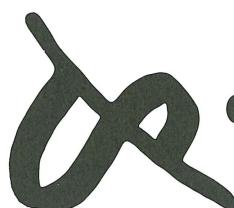




# Revista de Servicios Sociales y Política Social

Intervención en el ámbito familiar (I)



**Consejo General**  
Diplomados en Trabajo Social

# Revista de Servicios Sociales y Política Social

## COORDINADOR:

Teodoro García Pérez

## COMITÉ EDITORIAL:

Montserrat Bacardit  
M.ª Jesús Brezmes Nieto  
Montserrat Castanyer  
Dolores Delgado López  
Trinitat Grégori Monzó  
Margarita Pardo Alfaro  
Luz Verde Figueras

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

## EDITA:

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

## JUNTA DE GOBIERNO:

*Presidenta:* Carmen Guerra Muñoyerro  
*Tesorero:* Francisco Barroso Jadraque  
*Vocales:* Dolores Artemán  
Luis Bo Ferrer  
María Elisa Fernández Pampillón  
Teodoro García Pérez  
María José Zurita  
Mercedes Pérez Lozano

## ADMINISTRACIÓN Y REDACCIÓN:

Campomanes, 10, 1.<sup>º</sup>  
28013 Madrid. Tel.: 541 57 76  
Horario: de 9 a 14 horas  
De lunes a viernes

**IMPRIME:**  
Artegraf, S. A.

ISSN 1130-7633  
Depósito Legal: M-16020-1984

1.<sup>er</sup> trimestre 1994

**SUSCRIPCIONES Y VENTA DE EJEMPLARES SUELTOS: REVISTA DE  
SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL  
CAMPOMANES, 10 - 28013 MADRID**

# Índice

---

|  |     |
|--|-----|
| Presentación .....   | 7   |
| <b>DOSSIER: INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR</b>   |     |
| <b>Familia y educación social. Una aproximación psicosocial a la educación familiar</b> , por <i>Elisa Larrañaga Rubio y Santiago Yubero Jiménez</i> .....                           | 9   |
| <b>La intervención familiar desde el modelo sistémico</b> , por <i>Alfonsa Rodríguez</i>   | 17  |
| <b>La mediación familiar en procesos de separación y divorcio: ¿Cuándo está específicamente indicada?</b> , por <i>Aleix Ripol-Millet</i> .....                                      | 29  |
| <b>Abordaje familiar desde un centro de rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos</b> , por <i>M.ª del Carmen Jurado y Clara S. López</i> .....                       | 41  |
| <b>Familia y demencia</b> , por <i>Eulalia Cucurella Fabregat y Mercedes Tabueña Lafarga</i> .   | 51  |
| <b>Programa de Familia y Convivencia de los Servicios Sociales de Talavera de la Reina</b> , por <i>Ana Blanco Romero, Orlanda Díaz García y Lourdes Pulido Vázquez</i> .....        | 59  |
| <b>Trabajo con familia desde los Servicios Sociales Básicos en el medio rural</b> , por <i>M.ª Concepción Loma Rodríguez, M.ª Esmeralda Pérez Gil y María Casado Fernández</i> ..... | 73  |
| <b>SECCIÓN LIBRE</b>   |     |
| <b>Intervención de la Ministra de Asuntos Sociales en el Acto conmemorativo del «Día Internacional de las Familias»</b> .....  | 81  |
| <b>Llamamiento de ayuda para los refugiados de Ruanda</b> .....  | 85  |
| <b>DE INTERÉS PROFESIONAL</b>  |     |
| <b>Estrategias a seguir para responder al SIDA/VIH</b> . Documento de Política Internacional de la F.I.T.S.....  | 87  |
| <b>Mejora de condiciones en las comunidades rurales</b> . Documento de Política Internacional de la F.I.T.S.....   | 93  |
| <b>Acuerdos adoptados en la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 6 - 8 de julio de 1994.</b> .....  | 99  |
| <b>Congreso de Servicios Sociales Municipales, Sitges (Barcelona)</b> .....  | 101 |

# REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL

## TÍTULOS PUBLICADOS EN DISTRIBUCIÓN

1988

- N.º 9: DOSSIER MENORES (agotado)
- N.º 10: MUNICIPIO Y S. SOCIALES (agotado)
- N.º 11-12: DOSSIER MINUSVALÍAS

1989

- N.º 13: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (agotado)
- N.º 14: TERCERA EDAD (agotado)
- N.º 15: SALARIO SOCIAL
- N.º 16: TRABAJO SOCIAL Y JUSTICIA

1990

- N.º 17: TRABAJO SOCIAL Y EMPRESA
- N.º 18: TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA
- N.º 19: SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL
- N.º 20: TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA. SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS

1991

- N.º 21: LAS NECESIDADES SOCIALES
- N.º 22: ÁREAS DE BIENESTAR SOCIAL Y ACCIONES INTEGRADAS
- N.º 23: ARTÍCULOS SUELtos
- N.º 24: ARTÍCULOS SUELtos

1992

- N.º 25: LA SUPERVISIÓN
- N.º 26: V JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL
- N.º 27: APORTACIONES PROFESIONALES LIBRES AL VII CONGRESO ESTATAL
- N.º 28: LA INMIGRACIÓN

1993

- N.º 29: ARTÍCULOS SUELtos
- N.º 30: EVALUACIÓN
- N.º 31-32: INCIDENCIA DE LA CRISIS EN EL ESTADO DE BIENESTAR

1994

- N.º 33: INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR (I)**

## PRÓXIMA PUBLICACIÓN

- N.º 34: INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR (II)
- N.º 35: NUEVAS NECESIDADES/NUEVAS RESPUESTAS
- N.º 36: LA ARTICULACIÓN DEL TEJIDO SOCIAL

# Presentación

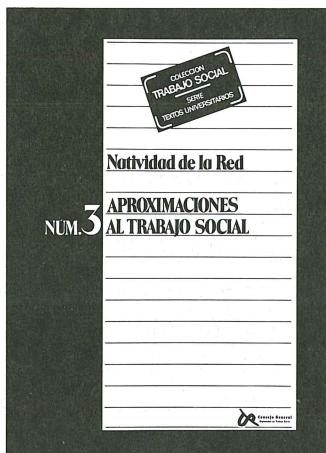
**C**on motivo de la proclamación por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1994 como «AÑO INTERNACIONAL DE LA FAMILIA», las distintas publicaciones existentes en el ámbito de lo social vienen dedicando un espacio preferente al tratamiento de esta temática desde diversos puntos de vista. En la revista *Servicios Sociales y Política Social* la referencia a la familia ha sido una constante desde el inicio de esta publicación, dada la importancia que como nivel de intervención se le asigna a la unidad de convivencia en el logro de objetivos que se plantean el Trabajo Social y los Servicios Sociales.

El presente número lo dedicamos monográficamente a familia desde diversos abordajes y perspectivas:

- Las funciones de socialización y mediación social y su papel protagonista en el desarrollo personal del individuo.
- La intervención familiar a través del modelo sistémico en el contexto y desde el Trabajo Social.
- La mediación familiar como forma alternativa de ayuda a resolver los conflictos propios de la ruptura familiar.
- Los valores en la España contemporánea.
- Los recursos alternativos de apoyo, asesoramiento y capacitación en problemáticas psico-sociales.
- Los programas de Servicios Sociales Generales de Familia y Convivencia en el medio rural y urbano.

La necesidad de una mayor profundización en el tratamiento de este tema central ha motivado el dar cabida a nuevos contenidos en el próximo número de la publicación, continuando la programación del resto de los monográficos tal y como estaba prevista.

## NOVEDADES EDITORIALES

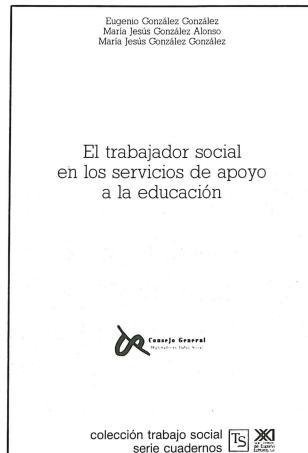


**TÍTULO:** Aproximaciones al Trabajo Social  
**AUTORA:** Natividad de la Red Vega  
**COLECCIÓN:** Trabajo Social  
**SERIE:** Textos Universitarios, n.º 3  
**N.º PÁGINAS:** 269  
**P.V.P.:** 2.275 ptas.

La necesidad cada vez más apremiante de dotar al Trabajo Social de un corpus teórico con el que poder afrontar una práctica profesional cada día más compleja e interconectada con otras disciplinas, ha podido servir de estímulo al creciente número de autores españoles que abordan esta tarea.

Natividad de la Red, con este trabajo, contribuye con su incuestionable capacidad, formación y experiencia, al esfuerzo de ir abundando en una sistematización del Trabajo Social.

Texto especialmente dirigido a estudiantes y opositores en el área del Trabajo Social.



**TÍTULO:** El Trabajador Social en los servicios de apoyo a la educación  
**AUTORA:** Eugenio González Glez.  
M.ª Jesús González Alonso  
M.ª Jesús González Glez.  
**COLECCIÓN:** Trabajo Social  
**SERIE:** Cuadernos, n.º 6  
**N.º PÁGINAS:** 168  
**P.V.P.:** 1.000 ptas.

Los autores abordan en este trabajo el quehacer profesional del Trabajador Social en los Servicios de Apoyo a la escuela (Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, de orientación escolar y vocacional, de atención temprana, programas de educación compensatoria, etc.), motivados por el deseo de arrojar luz y ayudar a clarificar el desarrollo y praxis de sus funciones en este ámbito.

Con la edición de este libro, el Consejo General pretende aportar un valioso instrumento de trabajo al ámbito de la educación, desde la perspectiva del Trabajo Social, en el que la bibliografía específica resulta todavía muy escasa.

ELISA LARRAÑAGA RUBIO  
*Licenciada en Psicología. Profesora Titular  
de Psicología de la Universidad de Castilla La Mancha*

SANTIAGO YUBERO JIMÉNEZ  
*Licenciado en Psicología y Ciencias de la Educación  
Profesor Titular de Psicología de la Universidad de Castilla La Mancha*

## **FAMILIA Y EDUCACIÓN SOCIAL. UNA APROXIMACIÓN PSICOSOCIAL A LA EDUCACIÓN FAMILIAR**

Hablar hoy de educación no es nada fácil. Bajo este concepto que, en otro tiempo, creíamos bien definido, se esconde en la actualidad un amplio espectro de tendencias, intereses, conceptualizaciones, definiciones y, sobre todo, de dudas.

La alarma social ha crecido cuando las noticias nos han aproximado a unos hechos, la mayoría de las veces trágicos, donde la infancia de una manera u otra ha sido la protagonista. El análisis de estos y otros acontecimientos ha suscitado interrogantes en torno a la identificación educación y escuela. Nos encontramos con que esta situación se ha modificado y, aunque nos cuesta aceptar —tal vez por comodidad— que la escuela pierde cada vez más su papel dominante, lo que parece claro es que ya no ostenta el monopolio educativo.

Entender hoy que la formación de una persona se circumscribe al espacio escolar, resulta poco creíble y absolutamente ineficaz si se pretende hacer frente a la nueva realidad social y cultural.

En este sentido la educación es un concepto casi equivalente al de aprendizaje (Puig, J.M. y Trilla, J., 1990). Nos educa todo lo que apren-

demos, independientemente de la forma, el momento cronológico o dónde se produzca el aprendizaje. Así pues, nos educamos en casi todas partes, a lo largo de toda la vida y a través de un sistema de medios y formas muy diversas.

Aparecen los conceptos de educación formal, no formal e informal, con el fin de organizar de alguna manera este amplio campo de los fenómenos educativos..

Estos tres procesos se van a estructurar en realidad en dos tipos básicos de procesos educativos dentro del ámbito de la heteroeducación (Santos y Rodríguez, 1992). Por un lado, estarían aquellos cuyo fin es exclusivamente obtener un resultado educativo; dentro de éstos nos encontraríamos con la educación *formal* (educación estrictamente institucional) y la educación *no formal* (aquella cuyos medios, sin ser educativos, se organizan para alcanzar unos determinados objetivos de formación y aprendizaje). En un segundo plano, no porque carezcan de importancia, sino porque se trata de procesos donde se utilizan estímulos no directamente educativos y cuyo objetivo primordial no es lograr un resultado educativo, estaría la educación *informal*.

Aunque existen límites claros entre los tres conceptos de educación, es preciso tener en cuenta que están interrelacionados y que, con frecuencia, se solapan y se dan mezclados. Por ello, conviene entender que la formación humana, lejos de llevarse a cabo mediante procesos rígidos y aislados, es el resultado de todo el conjunto de experiencias formales, no formales e informales que se dan a lo largo de la vida del sujeto. Entraríamos de lleno en el concepto de *educación social*.

Entendemos por educación social cualquier proceso de incorporación del individuo al grupo social donde vive: establecimiento de lazos afectivos con miembros del grupo, asimilación de normas, aprendizaje de habilidades, acceso a conocimientos transmitidos por el grupo, etc.

Desde una concepción biológica, el comportamiento social emerge en una secuencia determinada madurativamente y adaptada biológicamente al ambiente en que se expresa. Sin embargo, al prestar atención a la enorme variabilidad de los comportamientos que se observan en el ser humano, la importancia de su programación genética queda en un segundo plano. Se ve necesario acudir a los factores ambientales y a los procesos de aprendizaje para poder explicar la adquisición del comportamiento social.

Durante los últimos años, nuevos datos han llevado a reconocer la necesidad de resaltar el papel que el individuo desempeña en la configuración de su propio desarrollo. Desde esta perspectiva, el conocimiento social se desarrolla a través de la participación interpersonal activa, en el curso de la cual se modifica el comportamiento de los demás y somos influidos por ellos.

La concepción actual reconoce que el desarrollo social tiene una base biológica, pero que es básicamente el ambiente, en interacción con la dotación biológica, el que desempeña el papel más importante en el desarro-

llo personal. Reconociendo, además, la existencia de una tercera fuerza en acción: el propio individuo. Estableciéndose una interacción recíproca y dinámica que aparece desde el momento del nacimiento y continúa a lo largo de todo el desarrollo.

Es importante que se vayan adquiriendo determinadas pautas de comportamiento y que se pongan en práctica cuando llegue la situación adecuada. Pero, es todavía más importante que la persona y fundamentalmente el niño hagan suya la educación social recibida, que se interiorice y se incorpore a los propios esquemas, desarrollando unos vínculos positivos o negativos de acuerdo con el objeto social.

Casi la totalidad del comportamiento humano es social y se va adquiriendo progresivamente. Todas las personas con quienes interactuamos son agentes de nuestra educación social: la familia, la escuela, la clase, la pandilla o el grupo de amigos, el estado, los medios de comunicación... son marcos cuyas características y reglas implícitas o explícitas nos educan socialmente en una dirección determinada.

Dentro de este marco estructural ha habido un claro desplazamiento hacia los procesos no formales e informales de educación social, en detrimento de la formación estrictamente institucional. Los procesos educativos informales, que se dan en el transcurso de la vida cotidiana, sobre todo en el contacto con los medios de comunicación, adquieren un especial pero a la vez insuficiente protagonismo; se observa la necesidad de relanzar a la familia en su papel de institución de gran poder socializador.

## **La familia como contexto de educación social**

La familia, que desarrolla una formación a caballo entre los procesos de educación no formal e informal, juega un papel protago-

nista en el desarrollo del individuo. En este contexto familiar se van a realizar los aprendizajes básicos que serán necesarios para el funcionamiento autónomo dentro de la sociedad. Sus funciones no son sólo de procreación y crianza, sino que debe cumplir también, y fundamentalmente, las funciones de socialización y mediación social.

La familia no tiene el poder absoluto e indefinido sobre el individuo, ya que existen algunas características que definen al niño cuando nace y determinados factores que condicionan y determinan el funcionamiento familiar (situación económica, cultural, zona de residencia...). Sin olvidar que existen otros contextos de educación social que también van a marcar las adquisiciones de cada persona según sus propias experiencias.

De todas formas, aunque el contexto familiar no condiciona irremediable e irreversiblemente el desarrollo futuro del niño, todos los autores admiten que la familia juega un papel muy importante y de primera magnitud en la determinación de las características personales.

La educación social que se produce en el seno de la familia se caracteriza por ser gradual y secuencial, realizándose en sincronía con el desarrollo biológico e intelectual del individuo e implicando su participación activa. El proceso de educación social familiar es una construcción que no se desarrolla automáticamente, sino que se produce de forma activa a través de la interacción con el ambiente.

La familia es la intermediaria entre la sociedad y sus miembros, recogiendo y asimilando la información en doble dirección y buscando la adaptación homeostática a los estímulos externos e internos en constante intercambio con el exterior a través de procesos comunicativos. Es imprescindible que la comunicación familiar no se establezca sólo a nivel de formación e información, lo fundamental es crear un clima adecuado para que

la comunicación sirva de intercambio de sentimientos, afectos y estados emocionales.

Palacios e Hidalgo (1991) afirman:

«El desarrollo psicológico del niño es el trasunto interno de las relaciones, es el poso intrapsicológico que va dejando en el niño sus relaciones con los demás».

De esta interacción con los otros, es fundamental la relación con las personas del contexto familiar: padre-madre-hermanos, que constituyen para el niño los «otros significativos» y, aunque a lo largo de su vida su influencia educativa irá variando debido sobre todo a la ampliación hacia otros contextos sociales, su reflejo siempre estará presente.

Clásicamente, se ha considerado que las personas que rodean al niño van modelando de forma progresiva sus habilidades y aprendizajes sociales. Inicialmente se consideró que el determinante más importante era la madre, pero posteriores investigaciones han comprobado que son también importantes los otros miembros de la familia. La interacción familiar es circular, de manera que el comportamiento de cada individuo dependerá de la actuación de cada uno de los componentes de la familia. El número de hermanos, el orden de nacimiento o el hecho de que falte uno de los progenitores por emigración, muerte, separación o abandono, va a condicionar las relaciones que se establezcan entre los otros miembros.

Aunque la familia actual se caracteriza por una autoridad compartida por ambos cónyuges y una estructura afectiva bilateral; desde el punto de vista del niño, la madre y el padre no son objetos sociales intercambiables, en cuanto que las experiencias que aportan una y otro son diferentes.

La madre proporciona cuidado físico, desarrolla juegos con juguetes y juegos verbales y su comportamiento es indiferencial con respecto al sexo.

El padre realiza más actividades físicas de juego, comportamiento impositivo en el proceso de aprendizaje y con calificaciones diferentes dependiendo del sexo: las niñas delicadas y bonitas y los niños fuertes y atléticos.

Dentro de la familia los hermanos también desempeñan un papel importante como agentes de educación social. Zigler, Lamb y Child (1982), indican la importancia de su influencia por ser los compañeros de juego más regulares, siendo los modelos primarios de actividades sociales.

Los hermanos establecen y mantienen normas, se erigen en modelos y proporcionan consejos, desempeñan roles complementarios entre sí y sirven de confidentes y apoyo en momentos difíciles. Otro dato básico para entender su importancia es el hecho de que la relación entre hermanos no se rompe, son relaciones directas, espontáneas y de larga duración, que propician una gran cohesión en el grupo primario.

También en la familia el individuo va a ser testigo de situaciones de crisis y de cambio, de conflictos de diversa naturaleza, así como también de modos para intentar afrontarlos y resolverlos. Estos modelos de actuación, conjuntamente con el trato de que sea objeto y el mayor o menor grado de protección y seguridad que viva, van a configurar su propia autocomprensión como persona y su forma de interrelacionarse con otros en la edad adulta. Del predominio de lo positivo o lo negativo va a depender la consolidación de la madurez y del equilibrio personal.

Rof Carballo (1986) afirma:

«El estilo de cuidar al niño en los primeros meses y años de vida repercute sobre sus condiciones de sociabilidad, su salud mental, su tendencia criminosa o su salud psicofísica.»

Un ambiente familiar poco acogedor o deficientemente cohesionado provoca en el niño trastornos emocionales que se agudizan cuando en él se viven situaciones de conflicto o tensión, que degeneran en la agre-

sión o la violencia, quedando el niño expuesto a los malos tratos que generalmente se derivan de ellas. Frontera (1990) diferencia entre malos tratos físicos, psíquicos y sexuales, que a su vez pueden ser activos o pasivos, siendo todos altamente perjudiciales para el desarrollo de la persona.

Se consideran prácticas positivas de los padres:

- Padres cariñosos que aceptan a su hijo y le demuestran afecto.
- Firmeza, pero con flexibilidad.
- Disciplina no coercitiva.
- Comportamientos democráticos.

Los efectos positivos de una adecuada interacción familiar son: seguridad personal, confianza, integración, estabilidad, cohesión y progreso permanente. Mientras que los efectos negativos de una mala interacción familiar son: ambivalencia, comportamientos reactivos, sentimientos de abandono, inestabilidad y desestructuración.

## La figura del educador familiar

De todo lo expuesto, ha surgido una nueva especialidad: *La educación familiar*, que aparece como un trabajo de apoyo a familias especialmente problemáticas y que viven todo tipo de carencias.

La familia es la célula básica de la sociedad y el origen de ella, puesto que representa la manifestación más primaria de solidaridad entre los seres humanos, garantía de supervivencia y desarrollo personal. En la concepción actual, la familia es entendida como un sistema abierto y estable, gobernado por reglas, compuesto por subsistemas sociales e inmerso en un suprasistema social que va a determinar su funcionamiento.

La familia es objeto y espacio de intervención, tanto desde diferentes sistemas de protección social, como de distintas disciplinas

profesionales, representando un nuevo reto de intervención para los profesionales del Trabajo Social. El apoyo a las familias será condición indispensable para lograr eficazmente objetivos preventivos y promocionales en la salud, la educación, la cultura, la convivencia y la integración. En definitiva, avanzar en la calidad de vida.

Si tenemos en cuenta que la familia es el primer y fundamental grupo humano al que el niño pertenece y que las vivencias que se establecen en ella le influirán durante toda su vida, trasladándolas a todas sus relaciones humanas posteriores, se comprende la importancia de los objetivos de trabajo del educador familiar, tratando de modificar las condiciones que derivan en cualquier tipo de inadaptación social.

La problemática familiar que deben afrontar es muy variada: familia aislada, excluida, suborganizada, asocial, con desventaja social, etc. Aunque suelen presentar unas características comunes que les llevan a la inadaptación social. Entre estas características podemos señalar como determinantes: el espacio vital reducido, un bajo nivel de ingresos, familias numerosas —en cuanto al número de hijos, pero también por la convivencia de otras personas ajenas a la familia nuclear—, y fundamentalmente unas funciones parentales débiles o inexistentes, que ocasionan insuficiencias en la nutrición y en la preparación educativa-cultural de los miembros más jóvenes junto con una escasa motivación de superación ocasionada por bajas expectativas.

Las funciones parentales débiles tienen unas consecuencias muy importantes en el desarrollo de los miembros de la familia, ya que, como hemos visto, en su seno se producen adquisiciones sociales fundamentales durante los primeros años. Entre ellas, destacamos por su relevancia el desarrollo de las habilidades sociales, el control de la propia conducta en prevención de conductas in-

deseables y la aparición de conductas prosociales, adquisición de las normas, valores, juicio moral, autoconcepto y autoestima y la formación de vínculos afectivos estables. Estos aprendizajes se producen fundamentalmente a través de un aprendizaje vicario, pero los progenitores de las familias problemáticas no suelen ser buenos modelos de aprendizaje, por lo que será necesario educar primero a los padres para que ellos教育en a sus hijos.

Las funciones del educador familiar van dirigidas a apoyar a los padres para que realicen adecuadamente la función que les corresponde como educadores y formadores de sus hijos, con objeto de que estos no repitan los comportamientos y relaciones deterioradas de sus progenitores.

Será necesario trabajar a tres niveles: individual, de grupo y de comunidad; con una triple función; preventiva, educativa y terapéutica. *Preventiva*, para evitar mayores desestructuraciones familiares. *Educativa*, desarrollando una labor formativa de cada uno de los miembros y ofreciéndoles a la vez soluciones eficaces y efectivas que les potencien a todos los niveles. *Terapéutica*, ofreciendo soluciones a los conflictos planteados en el entorno familiar.

En cuanto a los niveles de actuación del educador familiar, en el *individual* tratará de conocer la problemática intrínseca que presenta cada uno de los miembros de la familia y estudiar las posibles soluciones; a nivel *comunitario*, conocer y establecer la coordinación con los recursos que ofrece la sociedad; y a nivel *grupal*, establecer su funcionamiento y las características de las interacciones entre sus componentes, para coordinar las funciones de cada uno de los miembros y potenciar los recursos del grupo.

El educador familiar debe estudiar la estructura de la familia como sistema, el grado de flexibilidad que presenta, la sensibilidad en relación a las acciones individuales de

cada miembro, el contexto ambiental global y los modelos de comportamiento preferidos junto con el modo de control de la conducta. Toda esta información llevará a poder realizar el diagnóstico de la adaptación familiar y social.

Por último, debemos indicar que la actuación del educador familiar no se restringe a un momento puntual tratando de solucionar un problema específico y concreto, sino que su acción debe continuar a largo plazo hasta intentar conseguir la reestructuración familiar completa.

Para la consecución de estos objetivos, es fundamental para el educador familiar establecer una relación empática con la familia a través de sus actitudes, comunicación y conducta. Para ello deberá desempeñar básicamente dos papeles: El de *amigo y confidente*, como una figura que inspira confianza y seguridad, que ofrece su apoyo y hace sentir a los padres comprendidos y valorados. Este es el pilar básico para la consecución de los cambios que perseguirá la intervención; y el de *maestro, reforzador y modelo*, siendo el educador familiar la figura que, mediante la demostración y el ejemplo, muestra a los padres lo que deben hacer; apoyando y reforzando las conductas positivas y eliminando las conductas negativas, ofreciendo una conducta alternativa y demostrando las capacidades y habilidades necesarias para la atención y cuidado de los miembros de la familia.

## Bibliografía

- BELLIDO, A. J. y VILLEGAS, E.: «Influencia de la familia en el desarrollo de pautas inadecuadas de conducta.» *Alternativas* 123-133, 1992.
- BERKOWITZ, M. W.: «La interacción familiar como educación moral.» *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 15, 39-45, 1992.

CAMPION, J.: *El niño en su contexto*. Barcelona, Paidos-MC, 1992.

DOLS, J. M. y ORTEGA, J. E.: «El desarrollo de la sociabilidad.» *Estudios de Psicología*, 1, 148-149, 1980.

FRONTERA, P.: «Incidencia epidemiológica y clínica de los malos tratos infantiles en sus formas no traumáticas.» *Revista de S.S.* 11-12, 1990.

GOÑI, A.: *La educación social. Un reto para la escuela*. Barcelona, Grao, 1992.

GRUPO DE INVESTIGACIONES PSICOPEDAGÓGICAS: «Las aportaciones de la Psicología al estudio de los procesos educativos.» *Infancia y Aprendizaje*, 10, 86-93, 1980.

LAMB, M.: «La influencia de la madre y el padre en el desarrollo del niño.» *Infancia y Aprendizaje*, monográfico, 3, 83-102, 1983.

LÓPEZ, A.: «Evolución de la noción de familia en el niño.» *Infancia y Aprendizaje*, 9, 94-104, 1980.

LÓPEZ, F.: «Los orígenes de la socialización: la vinculación afectiva.» *Infancia y Aprendizaje*, 15, 7-18, 1981.

LÓPEZ, F.: «La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia.» *Infancia y Aprendizaje*, 26, 65-75, 1984.

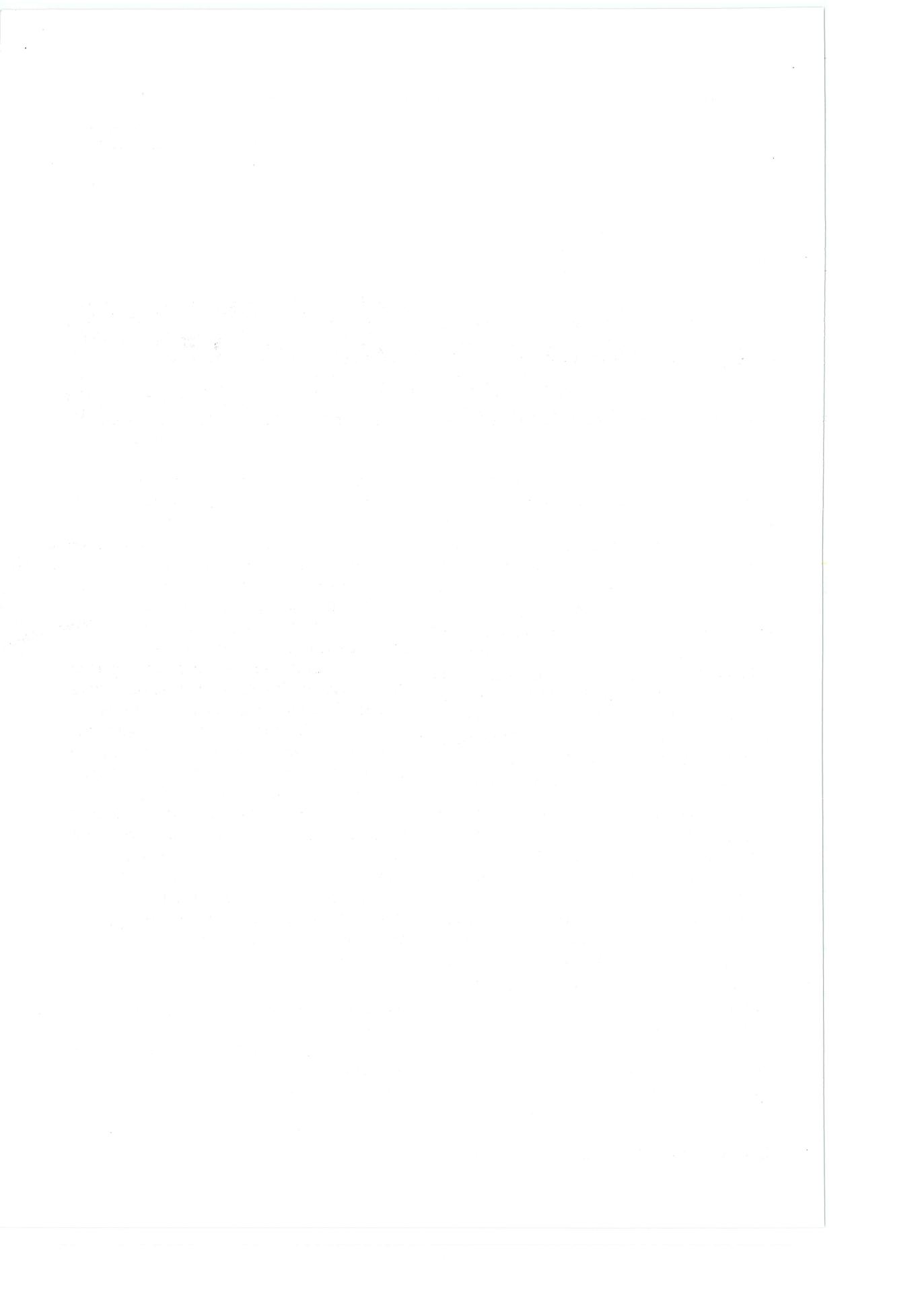
MIRAS, M.: «Educación y desarrollo.» *Infancia y Aprendizaje*, 54, 3-17, 1991.

