

Sumario

Editorial

Dossier: Trabajo Social y Salud (II)

La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud.
Josep Canals Sala 9

"Enfermedad y Familia". El Servicio de Trabajo Social en un Hospital Materno-Infanto-Juvenil.
VV.AA. 21

Maltrato de ancianos: un problema social y de salud.
Mercedes Tabueña Lafarga 33

El Trabajo Social en ancianos afectados por pérdida de autonomía funcional.
Anna Rius i Roses 51

Experiencias de contención.
Bertha Villarreal Castaño 55

Los Servicios Sociales de atención domiciliaria en la Unión Europea.
Cristina Rimbau i Andreu 65

Bibliografía sobre Trabajo Social y Salud.
M. del Mar Flores i Martí 89

Sección libre

Conocer mejor los conflictos cambiará la Intervención Social.

Josep Redorta Lorente 95

Ánalisis de la Literatura Profesional en torno a la Inmigración y la Educación Intercultural. 1982-2000.

Octavio Vázquez Aguado 107

De interés profesional

Saber y Método en Trabajo Social.

Maria Jesús Domínguez Pachón 129

Comentario de libros

Mediación familiar y social en diferentes contextos.

Concha del Caño Barber 149

Fundamentos del Trabajo Social.

Natividad de la Red Vega 151

Editorial

En este segundo número de la revista que dedicamos al trabajo social en el ámbito de atención a la salud, primero queremos recordar que la intervención de asistentes sociales y trabajadores sociales, en los servicios de salud, ha estado presente a lo largo de la historia de la profesión, evidentemente acompañado de los cambios sociales, legales, organizativos y técnicos que vive la sanidad y todo nuestro mundo. La presencia del trabajo social en la salud se ha mostrado de diferente forma pero siempre ha vivido un marco de privilegio permitiendo un acercamiento desde la enfermedad a los aspectos sociales de las personas, sus familias, los grupos y en el conjunto de la sociedad.

En las Conferencias Internacionales de la O.M.S., Alma Ata, el año 1978, sobre "Atención Primaria en Salud" y Ottawa, Canadá el año 1986, sobre "Promoción de la Salud", que ofrecieron una perspectiva para la inclusión del trabajo social en la atención sanitaria en nuestro país, se estaba gestando en aquellos años propuestos de cambio, cambios que tenemos en nuestro presente. La concepción filosófica que considera a la persona desde una propuesta integradora de los aspectos bio-psico-sociales, identifica la presencia de la atención social, tanto a los servicios de atención primaria en salud, como en los hospitales y en los servicios especializados.

El marco legal desde la "Ley General de Sanidad, 1986", como todo su desarrollo global y específico de los territorios autonómicos, identifica en los servicios de salud la figura del trabajador social y en algunos de sus decretos presentan sus competencias o funciones. Estas son generales, pero sobre este marco, se construyen los programas de las unidades o servicios de trabajo social, donde los

profesionales serán los responsables de la elaboración de las propuestas más concretas.

Las aportaciones que el trabajo social ha realizado en el ámbito de la salud, a lo largo de la historia, podemos pensar sin error, que son muchos y diversos. Una muestra de ello la podríamos encontrar en libros, artículos y revistas profesionales. Otra muestra es la existencia de la "Asociación Española de Trabajo Social y Salud" con su revista especializada y sus jornadas de trabajo periódicas.

Es un trabajo social especializado, por una parte por las características de los centros y por otra por las situaciones que son objeto de atención, personas, grupos, poblaciones, en busca de una mejora de su salud. Dentro de este ámbito la, profesión de trabajo social aporta *Lo Social*, con sus metodologías, técnicas, habilidades, a su vez con todos los profesionales del Centro, construirán los modelos de atención.

El trabajo en equipo, tarea difícil, compleja y, a su vez, necesaria, hay muchas ventajas y también dificultades, pero es evidente que en salud necesitamos de un trabajo multidisciplinar, la vida del siglo XXI, con sus avances científicos y su evolución social, lo hace una obligación. Intercambio de conocimientos y expectativas, salir de lo individual para compartir, es enriquecer y promover atención integral, global y continuada.

Por lo escrito, puede ya deducirse, pero quiero manifestarlo explícitamente, aunque pueda representar una utopía, que el trabajo social en el ámbito de la salud, debería ser reconocido como una especialidad, partiendo de una formación base o común de trabajo social, establecer una formación específica con el reconocimiento correspondiente.

Dossier

**Trabajo Social
y Salud (II)**

La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud

Josep Canals Sala. Doctor en Antropología Social y Cultural. Profesor Universidad de Barcelona.

En la práctica sanitaria, podría decirse que los elementos culturales son aquel resto que queda una vez considerados los factores que interesan directamente a la biomedicina, incluyendo entre estos últimos a los aspectos psicológicos susceptibles de ser tratados como psicopatologías. Lo cultural se reduce muchas veces a una vaga referencia que se supone puede explicar anomalías que la clínica y la epidemiología cuantitativa no son capaces de dilucidar.

Lo cultural es algo más que un marcador de diferencias entre grupos humanos, una idea reduccionista que parece extenderse sin remedio potenciada por dudosos debates muy de moda. En lo que aquí interesa, la dimensión cultural se refiere a cuestiones tan cruciales como los saberes, las concepciones, actitudes e interpretaciones de los conjuntos sociales sobre la salud y la enfermedad, las prácticas domésticas de atención, o los modelos de relaciones existentes en cada contexto entre los distintos sujetos implicados, tanto en el plano práctico como en el simbólico. Lo cultural, pues, remite a un complejo de factores que tienen una importancia decisiva en las relaciones asistenciales, en la prevención y la promoción de la salud, y muy especialmente en la educación para la salud. Las dimensiones culturales, por tanto, han de ser consideradas en cualquier población y no pueden reservarse para descifrar la cultura de los otros, más o menos exóticos, que percibimos como diferentes y ajenos a nuestro contexto nativo.

Los puntos de vista de los diferentes actores: ciencia y existencia

En la antropología médica existe una distinción clásica que resulta útil para descentrar la mirada de la óptica unilateral que acostumbra a imponer la biomedicina. Utilizando las diferentes palabras que en inglés sirven para nombrar a la enfermedad, se pueden distinguir y articular las diversas concepciones sobre ella que pueden confluir en un caso determinado.

Disease, en la distinción convencional que inició Fabrega (1972), se refiere a la definición de la enfermedad propuesta por un sistema médico, teniendo en cuenta que en antropología no se considera sistema médico únicamente a la medicina científica oficial, sino a cualquier conjunto estructurado de saberes y prácticas reconocido en una sociedad determinada. *Illness*, en cambio, designa a la vivencia subjetiva de la enfermedad que tienen las personas o los grupos, culturalmente determinada en mayor o menor grado, y que puede coincidir o discrepar con las nociones de *disease*. Un tercer término, *sickness*, remite a las ideas socialmente aceptadas sobre lo que es o no es considerado como enfermedad. En según qué contextos, *sickness* reproduce la noción profesional hegemónica de *disease*, mientras que en otros puede reflejar otras ideas culturales sobre la salud y la enfermedad.

Esta distinción permite considerar el punto de vista de los diferentes actores en presencia y tiene, en este sentido, un indudable valor metodológico. Nos advierte, por lo pronto,

La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud

que no es posible comprender los procesos de repuesta a la enfermedad sin tener en cuenta el entrecruzamiento y las posibles discrepancias y desencuentros entre *disease*, *illness* y *sickness*. Por otra parte, esa interacción de distintos puntos de vista, que suponen también mundos experienciales diferentes, implica que en las relaciones asistenciales se confrontan muchas veces *modelos explicativos* sobre la enfermedad igualmente diversos (Kleinman, 1980). Así podemos recuperar el punto de vista de determinados actores, sobre todo de los pacientes actuales o potenciales, que tienen poca voz en un sistema hegemónizado por el discurso médico oficialmente reconocido.

Para aproximarnos a las concepciones culturales sobre la salud y la enfermedad, hay que evitar valoraciones que prejuzguen a esas ideas según su grado de proximidad o de lejanía respecto a los criterios reconocidos como científicos. Evidentemente, siempre es posible hacer esta lectura, e incluso puede ser útil algunas veces, pero ese abordaje nos conduce hacia una interpretación en términos de certeza y error, o de ciencia frente a ignorancia, que no permite avanzar en la comprensión de las dimensiones culturales de la salud y la enfermedad. O, en el mismo sentido, nos puede llevar a establecer una oposición artificiosa entre *ciencia* y *creencia* que haga aún más difícil la comprensión. Esta última dicotomía, en todo caso, no puede ser utilizada sin antes preguntarnos cuánto hay de conocimiento empírico válido, o de asimilación de nociones científicas, en los saberes y prácticas populares y, por otra parte, qué porción de creencia hay en la medicina. Esta última, además, no constituye tampoco un cuerpo monolítico sin diversidades,

contradicciones internas y diferentes estilos de practicarla.

Para comprender la vivencia de *illness* y los elementos articuladores de las concepciones culturales sobre la enfermedad, es necesario buscar las claves explicativas en referentes distintos a los de carácter físico-naturalista sobre los que la medicina ha construido su conocimiento. La enfermedad es siempre una "entidad esquiva" (Rosenberg, 1992), que genera interpretaciones y discursos de diverso tipo en diferentes niveles de la estructura social, en la esfera psicológica y en el plano de la cultura. En éste último, la enfermedad no sólo es un objeto de conocimiento aplicado a su prevención y curación, sino que es, sobre todo, un importante motivo de especulación acerca de su significado. En definitiva, ante la enfermedad los grupos humanos necesitan encontrar razones que justifiquen su existencia y permitan darle un sentido al sufrimiento. Preguntas del estilo *¿por qué a mí?* (o a nosotros) resultan como mínimo incómodas para una medicina enraizada en el pensamiento positivista y ponen al descubierto el mencionado carácter esquivo de la enfermedad. Ésta, cuando es grave y conlleva la amenaza de muerte o de empeorar radicalmente la vida de las personas, desafía la idea de que el mundo es comprensible y controlable, y cuestiona la seguridad de que las cosas tienen un sentido.

Las respuestas médicas pueden ser científicamente correctas la mayoría de las veces y pueden establecer razonablemente las causas de la enfermedad. La ciencia, sin embargo, no se hizo para consolar (Augé, 1996). La problemática de la enfermedad no es sólo biomédica o económica, tiene

también dimensiones existenciales que buscan su explicación en el marco de las respuestas culturales a hechos “evasivos” como el desconcierto, el sufrimiento o la injusticia (Geertz, 1988). Dicho de otra forma, el núcleo de las interpretaciones culturales de la enfermedad está en las ideas explicativas sobre el infortunio existentes en un contexto sociocultural determinado. Al fin y al cabo, una buena parte de los imaginarios culturales, de eso que llamamos creencias, y también de la indagación filosófica sobre la condición humana, está constituida sobre la preocupación por la existencia de la desgracia y el infortunio y por el hecho inevitable de la muerte.

Junto a las cuestiones de tipo existencial relacionadas con el sentido a la enfermedad, cada medio cultural genera también diferentes nociones sobre el cuerpo. En la vivencia de *illness* se recurre a imágenes sobre el propio cuerpo que sirven para explicar los síntomas y que muchas veces tratan de interpretar a los diagnósticos médicos. Ideas como la “sangre espesa”, la asociación del corazón con la sensación de hambre o del reumatismo con determinadas actividades y sufrimientos (Devillard, Otegui, García, 1991), son ejemplos bien conocidos. Las interpretaciones pueden discurrir por caminos tan variados como la misma diversidad cultural, tanto la que existe entre sociedades distintas como en el interior de sociedades complejas y plurales como las nuestras. La enfermedad puede ser vista como un castigo, quizás inmerecido –“¿qué *he hecho yo para merecer esto?*”–, como una maldición, como un hecho ligado al destino, como una prueba impuesta por la divinidad, como consecuencia de la malevolencia voluntaria o involuntaria de otros (por

ejemplo, en el caso de muchas creencias africanas etiquetadas de brujería), como efecto de un conflicto relacional, como desequilibrio con el cosmos, y como muchas cosas más. El famoso *mal de ojo*, por ejemplo, se asocia a la envidia. En las llamadas enfermedades *folk*, como el *susto* de algunas zonas de América latina o el mismo *mal de ojo*, se expresan malestares y conflictos que se expresan de maneras que no son reconocidas como *disease* por nuestra medicina hegemónica y que presentan variadas formas de somatización. No se trata sólo de manifestaciones propias de pueblos considerados como “primitivos” o “tradicionales”: la anorexia es considerada por muchos autores como una enfermedad *folk* de nuestra sociedad. De lo que se trata, en realidad, es de intentar dar un sentido a un sufrimiento que en sí mismo aparece como un sinsentido¹.

