogos, cardiólogos, psiquiatras, etc., en los que se intenta evaluar los factores psicosociales en la etiología y tratamiento de las enfermedades.

El Infarto de Miocardio, una de las plagas de nuestro siglo, como ya se ha dicho es considerada como una de estas enfermedades.

El cuadro que a continuación se expone nos da una idea clara de determinados factores que influyen en la etiología de esta enfermedad.

Estos factores son admitidos científicamente, con controversias al respecto e investigados por psiquiatras, psicólogos y epidemiólogos.

Se pueden dar innumerables citas dentro de la literatura cardiológica referidas a la im-

FACTORES DE RIESGO DE INFARTO DE MIOCARDIO

1. SOMATICOS	{ hipertensión colesterol genéticos tabaquismo	{ Investigado por cardiólogos y epidemiólogos
--------------	---	--

Estos factores son reconocidos científicamente (OMS 1964), aunque existen otros muchos, los verdaderamente concluyentes son los expuestos.

2. PSICO-SOCIALES	{ Personalidad tipo A (3 de 4 pacientes)	{ Adicción al trabajo Falta de aficiones Alexitimia (incapacidad de expresar sentimientos) Competitividad Impaciencia...
-------------------	---	--

portancia de los factores psicosociales en esta enfermedad.

Sin embargo, ¿se conocen estudios llevados a cabo por profesionales sociales...?

Además, la personalidad tipo A, expresada en el cuadro anterior con un factor de riesgo, ¿no podría ser la consecuencia de la asociación de unas características iniciales de personalidad con unas determinadas vivencias?

Por otro lado, existen los relatos de los pacientes de haber mantenido tensiones laborales frecuentes. El miedo que sienten a la vuelta al trabajo después del infarto y la frecuencia con que el paciente atribuye su infarto a un problema laboral y por último, como responsable del aspecto social del grupo, han hecho aconsejable llevar a cabo una investigación acerca de la vida de estos pacientes de una forma estructurada.

2. METODOLOGIA

Se confeccionó una encuesta social, preinformatizada, directa, con preguntas cerradas, salvo excepciones. Todas las preguntas tienen varias opciones, una de las cuales se deja abierta para dar la oportunidad de una contestación no prevista.

Consta de tres partes:

1. Cuarenta y cinco preguntas acerca de la infancia, pubertad y juventud. Nivel social

y educativo, relaciones familiares y sociales, trabajo y acontecimientos más significativos de los pacientes.

2. Veinticinco preguntas para estudiar la evolución desde que se independiza hasta el momento del infarto. Relaciones familiares y sociales. Acontecimientos previos al infarto. Análisis de la vida laboral.

3. Ocho preguntas sobre las repercusiones del infarto.

MUESTRA

Ciento tres pacientes consecutivos diagnosticados de infarto de miocardio, tratados en el Centro Ramón y Cajal.

Todos los pacientes son varones y en edad laboral; es decir, menores de 65 años.

Dada la gran extensión del estudio, se muestran solamente los datos que se consideran significativos.

3. RESULTADOS

Como puede verse en estos datos estadísticos y los que le siguen, la gran mayoría de los pacientes de la encuesta, proceden de familias pertenecientes a las llamadas clases baja y muy baja, tomando como factores fundamentales de referencia la situación económica, estudios y profesión del padre.

1.ª PARTE: ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS PACIENTES

ESTUDIOS REALIZADOS POR EL PADRE

Niveles	N	%	Agrupados		Clase
			N	%	
1. No sabía leer...	8	7,8			
2. Sabía leer y escribir	35	34,0	76	73,8	Muy baja y baja
3. Estudios primarios	33	32,0			
4. Formación Profesional	4	3,8			
5. Bachillerato	6	5,8	10	9,6	Media-baja y media
6. Técnico de Grado Medio	8	7,8			
7. Estudios Superiores	7	6,8	15	14,6	Media-alta y alta
8. Otra situación y S.R.	2	2	2	2	

PROFESION DEL PADRE

	N	%
1. Profesiones liberales (o con experiencia de Estudios Universitarios o Superiores)	6	5,8
2. Profesiones de Técnicos de Grado Medio	3	3,0
3. Profesiones No Cualificadas (manuales o similar)	67	65,0
4. Sin respuesta	27	26,2

Conviene observar que se da correlación entre el nivel de estudios y la profesión.

La falta de respuesta en 26,2% de ellos se debe en la mayoría de los casos a desconocimiento por parte del paciente.

Es expresivo el dato de que, al menos un 65% tenían una economía familiar muy deficiente. En la España de aquéllos años las condiciones económicas de trabajadores sin cualificar exigía por parte de los hijos mayo-

res un importante esfuerzo. Por ello también se ha recogido este dato, como a continuación veremos.

No es de extrañar que la mayoría, a pesar de las bajas economías, tuvieran una familia numerosa. Es una característica propia de los años 40 y 50. La industrialización posterior trae, entre otras consecuencias, la reducción de la natalidad y el paso a la familia nuclear.