PARKE, R.; POWER, T.; TINSLEY, B. y HYMEL, S.: «El papel del padre en el sistema familiar.» *Infancia y Aprendizaje*, 15, 39-51, 1981.

PUIG, J. M. y TRILLA, J.: *La educación no formal y la escuela. Ambiente y educación. Apuntes sobre educación no formal*. Barcelona, Fundación Caixa, 1992.

RIVIERE, A.: *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid, Alianza, 1987.

- 
- ROF CARBALLO, J.: «Prólogo» *La familia hoy. Convivencia y conflicto*. Madrid, Asetes, 1986.
- SANTOS, M. A.; RODRÍGUEZ, A. y TOURIÑÁN, J. M.: «Hacia la mejora de la calidad educativa a través de los procesos de educación no formal.» *Bordón*, 44 (3), 265-273. 1992.
- SCHAFFER, R.: «La socialización y el aprendizaje en los primeros años.» *Infancia y Aprendizaje*, 9, 73-83, 1980.
- SCHAFFER, R. y CROOK, C.: «El papel de la madre en el desarrollo social temprano.» *Infancia y Aprendizaje*, 15, 19-37, 1981.
- TRILLA, J.: *La educación fuera de la escuela*. Barcelona, Planeta, 1985.
- TRILLA, J.: *La educación informal*. Barcelona, PPU, 1986.
- VENTOSA, V. J.: *Educación social, animación e instituciones*. Madrid, CCS, 1992.
- ZAPOROZHETS, A. V.: «La importancia de las primeras etapas de la niñez en la formación de la personalidad infantil.» *Infancia y Aprendizaje*, 11, 69-75, 1980.
- ZIGLER, E.; LAMB, M. E. y CHILD, J. L.: *Socialization and Personality development*. New York, Oxford University Press, 1982.



## LA INTERVENCIÓN FAMILIAR DESDE EL MODELO SISTÉMICO

A lo largo del artículo intentaré poner de manifiesto la imposibilidad de llevar a cabo una intervención familiar si ésta no está asentada en un conocimiento profundo y compartido, por el profesional y la familia, de la propia realidad familiar, de su modelo de ver el mundo, de su identidad; que sólo adquiere sentido en su propio contexto de relación. Los apuntes o pinceladas acerca de esta intervención desde el modelo sistémico (en el ámbito del Trabajo Social y, por qué no, en los Servicios Sociales) que surjan de la presente reflexión las hago explicitando mi identidad como terapeuta de familia, tanto en la práctica privada como en la pública.

La consideración precedente es oportuna, a mi parecer, desde diferentes lugares: no han sido pocas las veces en las cuales me he hecho cargo de cierto temor que me impedía integrar diferentes aspectos de mi identidad profesional; siempre surgía: «bueno, soy terapeuta de familia pero también trabajadora social...». En mi trabajo cotidiano en el pasado me dissociaba y a ratos hacía aparecer una parte de dicha identidad u otra: «...porque, claro, el encuadre de una terapeuta de familia no se puede hacer desde los contextos asistenciales donde trabajamos...» y un largo etcétera.

La integración y, por consiguiente, el atrevimiento a reflexionar sobre intervención familiar como terapeuta de familia comenzó a producirse tras la experiencia reciente de ver familias multiproblemáticas que no son derivadas desde los Servicios Sociales y la no tan reciente con familias maltratantes<sup>1</sup>. Con esto se puso de manifiesto la enorme utilidad de mi bagaje como terapeuta de familia y, más aún, compruebo que cuando hablamos de «familias de los Servicios Sociales» estamos refiriéndonos a familias que implican un enorme desafío para la Terapia Familiar clásica, la cual deberá reconsiderar aspectos del encuadre, de los conceptos y construcciones que la soportan (así, por ejemplo, en las familias multiproblemáticas el síntoma desestabiliza y no está al servicio de la morfoestasis o estabilidad del sistema), se evidecia, de manera descarada, lo importante para el pronóstico y por ende para el tratamiento de poder crear buenos contextos de colaboración entre agencias asistenciales y un extenso etcétera.

En síntesis, soy una terapeuta de familia que está en el intento de enfrentar la difícil

<sup>1</sup> Centro del Niño y la Familia (atención a familias maltratantes). Centro Concertado con el IMAIN (CAM). Gestionado por INTRESS.

tarea de aplicar su modelo a la intervención familiar en el contexto y desde el Trabajo Social.

A continuación y para trascender lo individual, la pregunta que surge es ¿quiénes somos y que hacemos los trabajadores sociales respecto a la intervención familiar? Soy consciente de la envergadura del interrogante y también de la respuesta simple que aquí planteo, véase: somos un colectivo que, en general, tiene «fobia» a la palabra terapia. La «fobia» trae consigo el «objeto contrafóbico» y observamos que, muy a pesar de la primera aseveración, un altísimo porcentaje de diplomados llenan los cursos de posgrado de Terapia Familiar. El sentir y el decir común al inicio de dichos cursos es «esto es imposible de aplicar en los lugares donde nosotros trabajamos» y concluyen los mismos: «qué interesante sería intentar aplicarlos, cuántas posibilidades...».

Los trabajadores sociales, asimismo, engrosan buen número del total de socios de la Federación Española de Asociaciones de Terapeutas Familiares, hecho éste no exento de problemas. Colegas psiquiatras y psicólogos clínicos consideran que los trabajadores sociales no pueden ni deben ser considerados psicoterapeutas; el debate gira alrededor de ¿quién tiene el monopolio de la psicoterapia? Si la terapia/psicoterapia se piensa sólo en la atención a enfermos psíquicos es obvio que sin una especialización o licenciatura no es posible para los trabajadores sociales. Ahora bien, ¿no ha de ser terapéutico cualquier acto del trabajador social? Terapéutico en el sentido, planteado por Cancrini (1991), que promueva cambios; la intervención-terapia como una actividad cuya meta es facilitar «...una reacción más racionalmente apropiada a una situación de dificultad en las relaciones interpersonales». En definitiva, se trata de ayudar a los sujetos/familias a un mayor grado de desarrollo en su autonomía, mermada ya sea por condicionamientos externos o internos ya por el interjuego de

ambos. Lo señalado no entra en modo alguno en contradicción con lo que, de forma general, se entiende que son los cuatro grandes grupos de funciones de los trabajadores sociales, las cuales han de tener un alcance orientado a: lo preventivo, promocional, asistencial y rehabilitador (C. Rubí, 1991).

¿Por qué el temor al término terapia?, porque de forma inevitable aparecen los estereotipos y, por qué no, la mala práctica. No es infrecuente escuchar «interpretaciones profundas» acerca de clientes al estilo: «sólo viene a chupar». Obvian lo estructural; aquel que «chupa» no tiene de dónde hacerlo de forma habitual, sus oportunidades vitales estuvieron mermadas años y años (Zamaniillo, 1991). Son señalamientos hechos desde la propia óptica del profesional («es un dependiente», «está sacando provecho a su depresión...») no desde un modelo que haga posible la reflexión con una distancia emocional que le permita establecer diferencias y, por qué no, conexiones entre sus propias vivencias y las del otro. Frente a tal caricatura se defiende, no sin razón, un modelo que se podría denominar pedagógico cuyo fundamento estaría en pensar en las carencias del sujeto en todos los órdenes, en la falta de modelos de aprendizaje y en el déficit frente a todo lo cual habría que dotarle (darle y enseñarle previo diagnóstico) de habilidades y recursos para generar una actitud más activa y adaptada.

A continuación paso, pues, a esbozar someramente el modelo teórico desde donde propongo llevar a cabo la intervención familiar: el modelo sistémico.

### **Breves apuntes sobre el modelo teórico**

La reseña escueta de las líneas generales del modelo sistémico, a la vez que comprensible y motivadora para el lector, no puede resultar sino árida y siempre incompleta.

El referir aquí aspectos tales como concepto de sistema y sus propiedades —la familia como sistema estable—, axiomas de la comunicación humana o nociones ciberneticas, no harían, pues, sino confundir (dada la limitación de espacio) y evitar que se vaya a las fuentes (Watzlawick, Bateson, Keeney, Von Foerstet). Por todo ello no parece inadecuado hilar algunas reflexiones respecto al modelo teórico a partir de un caso práctico que a continuación expongo.

María, de 40 años, tiene expediente abierto desde hace varios años en Servicios Sociales. Es una mujer que, a veces, se muestra agradable, deseosa de ser escuchada y contenida y, en otras ocasiones, distante, reivindicativa y muy descalificadora con los profesionales, siempre coincidiendo con un rechazo a su petición de ayuda económica. Mas no es sólo ayuda económica lo que María y su familia necesitan, y bien lo saben los agentes sociales. María está casada con Juan desde hace 22 años, con el cual ha tenido tres hijos de 22, 19 y 13 años. Cada uno de sus hijos presenta algún tipo de dificultad: el mayor abandonó muy pronto los estudios y se enfrenta a un inexistente mercado laboral sin ningún tipo de formación; Angela, de 19 años, se ha enfrentado a la maternidad de forma prematura y ha traído un nieto a la casa; y, por último, el menor es objeto de diferentes expedientes en la escuela debido a su mal comportamiento, bajo o nulo rendimiento, cuando no absentismo escolar.

La madre tiene importantes problemas con el alcohol, nunca consiguió seguir un tratamiento reglado hasta el final. Asimismo, el máximo período que su esposo ha mantenido un empleo estable ha sido tan corto que apenas si lo recuerda o refiere, como punto de partida para su orientación en la búsqueda de empleo.

La vida familiar de María y Juan ha estado siempre impregnada de violencia, separaciones y reconciliaciones que les llevaban al

mismo punto: una enorme impotencia respecto a cambiar el orden de las cosas. Cuando los Servicios Sociales no respondían, era otra institución a la que recurrián: «las cosas están muy mal, ya lo ve Vd. en la TV»... «los chicos no ven futuro y, claro, para qué ir a la escuela». La vivienda de protección oficial abrió una esperanza, fue un vano, se reprodujo el mismo tipo de relación intra y extrafamiliar.

Observamos cómo se pone de manifiesto la complejidad del objeto de estudio: un fenómeno que se desencadena, ya sea intra o extrafamiliarmente, produce alteraciones de todo tipo y en todos los órdenes. Esto es así porque los diferentes elementos del sistema (individuos) están interconectados de un modo tal que el cambio o la modificación de alguna de las partes afecta a todas las demás y a la totalidad en general. Esta sencilla pero compleja visión (desde la cual ya nunca podríamos decir el pilar-madre es causa...) nos la ofrece el modelo sistémico; incorporar variables complejas y establecer conexiones entre las mismas nos permite estructurar y hacer comprensible el vasto universo de nuestras familias.

La mirada debería estar en la interconexión de los miembros de la familia, en la de éstos con los diferentes contextos significativos (incluidos los asistenciales), es decir, en la relación que establece María con su esposo, el tipo de organización con sus hijos, vínculo con profesionales..., más que en las propiedades de los individuos (María como una personalidad inmadura y dependiente o, por contra, reivindicativa agresiva). El mirar desde la relación y no desde la naturaleza intrínseca de los seres humanos es novedoso en sí mismo y aporta un cariz optimista a la intervención: es más difícil cambiar individuos que relaciones (este último cambio traerá consigo cambios en los sujetos).

En síntesis, tenemos que observar cómo están interconectados los individuos dentro de la familia, en su contexto más significativo

(laboral, escolar...) y estilo de relación con el observador que interviene.

Conceptos que eludiré definir, tales como: sistema y sus propiedades, organización, control, regularidad y feed-back, están contenidos de forma muy lúcida en la siguiente cita de Minuchin (1984): «La familia como totalidad se asemeja a una colonia animal, entidad ésta compuesta por formas de vida diferentes, donde cada parte cumple su papel, pero el todo constituye un organismo de múltiples individuos, que en sí mismo es una forma de vida».

Aun siendo consciente de los riesgos de confusión o simplificación que corro al sólo esbozar estas nociones, encuentro inevitable entrar a tomar en consideración aquí uno de los axiomas exploratorios de la comunicación humana (Watzlawick, 1981) que hacen a la verdadera revolución que es la terapia familiar sistémica. La «puntuación de la secuencia de hechos» que permite redefinir problemas o dificultades familiares de forma alternativa, es decir, de la causalidad lineal: el absentismo escolar de un menor es la causa de la irritación, tristeza, preocupación de la madre, lo que contribuiría a que bebiese más; o bien, fracasa en la escuela porque su madre tiene dificultades con el alcohol y su padre... El planteamiento alternativo sería: el niño, el alcohol de la madre, la inactividad y falta de jerarquía del padre serían la explicación última de la incompetencia/sufrimiento de los tres miembros de la familia (además de la falta de expectativas del sistema escolar respecto a las posibilidades presentes y futuras de ciertos grupos de población escolar, etcétera). Todo ello es la explicación última del tipo del organización y, en caso contrario, cualquier puntuación en uno de los eslabones (es «A» quien desencadena...) será arbitraria (Watzlawick, 1973); la alternativa que se propone que engloba y totaliza, permite descubrir y comprender y si ahondamos en el proceso de la intervención se evidencia un desenlace optimista: «qué difícil te ha de resul-

tar a ti —al menor— ir a la escuela con los otros niños y dejar a tu madre en casa con papá y con el problema del alcohol-violencia»; frente al cual aduce: «yo no puedo dejar a mi madre a solas con mi padre».

La declaración del menor «denuncia» desde dentro algo a todas luces sabido (falta de apoyo y contención en la pareja parental) pero, lo más importante es que despierta emociones y vivencias hasta ahora insospechadas que conducirán a un cambio.

No deja de resultar sorprendente la propiedad señalada con anterioridad —la totalidad—, familias trabadas en situaciones de mucho sufrimiento con las cuales se realizó un trabajo duro y arduo en lo individual (profundizando sobremanera en las dificultades de cada miembro de la unidad familiar), con sólo invitarles a reunirse y hablar con algunas indicaciones clarifican sus problemas (desde la relación y desde sí mismos).

Preguntar a un tercero sobre la relación de una diáada hace saltar la «chispa interactiva» (Selvini, 1980), o lo que es lo mismo, un nuevo conocimiento «desconocido» hasta ahora, es decir, lo que piensa ese tercero acerca de la relación de los otros dos. Hay una diferencia sustancial entre asumir uno mismo la adopción de un hijo (elaboración de la imposibilidad de tener hijos, etcétera) y poder charlar libremente de ello; que una hermana refiera el trato especial que el progenitor da a ese hijo adoptado puede hacer reflexionar al padre cuánto está poniendo él en ese vínculo que no sólo no ayuda a su hijo sino que le está separando de su otra hija.

## Mapas para reformular realidades

El término mapa puede ser considerado como la aplicación de un modelo a una situación específica. Es necesario crear mapas para recorrer el territorio. El mapa es diferente al territorio (G. Bateson, 1985). Según

el propósito que nos ocupe, a dónde y cómo pensemos ir, necesitamos un tipo de datos u otros en ese mapa; la intervención familiar, pues, ha de construirse desde un «mapa estructural» (Minuchin, 1979) que permita organizar la información y formular hipótesis.

¿Qué aspectos ha de contener un mapa que permita una explicación y posterior reformulación de lo observado en nuestras familias? Dependiendo de dicha orientación estableceremos distinciones, conclusiones bien dispares y, lo más importante, puesto que el mapa no puede nunca ser exactamente igual de tamaño que el territorio (lo cubriría y no se podría transitar) necesitamos establecerlo en nuestra práctica profesional y así alejarnos de nuestro propio esquema de orientación, de nuestro mapa interno.

Si bien es verdad que nuestro «mapa interno», es decir, cómo el observador está en y ve el mundo nos permite entrar en contacto, ser sensibles a determinados aspectos que nos commueven, en definitiva vincularnos con la familia, es imprescindible que establezcamos algún tipo de distancia entre lo observado y nosotros, los observadores, esta distancia nos la da la teoría y las construcciones sobre la realidad que de ella se derivan. Una última incursión para mostrar lo no banal de la lente desde la que se mira y se contrastan los hechos: «las formas en que se describen los objetivos y las causas pre-sagian el modo de interacción que tendrá el personal y el cliente....» ( VV. AA., 1994, p. 145).

Para encarar el proceso de evaluación haré referencia a cuatro fuentes, a saber: en primer lugar, se analizará qué estructura familiar puede ser considerada como funcional; en segundo lugar, la mirada está puesta sobre el momento evolutivo en que se halla la familia que nos consulta; a continuación, la conveniencia de establecer una distinción entre familia disfuncional y transicional con la ayuda de algunos indicadores y, finalmente,

ofrezco algunos modelos o momentos transicionales que atraviesan las familias y que encontramos con mucha frecuencia en la población que atendemos (a pesar que realicen sus demandas por problemas económicos, de un hijo....).

Minuchin parte de un modelo teórico sobre la estructura familiar, con dicho modelo sale el encuentro de la familia, se asocia o coparticipa con ella y observa cómo se ajusta a aquel modelo. La ausencia de conflictos en modo alguno habla de funcionalidad, por lo tanto, plantea Minuchin, se debe disponer de «un esquema conceptual del funcionamiento familiar que ayude a analizar una familia» (1979, p. 85). La familia, prosigue, es un sistema que opera a través de pautas transaccionales que, repetidas, establecen el marco acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, pautas transaccionales que apuntalan el sistema familiar y que dotan a los individuos de los dos ejes de su existencia: sentido de pertenencia e identidad o individuación. Estructura familiar, para el autor, es «un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia» (1979, p. 86). Los individuos dentro de la familia desempeñan funciones que están marcadas por «códigos reguladores» y que cristalizan en pautas transaccionales que regulan la conducta. De este modo «el sistema se mantiene a sí mismo» y ofrece resistencias al cambio más allá de cierto umbral, sin embargo, la estructura debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias intra o extrafamiliares cambien y así, y a pesar de los cambios, dotar de un modelo de referencia a sus miembros.

Minuchin, en su sucesión de imágenes sobre la estructura, prosigue planteando que dicha estructura se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, así, un individuo lo es, al igual que la diádica padre y madre, la conyugal, el grupo de hermanos, etcétera. Añade que la organización en sub-

sistemas de una familia «...proporciona un entrenamiento adecuado en el mantenimiento del diferenciado "yo soy", al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles» (p. 88). Para que sea posible ha de existir un límite claro entre los diferentes subsistemas, es decir, la mutua acomodación entre los esposos debe estar libre de interferencias de la propia familia de origen. Límites difusos («todo es de todos; todos saben de todos») generan un exaltado sentido de pertenencia y, en consecuencia, un bajo nivel de diferenciación (individuación/autonomía personal). Por el contrario, en el otro extremo, límites rígidos, hablan de una falta de apoyo y contención a los miembros (que en sí mismo no comporta mayor diferenciación). Como se planteará más adelante, la intervención siempre ha de ir dirigida a deslindar límites y, en consecuencia, a favorecer un mayor grado de autonomía a los sujetos (tomando en cuenta que el proceso de autonomía-individuación sólo se puede llevar a cabo en coevolución —la familia ha de crecer y cambiar a la par que el individuo—). Junto con los límites entre subsistemas existen otras dos dimensiones a evaluar en la estructura: alianzas y coaliciones además de jerarquía. Los períodos de transición (nuevos miembros, exigencias nuevas para otros...), traen consigo cambios en las posiciones y en los roles, cuando aquellos generan uniones/alianzas de dos contra un tercero (el padre que alienta a desobedecer a la madre de forma más o menos subrepticia) estamos frente a una coalición (en la que en general danzan dos miembros de diferente generación contra el otro parente/cónyuge).

Finalmente la evaluación de la funcionalidad o no del ordenamiento jerárquico entre el subsistema parental y el fraternal, aquél ha de hacerse siempre, a la luz del peculiar estilo de dichos padres para ejercerlo (un estilo más o menos autoritario no implica disfunción).

En la familia se observa un desarrollo, un cambio evolutivo a través de un cierto número de etapas que traen consigo exigencias nuevas y, en consecuencia, transformaciones. Etapas con sus consiguientes tareas evolutivas inherentes a cada una y también dificultades propias de las transiciones. Según C. J. Falicov (1991) fue una asistente social, Schers, en una publicación póstuma (1971) e influida por el pensamiento psicodinámico y algunos conceptos de Parsons quien hizo la primera descripción de las tareas evolutivas familiares e individuales; tareas universales y recurrentes que cursan por crisis y comportan conflictos (las necesidades individuales pueden diferir de las familiares). Sólo concluir, siguiendo a la autora, con la elección de una clasificación de las etapas vitales: matrimonio, nacimiento del primer hijo y los subsiguientes, individuación de los miembros, alejamiento efectivo de los hijos e integración de la pérdida (Salomon, 1973, citado en Falicov, 1991).

El concepto de ciclo vital de la familia y el desarrollo familiar permiten encontrar la íntima conexión entre procesos intrafamiliares (reorganización de roles y reglas —véase de la heteroresponsabilidad a la autorresponsabilidad en los hijos—) y los requerimientos que son hechos desde fuera a la familia. Desarrollo familiar hace referencia a «...todos los procesos coevolutivos transaccionales vinculados al crecimiento de una familia» desde procesos de cambio ocupacional, migración, enfermedad crónica o «...cualquier conjunto de hechos que alteren significativamente la trama de la vida familiar». La autora concluye que cada familia tiene una «senda de desarrollo» transitable sólo desde su propio modelo y experiencia que a su vez pueden adquirir formas muy variadas.

La reseña al ciclo vital y al desarrollo familiar está íntimamente conectado con el tercer elemento a evaluar: ¿estamos frente a una familia disfuncional o transicional? Las transiciones siempre son estresantes, son momen-

tos vinculados con el ciclo vital o con acontecimientos vitales relevantes —divorcio, muerte, migración...—, que exigen una adecuación de la estructura familiar a las nuevas exigencias. Si el momento de disfunción-estrés, una hija se parentaliza tras el reciente fallecimiento de la madre, perdura, deja de ser funcional para la transición para pasar a ser disfuncional, lo que traerá consigo otras dificultades-sintomatología (un hijo que «renuncia» a su proyecto personal para «ocuparse» de su familia). Para ampliar esta cuestión sobre estructura disfuncional o transicional, remito al lector al desarrollo que hace Minuchin (1979) de las seis fuentes de estrés que potencialmente puede sufrir una familia y su impacto (1979).

Por último y para finalizar con los elementos que debería contener nuestro mapa conceptual al hacer frente a una evaluación, no podemos olvidar las diferentes configuraciones que aparecen tanto desde el punto de vista organizacional (divorcio, familia reconstituida) como tipologías especiales en torno a determinadas formas de ver y estar en el mundo de ciertas familias (creencias, mitos y valores consustanciales a ciertas culturas que las hacen, a veces, inaccesibles para quienes no pertenezcan a dichos grupos, véase: familias de raza gitana).

Un epígrafe aparte merecen las familias multiproblemáticas; aquí sólo mencionaré algunas configuraciones que hacen a la planificación de la intervención.

No es en absoluto infrecuente encontrar buen número de familias monoparentales entre nuestros clientes de Servicios Sociales. Las demandas que realizan (en general, mujeres) pasan por petición de ayuda económica, a la imposibilidad de hacerse cargo de un hijo adolescente con trastornos en el área de la conducta y un largo etcétera. Se ha escrito mucho al respecto, mas ha sido desde una perspectiva más sociológica; en lo micro, con lo que nos enfrentamos (se

enfrentan estos progenitores solos) es con una madre con un gran desafío: hacer frente a los cuidados tanto nutricios (el sí al hijo, afecto) como normativos (el no, que separa y duele) sin poderse apoyar en otro que la contenga y apoye; asimismo está frente al dilema de evitar el aglutinamiento (ausencia de límites entre subsistema parental y filial) con sus hijos —en pro del buen desarrollo de éstos— y enfrentarse a la mayor soledad que implican los acontecimientos vitales y relacionales intrafamiliares. En síntesis y aun sabiendo que lo dicho es sólo un bosquejo del problema, la madre al frente de una familia, sola, se ha de hacer cargo: de sí misma como persona, sin olvidarse de sus necesidades afectivas, sentimentales y de desarrollo en general; de ser el sostén económico de la familia y, por último, de enfrentarse a su tarea como progenitor único.

El reto está planteado, sólo resta que los profesionales ejerzamos cierto apoyo —con la suficiente distancia y sin restituir al cónyuge (si lo hay) que falta— y clarificación de límites intersistémicos: «bajar» al hijo parentalizado; poder esclarecer, hablar de diferentes necesidades en cada miembro de la familia y que aquéllas no tienen por qué entrar en colusión. Sólo este trabajo permitirá la autonomía de la familia respecto a los profesionales, de la familia como tal y de los individuos que la forman.

Junto con las familias monoparentales, es nutrido el número de familias en proceso de divorcio que atendemos, así como reconstituidas (de segundas nupcias) de hecho o reconocidas como tales legalmente. La idea guía: el atolladero se produce en la no resolución emocional del divorcio (ver *El divorcio difícil*, Isaac y Montalvo, 1988) y sobre dicha dificultad se suman las subsiguientes: pelear a través de la parentalidad viejas cuestiones de la conyugalidad y por ende «instrumentalizar» a los hijos en ese juego diabólico (la bibliografía sobre maltrato al menor da buena cuenta de esta situación). Así, un divorcio

resuelto emocionalmente significa una buena separación entre las funciones parentales (ambos padres se ponen de acuerdo sobre qué es lo adecuado para los hijos) y una ruptura emocional de la relación conyugal previa.

Para ayudar a las familias en este trance es necesario conceptualizar lo dicho y hacerle frente con ambos padres. En ocasiones, e imbuidas por una ideología «antihombres/padres», encontramos a «mujeres» (el profesional y la madre) que quieren salir del atolladero de un divorcio difícil prescindiendo del padre. ¿No estaríamos favoreciendo la no responsabilización del padre con esta actitud? La pregunta queda formulada. Los hijos necesitan un padre y una madre pero, sobre todo, que más allá de las características de aquél o ésta: son su padre y su madre y no olvidemos que ambos vínculos son fundamentales en el ser humano.

El divorcio es una situación de pérdida (emocional, económica...) que se ha comparado con la muerte de un ser querido (Usandivaras, 1986), pues bien, al igual que en el proceso de duelo el tiempo es esencial. Son procesos que requieren tiempo para así poder conseguir una buena reorganización postdivorcio; porque las catástrofes de los divorcios que se reflejan en los hijos se desprenden de malas reorganizaciones (Isaac y Montalvo) y no del divorcio en sí mismo.

También es una cuestión de tiempo la nueva organización de las familias reconstituidas, lo cual ha de ser el eje en nuestra intervención. La lealtad al padre (en otro domicilio o fallecido) perdura más allá de las buenas intenciones del actual esposo/a; la negociación de reglas, normas, etcétera, exige hablar en un tiempo y espacio no siempre fácil para los miembros de la familia.

El problema actual de las familias reconstituidas se ha abordado desde la Terapia Familiar por un grupo de profesionales que introducen la variable género en el análisis, es a

dicho texto donde remito al lector (M. Walters, 1991) para ampliar este mapa.

Por más que merecen ser tenidas en cuenta de una forma especial, no puedo hacerme cargo de pincelar las familias con un estilo consustancial a sus culturas —familia de raza gitana y otras—, considero que es un trabajo titánico que está aún por hacer.

Las configuraciones dadas se complementan con la extensa descripción hecha por la Terapia Familiar sobre familias con un miembro alcohólico, un enfermo depresivo, crónico y un extenso etcétera; considero que puede ser de utilidad para los trabajadores sociales tener dichas referencias.

## **Una tipología de familia: la familia multiproblemática**

La familia de María, a la que hacía referencia al inicio del artículo, no resultará extraña a la experiencia profesional de los lectores que lleven a cabo su trabajo en el ámbito de los Servicios Sociales; tampoco es ajena su trayectoria vital a lo que a continuación me propongo introducir siguiendo a L. Cancrini (1992), esto es, la configuración de las familias multiproblemáticas, también llamadas familias multiservicios (Colapinto, 1993).

Se trata de familias que no sólo tienen varios problemas. Existe una diferencia sustancial respecto a las familias con patología psiquiátrica: en éstas el síntoma «...funciona como factor de equilibrio para las dificultades emocionales de los otros miembros del sistema y, aunque sea parcialmente, para el sistema considerado en su conjunto» (Cancrini, 1992); mientras que en las multiproblemáticas «...el comportamiento sintomático funciona como un ulterior elemento de dificultad y disgregación para el comportamiento de los otros miembros del sistema y para el sistema considerado en su conjunto». Así, observamos que el alcoholismo de María —la madre— trae consigo en buena parte

---

un comportamiento sintomático en el menor de sus hijos y un vacío en el rol parental (como madre ejerce de forma muy deficiente).

El desarrollo de comportamientos sintomáticos en este tipo de familias se origina en las primeras fases del ciclo vital: formación de pareja, nacimiento de los niños; dichos comportamientos no bloquean el paso a la fase subsiguiente pero mantienen un equilibrio apenas sostenible de la precedente, con la consecuencia de: desorganización y disgregación familiar. Todo ello provoca, según Cancrini:

1. Una inadecuada atención «...a sus deberes organizativos (soporte económico, casa, educación, crecimiento y cuidado de los hijos, protección de los miembros más débiles o en dificultad) y expresivos (gestión de las tensiones, nutrición afectiva de los más pequeños, respuesta a las exigencias de intimidad y estabilidad afectiva de los miembros del sistema)».