Numerosas dimensiones culturales de la enfermedad se expresan a través de los síntomas y de la explicación del síntoma dada por los propios pacientes. En la clínica actual, el síntoma tiende a ser ignorado o relegado a un plano muy secundario. El carácter subjetivo del síntoma se contrapone a la objetividad del signo clínico. Puesto que la búsqueda del signo clínico se hace cada vez más a través de pruebas analíticas y exploraciones que conllevan una tecnología intermedia, el síntoma –y todo lo que puede expresar a nivel existencial, psicológico y cultural– tiende a hacerse opaco y a invisibilizarse. Más allá de las

■ **notas**

1. Véase Laplantine, 1992. En Witte y Morrison, (1995) hay un interesante cuadro comparativo y aportaciones valiosas sobre la comunicación intercultural en el campo de la salud.

La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud

dificultades de comprensión de los respectivos lenguajes, la relación médico-paciente está interferida por el choque cultural entre la expresión del síntoma y la reducción al signo. Apuntemos que los trabajadores sociales se mueven en otra subcultura profesional -lo que no excusa la necesidad de adquirir conocimientos sanitarios y de manejar el lenguaje médico-, y eso les habilita como potenciales traductores y mediadores. Máxime cuando en el lenguaje de los síntomas se expresan frecuentemente otros malestares más cercanos a su ámbito de competencias².

La autoatención como base estructural de los procesos asistenciales

Otro aspecto sociocultural igualmente importante concierne a las estrategias y prácticas de atención a la salud y la enfermedad, que Menéndez (1990, 1993) refiere como proceso *salud/enfermedad/atención*. Este proceso integra conocimientos, experiencias, prácticas y actores diversos.

En cualquier lugar y en cualquier momento histórico, la gente ha atendido autónomamente sus problemas de salud, sea individualmente o en el seno de los grupos primarios y de sus redes sociales. De ahí que sea correcto utilizar un término como *autoatención*, que Menéndez considera como el verdadero nivel de asistencia primaria³.

El hecho de que se haya adoptado la denominación *atención* (o *asistencia*)

primaria para designar al primer escalón del sistema de salud, resulta en sí mismo revelador de una óptica autocentada en el mundo profesional y en el de los servicios institucionalizados. Si se piensa que los procesos de atención a la salud y la enfermedad empiezan y terminan en éste ámbito, se sobrentiende que todo aquello que se hace en el entorno cotidiano del paciente está fuera del sistema. Por esa razón se habla de cuidados y de cuidadores -mejor cuidadoras- *informales*, términos que convendría criticar por las connotaciones que conllevan, aun cuando se utilicen con la mejor de las intenciones. En las condiciones de una sociedad envejecida y con una alta prevalencia de enfermedades crónicas, el llamado cuidado *informal* es ampliamente reconocido como algo necesario e incluso es abiertamente potenciado en muchos ámbitos sanitarios. Sin embargo, el adjetivo informal sigue señalando que se trata de algo externo al sistema sanitario y que debe ser tutelado para evitar males mayores. Obsérvese que en el lenguaje cotidiano *informal* significa descuidado y de poco fiar, aunque también se utilice para denotar actitudes cercanas y flexibles. El llamado *cuidado informal*, en realidad, está formalizado por reglas más estrictas de lo que parece a simple vista, desde las obligaciones derivadas de la reciprocidad hasta las pautas morales asociadas al género, que afectan sobre todo a hijas y esposas. El hecho de que dichas reglas funcionen de manera tácita y apenas se expliciten, no disminuye su poder de coerción. En todo caso, se recuerdan, y muchas veces de manera agria, cuando alguien las incumple. Es lo que se expresa en la queja *“tanto que hicimos por ellos y mira como nos lo pagan”*.

La autoatención doméstica no es una alternativa propia de sociedades carentes de los mínimos servicios profesionalizados de salud. Está igualmente presente en las sociedades occidentales más desarrolladas. Es un tópico referirse a la automedicación como su forma característica en nuestro entorno, pero tiene muchas más facetas, impregnando al conjunto de los procesos de salud/enfermedad/atención⁴.

El hecho de otorgar un papel central o secundario a la autoatención deriva de la aproximación teórico-metodológica que se emplee (que nunca está libre de adherencias ideológicas). Si analizamos los procesos de atención a la salud y la enfermedad desde el observatorio del mundo profesional y de los servicios sanitarios, veremos sólo unos fragmentos del proceso. Pero tales fragmentos serán percibidos como el núcleo fundamental de esos procesos, una idea que más que a la observación atenta de la realidad, responde a una toma de posición previa que vertebría todo lo relacionado con la salud alrededor de los profesionales y las instituciones asistenciales. A partir de ahí, es fácil juzgar como perturbaciones o dificultades todo lo que la gente piense o haga de manera autónoma. Y esto a pesar de los discursos que dicen querer potenciar la autonomía de pacientes o usuarios, unos discursos que son paradójicamente heteronómicos, puesto que la autonomía del paciente solamente es valorada positivamente cuando implica el cumplimiento estricto de las indicaciones de los profesionales.

Si se toma una estrategia de investigación opuesta, el papel de los profesionales y servicios, sin dejar de ser muy importante,

aparecerá notablemente relativizado. Situando el foco de la observación en el entorno inmediato del paciente y siguiendo lo que según los distintos autores se ha llamado carrera del paciente, itinerarios terapéuticos o procesos asistenciales, entre otras denominaciones, podremos observar un recorrido que puede pasar o no por el territorio de los profesionales y que permite conocer las estrategias, concepciones y prácticas de las personas afectadas, que incluyen la toma de decisiones sobre el tipo de recursos a utilizar (Comelles, 1985 y 1993). La actuación de los profesionales es un *input* más de esos procesos, muchas veces decisivo, pero ya no constituye el referente axial de los mismos. Esta estrategia de investigación permitió dar un gran salto cualitativo a la antropología médica, especialmente a partir de la obra más conocida de Kleinman (1980).

notas

2. Sobre el síntoma, véanse las sugestivas propuestas de Àngel Martínez (1996, 1998 y 2000). Se podría añadir que el equipo interdisciplinar es también un espacio intercultural, puesto que en él coinciden diferentes subculturas profesionales.

3. Conviene clarificar los significados respectivos de autoatención y de autocuidado. Menéndez considera que la primera es un concepto más amplio que engloba al segundo. Mientras que la autoatención tiene lugar en el seno de los grupos, el autocuidado pone el énfasis en el cuidado de los individuos sobre sí mismos. Algunos autores vinculan el autocuidado a los estilos de vida y a actividades de prevención y promoción de la salud, mientras que la autoatención se referiría al cuidado de la enfermedad y otros padecimientos (Haro, 2000).

4. La automedicación genera debates que no siempre están liberados de prejuicios. Hay que tener en cuenta que muchos errores atribuidos a las personas que se automedian han sido inducidos por la misma prescripción médica. El caso del abuso de antibióticos es un buen ejemplo (véase Menéndez, 2003).

La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud

El segundo de los enfoques apuntados ha puesto al descubierto el papel básico de la autoatención, que aparece como el principal elemento estructural de los procesos de salud/enfermedad/atención en cualquier sociedad. Menéndez (2003: 198), define así a la autoatención:

"Por autoatención nos referimos (...) a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (...)".

Como en el apartado anterior de este artículo, estamos ante un enfoque que permite recoger el punto de vista de los actores situados en una posición subordinada. Y podemos ver como la vivencia de la enfermedad como *illness* es la que fundamenta inicialmente a la autoatención, contrastando con el papel estructurante que tiene la definición como *disease* en el ámbito profesional.

No se trata aquí de entrar en valoraciones y juicios sobre la autoatención, ni desde la óptica de la eficacia ni desde un discurso ideológico-moral. Se trata, simplemente, de constatar que está ahí y que va a seguir estando. Tampoco se trata de que el hecho de recoger y valorar debidamente el punto de vista de los actores suponga una aceptación acrítica de todas las ideas y prácticas. Eso sería caer en el relativismo ingenuo y pretendidamente radical tan propio de los

autores que se proclaman posmodernos. El hecho de que el discurso biomédico tienda a negar otras perspectivas no nos autoriza a tomar una actitud simétrica en sentido contrario⁵.

Interacciones entre sistemas médicos y autoatención

Un error frecuente al abordar los diferentes niveles de atención a la salud y la enfermedad se basa en considerar al sistema médico y a los servicios de salud como ámbitos totalmente separados de la autoatención. Se tiende, de manera casi espontánea, a ver esos diferentes niveles como realidades opuestas y esencialmente contradictorias. El pensamiento dicotómico permite construir versiones simples y manejables del mundo, pero gasta malas jugadas cuando se pretende obtener un conocimiento útil.

Cuando se analizan procesos concretos de salud/enfermedad/atención, aparecen múltiples y constantes interacciones, influencias, transacciones o síntesis entre distintos saberes y prácticas. Los datos empíricos echan por tierra rápidamente la supuesta separación entre la atención profesionalizada y la "profana", así como la idea de que los distintos sistemas médicos son también entidades aisladas.

Si observamos las variadas formas de atención que pueden ser utilizadas verificaremos que en ellas pueden confluir ideas, conocimientos y prácticas de muy distinto origen. Esto tiene una base lógica en los itinerarios seguidos en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud. Los

sujetos demandan, en principio, el tipo de atención que les merece más confianza o que les resulta más accesible, que en nuestro contexto acostumbra a ser la medicina oficial, pero si ésta no resulta eficaz o las incidencias del proceso generan nuevas dudas sobre el problema, se reemplazará un tipo de atención por otro o se optará por utilizar en paralelo distintos recursos terapéuticos. Así, la medicina oficial puede ser abandonada o su uso puede compatibilizarse con tratamientos naturistas, la digitopuntura o el recurso a curanderos esotéricos. Y todo esto se hace con la misma naturalidad con la que se combina el uso de la sanidad pública y de la medicina privada. Se puede afirmar que el uso combinado de diferentes sistemas es más frecuente que el abandono radical de la biomedicina y la fidelidad absoluta a una nueva alternativa. Por otra parte, la actual prevalencia de las enfermedades crónicas tiende a potenciar esos itinerarios múltiples. Una medicina que se ha presentado a sí misma fundamentalmente como curativa, no puede mantener inmaculado su prestigio cuando, en el mejor de los casos, sólo se puede paliar⁶.

Siguiendo con alguna modificación a Menéndez (2003), en los itinerarios terapéuticos podemos encontrar, sin ánimo de ser exhaustivos, las siguientes formas de atención:

- a) La biomedicina, en su faceta generalista o como especialidad, sea en servicios públicos o en consultas y centros privados.
- b) Formas antiguas o relativamente marginales de la misma medicina oficial, como la medicina naturista, la balneoterapia o la homeopatía; o bien, técnicas

incorporadas desde otros sistemas médicos como la acupuntura o la quiropraxia.

c) formas de tipo "popular" o "tradicional" como las practicadas por arregladores y curanderos tradicionales, y prácticas y cultos de carácter religioso⁷.

d) formas alternativas de origen más reciente, como las curaciones bioenergéticas, determinadas prácticas esotéricas o nuevas formas religiosas de tipo comunitario.

e) formas adoptadas de otras tradiciones médicas, utilizadas al margen de la medicina oficial (medicina china, ayurvédica, etc.).

notas

5. Menéndez (2002) pone como ejemplo el caso de las madres de algunas zonas de México que, a partir de sus patrones de normalidad, no consideran que sus hijos estén desnutridos cuando sí lo están. En este caso, como en muchos otros, el relativismo extremo, en nombre de cierta exaltación de la diferencia, se convierte en cómplice de la pobreza, de la desigualdad y de la negación de derechos. Una actitud relativista muy saludable consiste en relativizar incluso al relativismo. (Y en separar el conocimiento de la autojustificación).

6. El papel cada vez más relevante de los psicólogos en el acompañamiento de procesos crónicos ha de ser incluido en esa búsqueda de soluciones múltiples. La diferencia con el uso de medicinas alternativas radica en que es un recurso complementario bien aceptado por la mayoría de médicos, tanto porque se trata de profesionales homologados dentro del mismo sistema, que no son vistos técnicamente como competidores, como por el hecho de que descargan al médico de la difícil tarea de lidiar con los aspectos psicológicos asociados a la enfermedad.

7. El adjetivo *tradicionales* remite aquí al hecho de que este tipo de curanderos tiende a desaparecer por falta de recambio generacional (no es raro que sus hijos estudien enfermería o fisioterapia) y porque son reemplazados por nuevas ofertas más modernas, como las terapias basadas en "energías". Véase Lasala (2003) sobre el caso de Híjar, en el Bajo Aragón.

La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud

f) alternativas centradas en la ayuda mutua, que se caracterizan por estar organizadas por personas que sufren un mismo problema.

Las formas apuntadas en esta clasificación, que insisto en que se podría ampliar, no aparecen casi nunca como exclusivas o aisladas. Tampoco es raro que den lugar a combinaciones y síntesis entre elementos de varias procedencias. La decisión de utilizar unas u otras formas, y la manera de hacerlo, se toma en los ámbitos de la autoatención y del autocuidado, aunque esto suponga, fuera de estos ámbitos, una relación dependiente respecto a los profesionales o curadores de referencia⁸.