NUMERO DE HERMANOS

	N	%
1. Menos de cuatro hermanos	33	32
2. De 4 a 7	62	60
3. De 8 y más	8	7,8

LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE ENTRE LOS HERMANOS

Lugar	N	%
1. El primer lugar	36	35
2. El segundo	28	27
3. Tercero y resto	39	38

Como ya se apuntó anteriormente, en familias cuya economía es deficiente, sobre todo si son numerosas, los hermanos mayores tenían que ayudar a sus padres con su trabajo. Frecuentemente los hermanos menores es-

tudiaban a costa del esfuerzo de los mayores en la España de la década de los cincuenta. Este dato lo veremos reproducido en las siguientes preguntas.

EDAD EN QUE COMENZARON A TRABAJAR

	N	%
1. Antes de los 14 años	59	57,3
2. De 15 a 18 años	22	21,3
3. De 19 a 25 años	6	15,6
4. Sin respuesta	16	15,6



Este dato se considera uno de los más significativo. El cambio de los juegos infantiles por LA NECESIDAD DE TRABAJAR pudo haber marcado su personalidad. No tuvieron tiempo de desarrollar sus cualidades como niños. Si además tenían éxito en su familia a consecuencia de su buen comportamiento ¿no resulta comprensible su posterior "adicción" al trabajo por los éxitos obtenidos y, en una falta de aficiones...?

Las preguntas siguientes se correlacionan con ésta, ya que manifestaron asumir responsabilidades familiares durante la infancia en el 46,6% de los casos, incrementándose esta cifra en un 55,4% en la adolescencia.

Se recogieron también datos concernientes a las relaciones familiares. En el 91,2% de los casos contestaban que eran buenas, por lo que no parece deducirse ninguna influencia negativa en este sentido. Sin embargo podría apoyarse la hipótesis apuntada en la discusión de la tabla anterior acerca de la adicción al trabajo. De alguna manera la "buena" imagen que deben dar de sí mismos puede ser reforzada precisamente por las buenas relaciones familiares.

Finaliza esta primera parte de la encuesta con el estudio de acontecimientos más importantes acaecidos durante las épocas en las que nos estamos refiriendo. Durante la infancia tuvieron sucesos trágicos 27,1% de los 103 pacientes encuestados. Carecen de significación dado su escaso número, los padecidos en las otras fases aludidas.

2.º PARTE: SITUACION ACTUAL

— EDAD EN EL MOMENTO DEL INFARTO

Como es de suponer la frecuencia de este padecimiento guarda una relación directa con la edad. Sin embargo conviene destacar el gran salto que se produce entre los 41 y 49 años en relación con las edades precedentes.

- Menores de 40 años 11,2%
- Entre 41 y 49 años 36,6%
- Entre 50 y 59 años 52,2%

— ESTADO CIVIL Y RELACIONES FAMILIARES

La gran mayoría de ellos (el 93%) están casados. La situación es estable y el 80% manifiesta que las relaciones familiares (de pareja e hijos) son satisfactorias. Las cargas familiares no parecen haber tenido una significación importante ya que el 76,6% no tienen más de cuatro hijos, de los cuales 22,2% están independizados.

Llama la atención el porcentaje tan pequeño de esposas que trabaja fuera del hogar, solamente un 16,5% lo hace. No se ha investigado acerca de los motivos de este reducido número. Aunque parece razonable que pudiera deberse a las diferentes costumbres sociales de entonces, los pacientes a los que se preguntó manifestaban su disconfor-

RELACION CON EL NIVEL DE ESTUDIOS REALIZADOS

	Padres	Pacientes	Agrupados		
			Padres	Pacientes	%
1. Estudios superiores	6,8	12,7			
2. Estudios medios	7,8	13,7	14,6	26,1	
3. Formación profesional	3,9	13,7			
4. Bachillerato	5,9	15,6	9,8	29,3	55,4
5. Estudios primarios	32,6	23,5			
6. Sólo leer y escribir	34,6	20,6	75,0	44,1	
7. Analfabeto	7,8	0			



midad ante el trabajo remunerado de la mujer fuera de su casa.

Merece un capítulo aparte lo referente al aspecto laboral de los pacientes. La trayectoria seguida hasta alcanzar la ocupación que en la actualidad tienen y los problemas anteriores al infarto.

En primer lugar, vamos a analizar los estudios que realizaron los encuestados relacionándolos con los de sus padres.

Conviene resaltar la gran diferencia existente entre los niveles de padres e hijos. Mientras que el 75% de los primeros tenían a lo sumo estudios primarios, los segundos alcanzaron niveles de bachillerato o superior en un 55,4%. Si tenemos en cuenta que ya desde la infancia está trabajando un 57,3%,

necesariamente han tenido que compaginar éste con sus estudios.

Conviene añadir que la mejoría económica alcanzada por un 76,9 de los pacientes, en relación con la de sus padres fue debido a su propio esfuerzo fundamentalmente, aunque no podemos olvidar la evolución favorable de la sociedad.

Independientemente de la categoría profesional importa el tipo de trabajo, observándose que, al menos un 49%, tienen un tipo de trabajo estresante, conductores, vendedores, jefes de contabilidad y directores, son las ocupaciones más frecuentes.