2. «Una búsqueda afanosa y localización afectiva de personas externas capaces de realizar estas funciones, personas cuya presencia, rápidamente esencial, contribuye a la disminución progresiva de la competencia de los miembros internos del sistema, que puede ser asegurada sólo manteniendo y modificando progresivamente los comportamientos desviados que la han determinado.»

Será este punto el que se desarrolle de forma más extensa y donde se ponga más énfasis en el epígrafe «Intervención».

La familia multiproblemática en general no entra en contacto con los Servicios demandando ayuda por un sufrimiento relacional, siempre son «los otros» —el sistema judicial, sanitario, enseñanza— quienes designan el caso, las más de las veces tras detectar una insuficiencia de cuidados (de los recursos propios o de los que ofrece la comunidad). La privación económica (aunque el autor también señala la existencia de este tipo de

familias en las clases adineradas) hace más fácil la aparición de comportamientos desviados y más difícil una reacción eficaz, con la consiguiente actitud sustitutiva de los operadores, a la que ya se aludió. Encontramos historias que se repiten transgeneracionalmente (el padre de María abandona a sus hijos al fallecer su esposa y los deposita en un internado) respecto a miseria, institucionalización e instituciones que intervienen de forma significativa en la propia familia cuyos confines son tan lábiles como las puertas abiertas que encontramos en las visitas a domicilio. Las fronteras son lábiles o difusas respecto al exterior y, asimismo, en lo que se refiere a los espacios personales, son inexistentes. Así como su forma de usar el dinero (gastos suntuarios) y distribuir su presupuesto producto de sus ingresos variables e inestables.

Además, observamos una falta de planificación familiar no sólo por falta de información sino por la carga de significado de la maternidad, ésta en ocasiones evidencia lazos de familia (son familias indiferentes al reconocimiento legal) y continuidad de la misma; es una defensa frente a la violencia, una posibilidad de recrear una situación de la que careció, etcétera. Los niños, puerta de entrada en muchas ocasiones a estas familias, sufren una situación de abandono que hace difícil no intervenir de forma sustitutoria e intrusiva. Todo lo dicho nos debería alertar a los profesionales para poder reconocer lazos, vínculos profundos allá donde, aparentemente y desde nuestro modelo de familia, no los hay.

Dentro de las familias multiproblemáticas hallamos diferentes historias:

1. Un parente periférico en lo económico y lo afectivo, ausente incluso físicamente; con una relación precaria con sus hijos que aumentan en número. Una madre con múltiples quejas respecto a aquél (que las realiza en los servicios asistenciales) pero que le

---

## Bibliografía

- BATESON, G.: *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. Carlos Lolhé. Buenos Aires, 1985.
- CANCRINI, L.: *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Ed. Paidos. Barcelona, 1991.
- CANCRINI, L.: «La familia multiproblemática». Artículo inédito.
- COLAPINTO, J.: *Comunicación personal*. Madrid, 1993.
- FALICOV, C. J.: «Contribuciones de la sociología de la familia y de la Terapia Familiar al "esquema del desarrollo familiar": análisis comparativo y reflexiones sobre las tendencias futuras», en *Transiciones de la familia*, Falicov, C. J. (comp.). Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1991.
- ISAAC, M. B. y otros: *El divorcio difícil*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1988.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, H. Ch.: *Técnicas de terapia familiar*. Ed. Paidos. Barcelona, 1984.
- MINUCHIN, S.: *Familias y terapia familiar*. Ed. Gedisa. Barcelona, 1979.
- RUBÍ, C.: *Introducción al Trabajo Social*. Ed. Euge. Barcelona, 1991.
- SELVINI, M. y otros: «Hipotetización, circularidad y neutralidad. Tres directrices para el buen desarrollo de la entrevista». Rev. *Terapia familiar*, 1980.
- SHAZER, S.: *Pautas de terapia familiar breve*. Ed. Paidos. Buenos Aires, 1986.
- TOMM, K.: «Entrevista de intervención». Rev. *Fam. Process*, 1987, 26, I.
- USANDIVARAS, C. M.: «El ciclo del divorcio en la vida familiar». Rev. *Terapia familiar* n.º 15, año 1986.
- VV.AA.: *Lenguaje, estructura y cambio*. Ed. Gedisa. Barcelona, 1994.
- WALTERS, M.: *La red invisible. Pautas vinculadas al género en la relación familiar*. Ed. Paidos. Barcelona, 1991.
- WATZLAWICK, P. y otros: *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires, 1973.
- WHITAKER, C.: *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Ed. Paidós. Barcelona, 1992.
- ZAMANILLO, T. y GAITÁN, L.: *Para comprender el Trabajo Social*. Ed. Verbo divino. Navarra, 1991.

## LA MEDIACIÓN FAMILIAR EN PROCESOS DE SEPARACIÓN Y DIVORCIO: ¿CUÁNDΟ ESTÁ ESPECÍFICAMENTE INDICADA?

### 1. Qué es la mediación familiar

Recientemente está apareciendo en nuestro país una nueva forma de intervención psicosocial sobre las familias: la mediación familiar.

El objetivo de este trabajo es clarificar qué es la mediación familiar y diferenciarla de otras formas de intervención psicosocial sobre las familias, acotando su campo de intervención.

El hecho de que algunas de las especialidades de intervención sobre las familias a las que me referiré apenas sean conocidas en España puede dificultar su comprensión.

De hecho, el panorama de la intervención psicosocial sobre las familias en nuestro país es desolador. Nuestra breve historia de trabajo social o psicosocial —de hecho tan sólo a partir de los Ayuntamientos democráticos podemos hablar de trabajo social en la línea en que lo hacen los países europeos—, no nos ha permitido abordar el tema familia.

Tal vez el año 1994, proclamado como Año Internacional de la Familia por las Naciones Unidas, sea el inicio del abordaje del tema

familiar y de la creación de servicios dirigidos específicamente a ayudar a esta institución social la cual, se quiera o no y con todos los cambios que ha experimentado, es un elemento fundamental en nuestra sociedad.

Antes de comparar la mediación familiar con otros servicios afines debería, brevemente, definir en qué consiste esta forma de ayuda a los grupos familiares.

La mediación familiar es una forma alternativa de ayudar a las familias a resolver los conflictos propios de la ruptura familiar y que incluyen decisiones sobre la custodia y residencia de los hijos, sobre el régimen de pensión y de alimentos y el reparto del patrimonio conyugal. (Peronnet, 1989.)

Podríamos definir brevemente la mediación familiar como «la intervención en un proceso de separación o divorcio por parte de un profesional cualificado, imparcial y sin ningún poder de decisión, a petición de las partes interesadas y con el objetivo de que ellas mismas negocien decisiones constructivas y estables que tengan en cuenta las necesidades de todos los miembros del grupo familiar. (Martiniére, M.T. et. al., 1989.)

La definición deja constancia de la importancia de que sean las dos partes las que soliciten la actuación del servicio de mediación, ya que tan solo de esta forma se puede garantizar que la imparcialidad sea, además de un hecho, una vivencia por parte de los dos miembros de la pareja que acuden al servicio.

Existen problemas en todos los países para ubicar adecuadamente esta forma de intervención en un ámbito específico de las ciencias humanas. Algunos autores consideran que en la mediación familiar intervienen diversas disciplinas. Así, Thelma Fisher (1987), sitúa esta especialidad de la intervención psicosocial a medio camino entre la negociación y el trabajo social en temas de familias.

La práctica de la mediación ciertamente confirma que para mediar en procesos de ruptura familiar es preciso combinar simultáneamente la intervención técnica para que la pareja llegue a acuerdos y la ayuda personal en la dura fase vital en que los implicados se encuentran.

Pero es preciso delimitar más exactamente el ámbito específico en el que la mediación es eficaz, muy especialmente en unos momentos en que falta claridad de conceptos en la mayor parte de los servicios de atención a las personas.

## **2. Diferencias entre la mediación familiar y otros servicios próximos**

Debido a la relativa novedad de la mediación familiar, su ámbito específico de intervención todavía está en proceso de definición, mostrando puntos de intersección con otros servicios de ayuda a la familia.

Esta todavía insuficiente claridad de fronteras en el diseño de los servicios de mediación familiar es más evidente en países como el nuestro, en donde hay aún una muy escasa

oferta de servicios para las familias en general y para las parejas en crisis en especial.

No se puede esperar que los servicios de mediación familiar de países en los cuales el asesoramiento a las familias no es habitual puedan mantener la misma pureza de diseño que en aquellos otros en los cuales, junto a un servicio de mediación familiar la población encontrará servicios de asesoramiento familiar, de intervención en crisis o de terapia de divorcio.

Debemos, sin embargo, conocer la definición exacta y el ámbito de intervención de cada una de estas disciplinas —consagradas ya en la mayoría de los países occidentales más desarrollados—, para ser exigentes en el proceso de ir llenando poco a poco nuestras lagunas asistenciales, aprovechándonos de la experiencia de los países que nos han precedido en el uso de estas instituciones de ayuda social.

Es cierto, sin embargo, que la mayoría de los países que utilizan la mediación familiar permiten a esta disciplina una cierta flexibilidad, debido sin duda, en parte, a su provisional falta de definición pero también para favorecer los objetivos finales que la mediación persigue.

No es posible operar con una pareja que está viviendo una separación e intentar que llegue a acuerdos de futuro a menos que hayan superado, aunque sea de forma parcial, la profunda crisis emocional que acostumbra a comportar la ruptura matrimonial.

Y no siempre es práctico o posible derivar a la pareja a otros servicios de ayuda a la persona para que superen su angustia y puedan sentarse a reflexionar, planificar y pactar con la ayuda de un mediador.

Por tanto, una parte importante del tiempo dedicado a la mediación se destina a «calmar» a los usuarios de diversas formas. Puede ser útil dejar que, de entrada, expresen sus sentimientos, sus miedos y sus expectati-

vas, por separado o conjuntamente, aun cuando se deje claro a continuación que el objetivo de la intervención no será el de elaborar tales sentimientos.

Esta cierta flexibilidad ha dado pie a que diversos autores consideren que la mediación contiene, inevitablemente, elementos terapéuticos —restauradores si se prefiere—, que han de ser manipulados ajustadamente y por personal cualificado.

Me parece oportuno detenerme un poco en la explicación de las diversas disciplinas de ayuda a la familia en situaciones de crisis que existen actualmente en occidente, ya que poco a poco irán arraigando en nuestro país si seguimos, también en este aspecto, los pasos de otros países de mayor desarrollo.

Deberíamos ir arbitrando formas para que todos estos servicios se fueran agregando a los servicios de mediación familiar, completándolos y evitando que la mediación haya de suplir funciones inexistentes pero necesarias para una sociedad en la cual la crisis familiar, la separación y el divorcio son realidades en continuo crecimiento.

Naturalmente, deberíamos garantizar la posibilidad de acceso de toda la población a tales servicios, haciendo que sean conocidos y gratuitos como uno más de los servicios públicos de bienestar social.

## **2.1. Conciliación familiar vs. reconciliación familiar**

Actualmente, ningún profesional del campo de la ayuda a la familia en occidente debiera confundir los términos conciliación y reconciliación. Pero no hace tanto tiempo —y seguramente todavía hoy en culturas alejadas del tema—, que los conceptos y la realidad que existe tras ellos eran mucho más próximos.

Hoy el término «conciliación» (traducción del *conciliation* inglés) hace referencia a un contenido asimilable a la mediación familiar. En cambio los servicios de «reconciliación fami-

liar», en los pocos lugares en donde subsisten con este nombre, intentan ayudar a que la pareja en crisis se replantea su opción por la separación o el divorcio matrimoniales y reanuden su relación matrimonial.

El Código del Consejo Nacional de Conciliación Familiar Norteamericano establece como objetivo de la *conciliación* el «ayudar a las parejas implicadas en un proceso de separación o divorcio o reducir las áreas o la intensidad de su conflicto y trabajar de cara a que lleguen a acuerdos, especialmente en aquellas disputas que afectan también a los hijos». (Fisher, T., 1987.)

Esta definición de qué es conciliación coincide con lo que nosotros entendemos por mediación familiar.

En Gran Bretaña, el término *conciliation* entendido de forma semejante a como lo entienden los norteamericanos, está siendo progresivamente abandonado en favor del término *mediation* (mediación), término más explícito y susceptible de ser homologado en toda Europa.

Hasta hace muy poco, tanto en Inglaterra como en Gales los actos de intervención mediadora que utilizan aproximadamente la mitad de los tribunales de divorcio, eran conocidos con el nombre de *conciliation appointments* (sesiones de conciliación).

También en Estados Unidos los términos han estado confusos hasta hace poco. Hasta la Segunda Guerra Mundial, el término *conciliation* era sinónimo de «reconciliación» y los servicios que se creaban con dicho nombre pretendían evitar las rupturas matrimoniales que empezaban a inquietar, por su continuado incremento y extensión geográfica, a las autoridades.

A medida que el divorcio fue perdiendo carácter de estigma y ganando reconocimiento social, los objetivos de la conciliación se fueron dirigiendo a la consecución de acuerdos que tuviesen en cuenta a las necesidades de

---

toda la familia que vivía una ruptura, muy especialmente las de los niños implicados en ella.

El primer documento que claramente distinguió conciliación de reconciliación fue el elaborado por el *Finer Committee on One-Parent Families* (Comité de las Familias Monoparentales), creado en Londres, en el año 1974. El Comité fue creado para promover la conciliación como alternativa a la litigación en casos de separación y divorcio.

En el citado documento, los servicios de conciliación se imponen como objetivo prioritario «ayudar a las partes a solucionar las consecuencias de una ruptura matrimonial ya establecida, bien sea como resultado de una separación o de un divorcio.

»Ello con la finalidad de obtener consentimientos, llegar a acuerdos o reducir las áreas de conflicto en temas tales como la custodia de los hijos, el mantenimiento y el acceso de la educación de los mismos, así como cualquier otro asunto que requiera alguna decisión sobre acuerdos futuros».

## **2.2. Mediación familiar vs. terapia de divorcio**

Uno de los servicios de ayuda a las parejas que más se acerca a la mediación familiar tal vez sea el de terapia de pareja en procesos de divorcio (Milne, 1986), servicios a los cuales me referiré a partir de ahora con el anglicismo «terapia de divorcio».

También es muy cercano a la mediación familiar el servicio de asesoramiento a las parejas que se plantean una ruptura, que llamaré servicios de «asesoramiento en divorcio».

Se podría describir la «terapia de divorcio» como un tratamiento relacional centrado en el decrecimiento de la función del vínculo marital y con el eventual objetivo de disolverlo. (Brown, D., 1976.)

Por tanto, la terapia de divorcio se ocupa de ayudar a una persona o a una pareja a desvincularse de una relación marital o de pareja, ajustarse a la tensión de la separación y a dominar emociones tales como la rabia, la hostilidad, el resentimiento, la ansiedad, la culpabilidad, la pena, la angustia y la depresión. (Brown, D., 1982.)

La terapia de divorcio puede también ayudar a ambos miembros de la pareja a comprender qué fue lo que no funcionó en su relación, construir un puente hacia la nueva situación de soltero ex-casado, preparar el futuro, establecer nuevas relaciones post-divorcio, mantener de forma constructiva y eficaz la responsabilidad y relación con los hijos y a relacionarse adecuadamente con el o la ex-cónyuge.

La primera tarea de la terapia de divorcio es la de establecer un contrato terapéutico muy semejante al que se establece en la terapia marital de la que, para algunos autores, la terapia de divorcio forma parte.

Tanto en la terapia marital como en la específicamente dirigida al divorcio, la pareja acostumbra a moverse entre dos extremos antagónicos: la mejora de la relación matrimonial o la liquidación del matrimonio.

La elección de una de las dos alternativas permitirá una aproximación terapéutica diferenciada por su objetivo: el reforzamiento del vínculo (terapia de pareja) o la debilitación del mismo (terapia de divorcio).

Como alternativa, la mediación familiar no se centra en obtener *insight* en la historia del conflicto ni pretende cambiar pautas de personalidad o relacionales, como no sean las estrictamente necesarias para que se logren los objetivos de las sesiones que son los de llegar a acuerdos operativos.

Tampoco es objetivo principal de la mediación familiar llegar a que las personas que participan en sus sesiones reduzcan su ansiedad o tensión. Esta afirmación debe mati-

zarse diciendo que ayudar a mejorar el bienestar psíquico de los clientes es siempre el objetivo, —aun cuando pueda ser secundario—, de cualquier servicio de ayuda a la persona.

La mediación familiar coincide con la terapia de divorcio en que no pretende obtener la reconciliación aun cuando ésta pueda darse a lo largo del proceso de ayuda a la pareja en cualquiera de los dos servicios.

Sprenkle considera que la terapia de divorcio debería tener un ámbito más amplio y la define como «el proceso de ayuda a una pareja y a una familia a través de las fases de toma de decisión, estructuración del divorcio y de recuperación tras de consumarse éste».

La intervención propia de la terapia de divorcio puede dividirse metodológicamente en las fases siguientes:

#### *Fase 1*

La primera tarea del terapeuta y de la pareja que asiste a las sesiones es la de establecer los objetivos de la sesión, el trabajo que se llevará a cabo y las reglas de juego que se utilizarán a lo largo de las reuniones (clima de no agresión, turnos de palabra...).

Para evitar que cada uno de los miembros de la pareja valore de forma diferente el objetivo de esta primera fase, es preferible pun-  
tuar esta primera sesión como de «evaluación marital» o de «evaluación de pareja» a considerarla como terapia de divorcio.

El terapeuta deberá ayudar a la pareja a considerar el divorcio como una posible alternativa a sus dificultades de relación, ayudando a cada miembro a valorar las consecuencias de su decisión.

#### *Fase 2*

En la segunda fase el terapeuta ayuda a los miembros de la familia a organizar el paso de un status matrimonial a otro pos-

matrimonial, tanto en los aspectos sociales como emocionales, legales y económicos.

#### *Fase 3*

En esta tercera fase el terapeuta estimula el crecimiento de las habilidades personales de autonomía e independencia, nuevo estilo de vida y establecimiento de nuevas relaciones sociales.

También trabaja de forma individual con cada uno de los miembros de la pareja aspectos relacionados con los hijos (custodia, visitas, etc.), con la familia extensa y con la aparición de nuevos aparejamientos.

El objetivo final de la terapia es el ajuste, a largo término, de unos aspectos que Sprenkle llama «dimensiones» del proceso de separación y que, sintéticamente, son los siguientes:

#### *1. Aceptación de la liquidación del matrimonio*

Implica el reconocimiento y la integración en el proyecto de vida propio del hecho de que se deja de estar casado con la ex-pareja. Supone la construcción de una nueva identidad no basada en la condición matrimonial ni en la dependencia del ex-compañero o compañera.

#### *2. Relación funcional con el ex-cónyuge después de la ruptura*

De alguna forma esta fase equivale a un «hacer las paces» con la ex-pareja, superar la herida narcisista que implica la ruptura y «perdonar» a la otra parte por su responsabilidad en la ruptura matrimonial y familiar.

La relación con la ex-pareja permitirá resolver los problemas que puedan surgir de la anterior convivencia, y continuar respetando los compromisos adquiridos en la fase anterior de la vida que no han concluido con la disolución del vínculo matrimonial: relación y obligaciones con los hijos, algunos compro-

misos patrimoniales como pueda ser un negocio común, etc.

### *3. Ajuste emocional*

Superación de los sentimientos que una ruptura comporta: culpabilidad, rabia, auto-compasión, etc.

### *4. Ajuste cognitivo*

Desarrollo de una comprensión realista que permita convertir la separación en algo positivo. Implicará superar la visión deformada —emocional—, de lo que ha sucedido, de cual ha sido el proceso que ha desembocado en la ruptura, qué errores personales se han cometido, etc.

### *5. Ajuste y soporte sociales*

Se entiende por ajuste social la capacidad para establecer nuevos contactos sociales significativos sin la dependencia de la ex-pareja. Este ajuste se constituye en un buen indicador del grado de ajuste personal lo-grado después de la ruptura.

### *6. Ajuste paterno*

Es la capacidad de encontrar un rol paterno adecuado a la nueva situación personal. Siempre implicará encontrar la forma de comunicarse con el o la ex-cónyuge sin necesidad de hacer servir a los hijos como mensajeros, evitándoles cualquier chantaje afectivo derivado de la competencia que se establece con la ex-pareja para ganar el afecto de los hijos comunes.

### *7. Ajuste de los hijos*

El comportamiento de los hijos será, también, un buen indicador del grado de superación de la tensión propia de la separación.

Es importante que los hijos conozcan y comprendan las razones —que no las causas—, de la separación de sus padres, que estén convencidos de que tal separación no es culpa de ellos y que no se vean sometidos a un conflicto de lealtades.

También es deseable que los hijos puedan y quieran expresar sus variados sentimientos a lo largo de cada una de las fases del proceso de separación. Para poder hacerlo es preciso que entiendan y acepten sus propios sentimientos, por muy inaceptables que les puedan parecer.

Un adecuado rendimiento escolar y una vida social normal serán los mejores indicadores de ajuste de los hijos a la nueva situación.

### *8. Formación y crecimiento personal*

La valoración de la separación como una oportunidad para un mayor crecimiento personal, para obtener mayor autonomía y una mayor autoestima son buenos indicadores de ajuste post-divorcio de la pareja.

### *9. Regularización legal*

También demuestra un buen indicador de ajuste el uso adecuado de los instrumentos legales de los que dispone la pareja. Los dos extremos del desajuste en este terreno serían el uso abusivo del poder de una parte en contra de la otra o la renuncia a todos los derechos personales.

En el primer caso sería evidente que subsiste el resentimiento. En el segundo caso, seguramente no se habrían superado los problemas emocionales, depresivos, propios de la mayor parte de las rupturas.

### *10. Bienestar físico y psíquico*

Tal vez sea éste el más claro exponente de ajuste. Es conocido que las personas que han pasado por un divorcio tienen un mayor número de problemas físicos y psíquicos, seguramente derivados, al menos parcialmente, de la no superación de problemas emocionales ligados a la experiencia de ruptura.

La recuperación del bienestar personal, de la salud, del humor, de las ganas de vivir son

---

siempre muestra de ajuste personal y de superación de problemas. (Sprenkle, D.)

### **2.3. Mediación familiar vs. asesoramiento en divorcio**

En los países occidentales más desarrollados se distingue entre la terapia de divorcio y el asesoramiento en casos de divorcio o de ruptura matrimoniales.

De forma muy general podríamos decir que el asesoramiento en divorcio es un primer paso —no siempre seguido por un segundo—, de la terapia de divorcio.

En aquellos países en los cuales el asesoramiento a las familias es un servicio normalizado, frecuentemente las parejas en crisis acuden a los consejeros con una genérica demanda individual o de pareja de asesoramiento ante la eventualidad de una posible separación.

Y frecuentemente estos fronterizos servicios de asesoramiento familiar no tienen el encargo institucional y por tanto no disponen de medios ni de personal adecuado para llevar a cabo terapias familiares formales.

De hecho es frecuente que en algunos países occidentales, especialmente anglosajones, este primer nivel de asesoramiento a las familias esté en manos de profesionales generalistas o incluso de voluntarios con exigua formación.

Si la demanda de ayuda supera la capacidad de respuesta del servicio, o después de una primera intervención orientadora, las familias son derivadas a servicios especializados.

Debido a la extensión del fenómeno de la separación matrimonial y a la complejidad de los temas que éste incluye, el asesoramiento en casos de ruptura se ha constituido en una auténtica especialidad de los servicios de consulta o de ayuda polivalente dirigidos a las parejas, a las familias o a la población en general.

Conocer las diferencias entre esta forma de asesoramiento y la mediación familiar nos ayudará al mismo tiempo a distinguir entre las dos disciplinas y a comprender mejor la variedad de temáticas que implica la ayuda a las familias que se separan.

Lisa Parkinson (1988), nos ofrece un esquema que nos puede ayudar a comprender las mejor:

Antes de presentarlo es preciso decir que no todas las formas de practicar la mediación familiar respetan lo que la autora entiende como específico de la mediación. En Bélgica, por ejemplo, una parte importante de la tarea del mediador familiar coincidiría con procesos que la autora entiende pertenecen al asesoramiento en divorcio.

## **3. Cuándo está indicada la mediación familiar**

Según Martiniére, M.T. *et al.* (1989), la mediación familiar está indicada tan sólo cuando se dan los requisitos siguientes:

1. *La separación es la opción que los demandantes han elegido: la consulta no pretende cuestionar tal decisión.*

Deberíamos matizar dicha proposición diciendo que, con frecuencia, el nivel de convicción de que la separación es lo deseable no es similar en los demandantes. Casi siempre uno de los dos —normalmente la persona que ha pedido la visita «en nombre de los dos»—, es el motor del cambio.

El proceso de mediación puede, sin duda, ayudar a que una separación inevitable vaya siendo aceptada y asumida por la parte más resistente o menos convencida. Tal cosa es posible siempre que aquélla no se oponga frontalmente a la ruptura.

2. *La demanda emana de las dos personas implicadas aun cuando difiera en las motivaciones. Incluso en el caso de que la pareja haya sido derivada al servicio de mediación*

## ALGUNAS DIFERENCIAS ENTRE ASESORAMIENTO EN DIVORCIO Y MEDIACIÓN FAMILIAR

### Asesoramiento en divorcio

Puede ofrecerse a un solo miembro de la pareja.

Puede ser de larga duración.

Ayuda al cliente a mejorar su *insight* de los problemas personales, a controlar mejor sus sentimientos, mejorar las relaciones y su capacidad de soportar frustración.

Puede intentar establecer conexiones entre el pasado y el presente.

Independiente y separado del proceso legal de divorcio.

Los dos focos principales de la intervención son la madurez y la dinámica de pareja.

Posponer la resolución de los problemas prácticos mientras se atienden los problemas emocionales y psicológicos del cliente.

El rol de consejero no es directivo y relativamente pasivo.

Fuertemente influenciado por la teoría psicodinámica y por la psicoterapia.

Puede utilizar la relación cliente consejero para promover el cambio en otras relaciones.

### Mediación familiar

Involucra a los dos miembros de la pareja.

Intervenciones cortas (1 a 6 sesiones).

Ayuda a ambas partes a llegar a decisiones que sean aceptables para los dos y a cooperar como pares en su relación con los hijos.

Se centra en el presente y en el futuro.

Proceso socio-legal dirigido a conseguir acuerdos legales.

El foco principal es la familia como sistema, especialmente los subsistemas parental y filial.

Ayuda a que se consigan acuerdos prácticos y concretos, con especial atención a los detalles.

El rol del mediador es muy activo, dirigiendo las discusiones, conteniendo los conflictos, identificando y clarificando las opciones.

La base teórica incluye las teorías del conflicto, sistémica familiar, la vinculación, de la comunicación y la crisis.

Apunta a aumentar la autonomía de la pareja para que llegue a decisiones sin el recurso de una autoridad externa.

(Lisa Parkinson, 1988)

por otros profesionales (abogados, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), es preciso que los dos estén convencidos de que quieren la forma de ayuda que la mediación les ofrece.

*3. La pareja está dispuesta a aceptar la ayuda de un mediador que coopere en el proceso de llegar a acuerdos.*

Para que los dos miembros de la pareja acepten no sólo la mediación en general sino la mediación que ofrece un profesional concreto, debe garantizarse que los dos miembros de la pareja hayan elegido libremente el servicio de mediación familiar que les merezca más confianza.

*4. Los dos miembros de la pareja atendida deben ser capaces de tomar en consideración el punto de vista y los intereses de los otros miembros de la familia que están implicados en la ruptura.*

Aun cuando todos estos requisitos sean técnicamente imprescindibles para garantizar el éxito de la mediación, la práctica en nuestro país nos enseña que a veces se deben iniciar intervenciones sin esta predisposición de la pareja y que, con frecuencia, se va llegando a obtener resultados al mismo tiempo que se modifican actitudes estériles de los dos clientes.

La existencia –a ser posible próxima–, y el recurso a servicios complementarios de atención a la familia en crisis como pueden ser el asesoramiento en divorcio, la terapia individual o de pareja o el asesor legal, pueden ayudar a que el proceso avance mejor y no se estanque.

Algun estudio reciente ha mostrado que el momento en que la pareja experimenta la mayor tensión no es cuando se materializa el divorcio legal, sino a lo largo de esta primera etapa de separación que acostumbra a preceder al divorcio formal.

Las pautas de comportamiento, los acuerdos tácitos o explícitos y el estilo de relación

que se adquiera en esta primera fase, tendrán tendencia a consolidarse.

Si ya desde el principio del proceso de separación el cónyuge que no convivirá con los hijos tiene poco contacto con ellos, es difícil que en el futuro restablezca una relación más intensa. (Wallerstein y Kelly, 1980.)

Este sería un argumento más para desear que la mediación tenga lugar al inicio del proceso de ruptura matrimonial.

En algunos casos, sin embargo, no parece que la mediación familiar pueda ser eficaz e incluso puede estar contraindicada:

1. Cuando ha habido en el seno de la familia *maltrato físico de los hijos o negligencia en su atención.*
2. Cuando ha habido en la historia familiar *largas contactos con servicios de trabajo social o con departamentos psiquiátricos.*
3. Cuando la pareja está o ha estado implicada en frecuentes *conflictos judiciales respecto de su divorcio.*
4. Cuando una de las partes tiene importantes *problemas psiquiátricos o comportamientos erráticos, violentos o antisociales.*

En todos estos casos puede ser más prudente derivar las demandas de mediación a otros servicios antes de iniciar el proceso mediador. (Pearson, 1990.)

Por el contrario, existen algunos tipos de familias que se pueden beneficiar más que otros del proceso de mediación familiar. Kressel, junto con otros investigadores, elaboró en el año 1980 una tipología de las parejas que se divorcian y que es sintéticamente el que sigue:

**Grupo 1. Parejas amalgamadas:** presentan un alto nivel de conflicto abierto y ambivalencia respecto del divorcio. Acostumbran a tener conflictos mayores sobre temas menores.