El espacio de la autoatención, como puede deducirse a partir de lo expuesto, está en constante intercambio con uno o con varios sistemas médicos y con alternativas que pueden ser muy diversas. Pero también cuando el único referente es la biomedicina, caso que presumiblemente es el más frecuente en nuestro medio urbano, se pueden registrar abundantes vaivenes entre especialistas, entre lo público y lo privado, entre distintas orientaciones y formas de organización institucional, o simplemente entre diferentes talantes profesionales. Todo ello evidencia la enorme complejidad que existe en la atención a la salud en las sociedades contemporáneas, que no constituyen modelos totalmente excluyentes, sino que generan formas híbridas e intermedias (Haro, 2000).

Aquí es necesario subrayar que todos los sistemas médicos necesitan de la autoatención y el autocuidado, puesto que es en ellos donde se concretan en la cotidianidad las prácticas de atención,

incluidas las que prescribe el sistema médico. Como ya se ha visto, la autoatención coexiste, de manera más o menos autónoma o subordinada, con uno o con varios sistemas médicos. Ningún sistema médico puede ignorar esa dimensión estructural, pero la autoatención, en última instancia, podría funcionar al margen de los sistemas médicos (Menéndez, 1984). De esto se infiere que para el enraizamiento social de un sistema médico, y mucho más para alcanzar el predominio sobre otros sistemas, ése necesita apropiarse en la mayor medida posible del control sobre la autoatención y el autocuidado, tratando de ejercer una influencia decisiva sobre ellos. Es lo que en nuestra sociedad se conoce como medicalización, cuyos efectos van más allá de lo estrictamente médico, ejerciendo importantes funciones de control social.

Autoatención y promoción de la salud

Las interacciones entre autoatención y sistema médico-sanitario evidencian la conexión entre ambos niveles y subrayan que en el espacio de la autoatención es donde entran en relación diferentes sistemas. A pesar de la influencia que la medicina hegemónica ejerce sobre las ideas y las prácticas vinculadas a la autoatención, ésta conserva un margen de autonomía, variable pero siempre importante.

Las influencias médicas pasan en los ámbitos domésticos por el filtro de las representaciones culturales, por el contraste con los saberes y habilidades transmitidos en el propio grupo y, sobre todo, por la prueba de fuego de las experiencias vividas o

conocidas en la red social. Por tanto, la hegemonía médica no suprime la autonomía de la autoatención ni produce un calco mecánico de las propuestas médicas a escala doméstica o local. Ignorar la existencia de la autoatención, o despreciarla por su carácter "profano", supone, en consecuencia, una actitud que no favorece la mejora de la comunicación en las relaciones asistenciales y que hace inviable cualquier estrategia seria de promoción de la salud y de educación sanitaria.

Ante una realidad histórica y culturalmente tan fuerte como la autoatención en salud, no cabe pensar en la eficacia de una educación basada en la idea de la tabula rasa o en el simplismo de erradicar las prácticas erróneas, sin preguntarnos por el significado que tienen para los actores, y substituirlas por otras más correctas simplemente porque así lo dictan los criterios científicos. Piénsese, como ejemplos cercanos, en el valor de la comensalidad en nuestras formas de sociabilidad, o en lo que significa el consumo de alcohol o tabaco en ciertas imágenes de la masculinidad o de la emancipación femenina. Una carencia de la biomedicina radica, precisamente, en una concepción reduccionista de lo que es científico. Cuando se trata de seres humanos, ignorar las dimensiones psicológicas y socioculturales implica caer en una visión muy poco científica de lo que es la especie humana como animal social con capacidad de simbolizar.

Ser críticos con el unilateralismo de las concepciones biomédicas más duras es, para los científicos sociales, una obligación tanto metodológica como ciudadana. En la antropología actual, por su parte, se insiste

cada vez más en el imperativo ético de dar voz a los que no la tienen. Un imperativo que debemos compartir con el trabajo social. Todo ello, sin embargo, no debe impedirnos enfocar las aplicaciones de nuestros conocimientos hacia la consecución del derecho universal a la salud. Y esto conlleva hacer llegar a toda la población los beneficios reales de la misma medicina cuyos sesgos ideológicos hemos de cuestionar.

La implicación en la promoción de la salud supone aplicar conocimientos como los que he intentado sintetizar aquí, tratando de hacer posible el diálogo y la negociación entre el mundo profesional y el ámbito de la autoatención. Una negociación en la que ninguna de las partes puede ser negada por la otra y en la que el primer paso consiste en tratar de entender todo aquello que es significativo para el otro. Cuando nos planteamos modificar hábitos, estilos de vida o formas de tratar a la enfermedad, la imposición conduce inevitablemente al fracaso. Las certezas científicas pueden significar muy poca cosa cuando se confrontan a planteamientos vitales que pueden ser muy dispares. Para hacer posible una negociación respetuosa y eficaz, hay que reconocer primero que el profesional sanitario puede ser competente en su campo, pero que no lo es con respecto a los problemas y necesidades de los usuarios, a sus condiciones de vida y a sus modelos

notas

8. Hay que subrayar, rompiendo algunos tópicos, que en la mayoría de sistemas alternativos la relación entre profesional/curador y paciente es tan jerárquica y asimétrica como en la medicina oficial, e incluso más acentuada en el caso de los curadores carismáticos. Otra cosa es la percepción que la persona usuaria tenga de ello.

La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud

culturales (Bartoli, 1989). Por ello, una intervención eficaz en educación para la salud supone una relación con los grupos de población que permita redefinir conjuntamente con ellos las situaciones problemáticas (o problematizadas) y negociar con ellos el sentido, la utilidad, la amplitud y los límites de las propuestas de cambio (*Ibid.*).

En definitiva, se trata de tender puentes de comunicación entre lo científico y lo existencial, entre la autoatención y el sistema profesionalizado. Por esta razón era tan importante romper la visión de estos dos últimos elementos como realidades separadas y ajena entre sí. Si negar o pretender eliminar a la autoatención es simplemente absurdo, en cambio, es posible hacer converger ambas realidades con el objetivo de hacer más eficaz a la autoatención (Menéndez, 2003). Esto sólo es viable a partir de reconocer la existencia y el papel fundamental de la ésta, como paso previo a establecer el tipo de diálogo que se plantea en el párrafo anterior.

No estoy proponiendo nada realmente nuevo ni revolucionario. Estas ideas estaban ya presentes en las recomendaciones de reforma integral de la atención primaria en salud que la OMS hizo suyas entre las conferencias de Alma Ata (1978) y Adelaida (1988). Tras este período, entre las reformas de los sistemas de salud en un sentido privatizador y una fuerte ofensiva del pensamiento biológico más radical, aquellas recomendaciones parecen haber quedado para uso de invocaciones retóricas y ornamentales⁹.

Competencia cultural y trabajo social

Más arriba he apuntado que los trabajadores sociales podían ser mediadores y traductores idóneos entre el mundo sociocultural de la población usuaria y las subculturas médico-sanitarias. Esto me lleva a propugnar el desarrollo de la competencia cultural como un interesante campo de actuación del trabajo social en el espacio sanitario.

El concepto de *competencia cultural* ha surgido en los Estados Unidos en estos últimos años. Implica que en los servicios de salud debe haber profesionales formados en el reconocimiento y la comprensión de las particularidades culturales de los grupos sociales atendidos, que sean capaces de establecer relaciones interculturales beneficiosas para la mejora de la asistencia y la promoción de la salud. En algunos estados norteamericanos se exige la existencia de programas de competencia cultural y de personal adecuado para implementarlos como condición para homologar a los centros sanitarios. Además de las razones de eficacia que fácilmente se pueden imaginar, el desarrollo de los programas de competencia cultural es un arma de gran importancia en la lucha contra las formas de discriminación que sufren las minorías en los servicios de salud.

La propuesta de la competencia cultural en salud es atractiva y, sin lugar a dudas, responde a necesidades que todos podemos reconocer a diario. Sin embargo, en su formulación norteamericana tiene una limitación que conviene discutir. En los Estados Unidos, la competencia cultural se

entiende como un conjunto de conocimientos y habilidades dirigido exclusivamente a la atención a las minorías étnicas. Nadie pondrá en duda que esto es imprescindible y en nuestro país cada día se oyen más voces que reclaman algo semejante en relación a la población inmigrada. En función de lo que he expuesto en este artículo, que podría ampliarse a muchos más temas, cabe preguntarse si el concepto de competencia cultural no debería extenderse a todo tipo de poblaciones. A menudo, la distancia cultural entre las subculturas profesionales (y/o institucionales) y muchos ámbitos de autoatención autóctonos es tan grande, o casi, como la que pueda existir entre lo que acostumbramos a reconocer como culturas diferentes.

Quizás, lo que más varía es la percepción que se tiene de la diferencia. La discrepancia cultural con el paciente autóctono se interpreta en términos de ignorancia, irresponsabilidad, cerrazón o en base a distinciones ideológicas y, muy frecuentemente, en forma de disturbio psicológico. En cambio, cuando esas mismas condiciones, que también existen, aparecen en una familia magrebí o asiática, por ejemplo, todo lo atribuimos a *su* cultura. Esta última interpretación, por otra parte, tiende a ignorar las diferencias que se dan incluso entre personas de una misma procedencia étnica o nacional, que pueden presentar niveles educativos, posiciones ideológicas y, sobre todo, experiencias vitales tan diversas como las que reconocemos sin dificultad entre los *nuestros*. En nombre de la diferencia cultural, le negamos al *otro* hasta algo tan elemental como el derecho a tener sus manías personales e intransferibles. Por todo ello, no estaría de más plantearse que la

competencia cultural debe tener un significado más amplio (sin negar la importancia de la dimensión étnica, que puede requerir alguna formación más especializada).

Teniendo en cuenta que desde el trabajo social se tiene una percepción menos sesgada por lo biomédico sobre las condiciones de vida de las personas y los grupos, es oportuno pensar que éste es el grupo profesional mejor situado para emprender el desarrollo de la competencia cultural en nuestro contexto. Tratar sobre las dimensiones culturales de la atención a la salud exige tomar en consideración a todos los sectores implicados, incluyendo a los profesionales sanitarios. Desde su ángulo de visión, el trabajador social puede observar conjuntamente tanto a los usuarios como a sus compañeros sanitarios y, a partir de aquí, analizar situaciones y promover formas de diálogo y de negociación. En este sentido, desde el trabajo social se puede desarrollar una importante función educativa a dos bandas, tanto hacia la población atendida como hacia los profesionales de la salud, que permita explicitar esas dimensiones socioculturales que tanto cuesta reconocer, simplemente porque no se llegan a definir adecuadamente.

notas

9. La relegación al limbo de las propuestas de Alma Ata, Ottawa y Adelaida no es ajena a las dificultades de integración del trabajo social en los equipos de salud. Al fin y al cabo, la incorporación del trabajo social en tales equipos es una consecuencia derivada de aquellas recomendaciones.

La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud

Bibliografía

AUGÉ, M. (1996), *El sentido de los otros. Actualidad de la antropología*. Barcelona, Paidós.

BARTOLI, P. (1989), "Antropología en la educación sanitaria". *Arxiu d'Etnografía de Catalunya*, 7: 17-24.

COMELLES, J. M. (1985), "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". *Jano*, 655-H: 71-83.

COMELLES, J. M. (1993), "La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". *Revisiones en Salud Pública*, 3: 169-192.

DEVILLARD, M. J., R. OTEGUI Y P. GARCÍA (1991), *La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de artritis reumatoide*. Madrid, Comunidad de Madrid, Consejería de Salud.

FABREGA, H. JR. (1972), "Medical Anthropology". *Biennial Review of Anthropology*, 1972: 167-229.

GEERTZ, C. (1988), *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa.

HARO, J. A. (2000), "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud", en E. Perdiguero y J. M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra (pp. 101-161).

KLEINMAN, A. (1980), *Patiens and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.

LAPLANTINE, F. (1992), *Anthropologie de la maladie*. París, Payot.

LASALA, A. (2003), *Curarse en salud. Las medicinas como sistema de transacciones*. Tesis doctoral inédita. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.

MARTÍNEZ, A. (1996), "Síntomas y pequeños mundos. Una etnografía de los 'nervios' ". *Antropología*, 12: 53-74.

MARTÍNEZ, A. (1998), "Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 68: 645-662.

MARTÍNEZ, A. (2000), *What's behind the symptom. On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Langhorne, Harwood Academic Press.

MENÉNDEZ, E. L. (1984), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México, CIESAS.

MENÉNDEZ, E. L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, CIESAS.

MENÉNDEZ, E. L. (1993), "Familia, participación y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la antropología médica", en F. J. Mercado et al. (coords.), *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México*. México, CIESAS (pp. 130-162).

MENÉNDEZ, E. L. (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, Bellaterra.

MENÉNDEZ, E. L. (2003), "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, 1: 185-207.