— EVOLUCION DE LA VIDA LABORAL

Se hizo una pregunta muy compleja sobre las profesiones, categorías y cambios de empresas que tuvieron desde el inicio de su vida laboral. Se muestran a continuación solamente los dos que más resaltan, haciendo la advertencia de que las contestaciones no tienen por qué ser excluyentes.

CATEGORIA PROFESIONAL

	N	%
1. Alta Dirección	16	15,5
2. Mandos Directivos	5	4,8 31,9%
3. Mandos Intermedios	12	11,6
4. Mandos Inferiores	11	10,6
5. Otras situaciones	56	54,5
6. Sin respuesta	3	2,9

	%
Accede escalonadamente	33
Trabajos continuos en tensión	42,7
Trabajos continuos de responsabilidad	24,2

— Causas laborales atribuidas por los pacientes a su infarto

	%
Trabajo en tensión	29,1
Especial responsabilidad	11,6
Exceso de horas	11,6
Tensiones, incertidumbres y fracasos	12,6
— Problemas laborales en el momento del infarto	%
1. Amenaza de paro	6,8
2. Empresa en quiebra	7,8
3. Exceso de trabajo	24,2
4. Graves responsabilidades	13,6
5. Marginación en la empresa	1,9

Se hace la observación que estos problemas pueden ser acumulables, es decir, un mismo paciente puede estar pasando por varias circunstancias de este tipo a la vez, por lo que podríamos engañarnos si hiciéramos la suma de los totales.

Finaliza este trabajo con la impresión que los pacientes tienen acerca de las repercusiones familiares, laborales y económicas que en ese preciso momento tenían. Para no hacer más larga esta exposición no haré referencia a ellos.

4. OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

La muestra se ha tomado en un Hospital de la Seguridad Social, situado en la zona norte de Madrid. Debemos tener en cuenta por tanto, que los estratos Sociales que acuden a los Hospitales de la Seguridad Social tienen unas características especiales, aunque frente a esto la zona norte de Madrid NO es una zona deprimida económicamente.

Los resultados obtenidos no pueden hacerse extensibles a todos los pacientes que han sufrido un infarto: sin embargo han sido la base para la elaboración de otra encuesta se está pasando en la actualidad a pacientes infartados y a otros con otras enfermedades diferentes, con objeto de poder establecer comparación entre ambos grupos y poder validar el mencionado cuestionario.

CONCLUSIONES

1.º La mayoría de estos pacientes proceden de un nivel social calificado como bajo o muy bajo (a pesar de lo mencionado respecto a la zona).

2.º Asumieron responsabilidades a edades muy tempranas al menos el 57% de ellos.

3.º En consecuencia sus personalidades pudieron verse modificadas por unas vivencias impropias de un normal desarrollo infantil.

4.º Consiguen un gran salto cualitativo (un 65% de ellos) entre las condiciones culturales, sociales y económicas de su familia originaria y la posterior mediante un gran esfuerzo personal continuado. Estos pacientes vivieron en una época en la que la formación permanente casi no existía, por lo que aparecen como autodidáctas.

5.º En opinión de los encuestados y dada la valoración que se hace de los puestos de mando que ocupan, el 32% desempeñan sus trabajos de forma estresante.

6.º Al menos un 25% tuvieron acontecimientos importantes laborales en forma de tensiones, exceso de horas, etc., en etapas inmediatamente anteriores al infarto.

7.º Sus relaciones familiares (de pareja e hijos), sociales y de amistad, son estables.

8.º No existen importantes problemas económicos entre los encuestados en general.

9.º Desde una perspectiva social, en dicho grupo aparece una serie de factores y vivencias de tipo laboral que podrían haber colaborado en la formación de la llamada personalidad tipo A, personalidad que sin estar catalogada por la OMS como desencadenante de esta enfermedad, si es considerada como un factor importante de riesgo.

10.º Al no existir estudios sociales estructurados acerca de la evolución de la vida de estos pacientes, es imposible cualquier demostración concluyente en este sentido.

Por ello se hace una llamada a todos los profesionales que quieran unirse a esta nueva y apasionante tarea de investigación.



FORMACION PROFESIONAL

José Manuel Ramírez Navarro. Vocal de Formación Permanente y Publicaciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

EL PLAN F.I.P. Y LA FORMACION DE TRABAJADORES SOCIALES

El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales a través de acciones concertadas con los Colegios territoriales ha desarrollado en este año el Plan de Formación e Inserción Profesional dirigido a Asistentes Sociales o Diplomados en Trabajo Social en paro o en busca de mejor empleo, en colaboración con el Instituto Nacional de Empleo (INEM).

Esta acción se corresponde con el objetivo segundo del programa de formación permanente de la actual Junta de Gobierno y se enmarca en el primer nivel que hace referencia el programa "Formación básica", ampliando y complementando las deficiencias y lagunas de la carrera. De esta manera el Plan F.I.P. no representa una acción aislada sino una actividad que procura de una forma descentralizada una cobertura en la laguna formativa que detecta la profesión.