**Grupo 2. Parejas autistas:** muestran poco conflicto abierto, tienen una mínima comunicación entre ellos y se evitan todo lo posible a lo largo de la fase de toma de decisión de la ruptura.

**Grupo 3. Parejas con conflicto abierto:** mantienen conflictos abiertos, intercambian y se comunican directamente incluso sobre el tema de la decisión del divorcio.

**Grupo 4. Parejas desligadas:** se muestran poco ambivalentes respecto del divorcio, están dispuestas a concluir su relación de pareja y tienen poco interés mutuo.

Según el autor citado, las «parejas con conflicto directo» y las «desligadas» tienen mayores posibilidades de llegar a acuerdos por medio de una mediación familiar que el resto de los grupos. (Kressel, K. et al., 1980.)

Si nos fijamos en la relación entre la pareja y su conflicto, podemos aceptar una clasificación como la que sigue:

1. *Parejas con cólera normal*, en ocasiones por parte de un solo miembro.
2. *Parejas amalgamadas*, que se definen por el deseo de las dos partes de controlar o castigar a su pareja.
3. *Parejas habituadas al conflicto* y en las que el conflicto se constituye en vehículo primario de la comunicación.

Existen otras diversas tipologías de parejas directamente entresacadas de la práctica de la mediación familiar y que utilizan conceptos de diversos autores expertos en técnicas de resolución de conflictos. (Walton, 1969 y Moore, 1988.)

En mediación familiar cada uno de estos tipos de familia requiere una estrategia de intervención diferenciada.

#### 1. *Parejas con conflicto «cerrado»* («locked»)

Estos grupos tienen un importante conflicto que se muestra permanentemente activo,

«en explosión continuada». Cada uno de los miembros de la pareja encuentra que las soluciones propuestas por la otra parte son inaceptables y, con frecuencia, indignantes. Existe poca empatía. El objetivo implícito parece ser el de mantener la vinculación aun cuando sea por medio de la confrontación.

En estos casos será preciso que el mediador, siempre contando con la historia de la pareja, elija una metodología de intervención basada en desgranar los conflictos, apoyando a cada parte por separado y evitando el conflicto abierto.

También puede optar por disparar el conflicto, «intensificar el estrés» para obligar a la pareja a situarse de forma diferente respecto del mismo. Si la pareja no llega a enfocar el tema de forma diferente a la que están habituados, es fácil que acaben en un litigio judicial.

#### 2. *Parejas con conflicto «muy enmascarado»* («highly masked»)

Las parejas que pertenecen a este grupo acostumbran a poner barreras a la escalada de su conflicto, ocultando las causas del mismo y relacionándose mutuamente de forma débil y con poca empatía.

En estos casos el mediador deberá ser cuidadoso en el momento de desvelar los temas conflictivos, conformándose con intentar solucionar temas parciales o aspectos concretos.

#### 3. *Parejas con conflicto «muy directo»* («high direct»)

En su trabajo con estos grupos el mediador deberá estar atento para evitar que el exceso de implicación de las partes les impida llegar a acuerdos útiles, pero sin perder la energía que la pareja despliega sobre los temas en conflicto.

En parejas de este tipo es fácil que el mediador quede atrapado en el conflicto y

por tanto deberá estar especialmente atento a evitarlo.

#### 4. Parejas con conflicto «poco enmascarado» («low masked»)

Con estas parejas el mediador deberá evitar que desaparezca la expresión del conflicto e intentar aumentar la energía que la pareja invierte en la solución de los problemas reales. En ocasiones deberá intensificar la conciencia del desacuerdo, velado u ocultado por las partes.

#### 5. Parejas con conflicto «poco directo» («low direct»)

La pareja puede hablar de su conflicto con facilidad puesto que está bajo control y no es ocultado por parte de nadie. Con frecuencia la pareja tendrá un suficiente grado de empatía y mostrará buena capacidad para resolver sus problemas.

Con este grupo el trabajo del mediador será fácil. Llegar a este estilo de comunicación es el reto del mediador con respecto del resto de los grupos que acuden a mediación. (Fisher, T., 1990.)

Tal vez podríamos añadir un último grupo, aquel compuesto por parejas que en realidad lo que desean es pelear su causa por diversos motivos, más o menos conscientes, más o menos confesados. No parece que la mediación —sobre todo si no es voluntaria—, pueda ayudarles a solucionar su problema de fondo.

La mediación también puede ser útil una vez consumado el divorcio, incluso en el caso de que la pareja lleve ya años sin convivir.

Es frecuente que los pactos elaborados antes o inmediatamente después del proceso de divorcio deban ser revisados y actualizados al cabo de unos años. Seguramente ha habido cambios personales significativos (nuevos emparejamientos, nuevas familias, cambios en el lugar de residencia, nuevas

fases del ciclo vital de los hijos, etc.) que aconsejen volver a sentarse y renovar los acuerdos.

La mediación intenta promover acuerdos flexibles, no anclados en pautas o normas inmóviles. El éxito de los acuerdos a los que las parejas llegan no se podrá medir tanto por su estabilidad en el tiempo cuanto por el bienestar que procuren a todos los implicados en el proceso. (Parkinson, L, 1987.)

## Bibliografía

- BROWN, D.: «Divorce and family mediation: History, review, future directions». *Conciliation Courts Review*, 20 (2), 1982.
- FISHER, T.: «Towards a Model of Co-Working in Family Conciliation». *The British Journal of Social Work*, 17, 1987.
- KRESSEL, K.; JAFFEE, M.; TUCHMAN, B.; WATSON, C., y DEUTSCH, M.: «A tipology of divorcing couples: Implication for mediation and the divorce process». *Family Process*, 9, 1980.
- MARTINIÈRE, M. T.; NERISSON, F., y ROBINET, M.: «La médiation familiale, une voie transctionnelle». *Dialogue*, 1989.
- MILNE, A.: «Divorce Mediation: A Process of Self-Definition and Self-Determination», N.S. Jacobson y A. S. Guzman (eds.). *Clinical Handbook of Marital Therapy*. Nueva York. Guilford, 1986.
- MOORE, C.: «Techniques to Break Impasse», J. Folberg y A. Milne (eds.). *Divorce Mediation*. Guilford, 1988.
- PARKINSON, L.: *Separation, Divorce and Families*. Nueva York. MacMillan, 1987.
- PARKINSON, L.: «Mandatory Conciliation: A Contradiction in Terms? *Family Law*, 1988.
- PEARSON J. y THOENNES, N.: «Divorce Mediation: Reflexions on a Decade of Research». *Mediation Research*, 1990.

- 
- PEARSON J. y THOENNES, N.: «Custody after Divorce: Demographic and Attitudinal Patterns». *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 1990.
- PÉRONET, M.: «L'avocat et la médiation familiale». *Dialogue*, 1989.
- SPRENKLE, D.: «Treating Issues Related to Divorce Separation», E.W. Nunnally; C.S.; Chilman y F.M. Cox (eds.) *Troubled Relationships*.
- WALLERSTEIN, J. S. y KELLY, J. B.: *Surveying the Break-up: How Children and Parents Cope with Divorce*. Nueva York. Basic Books, 1980.
- WALTON, R. E.: *Interpersonal Peacemaking: Confrontations and Third-Party Consultations*. Addison. Wesley, 1969.

M.ª DEL CARMEN JURADO

*Trabajadora Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes»*

CLARA S. LÓPEZ

*Trabajadora Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial «Martínez Campos»*

## ABORDAJE FAMILIAR DESDE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS

### 1. Introducción

Con la Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de abril) que recoge en su artículo 20, apartado 1, que «la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario» y en el apartado 3 sigue diciendo «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», queda consolidada, desde el marco jurídico, la reforma psiquiátrica iniciada en el año 1982, con los servicios de salud mental en los distritos e iniciándose a partir de 1987 y desde la Consejería de Integración Social de la Comunidad Autónoma de Madrid, el programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica. A través de este Programa, la Consejería ha puesto en marcha, hasta la fecha, cinco Centros de Rehabilitación Psicosocial.

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son recursos específicos de rehabilitación, destinados a cubrir las necesidades psicoso-

ciales de la población enferma mental crónica y de sus familiares.

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial de Martínez Campos y Los Cármenes están gestionados por INTRESS-Madrid (Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales), entidad sin ánimo de lucro y cuya actividad profesional está encaminada a la mejora de la calidad técnica de los servicios de bienestar social.

Estos centros están coordinados con la red pública de salud y por tanto sectorizados, y están dotados de un equipo interdisciplinario formado cada uno de ellos por cuatro psicólogos (uno de ellos el director), un terapeuta ocupacional, un trabajador social, dos educadores y un auxiliar administrativo.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial de Martínez Campos atiende a la población enferma mental crónica del área sanitaria 6 (Collado-Villalba, Majadahonda, Moncloa) y los distritos de Centro y Chamberí del área 7 (setecientos mil habitantes aproximadamente).

El Centro de Rehabilitación Psicosocial de los Cármenes cubre las necesidades de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos del área sanitaria 11 (Aranjuez, Arganzuela, Carabanchel, Usera y Villaverde) y el

distrito de Latina del área 7 (una población cercana al millón de personas).

El acceso a estos centros se realiza a través de los Servicios de Salud Mental correspondientes.

Las funciones principales de los Centros de Rehabilitación Psicosocial son:

- Por un lado, desarrollar Programas Individualizados de Rehabilitación (PIR) para las personas con trastornos psiquiátricos crónicos, encaminados a recuperar su autonomía personal y que puedan desenvolverse normalmente en su medio social.
- Y por otro, ofrecer apoyo y asesoramiento a las familias.

## 2. Marco teórico

Por enfermedades mentales crónicas entendemos aquellos trastornos psiquiátricos graves de larga duración o frecuentes recurrencias, y que producen en muchos sujetos discapacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria (autocuidados, higiene personal, autocontrol y dificultades en la interacción social). (1)

Muchas de las enfermedades mentales son de etiología desconocida y la evolución o curso de la enfermedad es muy variado de unas personas a otras e incluso en el propio individuo.

Dentro del grupo de enfermedades mentales, una de las que más déficit produce es la esquizofrenia.

En el curso de estos trastornos psiquiátricos crónicos intervienen múltiples factores individuales, ambientales, físicos, socio-económicos, actitudes y otros determinantes socioculturales y las exigencias sociales para con el individuo (2), por ello es importante, en nuestra opinión, tener una concepción multidimensional del problema y un modelo teórico holístico, integrador, que pueda llevarse a la práctica desde un abordaje múltiple (dado a la vez la singularidad de cada familia, su momento evolutivo, la fase de la enfermedad,

etc.) y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Los factores de vulnerabilidad personal.
- La interacción familiar (emoción expresada).
- Los factores ecológicos (o socio-ambientales como el espacio vital reducido, vivienda mal acondicionada, situación socio-económica baja).

El modelo teórico en el que nos apoyamos, es el propuesto por Zubin y Spring en 1977 «El modelo de vulnerabilidad» (3). Dicho modelo integra las teorías biológicas (modelo genético) y las ambientalistas (modelo psicosocial).

La vulnerabilidad es el rasgo que permanece estable en el sujeto que padece de esquizofrenia.

Esta vulnerabilidad se define como predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico cuando las circunstancias vitales (externas o internas) producen un grado de estrés que supera el umbral de tolerancia del individuo.

El estrés que padece el individuo, según Zubin, puede ser de tipo agudo (un acontecimiento concreto) o de tipo crónico (situación continuada de tensión).

Por *estresores agudos* se entienden aquellos acontecimientos vitales, de acción puntual en la biografía del sujeto (pérdida de un empleo, fallecimiento de algún familiar, enfermedad, etc.).

Este tipo de estrés no puede evitarse porque es consustancial al individuo, pero sí se puede dotar a las personas altamente vulnerables de factores de protección para aminorar su impacto.

Por *estresores crónicos*, Zubin hace referencia a aportaciones de otros autores:

- Ambientes de confusión (Singer y Wynne en 1967 lo señalan como comunicación desviada) (4).

- Ambientes de alta exigencia.
- Ambientes deteriorados respecto a la calidad de vida.
- Ambientes críticos e intrusivos (5).

En este tipo de estresores crónicos, responsables, según muchos investigadores, de la precipitación de recaídas, sí podemos incidir mejorando la comunicación familiar, adecuando las expectativas familiares y sus demandas a los recursos de las personas que padecen esquizofrenia, mejorando la calidad de vida familiar y disminuyendo el clima altamente emocional de la familia (6).

Todos estos aspectos son los que abordamos desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial con intervenciones familiares y multifamiliares (psicoeducación familiar), encaminadas a reducir la tensión familiar.

En el abordaje familiar tenemos también en cuenta los estudios que demuestran la mayor tasa de recaídas de pacientes en con-

tacto con familiares altamente emotivos (el constructo *emoción expresada*, fue definido por Brown en los años 50) (7), y hace referencia al número de comentarios críticos o actitudes hostiles de los familiares hacia el enfermo, así como a la sobreprotección.

Leff (8), señala como uno de los objetivos a trabajar en rehabilitación, el reducir el tiempo de contacto entre este tipo de familias (de alta emoción expresada) y el paciente, para disminuir el tiempo de exposición del paciente ante ese estresor crónico.

A su vez, el impacto que produce la enfermedad en las familias les supone una carga tanto objetiva: problemas económicos, de vivienda, poco tiempo libre, vida social reducida; como subjetiva: el estrés producido por la conducta y el desempeño de roles sociales del sujeto (9).

Para aminorar los factores de riesgo y desarrollar factores de protección, desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial, se ar-

| FACTORES DE RIESGO   | FACTORES DE PROTECCIÓN  | PROGRAMAS   |
|--|---|---|
| <b>Medioambientales:</b><br>Alta E. E. familiar<br>Aislamiento familiar<br>Sucesión de A.V.<br>estresante    | <b>Medioambientales:</b><br>Baja E. E. familiar<br>Incremento del apoyo social a la familia<br>Incremento de la capacidad de autoprotección | ESCUELA<br>DE<br>FAMILIAS                         |
| <b>Personales:</b><br>Consumo de tóxicos<br>Abandono de medicación   | <b>Personales:</b><br>Incremento de la capacidad de autocontrol<br>Incremento de la conciencia de enfermedad                                | EDUCACION PARA<br>LA SALUD<br>AUTOCONTROL         |
| FACTORES MEDIADORES  |   |   |
| <b>Medioambientales:</b><br>Falta de soporte comunitario   | <b>Medioambientales:</b><br>Incremento de red de apoyo.   | INTEGRACION<br>COMUNITARIA                        |
| <b>Personales:</b><br>Falta de habilidades de afrontamiento personal y social                                | <b>Personales:</b><br>Incremento de habilidades sociales<br>Incremento capacidad autocuidados.  | HABILIDADES<br>SOCIALES<br>A.V.D.<br>R. COGNITIVA |
| <p>E.E. = Emoción expresada<br/>A.V. = Acontecimientos vitales<br/>A.V.D.= Actividades de la Vida Diaria</p> |   |   |

ticulan los programas que aparecen reflejados en el cuadro de la página anterior.

### **3. Perfil tipo de la población atendida (10)**

El perfil de la población atendida en los Centros de Rehabilitación Psicosocial correspondería al de un varón (80%), con una edad media de 30 años y 10 años de evolución, con un diagnóstico de esquizofrenia (84%), solteros (94%) que viven con su familia de origen en el 76% de los casos y con ingresos económicos propios procedentes de prestaciones sociales en un 67% (en el Centro de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes») y en un 42% (en el Centro de Rehabilitación Psicosocial «Martínez Campos»).

Respecto a las características de estas familias podemos señalar:

- Que el nivel socio-económico familiar en el Centro de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes» es bajo en un 56% de los casos y medio-bajo en un 31%. En el Centro de Rehabilitación Psicosocial «Martínez Campos» es bajo en un 39%, medio-bajo en un 20% y medio en un 40%.
- Que presentan un gran aislamiento social y por tanto un escaso apoyo, reduciéndose dicho apoyo en una gran mayoría de los casos a los familiares más directos. Este aislamiento social produce una gran demanda de atención a los servicios formales.
- También hemos observado una gran tolerancia de los padres frente a comportamientos anómalos, junto a escasas demandas familiares.
- En otros casos detectamos un escaso control parental.
- Asimismo, en el Centro de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes» se percibe una situación más grave cuando al bajo nivel educacional y económico se añaden

otras patologías (alcoholismo y toxicomanías).

Por todo esto y teniendo en cuenta que en un gran número de pacientes el único soporte con el que cuentan es el familiar, y dado que los trastornos psiquiátricos crónicos producen a su vez un gran impacto en la familia, es por lo que debemos apoyarles y trabajar con ellos para disminuir esta carga.

### **4. Objetivos de la intervención con familias**

#### Objetivos generales:

Conocer las necesidades y recursos de las familias con algún miembro que padece un trastorno psiquiátrico crónico.

- Asesorar y apoyar a estas familias.
- Aumentar red de apoyo familiar.

#### Objetivos específicos:

1. Analizar las dificultades y soluciones aplicadas por la familia anteriormente.
2. Aumentar las oportunidades de la familia.
3. Incrementar la capacidad de afrontamiento ante situaciones conflictivas.
4. Reducir el estrés familiar (9).
5. Reducir los efectos adversos de la familia.
6. Aumentar el apoyo social mediante la creación de grupos de autoayuda (y/o asociacionismo).
7. Facilitar el acceso de las familias a los recursos sociales.

### **5. Fases del abordaje familiar**

A lo largo de nuestra experiencia nos encontramos con familias con un largo recorrido por los dispositivos de Salud Mental y Servicios Sociales y, sin embargo, en muchos

casos no saben siquiera conceptualizar el nombre de la enfermedad y están necesitadas de información y soporte.

Desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial nos planteamos un abordaje familiar porque creemos que el enfermo mental crónico y sus familias deben recibir una atención a dos bandas, sin perder esa idea de unidad que tiene presente ese núcleo familiar. Partimos de una escucha activa, que genere cambios, confianza y apoyo. Intentamos despulpabilizar a esa madre que se pregunta qué hizo mal o en qué falló. Damos una explicación realista de la patología, informamos acerca de la necesidad de la adherencia al tratamiento, de cómo detectar pródromos, cómo disminuir el estrés familiar y mejorar la comunicación, buscamos formas de romper el aislamiento y crear una red de apoyo que permita sobrelevar la carga.

Al ser un equipo interdisciplinar el trabajo con familias corre por cuenta del trabajador social y de los psicólogos del Centro.

### **5.1. Evaluación familiar**

La evaluación familiar tiene como objetivo general la recogida de información lo más amplia posible, priorizando una buena acogida.

#### Objetivos específicos:

- Historia socio-familiar.
- Expectativas familiares en relación con el usuario.
- Dinámica familiar.
- Red social familiar.

#### Instrumentos:

- Genograma familiar.
- Cuestionario de evaluación (recoge el proceso evolutivo del usuario y su familia, su situación actual relacionada con aspectos cognitivos de la vida diaria y con el uso de recursos comunitarios).

- SBAS (Platt y Col. 1983, Otero Rebolledo, 1990) (11).
- Mapa de red social.

#### Metodología:

Entrevistas semiestructuradas a cargo del trabajador social, generalmente dos de una hora y media cada una (en el domicilio familiar una y otra en el Centro de Rehabilitación).

#### Valoración:

Una vez recabada la información necesaria, se realiza un diagnóstico familiar, que nos es definitivo y que se podrá modificar a lo largo del proceso. Las conclusiones de la evaluación se plasman en objetivos a corto, medio y largo plazo que son consensuados con la familia a la hora de consolidar el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) y que constituyen el plan de acción. Estos objetivos pueden ser modificados por el quehacer continuo.

Intentamos, no siempre con éxito, que participen en el proceso de evaluación ambos padres y a veces algún familiar que se encuentre ligado al usuario. A lo largo de nuestra intervención, quienes participan más activamente son las madres.

### **5.2. Intervenciones familiares**

Una vez finalizada la evaluación nos encontramos con la tarea de intervenir.

El usuario comenzará a participar en Programas que intentarán alcanzar los objetivos establecidos en el Plan Individualizado de Rehabilitación y la familia será parte activa de estos cambios. En nuestra opinión, no podemos considerar comportamientos estancos al enfermo mental crónico por un lado y a las familias por otro; ambos interactúan, perciben cambios y es en estos momentos donde aparecen los conflictos y crisis familiares; nuestra intervención va encaminada a

contener, escuchar, dar estrategias y seguir potenciando la autonomía del usuario.

Cuando detectamos que los cambios se están produciendo o que tienden a una generalización de lo aprendido en las tutorías o en los programas, se cita a las familias. Estas entrevistas son realizadas por el psicólogo responsable y el trabajador social o con algún otro profesional del Centro de Rehabilitación Psicosocial. Según las características y contenidos de las intervenciones suelen ser de 45 a 60 minutos y la frecuencia semanal, quincenal o mensual, según la problemática a abordar.

Asimismo, hacemos un seguimiento sistemático de las familias cuyos hijos concurren al Centro de Rehabilitación Psicosocial con entrevistas cara a cara para repasar los avances del proceso de rehabilitación, además de efectuar llamadas telefónicas cuando sea necesario.

### ***5.3. Programa de Psicoeducación de Familias***

Como hemos avanzado en este artículo, consideramos que la familia funciona como factor protector positivo o como estresor negativo en el curso de la enfermedad. De ahí surge la necesidad de un Programa de Psicoeducación Familiar.

El Programa se basa en tres pilares fundamentales:

I) Información sobre la esquizofrenia. Hogarty, Anderson (12) y Goldstein (13) consideran positivas las consecuencias de esta estrategia informativa.

II) Habilidades de comunicación. Según Vázquez y Ochoa (14) es importante mejorar la comunicación desviada (conductas de comunicación vagas, confusas, complicadas, contradictorias, afectiva y cognitivamente). Los programas de intervención familiar van dirigidos actualmente al incremento de la comunicación y capacidad de estable-

cer estrategias de solución de problemas (Goldstein, 13).

III) Disminuir la emoción expresada. Vaughn y Leff (8) tienen como objetivo prioritario con este tipo de programas disminuir la emoción expresada que es el resultado de la combinación de comentarios críticos, actitudes hostiles y sobre-protectoras que repercuten negativamente en el propio enfermo.

A través del Programa de Psicoeducación de Familias perseguimos los siguientes objetivos:

- Buscar el apoyo y la colaboración de la familia en el proceso de rehabilitación.
- Que conozcan la enfermedad y se conciencien de su papel como agentes de cambio y normalización.
- Que mejoren las relaciones interpersonales disminuyendo la tensión familiar.
- Que se incremente la red social de la familia.

#### ***Estructura:***

**Módulo I: Psicoeducación.** Se desarrollan seis sesiones y se abordan los siguientes temas: información acerca del trastorno, etiología y tratamiento farmacológico, efectos secundarios de la medicación, reconocimiento de pródromos, curso de la enfermedad e impacto en la familia, información y forma de acceso a los recursos comunitarios.

**Módulo II: Entrenamiento en comunicación y solución de problemas.** Se desarrolla en seis sesiones y se abordan los siguientes temas: cómo implantar o extinguir una conducta, refuerzos, cómo mejorar la comunicación en el seno de la familia y estrategias para la resolución de problemas.

#### ***Metodología:***

El programa se desarrolla a través de reuniones semiestructuradas de hora y media de duración, una vez por semana.

Pueden participar de cinco a siete familias que no cambiarán a lo largo del programa. El lugar de reuniones será el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Los responsables del programa serán un psicólogo (que se irá rotando entre los cuatro) y el trabajador social que funcionarán como coordinador y reforzador indistintamente.

#### Estructura de cada reunión:

- Resumen de la reunión anterior.
- Presentación del tema del día.
- Exposición del tema, estimulando la participación de los asistentes.
- Sistematizar lo expuesto.
- Conclusiones.

Se intenta crear un clima distendido, dialogante y de trabajo, con una escucha activa y técnicas de feed-back positivo, tormenta de ideas, role-playing, tareas para casa, etc.

También se utilizan otras técnicas específicas que se aplicarán en función de los objetivos de cada reunión y de la dinámica que se establezca.

#### Instrumentos:

- Evaluación Pre-Post.
- Registros.
- Cuestionarios valorativos del Programa.
- Mapa de red social.

Al realizar un estudio longitudinal del proceso de intervención de las familias en los Centros de Rehabilitación Psicosocial, se notan avances, que a menudo son difíciles de cuantificar, pero a la hora de afrontar determinadas contingencias se los aprecia más preparados, con mayor número de estrategias.

Una vez finalizado el Programa de Psico-educación de Familias, y dado que a lo largo de esta fase de intervención ha existido una interacción entre familias que tienen el

mismo problema, y para potenciar otro de los objetivos de los Centros de Rehabilitación: el aumento de la red social familiar, se crean grupos de autoayuda y/o asociaciones de familiares.

#### **5.4. Grupos de autoayuda-asociacionismo**

En la actualidad, en la Comunidad de Madrid existen ocho asociaciones que en 1992 constituyeron la Federación Madrileña de Asociaciones Prosalud Mental (FEMASAM) que a su vez está integrada en la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES).

#### Grupos de autoayuda

Según Francina Roca (14) los grupos de autoayuda son pequeñas reuniones de personas que se juntan de forma voluntaria para ayudarse mutuamente y lograr un determinado propósito. En general están formados por personas que tienen el mismo problema o que se encuentran en una situación conflictiva, ya que se han asociado libremente y sin la supervisión de ningún profesional externo. En nuestro caso los profesionales somos quienes propiciamos la creación y consolidación de los grupos de autoayuda y/o asociaciones, ya que en España existe poca tradición en lo concerniente a la participación ciudadana.

En los Centros de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes» y «Martínez Campos» se están desarrollando dos experiencias diferentes pero ambas ventajosas.

##### *5.4.1. Grupo de autoayuda «Martínez Campos»*

En julio de 1992 se realiza el primer contacto con un grupo de ocho familias que habían realizado el Programa de Psico-educación, hasta conformar actualmente un grupo de autoayuda de veintitrés familias.

Parte de los integrantes del grupo están asociados a AMAFE (Asociación Madrileña de Familiares y Amigos de Enfermos con Esquizofrenia).

El grupo Martínez Campos es un grupo numeroso y homogéneo dentro de AMAFE, por lo que ha obtenido a partir de enero de este año una vocalía y una representación ante FEMASAM.

Desde el equipo profesional nos propusimos crear un grupo de ayuda mutua ya que sus miembros se decantaron por esta posibilidad, puesto que se sentían incapaces para gestionar una asociación con tan poco volumen de socios. Consideraron asimismo que AMAFE, al contar con una gestión más prolongada, podría convertirse en su plataforma reivindicativa y ellos constituirse como grupo de autoayuda.

La coordinación es ejercida por la trabajadora social del Centro quien ha centrado su estrategia en generar un espacio protector para sus integrantes, de mutua confianza y generador de actividades (entre ellas las de ocio para los padres), que posibilite la detección y aparición de líderes para lograr una independencia progresiva de la Coordinación. Actualmente se está intentando involucrar al grupo en un Programa de Integración Comunitaria que se desarrollará en el distrito de Moncloa en colaboración con los Servicios de Salud Mental, para los usuarios del Centro de Rehabilitación.

Uno de los objetivos que se mantiene para este año es la difusión, a través de medios de comunicación, del problema social que genera la enfermedad mental y sensibilizar a la población y a las instituciones de la necesidad de una integración laboral para este colectivo.

Nuestra postura como equipo profesional es asumir una coordinación democrática, convirtiéndonos en facilitadores de la tarea pero no gestores. Asesoramos a nivel admi-

nistrativo, suministramos documentación e información, reflexionamos juntos acerca de los objetivos, apoyamos en situaciones críticas desde el grupo y siempre propiciamos la interacción entre los miembros aunque sea en pequeños núcleos.

#### *5.4.2. Asociación Salud y Ayuda Mutua (ASAM)*

En febrero de 1991 se creó esta Asociación a partir del primer grupo de psicoeducación de familias, organizado desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes».

Los objetivos generales de la Asociación, en un primer momento, eran: por un lado mantener informados a sus miembros en todo lo concerniente a la enfermedad mental y los recursos comunitarios; y por otro fomentar la participación de sus miembros mediante la creación de grupos de autoayuda de familiares.

El local lo comparten con otra asociación de voluntariado: «Vive y deja vivir». Del alquiler se hace cargo la Fundación Jiménez Vera. Al cabo de un año la Consejería de Salud y el INSERSO concedieron una subvención económica y se montó un Club Social para enfermos mentales.

En la actualidad ASAM cuenta con los siguientes servicios:

- Servicio de información y orientación.
- Club Social (cuenta con cuatro objetores de conciencia).
- Existen tres grupos de autoayuda familiar (sin profesionales) encaminados hacia la mejora de la calidad de vida de estos familiares. Se reúnen una vez por semana, dos grupos en los locales de dos asociaciones de vecinos diferentes (una en Usera y otra en Latina) y un tercer grupo en un colegio.

- Además, desde la Federación Madrileña de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales se ofrecen programas de vacaciones para los usuarios y sus familias.
- Periódicamente se organizan charlas y debates a cargo de profesionales para incrementar el nivel de información de los miembros de la Asociación.

## 6. Conclusiones

Como decíamos al comienzo de nuestro artículo, en el curso de las enfermedades mentales intervienen numerosos factores por lo que es importante tener en cuenta un modelo teórico integrador y un abordaje que sea singular, en el que se tenga en cuenta cada caso concreto y su medio, así como que dicho abordaje sea flexible a lo largo del proceso de intervención.

En general, podemos concluir que las actividades individuales de rehabilitación de las personas que padecen algún trastorno psiquiátrico crónico, combinadas con intervenciones familiares y multifamiliares, mejoran el desempeño social de los usuarios, previenen recaídas y alivian el estrés familiar. Sin embargo, los efectos adversos que sufren las familias no aumentan. Tendemos a desmontar la dinámica culpabilizante de la familia que en ciertos casos se remite a antecedentes psiquiátricos o a pautas seguidas en la educación.

A lo largo de las intervenciones familiares nos encontramos con resistencias en momentos en que los usuarios están adquiriendo una mayor autonomía y es en esos instantes cuando nuestra labor se centra en minimizar estas actitudes dotándoles de estrategias y apoyándoles.