ROSENBERG, C. E. (1992), "Introduction. Framing disease: Illness, society, and history", en C. E. Rosenberg y J. Golden (eds.), *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick, Rutgers University Press (pp. XIII-XXVI).

WITTE, K. Y K. Morrison (1995), "Intercultural and Cross-Cultural Health Communication. Understanding People and Motivating Healthy Behaviors", en R. L. Wiseman (ed.), *Intercultural Communication Theory*. Thousand Oaks (California), Sage Publications (pp. 216-246).

“Enfermedad y Familia”

El Servicio de Trabajo Social en un Hospital Materno-Infanto-Juvenil

VV.AA.*

El Hospital es el último eslabón dentro del engranaje de la atención sanitaria especializada a donde se llega básicamente cuando el proceso de la pérdida de salud no se ha podido resolver en los niveles anteriores. (Atención Primaria de salud).

Así mismo es un lugar estratégico de detección de situaciones familiares latentes o no conocidas que emergen en el momento de una crisis que implica el hecho de la misma enfermedad y/u hospitalización, sobretodo cuando se trata de los hijos.

El Servicio de Trabajo Social en el Hospital es un servicio más dentro de esta Institución que trata directamente la problemática y consecuencias generadas por la situación de la enfermedad en el Hospital.

Tiene carácter asistencial que se concreta en **objetivos de Prevención, Mejora y/o Ayuda Integral** del usuario-paciente y en la **atención global** de la familia, conjuntamente con el resto de profesionales asistenciales del centro y los servicios sociales del exterior para ayudar a sostener la situación en este periodo.

Aporta los aspectos psicosociales del paciente y familia al estudio, valoración y tratamiento clínico, teniendo por denominador común la enfermedad y las consecuencias que de ésta se pueden derivar durante el proceso del tratamiento, ingreso, estancia y salida del Hospital.

Según la "Acreditacion para Hospitales de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals",(1966):

“El Trabajo Social hospitalario dentro del equipo multidisciplinar: colabora en la búsqueda de un nivel óptimo de salud, intentando paliar el impacto que la enfermedad y/o disminución causan en el propio afectado y en su entorno más cercano”

Insertado dentro de un Hospital monográfico Materno-infanto-juvenil ha de partir de una concepción holística del niño/a como persona, colaborando a llevar a la práctica los acuerdos firmados en la Convención de las Naciones Unidas por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (1996) en sus cuatro grandes apartados:

Provisión

Derecho básico a la supervivencia y desarrollo en el ámbito de la salud, la enseñanza y la seguridad social. Llegando el estado allá donde los padres o responsables no puedan o no se responsabilizan.

Protección

Garantizar a todos los menores el no sufrir ningún tipo de violencia, (incluida la familiar), explotación o maltrato, interviniendo el Estado para obligar y/o proteger, promoviendo la rehabilitación.

notas

* Agustín Bonifacio Guillén, M^a Angeles Claramonte Fuster, Marta Gavaldà Vinzia, Cristina Macías Borrás, Rosa María Fernández Algué. Diplomados en Trabajo Social. Servicio de Trabajo Social. Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Participación

Reconocimiento del menor como persona individualizada con opinión, sentimientos y recursos para desarrollarse. También hacia quienes puedan estar afectos de discapacidades.

Reconocer la capacidad de ser agentes activos de sus propias vidas. No subestimando las percepciones y conocimientos acumulados acerca de sus propias necesidades y de su historia vital.

Promoción y Divulgación

De los derechos a los menores y a los adultos.

Con los cambios de la Sociedad han surgido nuevos retos y necesidades y por tanto la responsabilidad de crear nuevas respuestas adaptativas y eficaces a éstas. Dando prioridad a las familias en situación de mayor precariedad, especial fragilidad o riesgo, como son las situaciones de:

- Maltrato
- Negligencia
- Familias con hijos afectados de enfermedad crónica
- Desplazados de su medio habitual o en situación de crisis

En la práctica, para poder dar cumplimiento a los acuerdos antes mencionados, y respuesta a las nuevas necesidades la **organización funcional** del Servicio de Trabajo Social del Hospital de Sant Joan de Déu, se ha estructurado: **atribuyendo un trabajador social referente** a las

especialidades médico quirúrgicas y Unidades de valoración y tratamiento teniéndose en cuenta, tanto el mayor número de pacientes y/o familias derivadas de algunas especialidades, como asimismo las de aquellas patologías que por la problemática sociosanitaria que generan hacen más necesaria la intervención del trabajador social. Con ello, se posibilita dar:

- Respuestas de mayor calidad al trabajo que se realiza.
- Reducir la dispersión en el propio trabajo del profesional.
- Disminuir la excesiva movilidad del usuario.
- Potenciar el trabajo en equipo, unificando estrategias de intervención y protocolos consensuados con el resto de profesionales optimizando recursos y evitando duplicidades.
- Profundizar más en los factores que influyen y las consecuencias socio-sanitarias que la patología crea en la persona y/o grupo familiar de forma específica, aportando estos datos a otros servicios de la Comunidad para mejorar conjuntamente la atención de la sanidad pública.

Este profesional referente de la especialidad médico-quirúrgica acoge la demanda derivada desde el equipo médico, enfermería o familia como de profesionales o servicios del exterior, ya sea desde el Servicio de Urgencias como de Consultas Externas y/u Hospitalización.

Paralelamente hay un **Servicio de Permanencias** abierto de 8 a 18 horas de Lunes a Viernes, de carácter rotativo entre los trabajadores sociales para acoger todas las

peticiones tanto del interior y/o del exterior de situaciones diversas que no tienen un trabajador social de referencia.

Círcito de la Intervención Social

La intervención social se inicia desde el momento en que llega una demanda o se deriva a un usuario y/o familia al Servicio de Trabajo Social. Esta demanda y/o derivación puede venir de cualquier área del Hospital, Unidad y/o patología clínica realizada por algún profesional asistencial, los propios implicados o servicios sociales del exterior. Así, mediante el estudio estadístico de los últimos 5 años en nuestro servicio se constata que hay una mayor derivación desde el equipo médico en un 33% y aumentan las familias que vienen por iniciativa propia 18%.

Modelos de intervención social

En nuestra práctica profesional, como servicio social hospitalario en el ámbito materno-infanto-juvenil, nos centramos en dos modelos de intervención:

- **Modelo de crisis**, basado en los estudios de Caplan y Otto Rank. Donde definen la crisis: "como perturbación de una situación estable que se caracteriza porque sobreviene de forma repentina, inesperada y acostumbra a tener una duración limitada" para pasar a reajustes utilizando nuevas formas de conducta y poder llegar también a cambios positivos.
- **Modelo Psicosocial**, basado en la teoría psicoanalítica, que aporta a los

profesionales del Trabajo Social las bases para el análisis y comprensión de las personas y las situaciones. Ofreciendo conocimientos sobre las necesidades básicas que son precisas satisfacer para que la persona se pueda desenvolver en el medio de forma adecuada mediante el intercambio con éste.

Cuando hablamos de intervención social en el marco de un Hospital Materno-infanto-juvenil no podemos hablar directamente de lo que es la enfermedad y como se actúa en estas situaciones sin hacer una reflexión sobre lo que es y representa la familia para el niño y la significación que ésta tiene en el propio paciente y en el grupo familiar.

La familia

La familia es la unidad básica de la sociedad. Es el marco natural de soporte emocional, económico y material esencial para el crecimiento y desarrollo de sus miembros, en especial los lactantes, niños y también de atención a otros miembros como las personas mayores, discapacitados y los enfermos. (ONU. Documento elaborado en el año Internacional de la familia 1994)

La estructura de la familia a lo largo de los años ha ido cambiando por:

- El paso de una sociedad de familias a una sociedad de individuos
- La familia media ya no es extensa sino nuclear (pareja con hijos), los abuelos viven en otro domicilio
- El número de hijos es cada vez menor
- Conviven diversas formas de aparentamiento (legalizados, convivencia

- entre parejas heterosexuales, homosexuales)
- Familias monoparentales, constituidas por un solo adulto que se hace cargo de los hijos
- Padre y madre con actividad laboral fuera del hogar
- etc.

En la actualidad se dan diversos modelos familiares, todos válidos, porque lo que hace a la familia, es la capacidad para cumplir sus **Funciones Parentales** para dar respuesta a las necesidades básicas de los hijos:

- De carácter emocional: generación de amor y seguridad, fomento de la esperanza, mecanismos de contención en situaciones de sufrimiento, capacidad de reflexión.
- Sociales: construcción de la socialización en sentido amplio (educación, aprendizajes) transmisión de normas de convivencia y valores culturales.
- Materiales: Asegurando unas condiciones socio-económicas adecuadas que puedan cubrir sus necesidades básicas: de alimentación, sanitarias, educativas, de relación etc.)

En este proceso de desarrollo familiar se van experimentando cambios tanto en el propio grupo como en el niño/a o adolescente a lo largo del ciclo vital en sus diversas etapas. Cada una de estas etapas son únicas e irrepetibles dejando una impronta positiva o negativa según haya sido la experiencia vivida.

Uno de estos momentos que puede producir impronta provocando una situación de crisis

en el proceso de desarrollo personal y del grupo familiar es la aparición de la enfermedad en el seno de su grupo.

Enfermedad y Familia

El diagnóstico de una enfermedad en un miembro de una familia produce en ésta un impacto que altera el equilibrio que tenía hasta aquel momento.

El efecto desestabilizador que produzca en la familia va a depender de factores internos y externos a la misma. Estos factores tienen que ver con:

- El tipo de enfermedad diagnosticada,
- La familia a la que atañe
- Y al marco social más amplio donde se desarrolla esa familia.

En relación a la enfermedad no cabe duda que el impacto que produce no será el mismo si se trata de un proceso agudo que requiera una corta hospitalización y un pronóstico de curación que aquellos procesos de enfermedad crónica que requieran de frecuentes ingresos, largas hospitalizaciones y/o con un pronóstico incierto e incluso con amenaza de muerte.

En el primer supuesto, en el de los procesos agudos, el hecho perturbador de una enfermedad va a suponer una experiencia más en la historia de aquella familia pero, si hablamos del segundo supuesto, la cronicidad, a veces la enfermedad puede configurar la forma de vida de aquella familia.

El segundo factor que señalábamos anteriormente se refiere a la familia en si misma.

En primer lugar el diagnóstico sumerge a la familia en una crisis al producirse un impacto emocional repentino e inesperado. La enfermedad aparece como una amenaza al equilibrio conseguido por aquella familia. Aparecen una serie de reacciones emocionales: angustia, miedo, ansiedad, rabia, negación que forman parte del proceso de adaptación y que pueden actuar como mecanismos de defensa ante este sufrimiento. Es muy común que se produzca una reducción de las capacidades de procesamiento de la información y por tanto de asimilación y comprensión.

El impacto que produce la enfermedad, en especial si se trata de pronósticos de evolución incierta, genera en la familia la imposibilidad de garantizar las funciones parentales básicas.

El tipo de estructura familiar, el momento del ciclo vital donde se encuentre, la dinámica que presenta y su capacidad emocional determinan muchos de los problemas específicos relativos a cómo el sistema familiar se ve afectado por tener uno de sus miembros enfermo. La etapa de desarrollo en que se encuentra la familia y el grado de madurez familiar condiciona la capacidad de respuesta y atención a la nueva situación.

Si bien es cierto que la aparición de una enfermedad es un hecho imprevisible en la evolución de las personas, lo es todavía más cuando aparece en un niño o adolescente. Lo inesperado del hecho obliga a la familia a adaptarse de forma instantánea sin un marco de referencia previo. La tendencia general de las familias es la de unirse y buscar recursos para centrar su atención en la resolución de

los problemas que la enfermedad pueda generar. Se produce una brusca alteración del ritmo de vida familiar donde cada miembro tiene una actitud particular hacia la misma y donde deben buscar un nuevo equilibrio: ajustando las funciones de sus miembros y redistribuyendo roles y tareas. Ello implica adicionalmente un cambio de valores, objetivos y expectativas de futuro.

En nuestra práctica profesional observamos que estas adaptaciones que en mayor o menor grado las familias se ven obligadas a realizar por causa del proceso de una enfermedad lo hacen generalmente por sí solas. Otras familias precisarán ayuda externa. Éstas no pueden hacer frente a esta situación solas, debido a una serie de factores que las hacen especialmente vulnerables. Entre estos factores podríamos mencionar:

- La existencia de problemas familiares previos a la enfermedad (pareja inestable, enfermedad de algún progenitor, cuidado de algún otro familiar enfermo).
- Ausencia de recursos personales para conducir el estrés y las reacciones emocionales descritas anteriormente.
- Experiencias negativas previas a otra situación de enfermedad pueden provocar una situación de agotamiento y de fragilidad emocional para hacer frente a nuevos acontecimientos.
- Hospitalizaciones largas y frecuentes.
- Pronóstico desfavorable de la enfermedad.
- Situación económica precaria.
- Ausencia de apoyo familiar y social. Familias desplazadas cuya residencia queda muy alejada del hospital.