¿QUE ES EL PLAN DE FORMACION E INSERCIÓN PROFESIONAL?

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social regula en la Orden de 22 de enero de 1988 el Plan de Formación e Inserción Pro-

fesional a impartir por los Centros Colaboradores del INEM, y anualmente convoca programación de cursos para que los soliciten dichos centros.

Dicho Plan es subvencionado desde el Fondo Social Europeo y es éste quien dicta las normas para la tramitación de Ayudas.

El Fondo Social Europeo, fue creado en el Tratado de Roma y entre los arts. 123 y 128 se desarrolla. Su objetivo fundamental es promover las posibilidades de empleo de los trabajadores y contribuir a su nivel de vida, apoyando más a los más desfavorecidos para lograr su integración al mundo laboral.

Articula su intervención en los casos en que el empleo se vea afectado, amenazado o bien cuando hay que adaptar la oferta a la demanda de mano de obra en la Comunidad. Así favorece, a través de una serie de medidas, como sería el Plan F.I.P., a los desempleados de larga duración y menores de 25 años.

UN PROCESO COMPLICADO: EL RECONOCIMIENTO Y LA HOMOLOGACION

El Consejo General propone a discusión un Plan Nacional de Formación financiado por

el INEM y que en Asamblea General aprueba para su ejecución, con el objetivo de proporcionar una formación especializada para los Asistentes Sociales y/o Diplomados en Trabajo Social demandantes de empleo que complementa la formación profesional básica adquirida en su etapa académica y que les capacita para satisfacer la demanda social a la vez que facilitar su inserción laboral.

Puestos en marcha todos los mecanismos y tras un largo proceso el 26 de octubre de 1988 desde los Servicios Centrales del INEM procedente de la sección de Proyectos Formativos se da a conocer nuestra inclusión en el Censo de Centros Colaboradores del INEM con el número 6534. Una fase de la estrategia que parecía insalvable dejaba de ser impedimento.

Se homologaron los siguientes cursos:
Con el Código SC0001:

1. Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares.
2. Curso de especialización para Trabajadores Sociales de las Unidades de Trabajo Social.
3. Curso de especialización en Trabajo Social con menores en conflicto.
4. Curso de especialización en Técnicas de Información y Documentación para Trabajadores Sociales.

Con el Código IN0030:

1. Curso de informática aplicada a Servicios Sociales.
2. Curso de especialización en programación y planificación en Servicios Sociales.

Con el Código SC0004:

1. Curso de formación de agentes de desarrollo.
2. Curso de especialización en Técnicas de Investigación Social aplicada.

Con el Código SA0003:

1. Curso de especialización en drogodependencias.
2. Curso de especialización en Trabajo Social en la Atención Primaria en Salud.

Con el Código TL0002:

1. Curso de especialización en Técnicas de Dinamización Social.

DONDE Y CUANDO SE REALIZAN LOS CURSOS EN 1989

El Consejo General presenta la propuesta de realización de 20 cursos según resulta de la decisión que cada colegio adopta a través de una consulta en la Asamblea General. De estos 20 cursos solamente se han realizado o se están realizando 14 ya que el resto no se han podido llevar a cabo por razones diversas, unos por problemas burocráticos del INEM, otros por no haber suficientes parados en la provincia para realizar el curso, etc.

Así pues, en la programación de los cursos de 1988 se han desarrollado 14 cursos de distintas especialidades con un total de alumnado (Asistentes Sociales o Diplomados en Trabajo Social en paro) de 280, y una carga lectiva de 3.200 horas. Si bien este año pasado debido al reconocimiento del Consejo General como centro colaborador y de la homologación de esas 10 especialidades se ha retrasado hasta tal punto que los cursos se han celebrado en el primer cuatrimestre del año 1989.

LAS CIFRAS EN CUESTION

El presupuesto global de la programación de los cursos del Plan F.I.P. en 1988 ha ascendido a un total de 26.639.400 pesetas, dinero que se distribuye según decisión colegiada en gastos de profesorado (3.500 ptas./hora aproximadamente), seguros, material didáctico, gastos de personal, desplazamientos, alquileres y gastos generales.

Además habría que ponderar el beneficio económico de todos los alumnos asistentes:
— Derechos económicos de los alumnos: Art. 23 Orden 22-1-88 B.O.E.