Respecto al Programa de Psicoeducación de Familias, hemos comprobado mediante la evaluación pre-pos que la información que se transmite no es asimilada en muchos casos

como se hubiera deseado, coincidiendo con las investigaciones de otros autores.

También mediante este Programa los problemas dejan de ser privados y se perciben como menos graves. Las familias aprenden a compartir, ven reflejadas sus dificultades en las otras familias, aprenden a valerse del grupo y del espacio protector que se crea para explicitar lo que se ocultaba y, por lo tanto, sentirse menos estigmatizados.

En general este modelo de abordaje fomenta la autonomía del usuario y capacita a la familia para asumirlo.

## Bibliografía

- (1) RODRÍGUEZ, A. y GÓMEZ, M.: «El IMI y la población con enfermedades mentales crónicas». Cuadernillo n.º 3, *Ingreso Madrileño de Integración, La exclusión*, pp. 119-149, 1992.
- (2) VÍZ OTERO, M. DEL C.: «Rehabilitación de pacientes psiquiátricos crónicos: abordaje no sanitario». *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, n.º 13, 1989.
- (3) ZUBIN, J. y SPRING, B.: «Vulnerability a new view of schizophrenia». *Journal of abnormal Psychology*, 86, pp. 103-123, 1977.
- (4) SINGER, M. y WYNNE, L.: «Differentiating characteristics of parents of childhood schizophrenics, childhooe neurotics, and young adult schizophrenics». *Am J. Psychiatry* 120, pp. 234-243, 1963.
- (5) SANZ FUENTENE BRO, F. J.: «Intervenciones psicoeducacionales en esquizofrenia: una década optimista. *Psiquiatría pública*, vol. 6, n.º 2 marzo-abril 94, 1994.
- (6) REBOLLEDO, S. y LOBATO, M. J.: «Cómo afrontar la esquizofrenia». *Guía para las familias*, 1994.

- 
- (7) BROWN, G.; BIRLEY, J., y WING, J.: «Influence of family life on the course of schizophrenics disorders, a replication». *Britain Journal of Psychiatry*, 121, pp. 241-258, 1972.
- (8) LEFF, J. y VAUGHN, C.: *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. Guilford Press, 1985.
- (9) OTERO, V. y REBOLLEDO, S.: «Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación». *Psiquiatría Pública*, 5, 4, pp. 217-223, 1993.
- (10) Memoria año 1993 del Centro de Rehabilitación los Cármenes. Memoria año 1993 del Centro de Rehabilitación Martínez Campos.
- (11) OTERO, V. y REBOLLEDO, S.: «Escala de desempeño psicosocial». Adaptación es-pañola del SBASS (Social Behavior Assessment Schedule). *Psiquis*, 10, 11. pp. 39-47, 1990.
- (12) ANDERSON, C.; REISS, D. y HOGARTY, G.: *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*, 1988.
- (13) GOLDSTEIN, M.; HAND, I., y HAHLWEG, K.: *Treatment of schizophrenia, family and assessment interventions*. Springer-Verlag, 1986.
- (14) FERNÁNDEZ LÓPEZ DE OCHOA, E., y VÁZQUEZ VALVERDE, C.: «Modelo de vulnerabilidad y Esquizofrenia». *Monografías de Psiquiatría*, vol. 1 n.º 1 y 3, 1989.
- (15) ROCA, F. y VILLALBI, J.R.: *Manual para el funcionamiento de grupos de autoayuda*. Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 1993.

EULALIA CUCURELLA FABREGAT  
*Diplomada en Trabajo Social*

C. MERCEDES TABUEÑA LAFARGA  
*Profesora Escuela Universitaria de Trabajo Social de Barcelona*

## FAMILIA Y DEMENCIA

### El envejecimiento y la demencia

Por primera vez en nuestra historia nos encontramos ante un fenómeno sin precedentes, totalmente desconocido para nosotros, se trata del progresivo envejecimiento de la población y sus consecuencias.

Un 19 por ciento de la población de la Unión Europea supera los 60 años de edad y en el año 2010 será más del 23 por ciento. Es indudable que los avances tecnológicos, principalmente aplicados a la sanidad, unidos a otros factores como puede ser la nutrición, hacen que nuestra expectativa de vida sea muy elevada. En estos momentos los hombres alcanzan una esperanza de vida de 76 años y las mujeres 80 años. Este aspecto comporta un gran crecimiento en el número de las personas de edad avanzada.

Asimismo, tenemos que como consecuencia directa de la disminución de la tasa de natalidad (T.N. 1,2) la *proporción* de personas mayores es superior que en los otros intervalos de edad.

Ambos aspectos, el número y la proporción, presentan diferentes situaciones a las cuales hay que atender con alternativas adecuadas, rápidas y sólidas. Respecto al número, es preciso contar con profesionales tanto psico-sociales como sanitarios, bien

formados para afrontar los nuevos déficit. En cambio la proporción nos enfrenta a un futuro con muchas incógnitas, el aspecto económico y el mundo del trabajo son esenciales en esta sociedad donde prima la productividad ante todo.

No se trata tanto de dar vida a los años, sino que se hace necesario establecer programas *preventivos* para conseguir que estos años se vivan con el máximo de calidad de vida. Estamos muy acostumbrados a actuar tan sólo en el momento en que se manifiesta la necesidad.

Las condiciones físicas y mentales de nuestros mayores en general son buenas, ahora bien, la posibilidad de padecer un deterioro mental aumenta con los años. Una de las enfermedades con más incidencia es la *demencia*. En estos momentos 400.000 españoles padecen la demencia de tipo Alzheimer y hacia el año 2010 este número se duplicará. Se calcula que cada una de estas personas ocasiona un gasto económico de unas 800.000 ptas. anuales para establecer su diagnóstico, tratamiento y asistencia socio-sanitaria. El anciano demente, en nuestra sociedad, está situado en un nivel marginal, es considerado como un estorbo y un gran gasto. Hemos podido observar como, ancianos enfermos temen quejarse a

su médico y a su familia ante la posibilidad de ocasionar una situación incómoda, tener sentimientos de culpa por encontrarse mal y no querer tomar acciones reparadoras por decir que ya no vale la pena. Un mayor grado de *tolerancia* por parte de las personas que rodean al enfermo serviría de punto de apoyo para iniciar el proceso conjunto, enfermo-familia, de todo lo que comporta y comportará la demencia.

## Los mass-media y las demencias

Las enfermedades degenerativas e incurables despiertan poco interés para los medios de comunicación, es preciso que un personaje famoso como Rock Hudson en la enfermedad del sida o Rita Hayworth en la enfermedad de Alzheimer, la padezcan para que estos medios presten su atención.

Consideramos que deberían jugar un papel más importante del que hace en la *difusión* general respecto a las demencias. Actualmente, tan sólo resaltan noticias referentes a investigaciones concretas dedicados a la etiología de la demencia de Alzheimer (existen otras muchas demencias) o bien el lanzamiento de nuevos tratamientos farmacológicos los cuales generan, en muchas ocasiones, desencanto y gran incertidumbre entre la población afectada especialmente por no llegar a cubrir los resultados anunciados.

La población necesita cada vez más una información más global, no tan sesgada, puesto que la evolución sociodemográfica, la prevalencia cada vez más importante y el crecimiento de asociaciones tanto de familias afectadas como de profesionales, así lo requieren.

## Implicaciones sociales y familiares

La familia como núcleo básico donde reside el enfermo demente es la que puede aportar, en primera instancia, elementos físi-

cos, asistenciales, morales y éticos en todo el proceso de la enfermedad. No obstante, basándonos en las experiencias profesionales de atención directa con estas familias y sus afectados elaboramos estas reflexiones.

Si la enfermedad de Alzheimer configura un drama cruel para el enfermo, esta también ocasiona un gran impacto emocional en la familia, debido a que un enfermo senil genera mucho conflicto, necesidad de vigilancia y atención constante en todos los actos y actividades de la vida diaria, más duras que en un enfermo físico de edad avanzada. Se trata de un síndrome producido por diferentes enfermedades que provocan una total incapacidad psíquica.

Con la finalidad de reforzar y estabilizar a la familia, es preciso crear unos mecanismos legales mediante los cuales se pueda conseguir el poder atender con plenas garantías a aquellos miembros de la unidad familiar que por circunstancias diversas, enfermedad, vejez, etc., así lo requieran.

Estas actuaciones deben ser elaboradas con la participación de los propios protagonistas a fin de que coincidan los intereses reales con los mecanismos establecidos. Y esto, lo resaltamos porque hemos estado inmersos en una estructura pública «Estado-Providencia», en la cual se han definido las necesidades de los ciudadanos sin contar con su colaboración y es por este motivo que se ha originado una forma de *estar en la comunidad*, es decir, caer en la dependencia de los poderes públicos y potenciar la cultura de la *subvención* en detrimento de la *participación y la solidaridad*.

Una de las formas más idóneas que tenemos para fomentar la *solidaridad* es aplicar el principio de la *subsidiariedad*, respetando la libre elección y la autonomía personal, económica y social de los ciudadanos. También hemos de valorar toda aquella *solidaridad natural* que se manifiesta en el entorno social más inmediato, es decir, la familia, los vecinos, amigos, voluntariado,

grupos de ayuda mutua, asociaciones de movimientos comunitarios, etc.

Mínima es la dedicación que los poderes públicos dirigen a la familia, esperamos que este Año Internacional de la Familia declarado por Naciones Unidas ayude a modificar esta falta de sensibilidad política respecto a los enfermos con demencias y sus familias.

## **El proceso de la demencia: sentimientos, reacciones y mecanismos**

Muy a menudo, la demencia se presenta de una forma desapercibida y se enmascara con los procesos del envejecimiento a través de olvidos pasajeros, dificultad de concentración, cambios en la afectividad, insomnio y otros muchos. La familia y los profesionales consideran que es normal todo lo que ocurre. Así pasan unos años. Pero, cuando estos aspectos van siendo más y más frecuentes e intensos, la familia, especialmente la que tiene un estrecho contacto con el enfermo, se pone en estado de alerta. Ya no es normal. Se preguntan por la causa y este es el motivo por el cual acuden al médico para que este establezca un diagnóstico.

Respecto a este punto cabe decir que ante la dificultad para establecer un *diagnóstico diferencial* (carencia vitamínica, depresión, amnesia benigna) y la poca preparación de la mayoría de los médicos para diagnosticar adecuadamente las demencias, se llega a la demencia por intuición, basándose en la información, mínima, dada por la familia y por el mismo enfermo. Hacer un buen diagnóstico implica el abordaje del paciente por parte de varios profesionales (modelo biopsicosocial) y aplicación de técnicas adecuadas como la resonancia magnética, el TAC y otras.

Se suele esperar demasiado tiempo para hacer un diagnóstico y esto conlleva graves consecuencias.

Una vez emitido el diagnóstico las reacciones que se producen pueden ser diversas y están interrelacionadas. Según sea la relación que exista con el enfermo, se le puede aislar o bien se le atiende desmesuradamente en el sentido de darle excesiva protección.

Surgen mecanismos y sentimientos de diversa índole, desde la inquietud, angustia, culpabilidad, hasta la *negación* pensando que es imposible que esto les suceda a ellos, en definitiva no se acepta la gravedad de la situación. Por ello, los comportamientos del enfermo se justifican como acciones voluntarias y muchas veces realizadas con mala intención, «todo lo que hace es para fastidiarnos». Todo ello, comportará más tarde un gran sentimiento de culpabilidad ya que la familia recordará los reproches hechos por unas acciones que eran totalmente involuntarias y producto del propio proceso demencial.

Por otro lado, si la familia es débil o no existen unos buenos lazos de unión entre ellos, se desmorona y en ocasiones este hecho rompe la cohesión familiar. El demente es el desencadenante de una situación que ya no era sólida.

Otra reacción posible es la de «colocar» al demente con el fin de distanciarse de él, ya sea por temor a afrontar el futuro, falta de información o por el conocimiento exhaustivo de ella, vergüenza en el entorno social, miedo a la muerte, a los posibles efectos hereditarios y otros aspectos más de tipo compromiso asistencial. La familia pasa por un proceso de *adaptación* largo y difícil.

Al ser este proceso totalmente irreversible, el enfermo de demencia comienza de alguna manera a morir lentamente a partir del diagnóstico. Las pérdidas constantes, tanto físicas como psíquicas, y el proceso de duelo respecto a estas pérdidas, son aspectos desencadenantes de actitudes y sentimientos que en muchos casos son totalmente

contradicторios. La resignación y la impotencia son un ejemplo de ello. Podemos hablar de *duelo anticipado*, la familia debe aceptar la realidad de la enfermedad. Se está atado afectivamente a aquella persona y se hace realmente muy difícil pensar que ésta ya no es quien era ni aquella a quien conocíamos. «parece otra» nos comentan.

Otra situación angustiosa que puede afectar a los miembros de la familia es la que denominamos *efecto espejo*. Se trata de verse reflejado en el proceso de la demencia («Para verme así y ocasionar tanto sufrimiento y carga a mis seres queridos, prefiero morir»). Estas son manifestaciones muy frecuentes no tan sólo a nivel de familiares sino también de profesionales que están atendiendo a los dementes.

## ¿Qué podemos hacer ante esta situación?

La desorientación espacial, temporal, incluso la personal, la incontinencia, en ocasiones la agresividad, la agitación nocturna y en definitiva la pérdida de las actividades de la vida diaria, suelen ser los motivos por los cuales la familia se plantea la posibilidad de encontrar una solución drástica pero definitiva mediante el internamiento en una institución adecuada.

Es un momento de mucha desorientación y por lo general no se tiene una información correcta y real de las características generales de estos establecimientos.

Cabe resaltar que esta decisión provoca un *sentimiento de culpabilidad* entre las personas que han de decidir si ingresa o no al enfermo demente. Surgen reproches posteriores debido a si se ha hecho bien o no optar por esta alternativa.

Por todo esto, es conveniente acudir a un profesional especialista en el tema para pedir ayuda, soporte y asesoramiento. Generalmente es el trabajador social quien propor-

cioña, mediante la técnica de la entrevista y generando un clima de *empatía*, la información en general sobre: la estructura, las condiciones y otros aspectos prácticos del tipo del centro a elegir. Ayudará también a *reorganizar* las actividades de la familia respecto al demente, ya que es esencial que se mantengan estrechos lazos de unión con la persona ingresada y el inicio de una nueva situación. Se debe mantener una relación lo más estrecha posible, mediante visitas programadas, ayudas en el cuidado personal, como la alimentación (conocemos casos en que el permitir que el familiar pueda darle la comida influye tanto en su actitud relajada como en la mayor cantidad de ingesta de alimento), compañía, lecturas, contacto físico y otras muchas. Estos son aspectos importantes para transmitir afecto y cariño. También lo son como fuente reductora de ansiedad y de sentimiento de culpa. No obstante, todo este planteamiento implica el que el centro elegido debe estar, relativamente, cerca del domicilio familiar.

Un aspecto que suele darse con mucha frecuencia entre los familiares, especialmente los que se encargan de la atención y el cuidado del enfermo demente, es el *aislamiento social*. En los miembros más directos, es decir el cónyuge del demente, también los hijos, motivado por la gran atención que deben prestar, suelen dejar a un lado toda aquella actividad social, lúdica, de relación, que solían tener, de forma esporádica o periódica y como consecuencia, poco a poco, van abandonando esta actividad relacional tan importante para el buen equilibrio emocional. Se llega incluso a perder totalmente el contacto con el exterior, ya no se realizan actividades tan cotidianas como la compra.

Toda esta situación se agrava cuando el anciano demente vive con un matrimonio de hijos que además de tener todas las responsabilidades mencionadas no tiene tiempo de fomentar su propia relación de pareja, se

reduce el tiempo de dedicación a sus hijos y se minimiza su propia atención. Y, el hijo o hija que cuida al anciano se encuentra en medio de las necesidades de éste y las del resto de su familia. Por tanto, si no se sale de este círculo suele tener consecuencias psicológicas considerables.

Es evidente que la familia necesita un apoyo moral y psicológico, pero este ha de ir, necesariamente, acompañado de soluciones prácticas. El asociacionismo, mediante sus grupos de apoyo mutuo, tienen un papel muy relevante para cubrir todos estos déficit relationales.

Hasta aquí, nuestras reflexiones han estado siempre basadas en la posibilidad de que el enfermo demente conviva o tenga una familia de soporte. No obstante, no podemos *olvidar* que un gran número de personas ancianas *viven solas* o bien que teniendo familia esta se desentienda totalmente de ellos. Es en estos casos, cuando los profesionales sienten una gran *presión* ante la necesidad de asumir unos papeles cargados de una responsabilidad desmesurada. En estos casos, a pesar de que tanto la ONU como la Asamblea Mundial de Viena del año 1982 aconsejan que las personas ancianas deben permanecer en sus domicilios el mayor tiempo posible, si éstos tienen un entorno poco favorecedor, debido a su aislamiento, un cambio que supone ingresar en un centro adecuado es lo más aconsejable. Con ello se puede conseguir el mantenimiento de las habilidades no perdidas y el fomentar nuevas relaciones, dándole así una calidad de vida.

## **Red de equipamientos, servicios, ayudas y otras alternativas asistenciales**

Su utilización dependerá del estadio o etapa en que se encuentre el enfermo demente y de las características sociales,

económicas y psicológicas de cada situación concreta.

Es fundamental que exista una estrecha colaboración entre los profesionales de los diversos equipamientos o/y servicios que atienden al paciente demente y a la familia del mismo.

Este apartado lo trabajaremos a través del «Caso de Ana», aplicando las diversas alternativas según el desarrollo que presenta el proceso de la demencia.

### **Caso Ana**

Ana está casada y tiene dos hijos adolescentes. Su madre, de 80 años, ha ido a vivir con ellos al quedarse viuda. Trabaja fuera de casa y últimamente, cuando regresa, encuentra que la puerta de la calle está entreabierta, en ocasiones el grifo del baño no está bien cerrado, al abrir la nevera se encuentra la caja de los hilos, y cuando se preparan para salir a la calle aparece su madre con la combinación puesta encima del vestido. Ante esta situación, Ana decide informarse de qué es lo que está ocurriendo.

El diagnóstico del especialista es que la madre padece una demencia tipo Alzheimer.

Ante el desconocimiento absoluto de Ana y su familia respecto a esta demencia, se genera una necesidad de informarse sobre lo que esto representa a todos los niveles; el porqué se ha producido, si es una enfermedad hereditaria o no, cómo hay que atenderle, cómo interpretar su comportamiento y otras muchas dudas que se plantean. Intuyen que este hecho va a suponer un cambio importante en su actual forma de vida. Los factores económicos, laborales y sociales serán los más incipientes.

#### **a) Servicio a domicilio**

En esta etapa se hace factible el que un *Servicio a Domicilio* (privado o público) pueda atender, en parte, los déficit de la

madre de Ana. Un trabajador familiar o gerocultor (a ser posible con especialización en demencias) será el encargado de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana de la madre, entre las que podemos destacar, la alimentación, higiene personal, salidas al exterior, etc., todo ello mientras que la familia esté ausente.

#### b) Centro de Día

Otra posibilidad, que puede no ser excluyente sino complementaria de la anterior, es acudir a un *Centro de Día* (Hay que diferenciarlo de los denominados Clubes, Hogares del pensionista, Casals d'Avis, etc.). Estos centros diurnos cumplen diversas funciones entre las cuales podemos destacar: atención integral a los usuarios mediante un equipo de personal especializado (médico, enfermería, asistente social, terapeuta ocupacional, cuidador-gerocultor). Se considera un lugar de socialización en el cual se potencia la autonomía y la independencia personal a través de una terapia ocupacional, rehabilitación, animación socio-cultural, grupos de relación y otros. Otros servicios que pueden ser utilizados son la podología, peluquería, transporte.

La importancia de estos centros estriba en favorecer la permanencia del anciano demente en su domicilio, ya que los miembros de la familia pueden desarrollar sus actividades con normalidad. El distanciamiento que proporciona este modelo ayuda a mantener el equilibrio emocional de la familia.

Este es uno de los equipamientos que se debe desarrollar con mayor énfasis mediante la política social, tanto estatal, autonómica como local. No olvidemos que la iniciativa privada tiene también un papel importante.

#### c) Vivienda

Uno de los aspectos que a medida que avanza la demencia se van haciendo más

relevantes es el de la *modificación de la vivienda*. Para el enfermo tanto los objetos como el espacio va perdiendo, poco a poco, su significado. Las acciones van siendo cada vez más inconscientes provocando situaciones de extremo peligro.

En ocasiones, creemos que hay detalles que no tienen gran importancia pero en este caso no es así. Un enfermo de este tipo exige una vigilancia constante por parte de sus cuidadores, incluyendo la familia como parte de los cuidadores, y estas modificaciones favorecen esta tarea.

Se trata de ir acondicionando la vivienda a medida que la enfermedad vaya evolucionando y según los déficit que presente el enfermo demente.

Existen unas zonas de la casa, como son: la cocina, el cuarto de baño, los accesos, etc., que entrañan una serie de peligros los cuales deben ser susceptibles de cambios.

He aquí algunas sugerencias:

- Una buena iluminación de la casa favorece el que no se produzca somnolencia y así poder conciliar el sueño nocturno.
- Una medida es la de subir o esconder los interruptores, tanto eléctricos como de gas, para que el enfermo no pueda manipularlos.
- Las escaleras se han de proteger mediante una barrera para evitar caídas.
- Una ducha en el cuarto de baño es más conveniente que una bañera.
- Puertas y ventanas deben protegerse muy bien.
- Y otras muchas que deben ser tenidas en cuenta.

Cada vez se piensa más en este aspecto de adecuación de la vivienda.

En países de la Unión Europea existen unos equipos interdisciplinares, arquitecto, médico, psicólogo, trabajador social, ya

estructurados que aplican unos criterios establecidos y experimentados a cada situación concreta.

#### **d) Residencias**

El deterioro de la madre de Ana es cada vez más patente. Su pérdida constante de autonomía y el gran déficit intelectual hacen insostenible la situación, no puede acudir al centro de día y el trabajador familiar no es suficiente, hay que tomar una decisión.

Se opta por el ingreso en *una residencia* que, dadas las características socio-sanitarias de la persona, debe ser asistida, es decir, que atienda no tan sólo los aspectos psico-sociales sino también las actividades de la vida diaria, con una finalidad asistencial y rehabilitadora. Todo ello atendido por personal especializado.

Lamentablemente, esta opción presenta serias dificultades, dado que la oferta pública es muy escasa y la privada, para la mayoría de la población, es inaccesible por su costo económico.

Este es el caso de la madre de Ana, no puede acceder a una plaza en una residencia asistida de carácter público ni tampoco, por no poder costearla, puede acudir a un centro privado. Por ello, debe quedarse en casa.

¿Qué soporte puede tener Ana?

#### **e) Aspectos económicos**

El costo económico que representa tener en casa un enfermo con demencia es muy elevado. Se han comentado las modificaciones en la estructura de la vivienda y el mobiliario. La utilización de servicios complementarios especializados como son, el centro de día y el cuidador a domicilio, así como la necesidad de Ana de dejar su trabajo, representando todo ello una pérdida sustancial para la unidad familiar. ¿Existe una ayuda económica para estos casos? Estas son

medidas alternativas que deberían ser contempladas por la política social actual.

#### **f) Plazas de ingreso temporal**

Un servicio que cubriría en estos momentos un vacío existente, en muchas de nuestras comunidades, sería la creación de unas plazas de *ingreso temporal* en centros socio-sanitarios. Su finalidad va dirigida a dar una solución puntual, en momentos determinados, a la familia que atiende al enfermo demente. Por ejemplo, en el caso de una intervención quirúrgica del familiar cuidador, estrés y agotamiento, obras de adecuación del domicilio, vacaciones y otras.

#### **g) Movimientos asociativos**

Ana como principal cuidadora de su madre enferma se siente desorientada, cansada, desmotivada, piensa que necesitaría explicar sus sentimientos a personas que la comprendan y a la vez recibir orientación e información sobre aspectos del proceso de la demencia de Alzheimer.

Existen en estos momentos, unas asociaciones, a nivel de todo el Estado e incluso relacionadas a nivel internacional, que su objetivo es ayudarse mutuamente, compartir soluciones respecto a los problemas que van surgiendo, intercambiar información, acercarse a todo tipo de temas (legales y jurídicos, recursos) y defender sus intereses ante esta problemática.

Las asociaciones las constituyen familias de personas afectadas, profesionales interesados en el tema y colaboradores voluntarios sensibilizados.

Ana acude a las sesiones de un grupo de ayuda mutua formado en el seno de una de estas asociaciones.

### **Consideraciones finales**

Para recapitular diremos que:

- Se hace necesaria una política social para establecer servicios adecuados que

---

favorezcan, a todos los niveles, a las personas con demencia y a sus familiares cuidadores.

- La familia es un elemento fundamental y requiere una gran ayuda y soporte a todos los niveles, para hacer real la frase «ayudar a los que ayudan».
- El ingreso del demente en una institución debe hacerse como último recurso y en la última fase de la enfermedad.
- La estructura, equipamiento y personal de los centros que atienden a estos enfer-

mos deben debidamente preparados para esa función.

El caso de Ana no representa un caso esporádico ni se describe en él una situación exagerada. En nuestra realidad cotidiana nos encontramos con casos mucho más graves. No obstante, hemos de pensar que con el buen hacer de los profesionales especialistas en el tema, la lucha cotidiana de los afectados y la sensibilización de la población en general se podrán alcanzar los objetivos deseados.

ANA BLANCO ROMERO  
*Jefa de Servicio de Bienestar Social. Diplomada en Trabajo Social y Licenciada en Derecho*

ORLANDA DÍAZ GARCÍA  
*Trabajadora Social del Equipo de Familia y Convivencia. Diplomada en Trabajo Social*

LOURDES PULIDO VÁZQUEZ  
*Psicólogo del Equipo de Familia y Convivencia. Licenciada en Psicología*

## PROGRAMA DE FAMILIA Y CONVIVENCIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO)

### Introducción

El soporte legal que nos proporcionan nuestra Carta Magna, la legislación del Estado y, más directamente, la Ley de Servicios Sociales de nuestra Comunidad Autónoma, junto con el «Plan Concertado para el desarrollo de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales», garantizan el que los Municipios puedan llevar a cabo sus competencias en materia de Servicios Sociales.

El Excmo. Ayuntamiento de Talavera de la Reina y, en concreto, la Delegación de Bienestar Social, lleva más de diez años trabajando y esforzándose en el desarrollo de sus competencias en la materia y en la creación de un sistema público municipal de Servicios Sociales eficaz y solidario.

Al objetivo principal de priorizar el Trabajo Social Comunitario y con ello la descentralización de Servicios se unió otro, no menos importante, de diseñar un modelo de intervención, eficaz y operativo que permitiera el desarrollo de los programas y prestaciones de Servicios Sociales.

De ese desarrollo e implementación global de programas acometido a través del tiempo extraemos uno de ellos: el denominado «Familia y Convivencia» que, tras variadas modificaciones, tiene hoy por objeto prioritario de intervención familias con menores en su composición.

Aunque las competencias de prevención, protección y reinserción del menor se reparten entre los tres niveles de la Administración: Estatal, Comunidad Autónoma y Municipal o Local, pensamos que es en este último donde deben impulsarse las intervenciones con menores, especialmente de carácter preventivo que tiendan a reducir las problemáticas psico-sociales que inciden negativamente en el menor.

Por creer que el marco municipal posibilita la actuación en el medio social natural del menor y cerca de la familia, unidad básica merecedora de especial atención por la proyección que ejerce sobre sus miembros, se ha trabajado en el diseño de la estructura de actuación interdisciplinar, integradora de los diferentes ámbitos en que se mueve la infancia.

## Programa de Familia y Convivencia

La singularidad que presenta la familia/infancia en cada municipio es determinante para el establecimiento de un orden de intervención en los problemas existentes.

La existencia de aspectos en la infancia que requieren especial atención y cuyo abordaje no puede demorarse, así como la limitación de recursos, obligan al establecimiento de prioridades en la intervención.

Lo antedicho, unido a los objetivos generales de «generar un marco de prevención y participación en la comunidad como medio de dar respuesta a las situaciones de necesidad» y «la necesidad de prevenir situaciones de desestructuración familiar y/o personal», determinaron el diseño de intervención con la familia/infancia en nuestro municipio.

Se establecieron tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario, de manera que la realidad de la infancia fuera contemplada y abordada desde una óptica integral de bienestar social.

A nivel de prevención primario se promueven actividades de tiempo libre que pretenden la mejora de la calidad de vida en la población infantil, a través del *Proyecto de Ocio y Tiempo Libre*.

El nivel secundario desarrollado en el *Proyecto de Apoyo Familiar*, aglutina actuaciones tendentes a determinar el riesgo existente para los menores, la disminución y/o eliminación de ese riesgo y el evitar que el menor salga de su núcleo familiar.

«Encontrar alternativas de convivencia como respuesta a las carencias en el medio familiar» y/o «la intervención con la familia de origen, de cara a posibilitar la vuelta del menor a su hogar familiar»; constituyen las actuaciones prioritarias del nivel de prevención terciaria que se desarrollan en los Pro-

yectos de *Alternativa e Integración Familiar* respectivamente.

El diseño que se especifica hace referencia a la metodología del Servicio seguida con aquellas familias en las que se ha detectado problemática relacionada con los menores, en diferentes estadios y que se desarrolla a través de los proyectos de prevención secundaria y terciaria.

Destacar que el programa desde su puesta en marcha se ha llevado a cabo por un equipo interdisciplinar constituido por un psicólogo, un trabajador social y varios educadores familiares, punto que consideramos básico para entender la metodología seguida.

El proceso de actuación se divide en cinco fases:

### 1.<sup>a</sup> Fase: Detección y evaluación

La detección de la familia es realizada generalmente por el Trabajador Social del SIVO quien realiza la evaluación inicial. Existe un diseño tipo de actividades a realizar y datos a obtener que se recogen en un Protocolo de Evaluación, confeccionado para ese fin.

Es importante destacar que el Trabajador Social del SIVO conjuntamente con el equipo de Familia y Convivencia determina, las actividades en aquellos supuestos en que no puede aplicarse el diseño tipo, y la forma de presentación de la familia al equipo en todo caso.

El Protocolo de Evaluación consta de los siguientes apartados:

- Datos de identificación.
- Historia familiar y relaciones familiares.
- Situación socio-profesional.
- Situación económica.
- Condiciones materiales.