Con relación al marco social actual y como elemento de cambio que afecta a las familias

en las últimas décadas, la incorporación de la mujer al trabajo supone que la figura que por excelencia asumía el papel de cuidador principal tenga que compartir su vida laboral con el cuidado del miembro enfermo de la familia. Ello supone, en la mayoría de las situaciones, un factor más de estrés al no poder compatibilizarse las dos tareas.

También observamos que cuanto mayor sea el apoyo de la red social cercana a la familia mayor capacidad de ésta para hacer frente a la situación y para poder compensar las consecuencias a largo plazo que pueden surgir entre sus miembros.

Impacto de la Enfermedad en el Niño

A partir del diagnóstico de una enfermedad que revista cierta gravedad y/o cronicidad el niño y/o adolescente deberá afrontar nuevas situaciones y adaptarse a ellas. Ello le supondrá más o menos dificultades en función de diversos factores como pueden ser la edad, su propia personalidad y sobretodo la capacidad de la familia para hacer frente a la nueva realidad.

Entre otras deberá enfrentarse a:

- Un entorno que no le es familiar.
- A ingresos en el hospital, visitas periódicas a consultas externas y según la patología seguimiento médico durante años.
- A conocer diferente y a veces numeroso personal sanitario que puede ser cambiante.
- A prácticas terapéuticas que comporten malestar e incomodidad (por ej. pinchazos, curas dolorosas etc.).

- A sufrir los efectos secundarios de los tratamientos: (en oncología por ejemplo, a náuseas, anorexia, o a alteraciones físicas permanentes amputaciones, ceguera, esterilidad).
- A un nuevo aspecto físico (alopecia, edemas, caquexia).
- A sentirse “diferente”.
- A alteraciones de carácter emocional:

El niño percibe muchas veces señales del entorno que le indican la gravedad de su enfermedad con gestos, la preocupación en la cara de sus padres.

En algunas situaciones el niño/adolescente enfermo debe interrumpir su actividad diaria, es decir, sus estudios y puede caer en un cierto aislamiento al perder por un tiempo el contacto con su entorno más inmediato: la escuela.

Así pues la familia en sí misma y por tanto sus miembros se ven afectados desde diversas vertientes:

Relaciones intra-familiares

Se ven alteradas las relaciones intra-familiares tanto en el ámbito de la propia pareja como con el resto de los hijos. Con relación a la pareja las frecuentes y/o largas hospitalizaciones, dado que el niño que está ingresado permanece acompañado siempre de uno de sus progenitores, provocan un distanciamiento entre sus miembros dado que suele incrementarse la relación madre-hijo, ya que ésta suele asumir el rol de cuidadora principal y muchas veces exclusiva, quedando la relación padre-hijo debilitada.

En relación con los hermanos, normalmente se les mantiene alejados del tratamiento del paciente y la atención de los padres se desplaza hacia el hermano enfermo. Aparecen sentimientos de culpa, por si ellos, los sanos, han provocado la enfermedad, rabia por sentirse abandonados o desplazados e incluso puede producirse envidia porque el hermano enfermo focaliza la atención de los padres. Pueden mostrarse irritable, celosos, bajar el rendimiento escolar enuresis etc. Todo ello provocado por la ruptura de la interacción con los padres y la sensación de soledad al tener las figuras de apoyo, los padres, fuera del núcleo familiar.

Los padres suelen esperar que los hijos sanos asuman más responsabilidad de la que pueden. A veces pasan a ser cuidados por familia extensa e incluso desplazados de su lugar de residencia habitual.

Relaciones sociales

Se produce también con frecuencia un aislamiento del núcleo familiar, dado que muchas veces interrumpen proyectos que tenían relación con amigos o familiares (viajes, salidas, actividades deportivas compartidas etc.). Asimismo, y según que tipo de enfermedad, conlleva todavía un estigma que puede producir según el entorno social que envuelve a la persona conductas de distanciamiento. Muchas veces ocurre que los amigos no saben como ayudar y les produce miedo el acercarse a una situación de tanto sufrimiento.

Entorno laboral

El hecho de que sea un niño/a o adolescente el que enferme conlleva implícitamente que

sea un adulto el que continuamente le acompañe las 24 horas durante su ingreso hospitalario y en los tratamientos y controles posteriores de consultas externas o en tratamientos de hospital de día.

Por ello no es difícil imaginar que estas personas adultas, y especialmente si hablamos de niños de temprana edad, sean su padre o su madre, como referentes únicos para el niño y los que le pueden transmitir mayor seguridad, confianza y afecto. Ello conlleva que la vida laboral del progenitor que mayoritariamente le acompañe se vea alterada y se hace evidente que es del todo incompatible con un horario laboral normal. Dada la falta de protección jurídica y de previsión por parte de la normativa actual, se obliga a las familias a buscar alternativas que pasan algunas veces por permisos laborales sin sueldo con las consecuencias correspondientes en el orden económico, por el abandono del trabajo o por bajas laborales.

Situación económica

La situación económica se ve siempre afectada. Cualquier hospitalización genera unos gastos extraordinarios para la economía familiar. A ello se le debe añadir habitualmente un descenso en los ingresos. Entre los gastos más comunes podíamos citar entre otros: mantenimiento del acompañante, viajes, alojamiento en hotel, necesidades sanitarias añadidas como ayudas técnicas, gastos nuevos que se generan en el domicilio familiar como consecuencia de las adaptaciones que deben realizarse ante la nueva situación etc.

Otro de los aspectos relevantes del Hospital, como ya hemos citado en el inicio de este

artículo, es el de ser un lugar estratégico para la detección de situaciones familiares en que por acción u omisión se causan lesiones físicas, psíquicas o emocionales a sus miembros, que alteran asímismo la salud del niño/a o adolescente.

Es cuando hablamos de: **INFANCIA EN RIESGO o del MALTRATO.**

El maltrato en la infancia es un problema grave que a lo largo del tiempo cada vez ha sido más conocido y diagnosticado, sin que esto presuponga que no existiera anteriormente.

De acuerdo con la definición de “El llibre de’n Pau” (Generalitat de Catalunya, Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Barcelona, 1.996), “el niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, psíquica y/o sexual, también por omisión por parte de las personas o instituciones de las cuales depende su correcto desarrollo”.

La detección de un niño maltratado muchas veces es exponente de una familia con dificultades, y hay que entender que tanto el que recibe el maltrato como el que lo lleva a término, forman parte de la misma situación. La atención prioritaria se dirigirá al más débil, es decir, al niño.

A parte del maltrato que se produce en el entorno familiar (intrafamiliar) existe también el que se produce fuera de éste, dirigido a uno o varios individuos, el que llamamos maltrato extrafamiliar.

Hay una serie de factores que influyen o predisponen para que se produzca una situación de maltrato. **Son lo que**

denominamos indicadores de riesgo. Estos indicadores, que aparecen normalmente unos asociados a otros, a veces no nos hablan de maltrato, pero si de una situación de riesgo, que también requiere la intervención social.

Cuando se detecta una situación de riesgo en el hospital, mientras dura el proceso de estudio y valoración clínica o una vez finalizado éste, se establece contacto con los servicios socio-sanitarios de la red, tanto si son conocedores del caso o no, para que puedan tomar o retomar el caso y programar una continuidad. Es importante estar en permanente contacto y mantener coordinaciones con los servicios sociales, escolares, sanitarios, etc. para poder abordar la globalidad de estas situaciones tan complejas.

Destacamos los siguientes indicadores de riesgo:

- Un determinado tipo de niño, con unas características especiales, que vive en el seno de una familia con dificultades:

- Niños no deseados.
- Niños que han estado separados de sus padres, especialmente los primeros meses de vida.
- Niños que presentan algún déficit (físico, psíquico, sensorial) enfermedad crónica o infecciosa.
- Niños hiperactivos o de llanto continuo.
- Con pocas relaciones sociales.

- Un determinado tipo de padres:

- Padres que han sufrido en su niñez carencias físicas y/o emocionales.
- Familias monoparentales y/o con poco

apoyo del entorno familiar y social.

- Padres que muestran poco interés o vinculación afectiva hacia el hijo.
- Padres con una actitud de exigencia poco adaptada a la realidad y posibilidades del niño.
- Con problemas de personalidad: padres inmaduros, con falta de control, pasivos o con dificultades para expresar afecto.
- Padres con conductas de riesgo: drogodependencia, marginalidad.

- Determinadas situaciones sociales desfavorables, circunstancias psico-sociales, familiares y/o individuales:

- Condiciones de vida desfavorables, por falta de recursos económicos, vivienda, etc.
- Dificultades de integración por razones étnicas, culturales, idiomáticas u otras.
- Situaciones de emergencia.

Maltrato

Cuando hablamos de Maltrato nos remitimos nuevamente el “**Llibre de'n Pau**” donde se describen diferentes tipos de maltrato:

- Físico. Incluimos el Síndrome Munchhausen “por poderes” que se define como “la descripción de hechos falsos o la provocación de síntomas de enfermedad por parte de padres o tutores, para generar un proceso de diagnóstico y atención médica continuada. Se puede iniciar de forma leve y esporádica, pero puede llegar a provocar la muerte del niño.”
- Por negligencia o abandono.

- Psicológico y emocional.
- Explotación laboral
- Prenatal.

Estos diferentes tipos de maltratos cada vez se detectan de forma más precoz a través de escuelas, servicios sociales y/o sanitarios.

Dentro de estos, los Hospitales, como hemos mencionado anteriormente tienen un papel destacado en la detección y en el tratamiento de los mismos, tanto desde la atención en el servicio de Urgencias como en plantas de Hospitalización.

En ambos casos pueden darse tres situaciones diferentes:

- a) Niño que llega al hospital con orientación diagnóstica definida de maltrato, pero sin que quede claro quien es el responsable del mismo.
- b) Niño que llega con la sospecha diagnóstica de maltrato que será necesario clarificar y definir respecto a otros posibles.
- c) Niño que se atiende en el hospital por cualquier otro motivo y se observan indicadores de negligencia o maltrato.

El niño maltratado es el síntoma de una familia o sociedad desestabilizada, desestructurada o enferma. Por eso el tratamiento del niño no es una labor exclusiva de los pediatras y se hace imprescindible un trabajo multidisciplinar para tratar el niño y su entorno. Entendemos que hay una serie de factores de disfuncionamiento social que no se pueden abordar en su globalidad sino es desde la conjunción de varias disciplinas. Este equipo requiere estar estrechamente vinculado a los equipos socio-sanitarios externos.

El equipo multidisciplinar del Hospital deberá valorar los indicadores que hacen pensar en una sospecha diagnóstica de maltrato, considerando que habitualmente no aparecen indicadores aislados, sino asociados, y hay que valorarlos prudentemente ya que pueden aparecer por otras causas.

Señalamos

Algunos de los indicadores propios del maltrato físico:

- Retraso en la solicitud de asistencia médica.
- Versiones contradictorias de los hechos que han originado las lesiones.
- Historia de múltiples accidentes y traumatismos.
- Ingesta de tóxicos en niños pequeños sin autonomía.
- Signos físicos: lesiones internas, óseas y de articulaciones, cutáneas, de ano-genitales.

Algunos indicadores propios de maltrato por negligencia de los responsables de la atención del menor:

- Manifestaciones físicas (falta de higiene, eritema del pañal, caries dental extensa, cansancio habitual...)
- Manifestaciones conductuales del niño (retraso psicomotor no justificado, trastorno de la conducta...)
- Manifestaciones de comportamiento negligente en los responsables del niño (carencia de control pediátrico, incumplimiento de los tratamientos pautados, poca vigilancia, etc.)

Algunos indicadores propios del maltrato emocional:

- Retraso en el desarrollo,
- Trastorno del lenguaje
- Miedos injustificables
- Tristeza
- Conductas autistas o autodestructivas, etc.

Indicadores propios de abuso sexual.

Cabe destacar que en muchos casos donde se han producido abusos sexuales los indicadores físicos son inexistentes. Nos debe alertar otro tipo de aspectos, como los juegos sexualizados no apropiados por la edad, interés o pudor desmesurado, infecciones genitales, dolor perineal crónico.

Para abordar la globalidad y la complejidad de los casos donde aparece la sospecha de maltrato se requiere el trabajo multidisciplinar con la intervención (como mínimo) de médico, personal de enfermería y trabajador social, aplicando el Protocolo que hay en el Hospital para estos casos; velando en primer lugar por la protección del menor y aplicando un plan de trabajo orientado a la rehabilitación de la familia para evitar nuevos episodios de maltrato o que se extiendan a otros miembros del grupo familiar.

Trabajo que hay que realizar preservando el derecho a la intimidad de las personas, interviniendo con mucho respeto y discreción, tanto dentro del hospital como de la información o documentación que salga o se reciba del exterior. En determinados casos se deberá informar a la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Generalitat de

Catalunya o al organismo competente en protección de menores en otras CC.AA. y/o a las autoridades judiciales, para que valoren la necesidad de una retención hospitalaria y/o alejamiento de los familiares del niño si la situación así lo requiere.