- 1) Los menores de 25 años recibirán una beca individual por día lectivo de 550 ptas.
- 2) Los mayores de 25 años e inscritos como demandantes de empleo durante un perío-

EL CONSEJO INFORMA

CUADRO GENERAL DE VALORACION DEL PROYECTO/PLAN DE FORMACION

PROVINCIA	Programa	DENOMINACION DEL CURSO	FECHA REALIZACION		Horas Lectivas	Alumnos
			Comienzo	Terminación		
Madrid	1.2	2.1.1.2.— Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares.	Diciem./88	Abril/89	200	20
Zaragoza	1.2	2.1.3.2.— Curso de formación de agentes de desarrollo.	Diciem./88	Marzo/89	200	20
Sevilla	1.2	2.1.4.1.— Curso de especialización para Trabajadores Sociales de las Unidades Básicas de Trabajo Social.	Diciem./88	Abril/89	300	20
Valencia	1.2	2.1.2.3.— Curso de especialización en Trabajo Social en drogodependencias.	Diciem./88	Abril/89	200	20
Santander	1.2	2.1.1.2.— Curso de especialización de Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares.	Diciem./88	Marzo/89	200	20
Alava	1.2	2.1.2.2.— Curso de especialización en Trabajo Social con menores en conflicto.	Diciem./88	Abril/89	200	20
Granada	1.2	2.1.4.1.— Curso de especialización para Trabajadores Sociales de las Unidades Básicas de Trabajo Social.	Diciem./88	Abril/89	300	20
Cáceres	1.2	2.1.4.1.— Curso de especialización para Trabajadores Sociales de las Unidades Básicas de Trabajo Social.	Diciem./88	Abril/89	300	20
Santiago	1.2	2.1.4.1.— Curso de especialización para Trabajadores Sociales de las Unidades Básicas de Trabajo Social.	Diciem./88	Junio/89	300	20
Las Palmas	1.2	2.1.4.2.— Curso de especialización en Técnicas de Información y documentación para Trabajadores Sociales.	Diciem./88	Marzo/89	200	20
León	1.2.	2.3.1.— Curso de especialización en Técnicas de investigación social aplicada.	Diciem./88	Junio/89	200	20
Logroño	1.2	2.3.1.— Curso de especialización en Técnicas de investigación Social aplicada.	Diciem./88	Marzo/89	200	20
Mallorca	1.2	2.3.3.— Curso de especialización en programación y planificación en Servicios Sociales.	Diciem./88	Junio/89	200	20
Murcia	1.2	2.3.3.— Curso de especialización en programación y planificación en Servicios Sociales.	Diciem./88	Junio/89	200	20
		CURSOS TOTALES.....14			3.200	280

do mínimo de 1 año recibirán una ayuda mensual equivalente al 75% del salario mínimo interprofesional (situado actualmente en 40.040 ptas.).

3) Para cualquier alumno menor o mayor de 25 años se les dará una ayuda de 865 ptas. por día lectivo en el supuesto que residan fuera de la localidad donde se realiza el curso.

EL PLAN FIP CONTRA EL PARO DE TRABAJADORES SOCIALES

El nacimiento del Plan F.I.P. en nuestra profesión está directamente vinculado al desarrollo de la concertación entre la Dirección General de Acción Social del anterior Minis-

terio de Trabajo y Seguridad Social (hoy Ministerio de Asuntos Sociales) y las Comunidades Autónomas para la puesta en marcha del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales que garantizó en 1988 con un montante económico de la Dirección General de Acción Social de 1.500 millones de pesetas, preveyendo un incremento de contrataciones de Trabajadores Sociales en Centros de Servicios Sociales fundamentalmente fue este el aval que la Dirección General de Acción Social facilitó para llevar a cabo el acuerdo definitivo desde el Consejo General y el INEM.

En consecuencia, el temario está directamente relacionado con las áreas de contenido que se desarrollan en la firma del Convenio del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales.

Además, los títulos que expide el INEM son reconocidos oficialmente, y supone el beneficio de optar por las ventajas de la contratación en prácticas o en formación.

Es de suponer que con estas dos condiciones el alumnado que realiza los cursos del Plan F.I.P. tiene mayores posibilidades de inserción laboral.

Otro efecto de empleo a considerar son los casi cien profesores, muchos de ellos Asistentes Sociales ó Diplomados en Trabajo Social, que escogidos por los distintos Colegios territoriales han contribuido a realizar estos cursos con su reflexión y docencia en el campo del Trabajo Social y Servicios Sociales.

Y EN EL 89...

En este año y después de una consulta a todos los Colegios, el Consejo General ha presentado al INEM 29 proyectos a desarrollar en 29 provincias distintas, y en estas fechas se comunicará la aprobación por parte del INEM de estos cursos:

EL PLAN F.I.P.: UN PROYECTO AMBICIOSO

El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales pretende a través de los Colegios territoriales y la colaboración del INEM establecer un marco sólido para completar la formación básica que los Trabajadores Sociales adquieren en sus estudios enfocándola al colectivo en paro y ciñéndose al desarrollo y tendencia actual del Trabajo Social y Servicios Sociales.

Así pues, es importante ir ampliando la oferta de este tipo de cursos que tienen ventajas económicas y de formación en todo el territorio, coordinando las materias curriculares y los esfuerzos de todos los involucrados en el proyecto.

Es este, pues, uno de los objetivos prioritarios de la Junta de Gobierno del Consejo General que quiere establecer un soporte complementario a la formación básica del Trabajo Social y los Servicios Sociales.