## 2.<sup>a</sup> Fase: Análisis de partida y diagnóstico

Una vez adscrita la familia al Servicio que nos ocupa, se le adjudica un educador familiar, quedando constituido, a partir de este momento, el equipo que trabajará con la familia, integrado por educador familiar, trabajador social y psicólogo.

Se procede a continuación al diseño del Análisis de Partida para la familia en concreto decidiéndose:

- Vía de contacto con la familia.
- Área de intervención inicial.
- Actividades a desarrollar y profesional que las ejecutará.
- Temporalización.

El Análisis de Partida se compone de cinco áreas de evaluación, que se recogen en el protocolo 1 y que posteriormente serán las áreas de intervención:

- I. Condiciones materiales.
- II. Situación educativo/laboral.
- III. Relaciones familiares.
- IV. Relaciones con el entorno social.
- V. Problemáticas individuales.

Las tres primeras áreas se miden a través de escalas de evaluación elaboradas por el Servicio. Las escalas tienen nueve categorías, divididas en tres niveles:

- Nivel muy deficiente: categorías 1, 2 y 3.
- Nivel deficiente: categorías 4, 5 y 6.
- Nivel normal: categorías 7, 8 y 9.

El valor cuantitativo se anota en los círculos y los aspectos cualitativos en las líneas que aparecen en el protocolo 1.

Para el estudio de las relaciones con el entorno social se utiliza el Ecomapa de Hatman (1983), siguiendo la adaptación de A. Ripol-Millet y el Cuestionario de In-

teracción Comunitaria (C.I.C.), de Wahler, Leske y Rogers (1979).

En el área de problemáticas individuales se analiza previamente si el problema ha sido ya estudiado y/o tratado por otros servicios sanitarios, educativos...; si así fuera se tratan de recabar los pertinentes informes escritos. Aquellos casos que pasan a evaluación, los instrumentos utilizados dependen fundamentalmente del tipo de problemática y la edad del individuo.

Se recoge por último el Indicador de Familias Desfavorecidas (I.D.F.), desarrollado por Whaler y Cormier (1970) y adaptado al castellano por M.A.Cerezo.

En esta fase las actividades van encaminadas a realizar el estudio de la familia, procurando en la medida de lo posible no promover cambios; en definitiva no intervenir hasta que no se haya establecido el diagnóstico.

La actuación más comúnmente realizada, es la siguiente:

- *Primera entrevista.* Realizada por el trabajador social, en la que se recogen los datos de la situación económica (Protocolo 1 I. 1a) y situación educativo/laboral (Protocolo 1 II).
- *Primera visita domiciliaria.* Realizada por el Trabajador Social y/o el Educador Familiar, donde se establecen las bases relacionales para poder realizar las observaciones en el hogar y se recogen los datos sobre la vivienda (Protocolo 1 I. 2).
- *Visitas domiciliarias.* Realizadas por el educador familiar, para hacer las «Observaciones en el Hogar». Se intenta siempre fijar como mínimo tres visitas, una al menos no concertada, y las tres en horas diferentes. Las observaciones se centran especialmente en las condiciones materiales (I), que quedan recogidas en el Registro 1, las relaciones familiares (III) y las relaciones con el entorno social (IV).

- **Sesiones de evaluación psicológica.** Realizadas por el psicólogo, sobre las relaciones familiares (III) y las problemáticas individuales (V).

Una vez desarrolladas todas las actividades previstas se registran los datos en el protocolo 1, lo que permite una percepción visual global de todas las áreas a tener en cuenta a la hora de establecer el diagnóstico.

El proceso seguido en el **diagnóstico** es el diseñado en el Protocolo 2, y trata de:

**PRIMERO:** *Determinar los problemas considerados principales, estableciendo una jerarquización entre ellos, así como, en los casos que proceda, indicar la causalidad.*

**SEGUNDO:** *Analizar las posibilidades de actuación a través de la valoración subjetiva por el equipo de cuatro variables, utilizando una escala de cinco puntos, donde el 1 significa muy bajo y el 5 muy alto. Las variables son:*

a) Nivel de riesgo de los menores: se valora el riesgo de los mismos en el momento actual.

b) Conciencia del problema: se valora la conciencia que tienen los padres y/o hijos de los problemas que se han considerado principales.

c) Motivación para el cambio: actitud de cambio que se le valora a la familia.

d) Aceptación del Equipo de Familia y Convivencia: nivel de aceptación percibida por los miembros del equipo que han realizado el Análisis de Partida.

Junto con lo anterior se considera el resultado del IDF (Indicador de Familias Desfavorecidas).

**TERCERO:** *Toma de decisión, valorando la inclusión o no de la familia en el Servicio y la fundamentación de la decisión.*

Si la familia no es susceptible de intervención, se determina la información que se

devolverá a la misma acerca de las conclusiones del Análisis de Partida y, con un informe, pasa de nuevo al SIVO (Servicio de Información, Valoración y Orientación).

Si la familia es susceptible de intervención, es adscrita a un *Proyecto de Prevención Secundaria o Terciaria*, dependiendo del objetivo de la intervención, pasando a definir la Hipótesis de Partida en la que se basará la intervención.

### **3.<sup>a</sup> Fase: Plan de intervención y evaluación**

El Plan de Intervención se inicia con:

- El Objetivo Básico del Proyecto al que se adscribe la familia (Apoyo, Alternativa o Integración Familiar).
- La Hipótesis de Partida, que determina las áreas de Intervención (I. Condiciones materiales; II. Situación educativo-laboral; III. Relaciones familiares; IV. Relaciones con el entorno social y/o Problemáticas individuales).

Se establecen las subáreas sobre las que se actuará y el orden de las mismas, así como la definición de indicadores que permitirán evaluar la intervención. Estos aspectos son siempre específicos para la familia a tratar.

A continuación son determinadas las actividades a desarrollar, el profesional que las realizará, lugar y tiempo de ejecución.

Una vez fijados todos los aspectos referidos, generalmente se realiza una entrevista para informar a la familia de los resultados del Análisis de Partida y del Plan de Intervención diseñado para que, en un intervalo de tiempo casi siempre determinado, manifiesten su opinión y se establezcan los compromisos necesarios.

La evaluación del Plan de Intervención es realizada a través de los indicadores definidos previamente y que se registran siempre al inicio de la intervención. Se uti-

liza una escala valorativa numérica de cinco categorías, ++, +, +- y --, que se anota en el Registro de Indicadores (Registro 2). Asimismo se definen los criterios mínimos y/o máximos de consecución de los objetivos planteados.

En las sesiones de supervisión familiar, que efectúa el Equipo, con periodicidad quincenal, es revisada la intervención, utilizando el registro de indicadores y realizando aquellas modificaciones del plan que sean necesarias.

El tener los datos recogidos desde el inicio de la Intervención y haber definido lo que consideramos como logro permite que, finalizado el período establecido, se valore de forma más objetivable la intervención globalmente considerada y evalúe el grado de consecución de los resultados propuestos.

En aquellos casos en que la valoración es negativa, la evaluación nos permite analizar el motivo, y plantear la viabilidad de un nuevo plan de intervención. Supuestos de valoración positiva, implican la finalización de la actuación familiar y determinación del tipo de seguimiento.

#### **4.ª Fase: Seguimiento**

En esta fase se decide desde qué Servicio: SIVO o Familia y Convivencia va a realizarse el seguimiento, en función de la valoración de la Intervención, de la etapa de conciencia del problema en la que está la familia y del nivel de riesgo de los menores.

Se definen posteriormente los criterios de cierre para la familia concreta, determinándose al mismo tiempo las actividades a desarrollar, el profesional que las llevaría a cabo y la temporalización.

#### **5.ª Fase: Cierre del caso**

Los criterios de cierre establecidos son:

- Abandono del Servicio: cuando no hay contacto con la familia durante tres meses

como mínimo, o por decisión manifiesta de la misma.

- Cierre por resultado positivo de la Intervención.
- Cierre por imposibilidad de diseñar nuevo plan de intervención.

El cierre del caso por el Servicio de Familia y Convivencia trae consigo una entrevista informativa con la familia sobre los resultados de la Intervención y la remisión de la misma al SIVO con un informe.

### **Resultados del trabajo realizado en 1993**

Las familias atendidas durante el período de 1993 en prevención secundaria y terciaria fueron 56, que suponen un total de 266 personas, de las cuales 162 son menores.

#### **A) Causas de la entrada al Programa**

Datos recogidos de la Detección/Evaluación.

##### *1. Problemas en las relaciones familiares*

|  |    |
|--|----|
| – Institucionalización del menor.....        | 16 |
| – Desinstitucionalización del menor .....    | 4  |
| – Crisis en las relaciones padres/hijos..... | 5  |
| – Abandono de menores .....                  | 5  |
| – Sospechas de malos tratos .....            | 3  |
| – Abuso sexual al menor .....                | 1  |
| – Desestructuración familiar .....           | 3  |
| TOTAL.....                                   | 37 |

##### *2. Problemáticas individuales*

|   |   |
|---|---|
| – Relacionados con el menor..... (trastornos conductuales antisociales) | 9 |
| – Alcoholismo de la madre....   | 1 |

##### *3. Problemas relacionados con las condiciones materiales*

|  |   |
|--|---|
| – Organización económica, higiene, alimentación familiar, vivienda, organización del hogar ..... | 6 |
|--|---|

## Indicador de Familias Desfavorecidas

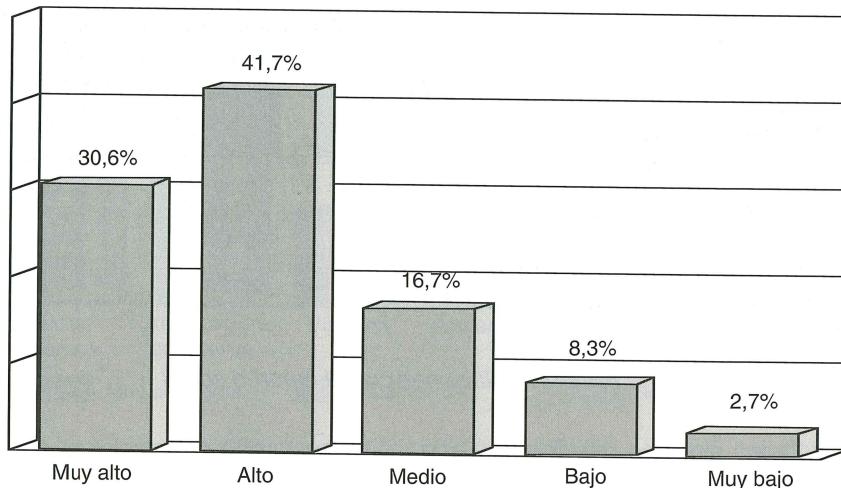
La puntuación media alcanzada por las familias fue de 3,28 con rango de 1 a 5 sobre un máximo posible de 6 puntos. Este dato indica que en su mayoría se trata de familias con bajo nivel educativo y cultural, que residen en zonas socialmente problemáticas, tienen 3 o más hijos, sus ingresos económicos son reducidos y son remitidos al Servicio por terceros.

### C) Posibilidades de actuación

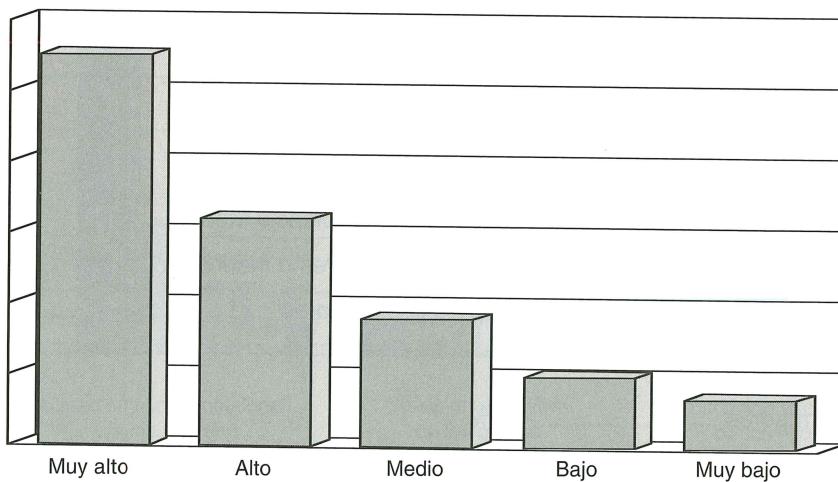
Datos referidos al Diagnóstico

De las variables estudiadas en el análisis de las posibilidades de actuación, los datos que consideramos relevantes son:

#### 1. Nivel de riesgo de los menores



#### 2. Conciencia del problema



#### D) Adscripción a los proyectos

De las 34 familias a las que se aplicó el Plan de Intervención se encuentran en:

- Prevención Secundaria, atendidas desde:
  - «Proyectos de Apoyo Familiar» el 50%, es decir, 17.
- Prevención Terciaria, atendidas desde:
  - «Proyecto de Alternativa Familiar» el 24%, o sea, 8 familias.
  - «Integración Familiar» el 26%, lo que supone 9 familias.

#### Bibliografía

OCHOTORENA, J. DE P. : *Reflexiones sobre los programas de Intervención familiar desde los Servicios de Protección Infantil*. III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Noviembre. Madrid. Tomo II Área V. Familia e Infancia (1991).

BASSETS, J.; RIPOL-MILLET, A.; RUBIOL GLORIA. Eco-mapa, Genograma y Mapa de relaciones familiares (1983).

RIPOL-MILLET, A. Los Centros de Familia: Un modelo de Intervención Psico-social compactada sobre la Infancia y las Unidades de Convivencia. III Jornadas de Psicología. *La Intervención Social*. Noviembre. Madrid. Tomo II. Área V. Familia e Infancia (1991).

CEREZO, M. A. Programa de Asistencia Psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil. Generalitat Valenciana. Conselleria de Treball i Afers Socials. *Collecció Serveis Socials*. Serie: Estudis n.º 24 (1992).

CUSINATO, M. *Psicología de las Relaciones familiares*. Barcelona. Herder. Biblioteca de Psicosociología n.º 18 (1992).

SERVICIO DE INFANCIA. Integración Socio-familiar y Marginación Infantil. Diputación de Sanidad y Bienestar Social de Zaragoza (1990).

**Protocolo 1**  
**ANÁLISIS DE PARTIDA**

| FAMILIA  | FECHA                                  | IV. RELACIONES CON EL ENTORNO SOCIAL                              |  |                               |       |  |
|--|--|---|--|-------------------------------|-------|--|
|  |  | III. RELACIONES FAMILIARES  | IV. RELACIONES CON EL ENTORNO SOCIAL     | V. PROBLEMÁTICAS INDIVIDUALES |       |  |
| 1. CONDICIONES MATERIALES                                |  | 1. RELACIÓN PADRES-HIJOS <input checked="" type="radio"/>         | FAMILIA EXTENSA PATERNAL                 | Padre                         |       |  |
|  |  | 2. RELACIÓN CONYUGAL <input type="radio"/>                        | FAMILIA EXTENSA MATERNA                  |                               |       |  |
| 1a. Situación económica <input checked="" type="radio"/> | Padre <input type="radio"/>            |   | Madre                                    |                               |       |  |
|  | Madre <input checked="" type="radio"/> |   |  |                               |       |  |
| 1b. Organización económica <input type="radio"/>         |  | 3. ATENCIÓN PATERNAL <input type="radio"/>                        | VECINOS <input type="radio"/>            | Hijo                          |       |  |
|  |  |   | AMIGOS <input type="radio"/>             |                               |       |  |
| 2. VIVIENDA <input type="radio"/>                        |  | 4. ACEPTACIÓN DEL NIÑO POR SU FAMILIA <input type="radio"/>       | ESCUELA <input type="radio"/>            | Hijo                          |       |  |
|  |  |   |  |                               |       |  |
| 3. ALIMENTACIÓN <input type="radio"/>                    |  | 5. CAPACIDAD PARA ASUMIR FUNCIONES PATERNAS <input type="radio"/> | TRABAJO <input type="radio"/>            | Hijo                          |       |  |
|  |  |   | Ocio <input type="radio"/>               |                               |       |  |
| 4. HIGIENE <input type="radio"/>                         |  |   | SERVICIOS SOCIALES <input type="radio"/> | Hijo                          |       |  |
|  |  |   |  |                               |       |  |
| 5. ORGANIZACIÓN DEL HOGAR <input type="radio"/>          |  |   | SALUD <input type="radio"/>              | Hijo                          |       |  |
|  |  |   |  |                               |       |  |
|  |  |   | OTROS <input type="radio"/>              | Hijo                          |       |  |
|  |  |   |  |                               |       |  |
|  |  |   |  |                               | Otros |  |

Protocolo 2

|                       |             |                              |                                  |  |
|-----------------------|-------------|------------------------------|----------------------------------|--|
| PROBLEMAS PRINCIPALES | DIAGNÓSTICO | RELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS | CAUSAS DE LA PROBLEMÁTICA ACTUAL | ANÁLISIS DE LAS POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN                 |
|                       |             |                              |                                  | a) Nivel de riesgo de los menores                          |
|                       |             |                              |                                  | 1 2 3 4 5  |
|                       |             |                              |                                  | b) Conciencia del problema                                 |
|                       |             |                              |                                  | 1 2 3 4 5  |
|                       |             |                              |                                  | c) Motivación para el cambio                               |
|                       |             |                              |                                  | 1 2 3 4 5  |
|                       |             |                              |                                  | c) Aceptación del equipo de F.y C. por parte de la familia |
|                       |             |                              |                                  | 1 2 3 4 5  |
|                       |             |                              |                                  | Educador Familiar  |
|                       |             |                              |                                  | 1 2 3 4 5  |
|                       |             |                              |                                  | Trabajador social  |
|                       |             |                              |                                  | 1 2 3 4 5  |
|                       |             |                              |                                  | Psicólogo  |

## I. CONDICIONES MATERIALES

## 1.b. ORGANIZACIÓN ECONÓMICA

- Dinero disponible
  - Cortes de luz, agua, etc.
  - Deudas
  - Detalle compra día o inmediatamente anterior
  - Gastos que se han previsto
  - Inversiones/mejoras en el hogar (obras, ajuar, enseres)
  - Ahorros hasta el momento

REGISTRO 1

OBSERVACIONES EN EL HOGAR

### 3. ALIMENTACIÓN FAMILIAR

- Horario de comidas
  - Situación en el momento (están comiendo, preparando la comida, no hay comida preparada)
  - Estado de los alimentos
  - Alimentación adecuada (Edad/Calidad)
  - Dieta: Escasa o pobre, normal o abundante
  - Variedad:

#### 4. HIGIENE FAMILIAR

- Olor corporal
  - Parásitos
  - Ropa sucia
  - Pelo
  - Manos y cara
  - Aspecto gene

କାଳେଣା ଅପରି ପାଦାର୍ଥକାଳେଣା କାଳେଣା

- Basurero en el suelo
  - Suelo barroto
  - Suelo fregado
  - Camas hechas
  - Ropa sucia sin recoger
  - Ropa limpia acumulada
  - Vajilla sucia acumulada
  - Útiles del hogar, alimentos y cosas

## PROGRAMA DE FAMILIA Y CONVIVENCIA

PROYECTO DE \_\_\_\_\_  
FAMILIA \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE INDICADORES

REGISTRO 2

AÑO \_\_\_\_\_

M.<sup>a</sup> CONCEPCIÓN LOMA RODRÍGUEZ  
*Psicóloga*

M.<sup>a</sup> ESMERALDA PÉREZ GIL  
*Diplomada en Trabajo Social*

MAR CASADO FERNÁNDEZ  
*Diplomada en Trabajo Social*

Área de Acción Social de la Diputación Provincial de Valladolid

## TRABAJO CON FAMILIA DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS EN EL MEDIO RURAL

### Introducción

Este artículo intenta ofrecer la experiencia llevada a cabo con familias a través de los Servicios Sociales Básicos en la Diputación de Valladolid.

Desde estos servicios básicos las actuaciones se centran en los tres niveles de intervención: individual, familiar/grupal y comunitario. Se considera a la familia la unidad básica de socialización y el primer elemento de análisis.

Comenzamos exponiendo la ubicación del servicio y la legislación que apoya dicha intervención en esta Comunidad Autónoma, para pasar en segundo lugar a hablar del Programa de Apoyo a Familias que inició su andadura hace dos años desde la detección de familias con problemas de convivencia, ausencia de habilidades sociales y parentales, desestructuración, falta de comunicación, falta de adaptación a su medio, etc., reflejando los objetivos que se plantean y la metodología de trabajo (modelo, organización, líneas de intervención...).

Las consideraciones finales quisiéramos que fueran una reflexión sobre la posibilidad

y necesidad de llevar a cabo un trabajo con familias desde los Servicios Sociales Básicos en el medio rural y las dificultades que se pueden encontrar dadas las grandes diferencias entre el mundo urbano y rural.

### Desarrollo

a) *Marco geográfico.* La provincia vallisoletana, excluida la capital, cuenta con 162.256 habitantes distribuidos en 225 municipios, de los que treinta y siete tienen una población superior a los 1000 habitantes y únicamente seis superan los 5000.

Esta dispersión geográfica en pequeños núcleos condiciona la organización de las zonas básicas de Acción Social.

b) *Equipo profesional.* Existen 14 Centros de Acción Social (CEAS), y cada uno de ellos cuenta con un equipo de trabajo formado por un asistente social, un animador comunitario y un monitor de tercera edad.

Los centros disponen, a nivel provincial de un equipo de apoyo formado por la coordinadora de los CEAS, un experto en animación comunitaria, el coordinador del programa de

juventud y una psicóloga encargada del programa de apoyo a familias.

El personal del Programa de Apoyo a Familias está constituido por dos psicólogas (una de ellas responsable del programa), dos trabajadores familiares y una abogada.

c) *Servicios*. Los CEAS estructuran su funcionamiento a través de los siguientes servicios:

1. Información, Orientación y Tramitación de prestaciones y recursos sociales.

2. Apoyo a la Familia y Convivencia. Ayuda a domicilio, apoyo técnico a familias en situación de crisis.

3. Animación y Desarrollo Comunitario. Apoyo técnico a grupos y colectivos sociales para su organización y funcionamiento. Comprende programas de Tercera Edad; Promoción de la mujer; Juventud; otros sectores.

d) *Legislación*. El marco legislativo del que partimos está basado en el Plan Concertado de Servicios Sociales Básicos; Ley 18/1988 de 28 de diciembre de Acción Social y SS.SS. de Castilla y León; Decreto regulador 13/1990 de 25 de enero por el que se regula el sistema de Acción Social en Castilla y León y Plan Regional de Infancia, Juventud y Familia.

El *Plan Concertado* reconoce como prestaciones básicas la Información y Orientación; Prevención e inserción social; Ayuda a domicilio y Alojamiento y convivencia.

En la formulación de la prestación de Alojamiento y Convivencia reconoce que «supone la alternativa para las personas que carecen de un ambiente familiar adecuado».

La *Ley de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León* en su Título II «De la estructura y organización», artículo 6 define dentro de las funciones de los SS.SS. Básicos «La promoción de la convivencia e integración familiar», «Las ayudas a domicilio a los individuos o familias que lo preci-

sen», y «La prevención primaria, desarrollando programas concretos y permanentes, tendentes a eliminar en origen las causas de los problemas sociales y de las situaciones de marginación».

Dentro del mismo Título II, en su artículo 9, define los Servicios Sociales específicos, estableciendo entre otros colectivos o sectores el de Infancia, Juventud y Familia, que será desarrollado en el Plan cuatrienal (1990-1994) de Infancia Juventud y Familia.

El *Decreto Regulador 13/1990 del Sistema de Acción Social de Castilla y León*, Título II, Capítulo I (artículo 11) define el personal técnico. El Capítulo II, artículo 17 se refiere al contenido de los CEAS, señalando:

«El Servicio de Apoyo a la familia y Convivencia comprende la prestación de servicios a individuos y familias limitadas en sus funciones más elementales previniendo la marginación».

Se establecen la siguientes modalidades:

1. Ayuda a domicilio.
2. Promoción de la convivencia y de la integración familiar.
3. Educación familiar.
4. Gestión de ayudas económicas que pudieran existir para estos fines.

Desarrollándose en las siguientes actuaciones (art. 18):

a) «Coordinación y seguimiento de la ayuda domiciliaria de tipo económico y de educación familiar, realizando programas de apoyo psicosocial a individuos o familiares que garanticen el mantenimiento de la autonomía, previniendo el desarraigo y aislamiento social.»

b) Ofrecimiento de otras alternativas.

c) Voluntariado.

d) «Favorecer la formación, mantenimiento y desarrollo de grupos primarios de relación a través de actuaciones dirigidas a:

- Actividades de ocio y ayuda mutua «que constituyan el aumento y mejora de las relaciones personales y familiares».
  - Realización de actividades de sensibilización y fomento de la solidaridad.
  - Formación en habilidades sociales.
- e) Colaboración con organizaciones de reinserción.
- f) Facilitar actividades de protección y acogimiento de personas necesitadas.
- g) Promover hogares, viviendas tuteladas etcétera.

En este Decreto, en su capítulo IV, sobre las funciones de los CEAS, artículo 25, reconoce «la coordinación de las actuaciones que se programen para cada sector específico fundamentalmente las de carácter preventivo».

El *Plan regional de Infancia, Juventud y Familia* considera «pieza clave los recursos necesarios para realizar el apoyo técnico a las familias desde los CEAS», y dando «prioridad de dispositivos de apoyo técnico a la familia».

El Plan establece seis programas, de los cuales, el de Prevención, da especial importancia al papel de los CEAS en la educación en habilidades parentales y desarrollo de redes de apoyo social; el Programa de Ayuda a la Familia se ha de basar en un «modelo comunitario y ecológico desarrollando las habilidades parentales y fomentando el apoyo social», a través de atención y condiciones básicas, apoyo social y otros protectores del estrés, organización familiar, doméstica y área de educación.

## Programa de apoyo a la familia

Todo este desarrollo nos impone la necesidad de concretar el programa que queremos, definiendo el marco teórico y los objetivos que nos planteamos abordar.

### • **Modelo ecológico sistémico**

La familia, aunque ha estado sometida a un gran cuestionamiento a lo largo de los años sesenta y setenta, en este último decenio asiste a una revalorización de su papel como espacio privilegiado de procreación, crianza y socialización. Constituyendo actualmente la unidad básica de convivencia que cumple las funciones afectivas, educativas y socializadoras de sus miembros; por lo que sigue siendo una fuente primaria de cuidados y también vehículo para la transmisión de valores, cultura e información.

Pero la familia no existe como unidad independiente de otras organizaciones en la sociedad, sino que mantiene una relación interactiva constante, como sistema abierto que es, con el contexto socio-cultural al que pertenece.

Partimos de un modelo sistémico-ecológico como marco teórico de referencia que nos permite intervenir con la familia entendida como sistema abierto, estable, con historia, gobernado por reglas, compuesto por subsistemas e inmerso en un contexto con el que interactúa modificándolo y modificándose mutuamente.

Las aportaciones que Bronfenbrenner (1979) hace sobre el desarrollo humano y los diversos niveles ecológicos que le envuelven facilitan este marco teórico para desarrollar el trabajo psicosocial con familias.

El autor habla de Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema, definiéndolos con los siguientes términos, según A. Ripol Millet:

- *Microsistema* es la suma de espacios (marcos) en donde la persona o el grupo interactúan «cara a cara» con otras personas o grupos.
- *Mesosistema* es la red de microsistemas que en progresión geométrica va creando la interrelación.

Tanto el Microsistema como el Mesosistema tienen una estructura y una dinámica similar. La estructura incluye actividades, estructuras interpersonales y roles. La dinámica incorpora reglas que guían el desarrollo.

- **Exosistema.** El individuo o grupo que «crece» (y, por tanto, se nutre, se defiende y se socializa), participa indirectamente en muchos otros marcos en los que no interacciona «cara a cara»; pero en los que «pasan cosas que le afectan».
- **Macrosistema** es el marco histórico en el que nos toca vivir —nuestra cultura—, marca las fronteras extremas de nuestro ecosistema social, es el marco que nos contiene y sobre el cual también incide nuestra actuación.

Estos sistemas individual, familiar y social son los que vamos a tener en cuenta en nuestro trabajo con familias.

## Objetivos

### Generales:

1. Mejorar la convivencia en la familia.
2. Mejorar las relaciones de la familia con el entorno en el que viven.
3. Producir cambios a nivel individual, familiar y/o social potenciando los recursos de las personas, del entorno familiar y comunitario.

### Específicos:

#### NIVEL INDIVIDUAL

1. Favorecer la toma de conciencia e incrementar a las personas el nivel de competencia para la resolución de sus problemas.
2. Trabajar con las potencialidades de los individuos.
3. Trabajar el nivel de competencia de los individuos (habilidades, conocimientos,

autoestima, independencia, adaptación...) para que puedan desarrollarse y vivir adaptados en su medio.

#### NIVEL FAMILIAR

1. Intervenir en la estructura y dinámica relacional de la familia para conseguir que puedan asumir sus funciones primarias, educativas, informativas, afectivas y socializadoras, trabajando: relaciones, comunicación, adaptación a fase vital, nuevos roles, límites...
2. Trabajar para que las relaciones de la familia con el entorno favorezcan el crecimiento de ésta.

#### NIVEL SOCIAL

1. Favorecer la creación de asociaciones con fines sociales en la zona.
2. Potenciar que los recursos de la comunidad sean también recursos para la familia con problemas.
3. Sensibilizar a las instituciones y agentes sociales para facilitar la integración de las familias en el medio.
4. Trabajar con las instituciones y la comunidad para dar una posibilidad de cambio a las familias.
5. Conseguir que las familias o sus miembros con problemas se integren en grupos normalizados.
6. Trabajar con el medio para que permita actuar, decidir y adaptarse a las familias.
7. Crear redes de apoyo positivas.
8. Fomentar la implicación y participación de la población en el conocimiento y resolución de sus problemas.

## Intervención

Dentro del programa se actúa a los tres niveles de prevención:

**Prevención Primaria:** Realizada, preferentemente, en colaboración con el programa de Animación Comunitaria del Servicio.

**Prevención Secundaria:** Desarrollo de líneas de trabajo con grupos de riesgo y paralelamente con las familias en la que estamos interviniendo.