Círcito de Intervención multidisciplinar

En primer lugar el médico intentará complementar y/o establecer el diagnóstico, derivando la situación y/o solicitando la intervención del Trabajador Social.

El personal de enfermería deberá valorar y subrayar si detecta nuevos indicadores de riesgo o aparición de nuevas lesiones en la relación niño/a/adolescente con la familia o persona acompañante.

Desde el Trabajador Social:

Se inicia el contacto con el equipo médico y de enfermería recogiendo la información y observaciones obtenidas por ellos.

Se realiza el estudio socio-familiar, con los datos que aportan los otros profesionales y los que recoge directamente el trabajador social de las entrevistas con los padres y/o familia extensa, así como de otros servicios socio-sanitarios, y/o profesionales del exterior conocedores de la familia y/o del niño.

Registro de la intervención realizada en la historia clínica y comunicación al resto de profesionales del equipo del resultado de las gestiones y valoración social.

- Posteriormente: realizar una valoración conjunta y diagnóstico global de la situación por el equipo.
- Establecer un plan de intervención multidisciplinar.
- Entrevista devolutiva a la familia por parte del equipo informando de la actuación desde aquel momento de los profesionales.
- Mantener durante el ingreso contacto con la familia para contener la tensión propia de las circunstancias.
- Coordinación con la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia en cada Comunidad Autónoma con la Entidad u Organismo competente en materia de Protección al Menor y/o el juzgado, cuando la situación lo requiera.
- Programación si se cree conveniente de un seguimiento a corto plazo de la situación.

Conclusiones

Como colofón a todo lo dicho anteriormente, el nuevo marco social cambiante hace que el Trabajo Social en el Hospital se deba reajustar permanentemente en sus conocimientos y técnicas para ayudar a superar los desequilibrios y disfunciones que estos cambios de la Sociedad producen directamente en las familias y en sus miembros más vulnerables, en nuestro caso mujeres, niños/as y adolescentes.

Este reajuste de conocimientos y técnicas viene avalado por la documentación social con la que se trabaja (historia social, informe social, estadística anual, memoria del Servicio) la cual permite la reflexión del trabajo realizado y la posibilidad de elaboración de nuevos proyectos y

**“Enfermedad y Familia”
El Servicio de Trabajo Social en un Hospital
Materno-Infanto-Juvenil**

programas ajustados a las necesidades presentadas.

Colaborando de forma directa en su intervención multidisciplinar a cambiar el concepto de “ enfermedad “por la de “enfermo” propiciando una visión global de éste como ser humano integral.

Bibliografía

ANAN. *“Familia y deficiencia mental”*. El ciclo vital de la familia de la persona con disminución psíquica. Ed. Salamanca. 1993

ESCARTÍN CAPARRÓS, M. José. *“Manual del Trabajo Social (modelos de práctica profesional)”*. Colección Amalgama. Ed. Aguaclara. Oct. 1992

FERNÁNDEZ, Rosa y otros. Sesión Clínica: *“5 anys del Servei de Treball Social en l’Hospital Sant Joan de Déu”*. Documentos de trabajo. Servicio de Trabajo Social. Hospital Sant Joan de Déu. abril 2002

Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. *“Consells per a l’embarassada”*. Edita : Direcció General de Salut Pública

Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. *“El Llibre de’n Pau”*. 1996

Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramón Llull. *“Ensayos de Bioética”*. Fundación Mapfre Medicina. 2003-10-20

“Manual para padres con niños prematuros”. Fundación del Hombre. Foro del niño. Sociedad

MARTÍNEZ, Antonio *“Els maltractaments infantils a Catalunya”* Col.lecció 1 Infants maltractats. Direcció General d’Atenció al Menor. Benestar Social. Mayo 1991

RENAU, D.; Roig, M.; Leal, J. *“La família i la infància”*. Diputación de Barcelona. Col.lecció Serveis Socials (9), 1994

SCHOR, E. I. *“Influencia de la familia en la salud infantil”* Health behavior and family research. Le Clere FB (Eds) Family Health. National Council on Family Relations, Minneapolis, 1993; pp.20

Maltrato de ancianos: un problema social y de salud

Mercedes Tabueña Lafarga, Prof. EUTS
Universidad de Barcelona.

Cada vez está más verificado el hecho de que el maltrato de los ancianos es un problema grave tanto desde un punto de vista social como de salud.

En nuestro país en la década de los años 80 se inició una actitud de tomar conciencia de los malos tratos centrados en los niños y adolescentes en toda su amplitud, durante la década de los 90 fue la violencia focalizada en el género femenino, que centró la atención, creemos que ahora, al inicio del nuevo milenio, es del todo necesario que se manifieste un interés, tanto de la comunidad científica como de los profesionales, de la política social y de la sociedad en general sobre la existencia de graves situaciones de maltrato y negligencia en el ámbito de las personas de edad avanzada.

Una persona que no conoce sus derechos pierde su autoestima y es fácilmente victimizado.

La primera conferencia de consenso sobre el anciano maltratado celebrada en Almería (1995) fue una de las primeras manifestaciones, a nivel del estado español y desde el ámbito estrictamente profesional, que abordó los malos tratos a los ancianos con rigor y visión crítica. Como resultados más relevantes de dicho encuentro destacaremos la elaboración del concepto de maltrato a los mayores y la divulgación de un resumen básico que expone la situación del problema en España con la finalidad de sensibilizar a todas las instituciones de nuestra política social. Se centra en los siguientes puntos:

- a) Desconocemos lo que sucede puesto que no hay estudios de prevalencia ni de incidencia.
- b) Los malos tratos pueden suceder en instituciones y en la familia, cuyos principales implicados son los cuidadores ya sean formales o informales. Así mismo el maltrato no es privativo de las clases sociales desfavorecidas.
- c) Se constata la ausencia de disponibilidad de legislación específica de protección a las personas ancianas frente a los abusos, no obstante esto tenemos la obligación legal y ética de notificar los hechos en casos de sospecha.
- d) Todos los profesionales que están en contacto con los ancianos han de prestar atención a los signos y síntomas de malos tratos.
- e) La prevención y la intervención se ven dificultadas a causa de la negación y el desconocimiento del problema.
- f) La misma población de mayores debe conocer sus derechos y deberes, así como los recursos que existen para poder hacer frente a situaciones de malos tratos.
- g) Existen unos factores de riesgo que tienen una relación directa con el incremento de probabilidad de situaciones de malos tratos.
- h) Es del todo necesario dedicar más dotación presupuestaria para poder llevar a cabo investigaciones sobre los malos tratos a los ancianos.

Factores que transforman nuestra sociedad

Existen unos factores que nos van indicando la presencia de importantes transformaciones en nuestra sociedad las cuales es preciso abordar con una gran dosis de creatividad y celeridad. Estas son:

- Los cambios demográficos con el progresivo envejecimiento de la población. (En el año 2010 habrá 7 millones de personas mayores de 65 años. Actualmente el 17% de la población actual en España es mayor de 65 años). Otro dato relevante es que un tercio de los hogares unipersonales lo constituyen mujeres de más de 65 años. El número de personas que llegan a edades muy elevadas está aumentando considerablemente, generando un intervalo que va de los 80 a los 90 años, el cual precisa de una atención muy especial. En los países desarrollados no es excepcional el hecho de llegar a los 100 años, no obstante esto, es importante y conveniente que el proceso de envejecimiento resulte una experiencia positiva.
- Los cambios sociales, la familia deja de ser extensa y aparecen otras formas de convivencia, el papel de la mujer cuidadora deja paso a un cambio de normas establecidas cultural y tradicionalmente, la movilidad e inestabilidad laboral.
- El exceso de responsabilidad que asumen las abuelas frente a situaciones que surgen en las familias como el cuidado de los niños en toda su amplitud, ser el refugio de los hijos enfermos (sida, alcohol, drogas) o en situación de precariedad económica y que ellas soportan, en ocasiones, hasta la muerte. Es el denominado Síndrome de la Abuela esclava.
- Los cambios culturales, los estereotipos negativos sobre el envejecimiento fomentan una nueva tipología de discriminación por la edad (ageism), el edadismo.

consiste en el proceso de aprovechamiento y máxima optimización de las oportunidades que favorecen el mantenimiento del bienestar físico, psíquico y social a todo lo largo del ciclo vital. De esta manera se puede asegurar que todos los ciudadanos de edad avanzada puedan seguir aportando una contribución positiva y vital tanto en sus propias familias como en la comunidad. Así mismo, la promoción del envejecimiento activo ayudara a generar solidaridad intergeneracional y también a crear una sociedad que integre a todas las edades.

reconocimiento de valores tan sublimes como la sabiduría, la dignidad y la prudencia, que son fruto de una experiencia de toda la vida, comporta el respeto de la sociedad hacia la vejez.

- El hecho del sobreenvejecimiento y la longevidad de la población española conllevan un incremento de enfermedades neurodegenerativas, especialmente la enfermedad de Alzheimer, demencia degenerativa, irreversible y progresiva, así como otras demencias secundarias. En este caso se precisan muchos recursos asistenciales y sociales para poder atender estas situaciones. Así mismo la formación específica de los cuidadores, formales o informales, es un factor fundamental.
- Modificaciones en las pautas de las obligaciones de los parientes hacia sus familiares ancianos (el sentido de la obligación) que cada vez más va dejando de ser vigente. El cuidado a los ancianos no está claramente definido en normas sociales explícitas como lo está para los niños.
- Constatamos y verificamos el aumento de situaciones de maltrato y violencia dirigida a los mayores, especialmente los muy ancianos. Los adultos mayores viven más años y esto implica que a medida que se envejece, los mayores precisan de más cuidados, tarea que recae en los cuidadores. Ante esta emergencia surgen cuestionamientos sobre las normas y las condiciones respecto a los cuidados familiares.

Los malos tratos a mayores no es nada nuevo, lo es su abordaje que conlleva la gran

dificultad y la insuficiencia de instrumentos que ofrezcan facilidades para la detección de evidencias a través de pruebas empíricas sistemáticas.

Recomendaciones de organizaciones internacionales y nacionales

Si desconocemos el problema no podremos solucionarlo. De tal forma debemos mejorar el conocimiento sobre los malos tratos a los ancianos, siendo esta una prioridad fundamental en todo el mundo.

Instituciones relevantes, a nivel internacional y nacional incluyen referentes y recomendaciones específicas sobre este tema. Exponemos a continuación algunas de ellas.

- El Consejo de Europa en el año 1990 organizó una conferencia en Estrasburgo donde se elaboraron aspectos muy importantes como definiciones, tipologías sobre el maltrato hacia las personas mayores.
- Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas mayores. Resolución 46/91 de la Asamblea General de las UN, 16 de diciembre de 1991. Cinco fueron los principios: independencia, participación, cuidados, autorealización y dignidad. Incitan a los gobiernos a que los introduzcan en sus programas nacionales cada vez que sea posible.
- Asociación Médica Americana (AMA) 1994. Desde hace varios años esta

asociación dedica una especial atención al tema de los malos tratos referentes a las personas mayores y hace unas recomendaciones al personal médico de cómo y de que forma se ha de interrogar a los ancianos, puntuizando sobre que las cuestiones sobre los malos tratos han de ser directas.

- El Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento de 2002, plantea el compromiso de garantizar los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad avanzada así como sus derechos civiles, políticos, y también la eliminación de todas las formas de violencia, abandono y abuso contra las personas mayores. Contempla también la necesidad de crear servicios de soporte para atender los casos detectados de malos tratos.
- El Foro Mundial de Organizaciones No Gubernamentales, Madrid, abril 2002. En este espacio de debate se llega a la decisión de que las instituciones han de prestar atención especial a las personas mayores más frágiles y vulnerables que se encuentren en situación de pobreza y/o dependencia. Así mismo, se hace mención a la falta de protección legal en situación de violencia o malos tratos en todos los ámbitos.
- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en abril de 2002. En ella el Secretario General del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, presentó un informe basado en los estudios, informaciones y documentación existente sobre los malos tratos a las personas

mayores con la finalidad de contribuir al debate sobre elaboración de la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002. Se analiza la cuestión del maltrato dentro de un marco de los derechos humanos, presentando definiciones y tipologías en un contexto de diversidad cultural, social y económica. Se intenta estimar las repercusiones y consecuencias y también se ofrecen unas sugerencias respecto normativas que se podrían aplicar en un futuro no muy lejano. Se constata la necesidad de disponer de información fiable para consolidar el conocimiento actual relativo al maltrato de las personas mayores.