COLEGIOS

1. Baleares
2. Cantabria
3. Aragón
4. Sevilla
5. Murcia
6. Palencia
7. Cataluña

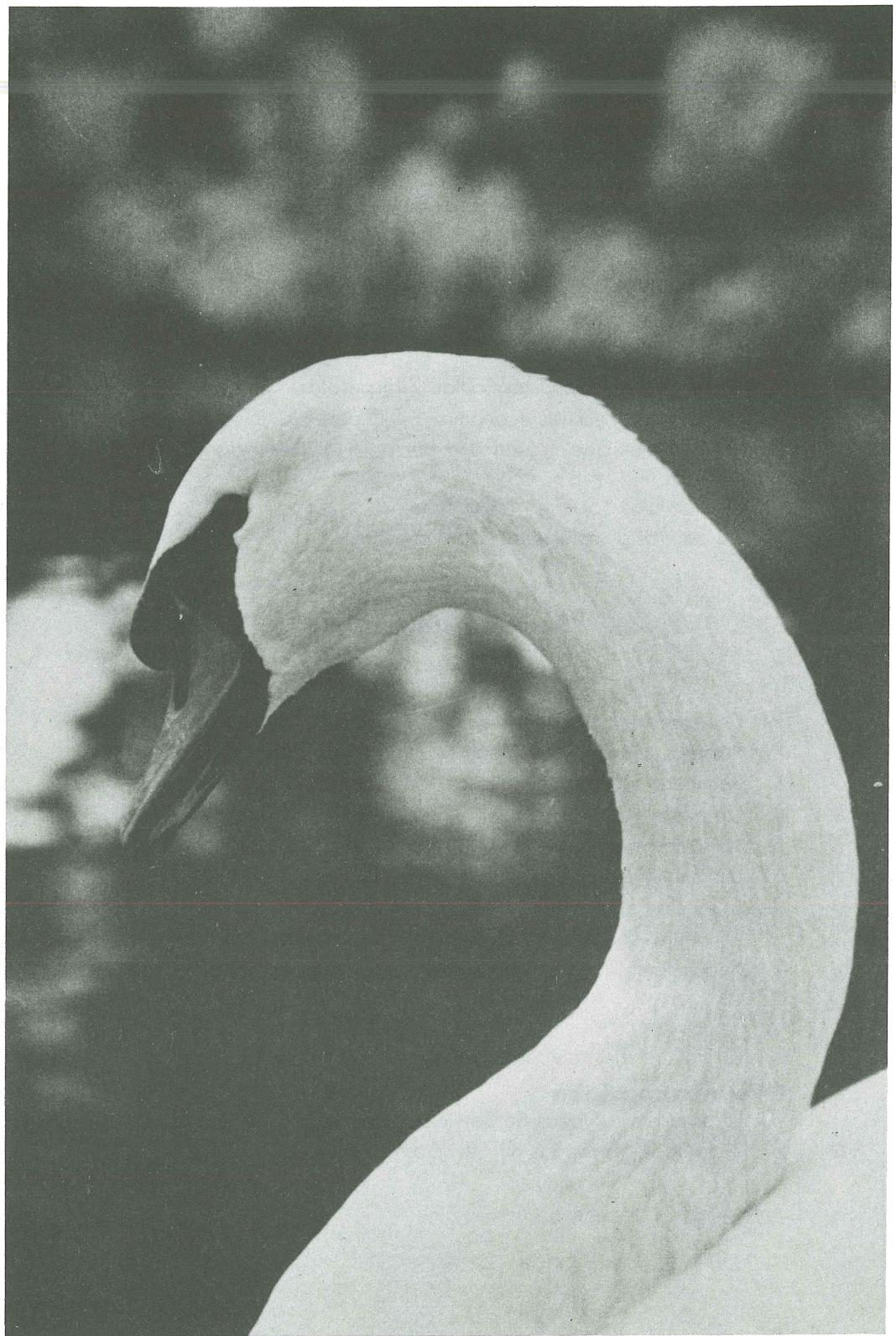
CURSOS

- | | |
|--------------|---|
| 1. Baleares | Curso de especialización en Unidades Básicas de Trabajo Social. |
| 2. Cantabria | Curso de especialización en Atención Primaria de Salud. |
| 3. Aragón | Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares. |
| 4. Sevilla | Curso de especialización en Unidades Básicas de Trabajo Social. |
| 5. Murcia | Curso de especialización en Unidades Básicas de Trabajo Social. |
| 6. Palencia | Curso de especialización en Trabajo Social en drogodependencias. |
| 7. Cataluña | Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares. |