**Prevención Terciaria:** Optando por los siguientes tipos de intervención, según el diagnóstico y/o la evolución de la naturaleza de la situación problema:

**1. Asesoramiento y Orientación.** Lo fundamental en este nivel de intervención es la comunicación entre los sistemas cliente e intervintente, analizando conjuntamente la demanda, clarificándola y evaluando las distintas alternativas que se pueden encontrar a la situación dentro o fuera del sistema de Servicios Sociales, en relación con las capacidades y potencialidades de cada familia y los recursos normalizados existentes en el entorno para tal fin.

El número de entrevistas oscila entre una o dos.

**2. Mediación Familiar.** Es aplicado en los procesos de separación y divorcio a través de estrategias de resolución de conflictos que permite a las parejas llegar a acuerdos constructivos y estables que tengan en cuenta las necesidades de todos los que forman parte del grupo familiar.

Mediante la información y la ayuda en temas como: la comunicación, negociación, resolución de problemas... se intenta llegar a un acuerdo sobre la separación, custodia de los hijos, visitas, pensión alimenticia, reparto de bienes.

La media de entrevistas oscila entre cinco y siete.

**3. Educación Familiar.** Se trabaja con familias que tienen carencias importantes en diferentes áreas de funcionamiento (higiene,

salud, economía, personal, habilidades parentales, habilidades sociales, apoyo social...).

Se realiza una programación entre el equipo del CEAS, la psicóloga y la trabajadora familiar, priorizando las áreas más carenciales o conflictivas para ser adquiridas o reeducadas.

La programación inicial se revisa a lo largo de toda la intervención en reuniones del equipo, con una periodicidad, al principio semanal, que pasará a ser quincenal tras los tres primeros meses de intervención.

En dicha reunión se buscan y revisan estrategias de actuación, se apoya y orienta a la trabajadora familiar y se replantean las nuevas líneas a seguir.

La duración de esta intervención se plantea con un mínimo de seis meses y dos años como máximo.

**4. Intervención psicosocial.** En este apartado podemos distinguir la actuación según sea la magnitud del problema, así tendremos:

- **Familias en crisis.** Dirigido a personas o familias con dificultades temporales, afectando a su desarrollo, adaptación y convivencia. Interviniendo en forma de tratamiento de corta duración para movilizar los recursos internos (de la persona o familia) o externos (del contexto) utilizables, para poder superar el obstáculo.

El número de entrevistas no sobrepasarían de cinco.

- **Familias cronificadas.** Personas que presentan situaciones complejas o multiproblemáticas desde hace tiempo; suelen ser familias muy conocidas por los servicios sociales. La intervención en este sentido debe estar orientada a ayudarles a analizar su situación de forma que se busquen posibles soluciones a sus problemas y se vayan despegando de los servicios sociales. El objetivo último sería el capacitarles para conseguir su autonomía.

---

RIPOL-MILLET, A.: «La familia en el Trabajo Social».

VARIOS. *Trabajo Social y Familia*. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social 1990.

VARIOS. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, n.º 18.

VARIOS. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, n.º 19. «Servicios Sociales en el Medio Rural».

**Legislación consultada:**

Ley 18/1988 de 28 de diciembre de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León.

Plan Concertado de Servicios Sociales de Castilla y León.

Decreto 13/1990 de 25 de enero.

Plan Regional de Infancia, Juventud y Familia. Plan cuatrienal (1990-1994).

## INTERVENCIÓN DE LA MINISTRA DE ASUNTOS SOCIALES EN EL ACTO CONMEMORATIVO DEL «DÍA INTERNACIONAL DE LAS FAMILIAS»

La Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 44/82, de 8 de diciembre de 1989, proclamó el año 1994 «Año Internacional de la Familia» y en su Resolución 47/237, de 20 de septiembre de 1993, decide que a partir de este mismo año 1994, el 15 de mayo de cada año se celebre el «*Día Internacional de las Familias*». Es este día precisamente una oportunidad para renovar cada año cuantos esfuerzos propongamos para hacer fácil el bienestar de las mujeres, de los hombres, de las niñas y de los niños, en ese escenario social básico que es la familia.

La familia no es una entidad de la que se pueda decir *a priori* que esté «acabada» a través de una forma más o menos definida, ni sus funciones parece que puedan establecerse de una vez por todas. Por el contrario, se vislumbra como una realidad plural y dinámica, en constante evolución, productora de cambios, pero también tributaria de los mismos. Es un escenario de socialización cuyo papel y funciones no es posible entenderlo en claves exclusivamente privadas o «*intramuros*»; sino, por el contrario, en claves públicas y en constante interacción de sus

miembros con los fenómenos demográficos, culturales, políticos, jurídicos y económicos. Analizar, pues, el espacio familiar es una tarea compleja que implica abordar serenamente este entramado de relaciones a la luz de los cambios demográficos y culturales ocurridos en los últimos años y a la luz también del contexto económico y jurídico.

1. La situación de la familia en España se ha visto sometida a una serie de cambios demográficos.

El desarrollo socioeconómico, el mayor protagonismo social de la mujer y su acceso al mercado de trabajo y la difusión de los modernos métodos anticonceptivos son fenómenos relevantes todos ellos asociados a la caída de la fecundidad. Desde este punto de vista, España presenta una clara convergencia con el resto de Europa en la evolución de este fenómeno demográfico. La heterogeneidad, en cambio, se encuentra en el diferente calendario e intensidad en su evolución. De este modo, los países mediterráneos, tradicionalmente presentados como los de más alta fecundidad, y en especial Italia y España, que empezaron a experimentar más tarde el descenso, ostend-

tan actualmente los índices más bajos de Europa y del mundo, mientras que en los países escandinavos se dan muestras de recuperación. Esta convergencia puede permitir aventurar que esta recuperación de la natalidad puede darse también en España en años venideros.

Desde un punto de vista demográfico, existe la preocupación en torno al reemplazamiento generacional, pero, por los datos que disponemos en estos momentos, nada podemos concluir acerca de si existe o no, de facto, dicho reemplazamiento, ya que es necesario esperar a tener información acerca del comportamiento reproductivo de toda una generación. Por otra parte, en el contexto europeo, sólo Suecia e Irlanda presentan tasas de reposición positivas.

Al Estado de Bienestar hay que darle la dimensión de la sociedad civil y, por tanto, hablar de una Sociedad del Bienestar, en la que los ciudadanos y los grupos de todo tipo, «no solamente constituyan una parte importante para promover el desarrollo social y construir una sociedad civil mediante un proceso participativo, sino que pasen a formar parte de la solución de problemas colectivos que son cada día más complejos, aproximándoles cada vez más a la toma de decisiones». Desde esta perspectiva, la política demográfica no debería plantearse al margen de la sociedad civil, como un asunto exclusivo de los gobiernos. Por el contrario, debería orientarse en el sentido de que hombres y mujeres tengan los hijos que voluntariamente deseen tener y que responsablemente puedan criar y educar. Hacer fácil las opciones y elecciones en relación al comportamiento reproductivo es la mejor garantía para contribuir a desarrollar la paternidad/maternidad responsable. Ello, por otra parte, conlleva un compromiso de mejorar y desarrollar la cobertura de medidas y de servicios propios de un Estado de Bienestar que haga posible la real facilitación de las opciones de tener o no tener un hijo.

Pero no conviene caer en la ingenuidad de que las decisiones individuales son de naturaleza exclusivamente individual. La acción pública, a través de sus diferentes políticas sectoriales, encauza u orienta, por acción u omisión, un sinfín de decisiones individuales cuyo subproducto espontáneo y no intencionado puede ser la determinación agregada del número de nacimientos. La política monetaria, la fiscal, la de rentas o la de asistencia y casi todas las acciones públicas gubernamentales afectan, de un modo u otro, a las acciones privadas que articulan el tejido familiar, determinando indirectamente la estructura de oportunidades en función de las cuales se toman las decisiones privadas en materia de participación laboral femenina, vivienda, nupcialidad, fecundidad, escolaridad, divorcio, segundas nupcias, etc., decisiones de cuya agregación colectiva depende el destino, en uno u otro sentido, de la reproducción poblacional.

Plantearse, pues, una política de familia implica, sobre todo, ser consciente de los efectos e influencias que las diferentes políticas sociales y la actuación pública en general tienen sobre las decisiones que se toman en los diferentes escenarios familiares. Es una oportunidad, pues, este *Día Internacional de las Familias* para generar un debate y preguntarnos por la naturaleza de todos estos mecanismos que están regulando, planificada o espontáneamente, el tejido familiar.

2. También se han producido cambios en la composición, estructura y funcionamiento familiar.

a) La variedad de las formas familiares y, sobre todo, la posibilidad de que un mismo individuo atraviese por diferentes situaciones familiares es una de las características más relevantes que comienzan a apuntarse en los últimos años. El descenso de la fecundidad y de la nupcialidad por un lado, y el aumento de las rupturas matrimoniales y de

las parejas de hecho por otro, han hecho surgir nuevos tipos de familias. Aparecen las denominaciones de cohabitantes, de familias monoparentales o de familias reconstituidas como intento de categorizar de algún modo esta variedad de formas familiares. Todas ellas se configuran como diversas, pero legítimas, formas de convivencia, de afecto y de solidaridad. Pero no todas ellas están en una misma situación en relación al acceso de los recursos en general. Todo ello plantea importantes retos para las políticas redistributivas de bienestar social.

Merece resaltarse la importancia de la diversidad territorial de las formas familiares, siendo los hogares nucleares los que presentan unas tendencias más estables en todo el territorio nacional. Los hogares extensos muestran una tendencia a la baja en todo el territorio y, en cambio, el incremento de los hogares de solitarios es un rasgo generalizable a todo el conjunto del Estado.

b) Familia/individuo. Esta diversidad familiar pone de manifiesto que la organización familiar no es lo más importante en el debate en relación a la familia o a las políticas que tengan relación con la misma. Esta, la organización, pasa a ser subsidiaria de la función social relevante que cumple la familia cual es la de soporte y escenario de socialización primaria del individuo humano. Es el sujeto, precisamente, su autonomía moral, su capacidad de decisiones, su creatividad, su bienestar psicológico, su tolerancia y flexibilidad, quien pasa a ocupar un papel central en el sistema social y, por ende, familiar.

Desde esta perspectiva, la familia es un recurso de socialización especialmente significativo y en su seno se configuran las oportunidades, pero también los riesgos para el desarrollo y socialización de los individuos que la componen. En este sentido, cobra especial relevancia la democratización de la vida familiar y el debate que emerge acerca de la organización y del reparto igualitario de

funciones que se establecen entre sus miembros en tanto aquéllas pueden constituir un serio obstáculo o una oportunidad para el desarrollo individual y la convivencia.

c) Los vínculos verticales de la estructura familiar cobran mayor significación que los horizontales. Las mejoras en la esperanza de vida junto al retraso del calendario de la nupcialidad y de la emancipación de los jóvenes por su débil vinculación al mercado de trabajo, está permitiendo la coexistencia de diferentes generaciones durante mucho más tiempo. La red de parentesco abarcará con más frecuencia a miembros de cuatro generaciones. Por el contrario, la red de apoyo familiar colateral formada por hermanos/as y tíos/as disminuirá notablemente.

d) La equidad entre hombres y mujeres en relación a las decisiones y reparto de tareas en el hogar y en relación al compromiso de la paternidad/maternidad, aparece como un valor en alza. No obstante, la mujer continúa siendo más vulnerable con respecto al mercado de trabajo, y existe el gran riesgo de volver, en la pareja, a una relación de complementariedad propia de etapas históricas ya superadas. En coyunturas económicas desfavorables, si no se dispone de una cobertura adecuada de servicios, puede existir una disputa por el mercado de trabajo. En este sentido, el Plan de Igualdad de la Mujer puede verse facilitado en la medida en que se reduzcan las desigualdades existentes en cuanto al acceso a recursos y servicios que permitan hacer compatible la maternidad con el desempeño de una profesión o trabajo.

### 3. Los valores y las relaciones familiares.

El escenario familiar es muy diverso según edad, nivel de instrucción, ocupación y clase social de sus miembros, y según su estructura y tamaño familiar. Sin embargo, existen valores en alza, comunes a todos ellos, en relación al estilo de convivencia. Por una parte, la sociedad española se muestra partidaria del apoyo, del diálogo y del razona-

miento para resolver o afrontar problemas surgidos en las relaciones materno o paterno filiales. También las relaciones de complementariedad en la pareja son abiertamente objeto de rechazo tanto por lo que se refiere a la vinculación con el mercado de trabajo como a la responsabilidad en la crianza de los hijos y todas aquellas otras tareas y funciones que suponían tradicionalmente un motivo de discriminación entre sexos. Bien es verdad que existen diferencias asociadas fundamentalmente a los niveles de instrucción y a la edad de sus miembros. Cuanto más jóvenes y mayor nivel de instrucción tienen mayor rechazo muestran a una relación de complementariedad.

#### 4. Economía y Familia

La mayor parte de la investigación socioeconómica de la familia se ha centrado especialmente en su dimensión monetaria y en las relaciones entre familia y mercado, obviando las dimensiones económicas no monetarias. Ello implica ignorar una gran cantidad de recursos y servicios con los que las unidades familiares contribuyen al bienestar de sus miembros. Una aproximación exclusivamente monetarista genera un empobrecimiento en la comprensión de las funciones económicas de la familia e introduce considerables sesgos sociales en las conclusiones. Ello, por otra parte, plantea retos de gran interés tanto a las metodologías como a los instrumentos utilizados para investigar la vida cotidiana de la familia.

Como unidades económicas, las familias españolas son extraordinariamente activas y flexibles en su adaptación al entorno económico. Los ajustes a los cambios de la estructura interna familiar o a las ofertas y demandas de la economía exterior son constantes y rápidos. Son, por otra parte, un excelente amortiguador del estrés económico para con sus miembros. Si ello no fuera así, probablemente las consecuencias sociales de la crisis económica serían mucho peores.

#### 5. Marco legal de la familia

Deseo subrayar que, si bien desde la promulgación de nuestra Constitución se ha producido una gran actividad legislativa, todavía quedan ante nosotros retos importantes para adecuar totalmente nuestro ordenamiento jurídico a la realidad social de nuestros días. Y así, sería muy deseable abordar cuestiones como el panorama procedural que regula las acciones en relación al derecho de familia, la inclusión del mutuo consenso en los conflictos matrimoniales, el reconocimiento de efectos jurídicos a las parejas de hecho, la regulación de derechos como el secreto y anonimato de los donantes en la reproducción asistida y la elección y cambio de sexo.

Como mensaje central para el *Día Internacional de las Familias* se propone un pacto cultural y social por el aprendizaje de la convivencia en esos escenarios familiares en los que se producen y se desarrollan muy tempranamente las actitudes, los comportamientos y las emociones de los ciudadanos.

## LLAMAMIENTO DE AYUDA PARA LOS REFUGIADOS DE RUANDA

El pasado 9 de agosto, la Federación Internacional de Trabajadores Sociales rea-

lizó el siguiente llamamiento en favor de los refugiados de Ruanda:

### LOS REFUGIADOS DE RUANDA NECESITAN AYUDA AHORA

«Nosotros somos hoy testigos de una tragedia humana de inmensas proporciones: el sufrimiento de millones de ruandeses, muchos de los cuales están muriendo de enfermedades y hambre.

La comunidad mundial debería movilizar todos sus recursos para terminar con el peor de los horrores de la segunda mitad de este siglo.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales hace un llamamiento a todos sus miembros con el fin de que insten a sus respectivos gobiernos, a las entidades privadas y a la opinión pública a hacer todo lo que sea posible para aliviar el sufrimiento y refuercen la acción humanitaria para ayudar a los refugiados que se encuentran fuera de Ruanda, así como a aquellos otros que no han podido salir o vuelven a su país.

La ayuda urgente se necesita en estos momentos para proporcionar suministros básicos a los huérfanos y a los niños en general, asegurar agua potable, ayuda médica y comida a una población amenazada por el genocidio.

Deberíamos hacer todo lo que podamos y deberíamos hacerlo ahora».

Firman el documento el Presidente, Elis Envall, y el Secretario General, Tom Jo-hannsen.

Desde estas páginas de la *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, el Consejo General de Colegios Oficiales de Diploma-

dos en Trabajo Social, haciendo eco de este llamamiento, quisiera también hacer llegar a los gobiernos de las distintas administraciones de nuestro país, organizaciones privadas y población en general la necesidad de intensificar los esfuerzos de solidaridad con Ruanda. Es tarea de todos.



## ESTRATEGIAS A SEGUIR PARA RESPONDER AL SIDA/VIH

### Documento de Política Internacional de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales

#### Introducción

En los ochenta el mundo fue testimonio de la aparición del VIH y empezó a apreciar las complejas dificultades psicosociales que comporta la pandemia de la infección y enfermedad del VIH.

A medida que nos enfrentamos a los noventa y al siglo xxi, se está haciendo cada vez más patente que debemos orientar nuestros esfuerzos a:

1. Prevenir y limitar la futura propagación de la infección del VIH.
2. Ayudar a las personas afectadas por el VIH, ya que ellos cargan con las complejas dificultades psicosociales y económicas resultantes de la infección del VIH.

En su discurso en el 10 Simposio de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales en Estocolmo, el Dr. Manuel Carballo, Jefe de la Unidad de Investigación y Comportamiento Social de la OMS del Programa Mundial sobre el SIDA, destacó la urgente necesidad de que los trabajadores sociales participaran más activamente en estrategias mundiales para:

1. Prevenir la futura propagación del VIH.
2. Desarrollar políticas no discriminatorias con relación al VIH en línea a sensibilizar local, nacional e internacionalmente.
3. Desarrollar más ampliamente orientación y servicios de ayuda a las personas afectadas por el VIH.

La FITS reconoce el reto que suponen la implicaciones socio-políticas resultantes de esta pandemia, por lo que está trabajando actualmente en el desarrollo y refuerzo de actividades en este área que ya han sido emprendidas por las Asociaciones Nacionales de Trabajo Social.

La FITS contempla la necesidad de formular y desarrollar, conjuntamente con las Asociaciones Nacionales de Trabajo Social, una estrategia internacional de Trabajo Social con respecto al VIH, la política internacional y las pautas de trabajo para los trabajadores sociales en esta esfera de acción del VIH.

Los trabajadores sociales, en virtud de su formación y de su particular visión del individuo integrado en la constelación familiar y comunitaria, un campo de Trabajo Social que

aborda la salud y el bienestar social, son los únicos que se encuentran en una posición óptima para poder jugar un papel efectivo en el esfuerzo global para tratar con la epidemia del VIH y la habilitación de aquellos que están afectados.

La OMS/PGS ha indicado que el asesoramiento con relación al VIH debe ser parte esencial e integral de un programa de control nacional para la prevención del SIDA. El asesoramiento adecuado y los servicios de asistencia DEBEN complementarse con la información a nivel nacional y las estrategias educativas. El trabajo social es considerado como una de las profesiones clave para emprender este tipo de tareas.

## Problema político

La pandemia del VIH/SIDA es un problema mundial que afecta a todas las naciones y a todos los ciudadanos del mundo. El reto mundial para tratar con esta epidemia y con el problema resultante y el respeto para las personas que padecen VIH/SIDA, contempla los sistemas y valores esenciales de solidaridad de los seres humanos y de los trabajadores sociales. Los trabajadores sociales se enfrentan al problema de cómo mantener y reforzar los principios de los derechos humanos y los valores en los esfuerzos mundiales para erradicar el problema del VIH/SIDA.

El VIH/SIDA es un virus potencialmente fatal que se encuentra en todas las regiones del mundo. No tiene restricciones de raza, orientación sexual o naciones afectadas, ni tampoco tiene en cuenta las ideas políticas o ideológicas o los valores culturales. Su erradicación supone uno de los mayores retos de la humanidad. Requiere cooperación y una amplia colaboración entre la ciencia, los gobiernos, las instituciones sociales, los medios de comunicación, los profesionales y la población en general.

El Trabajo Social ha de realizarse dentro del marco de una tradición democrática y

humanitaria. La lucha contra la epidemia del VIH debe lanzarse de tal modo que refuerce la aceptación social y cultural de los grupos expuestos e infectados por el VIH. Una de las consecuencias de la propagación del VIH en el Tercer Mundo es la necesidad de adoptar medidas que tiendan a establecer un orden económico más justo.

## Declaración política

La declaración política de la FITS se basa en el Código de Ética Internacional de los Trabajadores Sociales, partiendo de que una de las más importantes formas para prevenir la propagación del VIH/SIDA se encuentra en manos de los trabajadores sociales, las instituciones y organizaciones para el Trabajo Social y de su colaboración con otras entidades. Se nos requiere para que defendamos los derechos de todas las personas en nuestra comunidad, incluyendo aquellos que viven afectados por el VIH/SIDA, sus familias y cónyuges, que son los siguientes:

- El derecho a la autodeterminación.
- El derecho a un hábitat adecuado.
- El derecho a disfrutar de buena salud y servicios de bienestar.
- El derecho a trabajar y ganarse la vida.
- El derecho a recibir el respeto y la estima de la sociedad que les rodea.
- El derecho a viajar libremente dentro y de un país a otro.
- El derecho a la educación.
- El derecho a la confidencialidad.
- El derecho a la protección contra todas las formas de discriminación.
- El derecho a una información cuidadosa.
- El derecho a un asesoramiento previo y posterior a las pruebas.

## Información básica e impacto del VIH/SIDA

El SIDA se hizo público por primera vez en 1981. Es causado por un virus llamado VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), que se descubrió en 1983. El nombre sugiere lo que ocurre en el cuerpo. El sistema de defensa o inmunológico pasa a ser defectuoso, dejando vía libre a la infección mediante una serie de microorganismos que el cuerpo habitualmente rechaza.

El VIH/SIDA afecta a distintos grupos de personas de diversos países, pero los principales grupos afectados de Norteamérica, Europa, Australia y Asia son hombres homosexuales/bisexuales, drogadictos por vía intravenosa y hemofílicos, mientras que en ciertos países africanos los hombres y mujeres heterosexuales se ven igualmente afectados, siendo las mujeres y los niños los que cada vez se ven más afectados. En todos los países existen personas afectadas que contrajeron el virus por medio de la recepción de una transfusión de sangre. Desde 1985 en algunos países la prueba de sangre obligatoria ha reducido sustancialmente el riesgo.

Por otro lado, la incidencia del VIH/SIDA se ve afectada de forma adversa por la creciente movilidad de la población mundial, que incluye tanto el turismo y los viajes profesionales de negocios, como un creciente número de emigrantes y de trabajadores itinerantes, quienes, a medida que se van viendo afectados, vuelven a su hogar e infectan a sus cónyuges.

Reconocemos que la vulnerabilidad de la infección del VIH es resultado de un comportamiento individual de riesgo y no el resultado de un colectivo o grupo de riesgo.

El hecho de que el virus sea transmitido sexualmente requiere que todos nosotros cambiemos nuestro comportamiento sexual para poder prevenir su propagación. La propagación del VIH/SIDA influye y cambia las

relaciones interpersonales a todos los niveles. Parece que el modelo de difusión del virus refuerza los patrones existentes de injusticia, opresión y discriminación. En algunas partes de África las consecuencias socioeconómicas y humanas de la epidemia son catastróficas.

En todos los países, el impacto del VIH/SIDA conlleva implicaciones sociales, económicas, legales, éticas, políticas, personales, culturales y sanitarias. Sólo los costes económicos, en términos de capacidad productiva y contribuciones económicas a la sociedad perdidas por parte del grupo de edad más afectado (de 15 a 50 años) son enormes. Necesitamos resaltar el impacto del VIH/SIDA, ya que afecta tanto a mujeres, como a trabajadores sociales, educadores, asistentes sanitarios, madres y cónyuges. En algunas naciones y países se está haciendo cada vez más difícil suministrar los suficientes recursos y servicios de asistencia social y sanitaria a los afectados, debido a los costes cada vez mayores y a la financiación limitada. En otros países, el deseo político y ético de dar respuesta al problema es reducido, debido al conflicto de valores y creencias. Las pérdidas personales, en términos de sufrimiento humano experimentado por las personas afectadas por VIH/SIDA y aquellos que están próximos a ellos, son ilimitadas en términos pecuniarios.

EL VIH/SIDA es, por tanto, un problema mundial que requiere una respuesta de colaboración también a nivel mundial, en cuanto a prevención y disposición de recursos económicos y sociales.

## Estrategias para la FITS y las asociaciones miembros

La tarea principal radica en la necesidad de prevenir y ralentizar la propagación del VIH/SIDA, así como contraatacar los efectos no deseados que la epidemia tiene sobre la

estructura social y sobre la población. La FITS y sus organizaciones miembro en todo el mundo tienen un papel importante en este sentido. El Trabajo Social se ejerce dentro de contextos sociales, geográficos y políticos en todas las regiones del mundo. Los principios sobre los cuales la OMS e importantes epidemiólogos de todo el mundo basan sus esfuerzos en prevenir y erradicar la enfermedad, están de acuerdo con los valores tradicionales del Trabajo Social. Para poder llevarlo a cabo la FITS y sus asociaciones miembros deben:

- Participar en programas para prevenir la propagación del VIH/SIDA en grupos y regiones no afectadas.
- Evitar el uso de la fuerza en la lucha para prevenir la propagación de VIH/SIDA.
- Dar prioridad a la puesta en práctica de políticas globales no discriminatorias con respecto a las personas afectadas por el VIH/SIDA.
- Procurar la aprobación de una distribución más equitativa y justa de los servicios y recursos y de ayuda de todo el mundo.
- Desarrollar y mejorar las normas éticas y profesionales de aquellos miembros que estén involucrados en esta empresa.
- Contribuir al intercambio sistemático de información sobre todos los aspectos del problema en tanto en cuanto afecte a la práctica del trabajo con los usuarios y a la formación del Trabajo Social.
- Asegurarse de que los trabajadores sociales y las instituciones de Trabajo Social y servicios sociales tienen la necesaria formación, educación y ayuda para mantener un adecuado nivel de servicio a los afectados por el VIH/SIDA.
- Involucrarse en la investigación, obtención de datos y difusión de la información.

## **Estrategias para los trabajadores sociales**

### 1. Trabajar en la prevención de la propagación del VIH/SIDA.

Emprender programas educacionales que informen a todos los sectores de la comunidad al respecto del VIH/SIDA. Como es sabido que no hay curación, tales programas educacionales son una de las contribuciones más cruciales.

Donde se descubran imperfecciones en los recursos sociales, tratar de habilitar otros que suministren los servicios adecuados.

### 2. Ser capaz de tratar con el miedo y las actitudes de prejuicios contra el SIDA entre los trabajadores sociales y la población en general.

Animar el análisis de los prejuicios en relación a la orientación sexual, comprendiendo y aceptando la variedad de prácticas sexuales y actividades en las cuales puede estar involucrado el individuo, por medio de:

- La obtención de una cuidadosa información con respecto al VIH/SIDA.
- Encuentros informativos con trabajadores sociales y otras personas que puedan tener experiencia en este área de trabajo.
- La obtención de pautas con respecto al control de la infección utilizando las facilitadas por centros especializados que en cada país traten con el VIH.

### 3. Suministrar asesoramiento y servicio de asistencia personal a las personas que padecen el VIH, sus familias, cónyuges y personas del entorno de los afectados. Esto incluye:

- Consejo individual antes de los test, suministrando información y orientación a los individuos.

- Consejos individuales después de los test, sea el resultado negativo o positivo, suministrando información sobre seguridad personal, comportamiento y práctica sexual, así como sobre recursos disponibles.
- En caso de un resultado positivo en el test, tratar con las consecuencias en términos de la variedad de reacciones que pueden presentarse: pérdida de conciencia, incomprendión total, interpretaciones culturales, shock, pánico, desánimo, miedo y desespero de la persona.
- Consejo a las familias, los cónyuges, compañeros y amigos, así como a quienes les proporcionen trabajo, enfermeros o a aquellos que les suministren servicios o cuidados sanitarios y enfocando los problemas en el lugar de trabajo, en las escuelas y en las instituciones educativas.
- Ser particularmente sensible en el consejo relativo al embarazo, reconociendo que el VIH puede ser transmitido de madre a hijo.

El consejo con relación al VIH tiene dos objetivos principales:

- a) Prevención de la propagación de la infección del VIH.

El consejo sobre el VIH debería ayudar a las personas a que cambien un comportamiento que pueda ponerles a ellos y a otros en situación de riesgo por contagio del virus. Debería también motivar a la población infectada a que cambie de comportamiento evitando aquellas prácticas que puedan poner en peligro a los demás, previniendo de este modo una futura transmisión del virus.

b) Medidas de ayuda.

El asesoramiento sobre el VIH debería suministrar ayuda a aquellos que están infectados y a sus allegados, ya que ellos sufren las consecuencias emocionales, sociales y económicas de la infección, de tal modo que puedan continuar llevando una vida satisfactoria y productiva.

4. Suministrar asistencia práctica y asesoría a las personas con VIH/SIDA, lo que pasa por:

- Evaluación de las necesidades.
- Suministrar información de los recursos existentes.
- Facilitar información sobre el cuidado personal y el control de la infección.
- Orientar los cuidados paliativos, requeridos en las últimas etapas de la enfermedad por las personas con SIDA.

5. Trabajar por el reconocimiento de los derechos de los afectados con VIH/SIDA y la satisfacción de las necesidades especiales de las minorías y grupos estigmatizados, emprendiendo las acciones específicas para la consecución de estos fines.

Involucrar a los dirigentes para que asuman los problemas sociales del VIH/SIDA, y aseguren un tratamiento igualitario en la prestación de los servicios.

Asegurar que se lleva a cabo, con carácter prioritario, el cuidado apropiado de los afectados por el VIH/SIDA, sus cónyuges e hijos, en todas las fases de la enfermedad.

6. Movilizar a las organizaciones existentes y desarrollar recursos allí donde no existan.



## **MEJORA DE CONDICIONES EN LAS COMUNIDADES RURALES**

### **Documento de Política Internacional de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales**

Mejorar las condiciones en las comunidades rurales es una frase que expresa el ideal de lograr que las personas que viven en comunidades rurales lo hagan de una forma más sana, más satisfactoria y más útil.