- Organización Mundial de la Salud (OMS-2002). Informe sobre Violencia y Salud. En este estudio sobre la violencia en general, dedica un capítulo completo, el número cinco, al tema de los malos tratos que afectan a los ancianos. Se expone la magnitud del problema a nivel mundial, definiendo conceptos, tipologías, factores de riesgo y otros aspectos conceptuales. También destaca la importancia de las consecuencias que comporta los malos tratos en el ámbito familiar y en el institucional. Así mismo, presenta una relación de las propuestas que existen y las medidas, junto a unas recomendaciones centradas en el incremento de conocimientos, establecer estrategias de prevención eficaces y promulgación de leyes más severas.
- La Declaración de Toronto (Canadá) diseñada por expertos y patrocinada por el Gobierno de Ontario, el 17 de noviembre de 2002. Se puede definir como un grito a la acción dirigido a la prevención global del maltrato a las personas mayores.

- España 2002. Presentación de una guía de buenas prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación. Este documento especifica que las causas más frecuentes de la violencia son: el alcohol, las toxicomanías, el paro, la pobreza y la exclusión social, así como también el hecho de que el agresor haya sido víctima de la violencia.
- II Plan Integral contra la violencia doméstica (2001-04). Las actuaciones que contempla este Plan articulan cuatro áreas, la primera de las cuales se centra en medidas preventivas y de sensibilización, de formulación y de coordinación. Es digno de mención el hecho de que no hemos encontrado ninguna aportación específica referente a las personas mayores.

Todos estos referentes nos demuestran la importancia que tiene el tema de los malos tratos centrados en las personas mayores y la necesidad de compromiso por parte de las instituciones para intervenir mediante un modelo integral.

Reconocer el problema: las definiciones, tipologías, frecuencia, ámbitos y controversias

A pesar de que las situaciones de abusos y maltratos a los ancianos han existido a lo largo de toda nuestra historia, es decir que no es algo nuevo, si lo es, su abordaje interdisciplinar y su atención especial debido al reconocimiento y respuesta al fenómeno de la violencia en general.

Definición de maltrato a los ancianos

Uno de los aspectos más complejos y que más dificultad comporta es el de la falta de una definición universal respecto a como definir el maltrato centrado en las personas mayores, lo cual provoca un gran abanico de propuestas variadas y no consensuadas. Este aspecto, hoy día, todavía es un tema que a escala internacional y nacional suscita controversias y debates.

La Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado en Almería en 1995 se acordó la definición de maltrato como:

"Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente, o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio donde suceda (familiar, institucional o estructural y social)".

Tipologías

Las formas en que pueden manifestarse los malos tratos a los ancianos son:

- Abuso físico	- Abuso Psíquico
- Abuso Sexual	- Negligencia
- Autonegligencia	- Abuso económico
- Abandono	- Vulneración de derechos

Maltrato de ancianos: un problema social y de salud

Aparecen otras formas de malos tratos como el Síndrome de Diógenes y el Síndrome de la abuela esclava.

1.- Abuso Físico: Es el uso de la fuerza física que ocasiona heridas, dolor o lesiones corporales. Incluye ataques con o sin objeto. El inadecuado uso de los fármacos. La alimentación forzada. Los confinamientos y restricciones con medidas no adecuadas. El castigo físico de cualquier tipo.

2.- Abuso Sexual: Todo contacto sexual sin consentimiento, incluye violación, tocamientos, atentados contra el pudor como el hecho de hacer desnudar, pornografía por fotografías. Se considera abuso sexual cualquier contacto sexual con una persona incapaz de dar su consentimiento.

3.- Abuso Psicológico: es causar angustia, sufrimiento o estrés. Incluye las agresiones verbales repetidas, amenazas, intimidaciones, humillaciones, persecuciones. Cualquier privación que denigre a la persona, hiera la dignidad o autoestima como no hablarle o aislarla de todos, familiares y amigos, privaciones de actividades habituales o reforzar el aislamiento social. La infantilización.

4.- Abuso económico o explotación financiera: Es el uso ilegal o indebido de propiedades o posesiones. Incluye falsificaciones de la firma, malversación de fondos, modificaciones forzadas de testamento u otro documento jurídico. Los engaños y fraudes. Los robos cometidos por personas de confianza, así mismo los acuerdos poco equitativos respecto a la transmisión de bienes.

5.- Negligencia: Se trata de no atender las necesidades de la persona mayor. Puede ser intencionada o no, producida por una falta de capacidad, de información, interés, o recursos. Incluye no atender las necesidades básicas de salud, alimento, vestido, higiene personal, seguridad, confort y el no cumplimiento de los deberes fiduciarios de una persona (como no pagar el alquiler). Puede incluirse también la inframedicación o la sobremedicación.

6.- Autonegligencia: Se interpreta como el comportamiento de una persona mayor que amenaza su propia seguridad o salud, como negarse a recibir alimento, vestirse de forma inadecuada, no tener la mínima higiene o no tomarse la medicación cuando esta prescrita por el facultativo. Se excluye las situaciones donde un anciano competente toma de forma consciente esta decisión voluntariamente (en ocasiones para llamar la atención).

7.- El Abandono: Es la deserción por parte del cuidador que tiene el cuidado y la atención de la persona mayor y la desampara consciente y voluntariamente.

8.- La vulneración de los derechos: Toda aquella transgresión de los derechos de una persona, más concretamente se manifiesta en la falta de respeto a la intimidad, falta de consideración a los deseos y decisiones de la propia persona mayor. Así mismo, el trato discriminatorio y desconsiderado. También el aislamiento, entre otros muchos.

9.- Síndrome de Diógenes: Se trata de una conducta de aislamiento comunicacional, ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades de higiene, alimentación o

salud, reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas y negación de la situación patológica, que se presenta habitualmente en ancianos solitarios.

10.- *Síndrome de la abuela esclava:* Es otra forma de maltrato femenino, una de las más desconocidas y que figura en la bibliografía básica del Instituto de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la promoción de la mujer. Se describe como el agotamiento por un sobreesfuerzo físico y emocional que deriva en diabetes, bajo estado de ánimo, estado nervioso a flor de piel y consecuencias de tipo cardiaco.

La frecuencia

- En, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido y últimamente Francia han sido pioneros en abordar los abusos y malos tratos a los mayores mediante estudios empíricos e implementación de medidas tanto legales como asistenciales pero difícilmente podemos hablar de cifras ya que disponemos de resultados tan dispares que oscilan entre un 3% en USA, hasta llegar a un 17% en Suecia. Francia presenta un 20% de mayores maltratados.
- Puede existir más de un tipo de maltrato a la vez, de hecho el abuso físico y sexual siempre comporta un abuso psicológico.
- En los estudios consultados tanto a escala internacional como en nuestro país el tipo de maltrato más frecuente es el de la negligencia seguido por el abuso psicológico, el financiero y el físico, continua el abandono y el abuso sexual.

- Según datos del National Center Elder Abuse (NCEA) el fenómeno conocido como iceberg, afirma que solo 1 de cada 5 casos de maltrato a personas de edad avanzada sale a la luz. Respecto a la incidencia (número de casos nuevos que aparecen cada año) es de 10/1000 hab/año.
- La violencia institucional es mas desconocida, un estudio en USA concluye en que el 36% del personal de enfermería había sido testigo de un abuso físico y el 81% de abuso psicológico, el 10% reconocía que había cometido al menos un acto físico de malos tratos y el 40% había abusado verbalmente de algún residente en los 12 meses precedentes. Aunque son datos muy alarmantes debemos tomarlos con cautela por los pocos estudios que existen. Los mayores que están institucionalizados son un porcentaje muy bajo.
- La prevalencia (número de personas que padecen situaciones de maltratos) se sitúa entre el 3 y el 5% respecto la violencia doméstica y el 10% en el ámbito institucional basándonos en datos de la Red INPEA.

Los Ámbitos

Con mucha asiduidad suele confundirse la tipología del maltrato con el ámbito. Distinguimos tres ámbitos donde pueden darse las diferentes tipologías:

- Ámbito doméstico o familiar: cuando el perpetrador del maltrato es un miembro de la familia.

Maltrato de ancianos: un problema social y de salud

- Ámbito institucional: se asocia con el cuidado a largo plazo en Instituciones (residencias, centros de día, hospitales y otros).

Este ámbito nos es muy desconocido puesto que la población de mayores institucionalizados tienen escasa transcendencia social, viven en una especie de muerte social.

- Violencia comunitaria, denominada también estructural y social: se centra en la discriminación de un grupo de población que reúne una característica común, en este caso la edad (edadismo-ageism), las personas mayores como diana de delito en las calles, trampas fraudulentas y otras. Trato discriminatorio. Utilización inadecuada de frases, por ejemplo "el envejecimiento amenaza la sostenibilidad de la asistencia sanitaria". Ultimamente se ha detectado muchas situaciones de mobbing inmobiliario, centrado en el acoso a los ancianos que viven en pisos céntricos de Barcelona.

De los tres ámbitos en los que se pude dar situaciones de malos tratos, el estructural o social, el institucional y el familiar, este último es el más difícil de conocer y consecuentemente de intervenir. El respeto por la vida privada, las diversas formas de valorar e interpretar las mismas situaciones y el factor de que a partir de que una actitud, que desde fuera se puede considerar como agresiva, es cotidiana, acaba por formar parte de la vida intrafamiliar, es decir que por frecuente se normaliza. Estos son, entre muchos, algunos de los factores que obstaculizan el poder conocer lo que esta sucediendo en realidad en un contexto familiar.

Una realidad en nuestro país es que la gran mayoría de nuestros mayores viven con sus familias y que éstas, les atienden y cuidan con cariño y esmero. Según diversas fuentes, entre el 85 y el 90 % de las personas mayores con dependencia están atendidos por sus familias en sus casas. Lamentablemente con escasa o nula ayuda formal para llevar a cabo esta dura, difícil y compleja tarea. Nuestro sistema de servicios sociales no llega a cubrir las necesidades de estas familias. La red de servicios públicos, de Ayuda Domiciliaria, Centros de Día, Teleasistencia y Telealarma, Trabajadores Familiares, Grupos de Ayuda Mutua, Centros de Diagnóstico, Centros o Unidades Residenciales y otros, son o inexistentes o escasos.

Hemos de remarcar que un factor de riesgo para ejercer violencia y maltrato a un anciano dependiente es el de atenderlo durante mas de 9 años. Y eso esta ocurriendo en nuestro país en muchos hogares.

Ahora bien, esto no nos debe restar importancia al hecho de que hay familias en que la violencia es un estilo de vida, por lo tanto toda agresión intrafamiliar no afecta solamente a las víctimas de forma individual sino que afecta a todo el contexto familiar. Este es uno de los motivos por los cuales no se puede centrar el tema de la violencia al nivel de género o de infancia, debe valorarse integralmente, y por lo tanto incluyendo a las personas de edad avanzada.

Las Controversias

El maltrato sexual es considerado también físico pero no solamente esta centrado en esa categoría. Tiene entidad por si mismo.

La violencia médica incluye el encarnizamiento terapéutico, el uso inadecuado, por exceso o privación de fármacos. Aunque también pueden ser incluidos en el abuso físico o en la negligencia.

El aislamiento puede ser un abuso psicológico o una vulneración de derechos en el supuesto de que se le deniega la participación en las actividades habituales.

El no proporcionar alimento puede ser tanto por negligencia como por autonegligencia y también físico.

Las teorías del porqué de los malos tratos

Un recorrido por la literatura existente concerniente a la violencia hacia las personas mayores nos descubre que muy pocas son las novedades respecto a los aportes teóricos.

No obstante esto, las relaciones que establecemos entre los factores de riesgo y la violencia hacia los mayores nos permite configurar la estructura para poder fundamentar y elaborar las teorías explicativas.

Ningún modelo teórico por si solo nos ofrece una explicación completa sobre el fenómeno de los malos tratos a los mayores. Poco nuevo podemos ofrecer en este frente teórico. Habitualmente, una teoría nos nutre de una explicación general y sistemática de la forma de funcionamiento de ciertas partes de un todo. En la literatura sobre la violencia respecto a los mayores, un factor de riesgo

particular, como puede ser el estrés, es a menudo tratado como si fuera la explicación teórica misma. Por ese motivo las relaciones entre los diversos factores de riesgo y los malos tratos deben constituir los argumentos fundamentales a partir de los cuales se elaboren las teorías.

Reconociendo la falta de una teoría unicausal apuntamos varias de ellas pero que no pueden determinar la causa o causas totalmente.

- Teoría del Intercambio social.

Se basa en el principio del intercambio. La interacción social comporta un intercambio de recompensas y castigos entre al menos dos personas, y todas las personas buscan el maximizar las recompensas y minimizar los castigos (Glendenning, 1993, p.25). En esta perspectiva se observa que a medida que las personas envejecen se convierten más vulnerables y más dependientes de las personas que les cuidan y este es un factor de riesgo de posible situación de abuso o maltrato.

- Teoría sobre el interaccionismo simbólico

Esta perspectiva pone el acento no solamente en los comportamientos de la persona mayor y del cuidador sino también sobre las interpretaciones simbólicas que las dos personas hacen de sus comportamientos. Steinmetz (1988) nos da un ejemplo según el cual una interpretación sugestiva de estrés por la persona cuidadora es un predictor de la carga que ella deberá soportar más que del peso de la carga real que soporta. No se ha podido averiguar el grado de deficiencia cognitiva de la persona maltratada y la intensidad del maltrato.