EL CONSEJO INFORMA

COLEGIOS**CURSOS**

8. Almería	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares.
9. Asturias	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares.
10. Cáceres	Curso de formación de Agentes de Desarrollo.
11. Madrid	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares.
12. Badajoz	Curso de especialización en Trabajo Social con menores en conflicto.
13. Navarra	Curso de especialización en Trabajo Social con menores en conflicto.
14. Vizcaya	Curso de especialización en Técnicas de Investigación Social aplicada.
15. Córdoba	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares.
16. Granada	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Alternativas Familiares.
17. Málaga	Curso de informática aplicada a Servicios Sociales.
18. Tenerife	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Unidades Básicas de Trabajo Social.
19. Galicia	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Unidades Básicas de Trabajo Social.
20. Salamanca	Curso de informática aplicada a Servicios Sociales.
21. Valladolid	Curso de especialización en programación y planificación en Servicios Sociales.
22. Guipúzcoa	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Unidades Básicas de Trabajo Social.
23. Alava	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Unidades Básicas de Trabajo Social.
24. Logroño	Curso de especialización para Trabajadores Sociales en Unidades Básicas de Trabajo Social.
25. Castellón	Curso de especialización en Técnicas de Información y Documentación para Trabajadores Sociales.
26. Zamora	Curso de especialización en Técnicas de Información y Documentación para Trabajadores Sociales.
27. Huelva	Curso de especialización para Trabajadores Sociales de las Unidades Básicas de Trabajo Social.
28. Valencia	Curso de especialización para Trabajadores Sociales de las Unidades Básicas de Trabajo Social.
29. León	Curso de formación de Agentes de Desarrollo.



COLECCION TRABAJO SOCIAL

Serie Libros

1. Introducción al Bienestar Social. 745 pesetas.
2. Política social y crisis económica. 745 pesetas.
3. Los Servicios Sociales en una perspectiva internacional. 1.500 pesetas.
4. Los Servicios Sociales I. 975 pesetas.
5. Los Servicios Sociales II. 1.250 pesetas.

Serie Documentos

1. Dos documentos básicos en Trabajo Social. 320 pesetas.
2. Primeras Jornadas Europeas en Servicios Sociales. 320 pesetas.
3. Seminario de historia de la acción social. 975 pesetas.
4. Un modelo de ficha social. 475 pesetas.
5. Jornadas Internacionales de ayuda a domicilio. 500 pesetas.
6. Los Servicios Sociales comunitarios. 450 pesetas.
7. La Acción Social en el área rural. 600 pesetas.
8. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios. 850 pesetas.
9. Seguimiento de la gestión de los S.S. Comunitarios. 850 pesetas.

Próxima aparición

10. II Jornadas Europeas de Servicios Sociales.
11. III Jornadas Europeas de Servicios Sociales.

Serie Cuadernos

1. Relación entre Servicios Sociales y Sanitarios. 450 pesetas.

Serie Papeles para el Trabajo Social

Los medios de comunicación en el Medio Rural. 350 pesetas.

Expresión oral para profesionales del Medio Rural. 350 pesetas.

Técnicas básicas de Planificación y Programación. 350 pesetas.

La Movilización de los Factores Culturales y el Desarrollo de las áreas rurales. 350 pesetas.

Los Servicios Sociales Comunitarios como alternativa de generación de empleo. 350 pesetas.

La Informática como instrumento para el Trabajo Social. 350 pesetas.

El Proceso de Evaluación en las Estructuras Básicas de Servicios Sociales. 350 pesetas.

Estructura y procedimiento administrativo en la Administración local. 350 pesetas.

La Dinámica de Grupos en el Ambito Rural. 350 pesetas.

Las escenas temidas del Trabajador Social. 350 pesetas.

Cuadernos de Trabajo. 350 pesetas.

Colección completa. 3.500 pesetas.

**DE VENTA EN LIBRERIAS O
DIRECTAMENTE EN LA DISTRIBUIDORA**

**Siglo XXI de España Editores, S.A.
Calle Plaza, 5 - 28043 Madrid**

LA GUINDILLA

Cyrano

“PALABROS”

Que cada mundillo tiene su lenguajillo, es algo más que demostrado; hablar y entender el lenguaje de cada mundillo, es condición indispensable para moverse en él; si no, serás un advenedizo, un extranjero, harás el ridículo, se notará que estás fuera de onda, “más perdido que un pato en el Manzanares”.

Así, hay un lenguaje “cole-gui”, ese del “guay” y “passa tío”, del “cuelgue”, “la marcha”, “la movida”, “el peta”, “el chute”, “la berra”, “el talego”, “el rollo”...

Como hay un lenguaje de los “niños-as-bien”, con su “divino”, “superguay”, “p o r f a”, “e g q u e”, “oigg...”

Hay también un lenguaje del postmoderno-nocturno-apasionado del diseño; len-

guaje que reproducir ni tan siquiera puedo, por ser tal su exquisitez y su carácter iniciático, que uno, limitaciones del ser, no ha alcanzado a compartir.

Y un lenguaje del político, con su “yo diría...” y todo lo demás, que por no aburrir y por más que de sobra conocido, no repito.

Sin olvidar el lenguaje “tecnó” del ejecutivo-agresivo, el del “obsoleto”, la “proyección”, la “OPA” y demás jeroglíficos de siglas indescifrables.

O el de ese medio rural, tan aferrado a sus galicismos del estilo del “miá que me se yo”, “pa’sta’tarde”, “m’alegro”, “arrea a buscalo”, “t’arreo un tozolón”, “p’al campo idea”, “escurrir es de la cabeza”...