En distintas partes del mundo, las comunidades rurales están siendo atrapadas en un proceso de cambio socioeconómico y político. El cambio es a menudo resultado de decisiones tomadas en lugares distantes, bien del propio país o de otros, generalmente con escasa consideración de los efectos futuros sobre dichas comunidades locales.

En esta situación, las comunidades rurales tienen poca oportunidad de participar en los procesos de toma de decisión sobre asuntos que pueden afectar a su propio bienestar, lo que frecuentemente implica que a muchas comunidades rurales se les deje fuera de la corriente principal del desarrollo nacional. El resultado es que muchos problemas existentes en el medio rural no reciben ninguna atención o, en todo caso, se les adjudica una baja prioridad a nivel nacional.

Es necesario dirigir la atención hacia las condiciones en que se desarrollan las poblaciones rurales y establecer planes para me-

jorarlas. El factor fundamental en cualquier consideración de mejora de condiciones en las comunidades rurales, que implique un cambio social, es asegurar que aquellos que están directamente afectados por tal cambio participen en el proceso. En otras palabras, cualquier acción o cualquier programa que se traduzca en un cambio social tiene que estar orientado hacia la población.

Las comunidades rurales generalmente no disponen de la infraestructura social y económica que existe en la mayoría de comunidades urbanas, lo que resulta en desigualdad de oportunidades para los habitantes del medio rural, que dispone de menos servicios, con una selección de empleo limitada e instalaciones recreativas también limitadas.

Unido a todo ello, existen grupos dentro de la sociedad que corren un gran riesgo de quedar atrás cuando otros sectores dan un paso adelante hacia mejores condiciones de vida. Tales grupos son los pobres, los minusválidos física y mentalmente, las mujeres y, en muchos países, los pueblos aborígenes o indígenas. Muy a menudo miembros de alguno o incluso la totalidad de estos grupos de riesgo se encuentran en comunidades ru-

rales. Sus problemas se ven entonces incrementados.

Las situaciones sociales, económicas y políticas que existen en los diversos países de la FITS varían considerablemente. Cada país miembro necesita identificar sus propias áreas de problema para fijar sus propias prioridades y para desarrollar su propio programa de acción. No obstante, existe un tema principal común a todas las comunidades rurales dondequiera que estén, y ésta es la exclusión del proceso de toma de decisiones y los problemas que se derivan de ello.

A pesar de que las organizaciones miembros y los trabajadores sociales funcionan dentro de marcos que difieren profundamente, todos ellos comparten ciertos valores y compromisos para con el bienestar humano que transcinden las diferencias de sus encuadramientos geográficos y sociopolíticos.

## Historial

Es esencial recordar que una comunidad es un agregado de individuos y familias y no un conjunto de casas, carreteras y otras estructuras.

Para satisfacer las necesidades de las comunidades se requiere de la contribución de entidades gubernamentales y no gubernamentales. Además, es esencial la participación de los líderes de la comunidad si los programas han de ser aceptados por la población y válidos para la comunidad. Es importante que a los miembros de la comunidad se les permita participar en el desarrollo, no sólo de sus propias comunidades, sino también en el de su región y su país.

La experiencia ha demostrado que la concentración en el desarrollo económico, y particularmente en proyectos mega, no ha eliminado la pobreza. Tampoco ha producido una mejora significativa en las condiciones de vida para las comunidades rurales. La inversión a gran escala en proyectos de desarro-

llo ha tenido pocos resultados positivos para las comunidades rurales. Sin embargo, proyectos de desarrollo comunitario en menor escala a menudo han producido mayores beneficios a dichas comunidades.

Las condiciones de mejora en las comunidades rurales depende, en una gran parte, del adecuado desarrollo de una infraestructura social y económica. Para que se construya tal estructura debe darse la suficiente asignación de recursos a las áreas rurales de un país. Pero es preciso que previamente exista una mayor valoración del papel y de la importancia de las comunidades rurales en la fábrica económica y social y en las estructuras políticas de un país. Existe, por tanto, una necesidad de despertar una toma de conciencia por parte, tanto de políticos como de la población en general del lugar que las comunidades rurales ocupan en la vida de un país y de la mutua interdependencia de las comunidades rurales y urbanas. En otras palabras, se requiere más bien coordinación y cooperación en vez de competencia en la planificación del desarrollo.

La falta de atención adecuada a las condiciones en las comunidades rurales aboca a que los habitantes del medio rural tengan una estrecha gama de selección de oportunidades para desarrollo personal o comunitario, y a que sus condiciones de vida tiendan a quedar detrás de aquellas encontradas en áreas urbanas.

Los niveles de ingresos rurales, en términos generales, suelen ser bajos, lo que, unido a la falta de oportunidades, perpetúa la existencia de la pobreza en las áreas rurales.

Un ingreso bajo generalmente da lugar a estándares pobres de viviendas. Existen algunas comunidades rurales con viviendas excelentes, pero, a escala global, se puede afirmar que en las poblaciones rurales es frecuente encontrar viviendas insalubres o inadecuadas.

El nivel de ingresos generalmente bajo en las comunidades rurales influye en otro sector de la economía de un país, a saber, la agricultura. A menudo, en muchas áreas, el cultivo de subsistencia es todo lo que puede hacerse e incluso muchos que serían capaces de producir cosechas de mayor entidad, la ausencia de métodos modernos de agricultura hace que, para producir pequeños rendimientos, sea necesaria una gran cantidad de trabajo.

Los hay que no poseen ninguna tierra y que obtienen sus ingresos mediante el trabajo a tiempo completo o temporal en las granjas de otros. Estos salarios tienden a ser bajos y el trabajo temporal a menudo significa trabajar lejos de casa en condiciones de vida infráhumanas.

La agricultura, así como otras industrias primarias, son importantes para la economía de la mayoría de países. En la actualidad, la granja familiar y el sistema de establecimiento antiguo de agricultura se mezcla para dar paso a la expansión del agro-negocio y al control por grandes compañías multinacionales.

En gran cantidad de casos, tales compañías se han apoderado de grandes extensiones de tierra para la producción de cosechas de exportación. La selección de dichas cosechas depende de la demanda del mercado en los países desarrollados y de la rentabilidad del artículo, desplazando, en ciertas áreas, la producción de cosechas de alimentos locales.

La producción de estas cosechas de exportación es atractiva para los gobiernos, ya que genera beneficios; tiene también amplios beneficios para las compañías productoras y a menudo para una minoría selecta dentro del país, pero para la gran mayoría esto significa una disminución en el suministro de alimentos locales necesarios y una negación de ingresos adecuados para mantener a una familia.

La comida es una necesidad básica para todos, pero hoy en día encontramos muchos

millones de personas que no disponen de comida adecuada. El mundo tiene capacidad para producir alimentos para la población actual, conocimiento y tecnología para hacerlo, pero existe una necesidad inminente de políticas, tanto a nivel nacional como internacional, para asegurar una adecuada producción y distribución de alimentos para todos los pueblos.

Existen zonas específicas que necesitan una atención prioritaria para lograr que el suministro de alimentos adecuado alcance a todos. La utilización del suelo y los sistemas de tenencia de tierras exigen atención inmediata. Algunos países están perdiendo tierras agrícolas de primera calidad a un paso excesivamente acelerado. Edificios, carreteras y otros usos están reemplazando a las granjas. Las áreas marginales pueden hacerse productivas, pero los beneficios serán sustancialmente inferiores por tener que realizar mayor esfuerzo. En todo caso, la tierra marginal también se agota.

Muy ligada a la necesidad de comida está la necesidad de agua. Hay aún muchos lugares donde el suministro de agua limpia no está disponible y, no obstante, el agua es necesaria para sustentar la vida humana, animal y de las plantas. El suministro de agua limpia, por lo tanto, es un asunto que merece una prioridad muy elevada en la planificación nacional e internacional.

Las comunidades también necesitan combustible para cocina y calefacción, pero hay muchas zonas en las que hay escasez de combustible, lo que puede conllevar otros efectos adversos; por ejemplo, el estiércol de vaca suele utilizarse como combustible cuando podría utilizarse mejor como fertilizante para los campos. Igualmente la eliminación de árboles, originando erosión y pérdida de suelo con daño a los lechos de aguas.

Cualquier discusión sobre agricultura, alimentación y suministro de agua, e incluso fuentes de combustible, tarde o temprano tratará acerca de una consideración de la tec-

nología y su aplicación. Sin embargo, lo que se requiere en muchas áreas rurales, no es tanto una aplicación de la tecnología moderna, sino el uso de una tecnología apropiada. El reconocimiento de esta idea aumenta entre aquellos interesados en planificación y programación de desarrollo.

La tecnología apropiada no debería considerarse como si fuera el uso de un equipo particular o la aplicación de una metodología específica, sino más bien como la aceptación por la población de algo que se considera como la ayuda para ellos.

Un tema de preocupación a nivel internacional es el del cuidado de la salud, y ésta es ciertamente un área en la que los adelantos tecnológicos son más apreciables.

En los países desarrollados, la salud se observa mayormente en términos individuales, enfatizando la enfermedad y las medidas curativas. Pero, si bien la provisión de servicios de la salud y de medidas curativas individuales son valiosas, este aspecto no debería ser un único objetivo en el cuidado de la salud.

Las medidas asistenciales para el cuidado de la salud serán necesarias hasta tanto tengamos enfermedades y lesiones que tratar, pero la medicina preventiva, la educación de la salud y el mayor uso de profesionales y voluntarios en dicho cuidado han de ser incorporados en una aproximación integral al tema.

Las comunidades rurales también tienen servicios educacionales limitados. En muchas áreas existen únicamente escuelas primarias y a veces los niños tienen que recorrer grandes distancias para llegar a la escuela. En otros casos, para la educación secundaria, por ejemplo, los niños tienen que salir de casa para asistir a instituciones residenciales. Las ausencias de casa prolongadas se traducen, frecuentemente, en dificultades de integración en la

familia y en la comunidad a su regreso al hogar.

En las escuelas rurales generalmente hay una limitada selección de opciones en el programa escolar. Este es un punto importante, ya que la elevación del nivel de educación tiene implicaciones en la salida del ciclo de pobreza, en la mejora de la salud y en la capacitación de los individuos para participar en la toma de decisiones y actuar en la mejora de sus condiciones de vida. Existen alternativas a la situación tradicional de aprendizaje maestro/clase, tales como métodos de educación a distancia que, utilizados con éxito, podrían incorporarse ampliamente en el sistema total educacional.

Los niños son la generación futura de cualquier país y el bienestar del mismo depende en gran medida de la salud, la educación, las habilidades y las actitudes de sus generaciones futuras. Las condiciones que existen en muchas comunidades son tales que los niños corren gran riesgo. Las tasas de mortalidad infantil, a pesar de no ser tan elevadas como eran hace cuatro décadas, son aún más altas en los países en desarrollo de lo que son en las naciones industriales.

La salud y el bienestar de los niños ha sido, y en gran parte sigue siendo, responsabilidad de las mujeres. Es fácil ver, entonces, que la salud y el nivel de educación de las mujeres están estrechamente ligados a la salud y desarrollo de los niños. Además de este tema existen otros que afectan a la mujer en particular.

En muchos de los países del tercer mundo, las mujeres desempeñan un papel principal en la agricultura y, a pesar de ello, raras veces toman parte en la educación superior orientada a un enfoque más científico de la agricultura. En muchos sitios las mujeres pueden pasar casi la mitad del día obteniendo agua para la familia. Este es un ejemplo palpable de la energía que podría emplearse de otras maneras.

En resumen, puede decirse que hay un tema de la máxima importancia, la falta de participación en el proceso de toma de decisiones, y también existe una serie de asuntos específicos secundarios.

Tratar cualquiera de estos asuntos o participar en acciones para mejorar las condiciones de vida en las comunidades rurales en general, cae dentro del dominio de interés de los trabajadores sociales y de la profesión del Trabajo Social.

Al Trabajo Social le incumbe no sólo la solución de los problemas sociales, sino también el proceso de desarrollo social. Los individuos, los grupos, las familias y las comunidades tienen la capacidad para cambiar y para desarrollar. Los trabajadores sociales tienen conocimientos y capacidades que pueden ser de gran utilidad para individuos, familias, grupos y comunidades en sus esfuerzos para lograr un nivel óptimo de funcionamiento.

El cambio es inevitable. Lo que debería ser la preocupación del Trabajo Social es la naturaleza, dirección y calidad del cambio, ya que puede contribuir de forma importante a este proceso de cambio y desarrollo, si bien no puede él hacerlo solo.

La mejora de condiciones en las comunidades rurales exige un acercamiento multi-sectorial, no puede acometerse por cualquier disciplina única en solitario. Los trabajadores sociales tienen conocimientos y capacidades que pueden ser utilizadas en mejorar las condiciones en las comunidades pero, si deben lograrse resultados significativos, ellos tendrán que trabajar con otros profesionales, así como con líderes y voluntarios comunitarios.

## Declaración de política

La FITS recomienda a todas las asociaciones de Trabajo Social nacionales y regionales:

1) Formalizar grupos de análisis para estudiar objetivos y hacer recomendaciones de política a los gobiernos, a nivel nacional, regional y local.

2) Establecer contactos de trabajo con organizaciones no gubernamentales a diferentes niveles, con miras a la cooperación, aportando el conocimiento y la capacidad de Trabajo Social que pueda ser pertinente.

3) Conectar con otras profesiones para ver la forma de trabajar en conjunto en el desarrollo de las comunidades rurales.

4) Fijar encuentros con instituciones educacionales de Trabajo Social para hacer recomendaciones respecto a contenidos formativos de cursos sobre desarrollo comunitario en áreas rurales.

5) Estimular a los miembros de dichas asociaciones para que tomen parte en proyectos y programas rurales comunitarios.

Por su parte, la FITS:

Aceptará el papel de agente para el intercambio de aquella información que resulte útil para todas las organizaciones nacionales a medida que se vaya avanzando en el trabajo hacia el desarrollo de declaraciones políticas, esforzándose en la participación para la mejora de condiciones en las comunidades rurales.

– Mantendrá lazos con las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales para estar al corriente de las políticas y programas que vayan surgiendo.

– Someterá recomendaciones pertinentes a las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales, cuando se estime procedente.

– Respaldará la formación de los trabajadores sociales en este tema por cualquier medio, ya que la educación en trabajo social puede llevarse a cabo no sólo en Escuelas de Trabajo Social, sino tam-

---

bién en el propio campo y mediante la utilización de diversos métodos de educación a distancia.

- Coordinará los estudios a nivel internacional sobre temas específicos.

El Trabajo Social como profesión se orienta hacia el bienestar social. Desde sus comienzos

se ha preocupado de las condiciones de diversos colectivos y comunidades, así como de individuos y de familias. Es por tanto propio del Trabajo Social participar activamente, bien como profesional individual o a través de distintas organizaciones, en el proceso de mejora de las condiciones en las comunidades rurales.

## ACUERDOS ADOPTADOS EN LA ASAMBLEA GENERAL DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES (FITS). 6-8 DE JULIO DE 1994

En Colombo, Sri Lanka, se celebró del 6 al 8 de julio de 1994 la Asamblea General de la FITS, a la que asistieron representantes de 54 asociaciones nacionales de trabajadores sociales, entre éstas el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España.

De los diversos temas tratados y acuerdos adoptados, merece destacarse, por la proyección social de sus contenidos, los siguientes:

- Aprobación del nuevo documento sobre ética del trabajador social.
- Revisión de algunos documentos políticos de la FITS.
- Resoluciones adoptadas sobre conflictos y problemas sociales actuales.

### 1. Aprobación del nuevo documento sobre ética del trabajador social

La Asamblea General de la FITS adoptó en San Juan de Puerto Rico, el 10 de julio de 1976, el «Código Internacional de Ética Profesional para el Trabajador Social», en el que se han inspirado todos los códigos de ética que han adoptado posteriormente las

asociaciones nacionales y regionales de trabajadores sociales.

A su vez, en 1990, las asociaciones de trabajadores sociales de los países nórdicos de Europa presentaron a la Asamblea General de la FITS, reunida en Buenos Aires, una «propuesta de Declaración sobre los Principios Éticos en Trabajo Social» como alternativa que podría dar respuesta a determinados planteamientos de reforma o de sustitución del Código Internacional de Ética, hechos por algunas asociaciones nacionales como las nórdicas. La propuesta de Declaración tenía como objeto la formulación de principios comunes y universales para el Trabajo Social que orientasen el tratamiento de los problemas éticos en la profesión de trabajador social.

En la posterior Asamblea General de la FITS, celebrada en Washington D.C. en 1992, a la vista de que los dos documentos tenían objetivos diferentes, pero en gran parte eran complementarios, se acordó establecer un comité para elaborar un único documento internacional en el que se integrasen ambos documentos, previamente revisados: el Código de Ética y la Declaración de Principios.

Concluidos los trabajos de la citada comisión y efectuadas algunas enmiendas, la Asamblea General de la FITS aprobó en Colombo, Sri Lanka, en julio de 1994, el documento definitivo bajo el título: «La Ética del Trabajador Social: Principios y Normas», cuyo texto se publicará en el próximo número de esta revista acompañado de un comentario sobre el mismo.

## 2. Revisión de los documentos políticos

Durante la Asamblea General de la FITS celebrada en Washington D.C., en julio de 1992, se decidió revisar algunos de los documentos políticos adoptados hasta esa fecha por la FITS, con el objetivo de adecuarlos a los cambios sociales que han incidido en estas políticas sectoriales y someter las propuestas a la Asamblea General en la siguiente sesión. Fruto de dichos trabajos han sido los siguientes documentos, adoptados por la Asamblea General en julio de 1994:

### **– Política Internacional sobre el Bienestar del Niño.**

Este nuevo documento es el resultado de la revisión y refundición de los documentos «El bienestar del niño» y «La juventud».

### **– Política Internacional sobre la Paz y el Desarme.**

Resultado de la ampliación del documento anterior titulado «Paz, desarme y desarrollo orientado hacia las personas».

### **– Política Internacional sobre la Autoayuda.**

### **– Política Internacional sobre el Bienesestar de la Tercera Edad.**

Los trabajos de revisión de los documentos de la FITS sobre políticas internacionales de «La salud», «Derechos humanos», «Migraciones», «El Trabajo Social y la informatización de la información personal», «Refugiados» y el «Progreso de la mujer», fueron

igualmente acordados en la Asamblea General de 1992, y se estudiarán en la próxima Asamblea General que se celebrará en 1996 en Hong Kong, así como un documento sobre «Pueblos indígenas», de nueva creación.

No se ha considerado necesaria la revisión de los documentos «SIDA/VIH», adoptado en 1990, y «Mejora de condiciones en comunidades rurales», adoptado en 1986.

Dado el interés profesional de estos documentos de políticas internacionales, en este número de la revista de *Servicios Sociales y Política Social* se inicia la publicación de los mismos, comenzando, por su actualidad, con el «SIDA/VIH», así como el de «Mejora de condiciones en comunidades rurales» por estar directamente relacionado con el tema de las VI Jornadas Estatales de Servicios Sociales en el Medio Rural, que se celebrarán en abril de 1995 en Lugo.

## 3. Resoluciones adoptadas sobre conflictos y problemas sociales actuales

La Asamblea General aprobó por unanimidad, diversas resoluciones a propuesta de asociaciones nacionales, entre las que se destacan las siguientes:

- Bienvenida a los miembros de la Asociación de Trabajadores Sociales de ideología no racista, en el contexto del proceso de transición democrática que se ha iniciado en Sudáfrica.
- Denuncia de la utilización de niños con fines pornográficos.
- Denuncia del tráfico de niños para la prostitución, y solicitud de adopción de medidas eficaces por los gobiernos, que impidan el mismo.
- Solicitud de supresión de armas de destrucción masiva.
- Denuncia del tráfico de órganos humanos.

## CONGRESO DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES. SITGES (BARCELONA) Sitges, 2, 3 y 4 de marzo de 1995

El Área de Servicios Sociales de la Diputación de Barcelona, en colaboración con el Ministerio de Asuntos Sociales y la Federación Española de Municipios y Provincias, está organizando el **Congreso de Servicios Sociales Municipales**, que tendrá lugar en el Palacio de Congresos de Radisson, Hotel Gran Sitges (cercano a Barcelona), durante los días 2, 3 y 4 de marzo de 1995.

Después de quince años de ayuntamientos democráticos, este Congreso pretende ser un espacio de reflexión y debate sobre el momento actual y el futuro de los servicios sociales municipales.

En su organización están presentes los objetivos siguientes:

- Avanzar en el modelo de sistema de servicios sociales basado en el municipio como administración prestadora de servicios más próxima a las personas.
- Aclarar los diferentes modos de prestar servicios sociales municipales según el tamaño del municipio y la distribución de su población.
- Valorar la respuesta de los servicios sociales municipales a las necesidades y demandas sociales planteadas por sus habitantes.
- Mejorar las fórmulas de coordinación de la acción social pública con las organizaciones no gubernamentales que actúan en el mismo territorio.
- Ampliar las formas de participación de los ciudadanos y ciudadanas en la organización de los servicios sociales, sus fórmulas de gestión y su capacidad de respuesta a las necesidades sociales.
- Acotar las responsabilidades de las distintas administraciones públicas con competencias concurrentes en la prestación de los servicios sociales.

Ciertamente, en los últimos años ha existido una amplia oferta de espacios de formación, en los que se nos han presentado modelos de actuación, experiencias prácticas e incluso reflexiones sobre el futuro. De todos modos, muchas administraciones locales valoran que no han conseguido un espacio adecuado para la reflexión y el debate, donde los gestores locales de servicios sociales (públicos y privados) pudieran plantear modelos de trabajo con un programa que priorice el diálogo con

---

otros gestores locales que se enfrentan a realidades similares a las nuestras, y de donde salgan propuestas de modelos de trabajo que comporten la mejora en la gestión de los servicios sociales municipales en el futuro.

Por ello, el **Congreso va dirigido** fundamentalmente a:

- Responsables de políticas en los ámbitos de bienestar social, preferentemente en servicios sociales.
- Profesionales que desarrollen su actividad en la intervención social.
- Representantes de organizaciones no gubernamentales que trabajen en los distintos ámbitos del bienestar social.
- Representantes de colegios y entidades profesionales del bienestar social.
- Investigadores y/o profesores universitarios de los ámbitos de la intervención social.

A lo largo de los tres días se discutirán las **ponencias** sobre:

- La incidencia de las nuevas problemáticas sociales en la evolución y organización de los servicios sociales.
- Organización de los servicios sociales.
- La participación de las personas en los servicios sociales municipales.

- Las organizaciones no gubernamentales prestadoras de servicios sociales.
- Responsabilidades de las administraciones.

Estas ponencias están siendo elaboradas por responsables políticos y técnicos de ayuntamientos y diputaciones provinciales de toda España, agrupados en cinco comités técnicos según el número de habitantes de sus municipios. Éstos parten de su experiencia personal e institucional para realizar un trabajo de análisis, debate y redacción que después será expuesto y discutido por todos los asistentes.

Nuestra invitación a participar va dirigida a todos aquellos que desarrollan su actividad en los distintos ámbitos de intervención social, que creen que esta actividad encuentra su sentido en la perspectiva de lo local y que deseen reflexionar y debatir sobre el pasado, presente y futuro de los servicios sociales.

***Para más información dirigirse a:***

Diputació de Barcelona  
Área de Servicios Sociales  
Departamento de Recursos Técnicos  
Comte d'Urgell, 187  
Edificio del Reloj, 2.<sup>a</sup> planta  
08036 BARCELONA (España)  
Tels.: (93) 402 24 19  
402 22 22. Ext. 7207 y 7208  
Fax: (93) 402 24 92, 402 24 96

# COLECCIÓN TRABAJO SOCIAL

## Serie «Libros»

1. Introducción al Bienestar Social. (Agotado.)
2. Política social y crisis económica. (Agotado.)
3. Los Servicios Sociales en una perspectiva internacional. 1.500 pesetas.
4. Los Servicios Sociales I. 1.975 pesetas.
5. Los Servicios Sociales II. 1.250 pesetas.
6. Nuevos paradigmas en Trabajo Social. Lo social natural. 950 pesetas.

La informática como instrumento para el Trabajo Social.

El Proceso de Evaluación en las Estructuras Básicas de Servicios Sociales.

Estructura y procedimiento administrativo en la Administración local.

La Dinámica de Grupos en el Ambito Rural.

Las escenas temidas del Trabajador Social.

## Serie «Documentos»

1. Dos documentos básicos en Trabajo Social. (Agotado.)
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. 745 pesetas.
5. Jornadas Internacionales de ayuda a domicilio. (Agotado.)
6. Los Servicios Sociales comunitarios. 450 pesetas.
7. La Acción Social en el área rural. (Agotado.)
8. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios. 850 pesetas.
9. Seguimiento de la gestión de los S. S. Comunitarios. 850 pesetas.

## Serie «Cuadernos»

1. Relación entre servicios Sociales y Sanitarios. (Agotado.)
2. La Formación en gerencia de Servicios Sociales. 650 pesetas.
3. Trabajo Social en los Servicios Sociales comunitarios. 950 pesetas.
4. El trabajador social en los servicios de apoyo a la Educación. 950 pesetas.

## Serie «Textos Universitarios»

1. Los Centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo. (Agotado.)
2. Procedimientos y proceso en Trabajo Social Clínico. 950 pesetas.
3. Aproximaciones al Trabajo Social. 2.275 pesetas.

## Serie «Papeles para el Trabajo Social»

Los medios de comunicación en el Medio Rural.

Expresión oral para profesionales del Medio Rural.

Técnicas básicas de Planificación y Programación.

La Movilización de los Factores Culturales y el Desarrollo de las áreas rurales.

Los Servicios Sociales Comunitarios como alternativa de generación de empleo.

## Distribuye:

Siglo XXI de España Editores  
Calle Plaza, 5. 28043-MADRID  
Teléfono (91) 759 48 09

## Venta directa:

- Librerías especializadas
- Consejo General de DTS y AA.SS.  
Calle Campomanes, 10  
28013-MADRID  
Teléfonos (91) 541 57 76-541 57 77

# PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS, INDICACIONES GENERALES

1. La Revista de Servicios Sociales y Política Social, como instrumento de difusión y comunicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, está abierta a la publicación de trabajos y aportaciones de todos los Diplomados en Trabajo Social así como de profesionales de otras disciplinas, que con su complementariedad y especificidad, enriquezcan el quehacer profesional.

2. Trabajos publicables:

- Investigaciones: empíricas o aplicadas.
- Trabajos de reflexión y recopilación teórica.
- Trabajos de descripción y análisis metodológico.
- Relatos de intervenciones sociales: modelos y resultados.
- Experiencias prácticas (análisis y conclusiones), etc.

Referidos a: Trabajo Social-Política Social y Servicios Sociales.

3. Presentación de artículos:

- Los artículos deberán ser remitidos al Consejo General  
Campomanes, 10, 1º – Madrid 28013.
- Mecanografiados en papel tamaño DIN-A4, a doble espacio, por una sola cara.
- La extensión deberá atenerse a:
  - Mínimo de 12 folios.
  - Máximo de 40.(Las referencias bibliográficas y prácticas o fotos no contabilizan a estos efectos.)
- El autor o los autores adjuntarán al artículo un resumen del mismo de un máximo de 2 hojas.
- Los cuadros y gráficos se detallarán en hoja aparte, con indicación de página y espacio donde deberán insertarse.
- Las anotaciones, referencias bibliográficas, etc., se numerarán por orden de aparición en el texto.
- Junto al artículo, el autor deberá remitir en folio separado, sus datos personales,
  - Nombre y apellidos.
  - Domicilio y teléfono de contacto.
  - Profesión, lugar de trabajo.
  - Experiencia de campo.
  - Otras publicaciones.
  - Título del artículo, con indicación de si ha sido presentado y/o expuesto en algún otro medio.

4. Contenido de los artículos.

Se exigirán unos mínimos de calidad técnica y científica para la publicación de los artículos. El Comité Editorial, ajustándose a los criterios que este órgano tiene establecidos, velará y valorará los mismos.

El contenido desarrollado en los artículos deberá incidir fundamentalmente en el trabajo social tanto como disciplina, como práctica; en las modificaciones de la Política Social y sus repercusiones; consolidación y/o retroceso en reconocimiento de derechos sociales; Trabajo Social en los diferentes sistemas; análisis y sistematización de metodología, técnicas, etc.

El desarrollo o descripción del artículo deberá ajustarse a un esquema lógico-científico que garanticé, de un lado, la facilidad de comprensión y, de otro, el cumplimiento de un mínimo rigor científico (introducción y/o explicación), desarrollo, exposición de datos, análisis, metodología, utilidad y conclusiones y bibliografía.

Los artículos que no sean inéditos se publicarán en función de dos criterios:

- 1.º Que su difusión haya sido en algún medio de difícil acceso a los Diplomados en Trabajo Social.
- 2.º Que haya sido publicado en otro idioma.

5. Los artículos serán propiedad del Consejo, salvo cuando estos hubieran sido publicados con anterioridad.

6. El Comité Editorial valorará todos los artículos recibidos. La decisión será comunicada al articulista, y en caso de no aceptación, le serán devueltos los artículos correspondientes; en caso de aceptación, el articulista recibirá una notificación y 3 ejemplares de la revista en que sean publicados sus trabajos.

## SUSCRIPCIONES

ENVIAR ESTE BOLETÍN A:  
revista de

## **SERVICIOS SOCIALES y POLÍTICA SOCIAL**

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| Estudiantes o colegiados | 100 |
| Resto                    | 0   |
| Extranjero               | 0   |

**1994**  
2.700 Ptas  
3.100 Ptas  
3.900 Ptas

2,700 Pts

3.100 Pts

3.900 Ptas

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| SUSCRIPCIÓN AÑO 1994 | .....           |
| NOMBRE .....         | DIRECCIÓN ..... |
| POBLACIÓN .....      | PROVINCIA ..... |
| TELÉFONO .....       |                 |

Es colegiado o estudiante  
(Apontar fotocopia carnet correspondiente)

El importo de la suscripción lo haré efectivo:

Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros.

(En este caso rellenar el boletín adjunto)

Transferencia (adjuntar comprobante) a Banco Popular.

□ Giro Postal q/ Consejo General.

### Número de la cuenta

Sírvase tomar nota y atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista de **Servicios Sociales y Política Social**.

Fecha

Atentamente  
(firma)