Y qué decir de tanto y tanto lenguaje, cuya brillantez, quién esto escribe, sólo percí-

be insinuante en su innegable belleza: gentes de la cultura, del rollo místico, de los médicos o abogados (qué bonito eso del **"otro si digo"**, **"a mayor abundamiento"**, etc., etc.). Y sin olvidar ese tan bien elaborado del vendedor de enciclopedias, o del representante de farmacia, con su clásica entradilla: **"doctor, no quisiera entretener su tiempo, pero me gustaría mostrarle... de los laboratorios... le dejo una muestra..., sin compromiso..., y un pequeño obsequio... de los laboratorios..."**.

Por supuesto, por supuesto; ¡cómo podríamos escapar los Trabajadores Sociales a éste embrujo del propio lenguaje!; otro día bien valdrá la pena parar mientes en ello, y reparar tanta florida expresión: **"en base a..."** lo **"sistemático"**, el **"sistema"** y todas sus variantes, el **"escenario"**, **"el indicador"**, **"lo básico"**, **"la animación"**, **"lo comunitario"**, **"la investigación"**, **"el soporte documental"**..., expresiones sin las cuales, desengáñate colega, no puedes ir de moderno y puesto al día por nuestro mundo.

Pero no era este mi objetivo de hoy, sino más bien reflexionar o traer a cuenta, el lenguaje de un cierto sector de nuestra clientela, con todos los amores y respetos de quienes, como nosotros, ya formamos por afinidad, parte del mismo. Y quería traerlo a cuenta, por algo que ha de merecer el encomio y aplauso

unánime del coro: la iniciativa de algunos colegas nuestros, y su interés por conocer, recopilar, y mostrar en forma **"sistémica"**, todo ese rico, variado y, porqué no, dicharrero como ningún otro, lenguaje de un público tan vinculado a nuestro trabajo. Encomio y aplauso que no ha de ser menos, por el hecho de que tales iniciativas se generen en altas horas de la noche, y en ruidosos habitáculos.

Porque no deja de ser de sumo interés, que los alevines de la profesión pudieran ser formados en el conocimiento exacto del alcance de expresiones tales como: **"Trabajar con el IMEN"**, algo tan usual para algunos de nuestros clientes —y aun concejales o alcaldes— y que lejos de toda connotación a órgano fisiológico o de función sexual, alude al arte de utilizar los recursos institucionales de la protección al desempleo. O ese **"poner la güella genital, porque no sabe firmar"**, que describe una interesante forma de autentificación de documentos personales, supe-



adora de limitaciones formativas básicas de los ciudadanos; o el "hacer fococoplas", que sugiere una forma artística y folklórica de reproducir los documentos... Porque eso y más, habrán oído a lo largo de su trabajo los más refinados oídos de nuestros profesionales.

Y qué decir, ya que la cosa va de la Sanidad, de ese "tener la vena instruida", "operarse de famosis" o "de posdata"...

Toda una riqueza cultural,

lingüística, profesional, folklórica y aún antropológica, que no podemos perder, y que bien merece ser objeto de nuestra consideración y estudio.

Por eso y por mucho más, la iniciativa nocturna y en apariencia frívola de alguno de nuestros colegas, de acometer este trabajo sobre el lenguaje y alumbrar un diccionario encyclopédico de la expresión heterodoxa y dicharachera, bien merece el apoyo y loa de



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS
EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES

I JORNADAS PARA FORMADORES



VALLADOLID , 28,29 y 30 DE JUNIO DE 1989

COLEGIO OFICIAL de DIPLOMADOS en TRABAJO SOCIAL y ASISTENTES SOCIALES

de

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES • DIRECCION GENERAL DE ACCION SOCIAL

VALLADOLID

SUSCRIBASE A

revista de
SERVICIOS SOCIALES

y
Política Social

Doctor Certezo, 11, 2º 28012 Madrid

TARIFAS UN. AÑO (4 números)

Estudiantes o colegiados	1.800 Ptas.
Resto	2.100 Ptas.
Extranjero	3.000 Ptas.
Números sueltos	650 Ptas.
N.º 0, 1 y 4	agotados

<input type="checkbox"/> NOMBRE	<input type="checkbox"/> Domicilio de la Agencia
<input type="checkbox"/> DIRECCION	<input type="checkbox"/> Población
<input type="checkbox"/> POBLACION	<input type="checkbox"/> Titular de la cuenta
<input type="checkbox"/> PROVINCIA	<input type="checkbox"/> Número de la cuenta
<input type="checkbox"/> TELEFONO	Sírvase tomar nota de atender hasta nuevo aviso, con car-
Es colegiado o estudiante	go a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean pre-
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	sentados para su cobro por la Revista de Servicios Sociales
(Aportar fotocopia carnet correspondiente)	y Política Social.
El importe de la suscripción lo haré efectivo:	<input type="checkbox"/> Fecha
<input type="checkbox"/> Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros sita	Atentamente
en España (en este caso, rellenar el boletín adjunto).	(firma)
<input type="checkbox"/> Adjunto cheque bancario n.º	Enviamos también este boletín a la re-
	dacción. Nosotros nos ocuparemos de
	hacerlo llegar a su Banco.