Maltrato de ancianos: un problema social y de salud

- Teoría transgeneracional

Basada en el aprendizaje por observación. Anuncia como postulado que los autores de actos de violencia aprenden como ser violentos siendo testigos de actos de violencia. La violencia familiar se transmite de generación en generación aunque no esta demostrado que siempre sea así.

- De la vulnerabilidad

Esta pone en mayor situación de riesgo a los ancianos para ser abusados, especialmente los dependientes física y emocionalmente.

- La teoría feminista

La mayor parte de los investigadores han supuesto que la violencia entorno al conjunto constituye una forma "envejecida" de violencia entorno a la esposa. Por este motivo ella ha sido considerada como una de las consecuencias del patriarcado familiar que es mostrado como una de las fuentes más importantes de violencia entorno a las mujeres en la sociedad (Jack, 1994). El defecto de esta aproximación es que hasta el momento no se ha podido demostrar empíricamente dichas afirmaciones. Añadimos que también presenta una visión parcial de la violencia respecto los mayores puesto que los hombres viejos también son susceptibles de ser víctimas de maltrato. El problema real es el desequilibrio de poder entre la pareja.

- Teoría del empowerment

Existe una aproximación teórica y práctica menos conocida y menos utilizada basada en la teoría del empowerment (potenciación)

definida como un proceso por el cual se ayuda a las personas a incrementar al máximo la confianza en si mismas, en sus competencias y en sus habilidades con la finalidad de que puedan tener control sobre sus propias vidas y tomar sus propias decisiones.

- Otras teorías

La falta de conocimiento del problema. Teoría de la demanda circunstancial excesiva. Falta de formación de los profesionales y familiares cuidadores Teoría del cuidador afectado psicopatológicamente.

La investigación, un buen instrumento para una buena praxis

Presentamos a continuación un resumen de los resultados más significativos de un trabajo encargado por el Ayuntamiento de Barcelona a un equipo de profesionales expertos en el tema de los malos tratos a las personas mayores (EIMA).

La administración local necesita tener información real de la situación concreta que afecta a una parte de su ciudadanía como es el de las personas mayores para poder elaborar y establecer programas de prevención e intervención, así como, organizar los servicios y los circuitos adecuados para afrontar las situaciones que afectan a las personas de su territorio.

El Ayuntamiento de Barcelona, sensible con las demandas de los profesionales de servicios sociales, que actúan en primera

línea, observando que el tema de los malos tratos a los mayores van siendo cada vez más frecuentes, así como cumpliendo las recomendaciones de las instituciones antes mencionadas, patrocinó el año 2002 un estudio sobre las situaciones de malos tratos a las personas mayores centrado en el ámbito familiar.

Los objetivos

Se trata de describir las características principales asociadas a las situaciones detectadas y tipificadas como malos tratos a las personas mayores que viven en sus domicilios, así como también los casos de sospecha, por parte de los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria y de los Servicios de Salud de Atención Primaria, también los Servicios Sociosanitarios centrados en el domicilio de dos distritos de la ciudad de Barcelona.

Otra finalidad se centra en la sensibilización y formación de los profesionales sobre la problemática de los malos tratos a las personas mayores, y la potenciación del trabajo interdisciplinar.

La posibilidad de estimar la prevalencia e incidencia de los casos de malos tratos en nuestro entorno queda fuera del ámbito de este estudio que se basa en el análisis de los casos aportados por los profesionales.

Ficha técnica del estudio

Estudio descriptivo de casos de malos tratos confirmados o de sospecha de personas de más de 65 años que viven en sus domicilios,

por parte de los profesionales de atención primaria durante el año 2002.

El territorio se centra en dos distritos de la ciudad de Barcelona.

Se consideran los ocho tipos de malos tratos descritos en este artículo: físico, psicológico, sexual, económico, negligencia, autonegligencia, abandono y vulneración de derechos.

El resto de variables estudiadas son: circuito de detección de malos tratos; características de la víctima; sociodemográficas, soporte social, utilización de servicios sociosanitarios, vulnerabilidad física, psíquica o emocional, datos sobre incapacitación jurídica y denuncias; datos del cuidador principal y características del agresor o perpetrador.

Se incluye un apartado de narraciones cualitativas que contempla un relato descriptivo del profesional que aporta el caso con información exhaustiva y relativa al mismo. También, se registran en las diversas actas de las reuniones con los profesionales que colaboran con el estudio, sus opiniones, observaciones e impresiones.

Resultados datos cuantitativos

El número total de casos analizados en este estudio han sido de 178, sumando los sospechados y los confirmados.

En cada situación estudiada se pueden encontrar más de un tipo de mal trato a la vez.

Maltrato de ancianos: un problema social y de salud

- Confirmados: Se ha encontrado en 108 personas (60,6 %). De estos, un 20% presenta también sospecha de otros tipos de malos tratos.
- Sospecha: Son aquellos malos tratos pendientes de confirmar, se analizan 70 casos que representa un 39,3%.

Tabla 1. Distribución de las tipologías del maltrato

	Confirmados	Sospecha	Total
Físico	19 (10,7%)	11 (6,2%)	30 (16,9%)
Sexual	0	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Psicológico	34 (19,1%)	43 (24,2%)	77 (43,3%)
Económico	15 (8,4%)	16 (9,0%)	31 (17,4%)
Negligencia	68 (38,2%)	30 (16,9%)	98 (55,1%)
Auto-negligencia	61 (34,3%)	49 (27,5%)	110 (61,8%)
Abandono	9 (5,1%)	2 (1,1%)	11 (6,2%)
Vulneración de derechos	20 (11,2%)	22 (12,4%)	42 (23,6%)

Si consideramos los casos de sospecha y los confirmados conjuntamente, la Autonegligencia es el tipo de maltrato más frecuente, seguido de la negligencia que unidos alcanzan un 85,4%. Les sigue el psicológico con un 43,3% y la vulneración de derechos con el 23,6%.

El 62,4% de las víctimas presentan más de un tipo de maltrato a la vez.

Como diferencias estadísticamente significativas destacamos la mayor edad de los casos de negligencia y de abandono,

también la mayor vulnerabilidad física en los casos de negligencia, la mayor vulnerabilidad psíquica (cognitiva o mental) en los casos de maltratos físicos, psicológicos, negligencia o abandono, y la mayor vulnerabilidad emocional de las víctimas maltratadas psicológicamente.

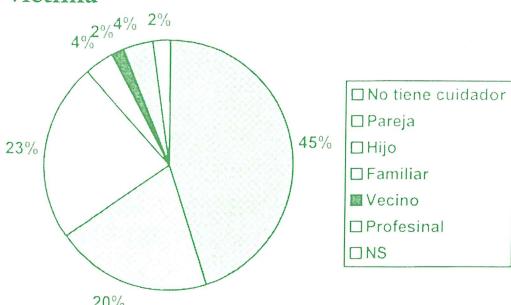
Las características de las víctimas

- El género: Femenino en un 74,7% de los casos.
- La edad: La media es de 78,9 años.
- Estado civil: El 49% son viudos, 34'3% casados y 9,6% solteros.
- Convivencia: Viven con familiares en un 64,6%, con un cuidador no familiar un 4% y viven solos un 31,5%.
- Ingresos: El 93% cobran una pensión. En un 26% de los casos se desconoce los ingresos anuales. De los conocidos un 60% los ingresos anuales son iguales o inferiores a 6.000 Euros.
- Prestaciones sociales: El 17,4% recibe alguna prestación social.
- Soporte social: El 85,4% cuenta con algún soporte social.
- Medicación: El 83% de los casos toman más de cuatro medicamentos.
- Vulnerabilidad: El 96,6% presentan algún tipo de vulnerabilidad.
 - Física en un 83,2%
 - Psicológica o mental en un 63%
 - Emocional el 82%
- Intervención jurídica: Han presentado denuncia judicial un 5,6%. Con incapacitación jurídica o en proceso de obtenerla un 5%.

Características de los cuidadores

- En un 55,1% de los casos hay un cuidador definido.
- Lo más frecuente es la pareja o los hijos en una proporción similar.
- Los cuidadores en un 57% son mujeres.
- Un 43% tienen una edad superior a los 65 años y el 21% tienen 76 años o más.
- Los cuidadores que trabajan fuera de casa hay un 19,4%.

Gráfico 1. Relación del cuidador con la víctima



Características de los perpetradores o agresores

Para el análisis de las características de la persona perpetradora se excluyen 40 casos

TABLA Nº2. Características del agresor por tipología de malos tratos (N=138)

Factores de riesgo del agresor	% TOTAL	Tipus de maltractament					
		Físic	Psicolo- logic	Econò- mic	Negli- gent	Aban- donat	Vuln. drets
Trastornos mentales y/o emocionales	47,1	73,3*	58,4*	48,4	50,0	18,2	45,2
Drogadicciones	15,9	36,7*	20,8	35,5*	17,3	9,1	16,7
Poca preparación para tener cuidado de un enfermo	41,3	40,0	36,4	41,9	50,0*	45,5	40,5
Pocos recursos personales con falsas expectativas o incomprensión de la enfermedad	35,5	36,7	35,1	32,3	38,8	36,4	38,1

considerados como autonegligencia exclusivamente. Por lo tanto quedan 138 casos de los que destacamos lo siguiente:

- El 53,3 % son hombres y el 46,7% son mujeres.
- El perpetrador o agresor es el cuidador en un 51,4% de los casos y es un familiar no cuidador en un 39,1%.
- La edad estimada de los perpetradores supera los 65 años en un 36,6% de los casos (el 18% superan los 75 años) En los casos en que el agresor es también el cuidador la edad supera los 75 años en un 22%.
- La relación del perpetrador con la víctima en un 87% queda en la familia (56,5% es una hija y un 22,5% la mujer, el marido o bien otros como yerno).
- Es un vecino en un 1,4% y se desconoce en un 11,6%.
- No se ha detectado ningún caso donde el agresor o perpetrador sea un profesional.

Se presenta una lista con todos los posibles factores de riesgo que han demostrado tener una relación de asociada con el perpetrador.

Maltrato de ancianos: un problema social y de salud

Es económicamente dependiente de la víctima	15,2	33,3*	20,8*	51,6*	14,3	0,0	16,7
Ejercer de cuidador/a durante más de 9 años	14,5	20,0	15,6	9,7	16,3	27,3	19,0
Pasar por crisis personales (divorcios, duelos...)	21,7	26,7	26,0	22,6	24,5	9,1	31,0
Cuidador/a agotado "quemado"	16,7	23,3	14,3	9,7	22,4*	18,2	21,4
Cuidador que lo hace a disgusto	14,5	13,3	16,9	25,8*	18,4*	18,2	19,0
Problemas de conflictos personales entre agresor y víctima	31,9	43,3	39,0*	41,9	31,6	18,2	26,2
Pobre relación interpersonal con la víctima en el pasado y/o falta de relación afectiva actual	23,2	16,7	27,3	29,0	26,5	18,2	21,4
Falta de recursos sociales de soporte del cuidador	15,2	6,7	11,7	3,2	16,3	27,3	21,4
El agresor culpabiliza al anciano de la situación.	8,0	10,0	13,0*	12,9	8,2	0,0	11,9

* Diferencias estadísticamente significativas referente resto del grupo que no tiene aquel tipo de maltrato ($p < 0,05$)

Las características de los perpetradores o agresores encontradas con más frecuencia han sido los trastornos mentales, seguido de la poca preparación para cuidado y atención de un enfermo mayor. Cuando analizamos las características de los agresores según la tipología de los malos tratos destacamos:

- Abuso Físico: tienen más trastornos mentales, drogadicción y dependencia económica.
- Abuso Psicológico: tienen más trastornos mentales, dependencia económica, conflictos personales con la víctima y la culpabilizan de la situación.
- Abuso Económico: Tienen más drogadicción, dependencia económica y están a disgusto con la función de cuidador.

- Negligencia: Se observa poca preparación, están estresados, agotados y actúan a disgusto.
- El abandono y la vulneración de derechos no presentan características estadísticamente significativas en cuanto a factores de riesgo del agresor.

Análisis y resultados de los datos cualitativos

Se ha llevado a cabo una fragmentación de la realidad tal y como se describe. Se identifican los elementos que configuran esta realidad estudiando el discurso mediante una plantilla, recogiendo las palabras y frases clave para una interpretación posterior de los argumentos.

Segmentos y categorías

Los segmentos y las categorías analizadas han sido las siguientes:

1.- Contexto Familiar:	1.1.- Vida privada como un santuario 1.2.- Historia de violencia doméstica 1.3.- Desvinculación familiar
2.- Recursos:	2.1.- Circuitos legales, sanitarios y sociales 3.1.- Soledad y aislamiento 3.2.- Accesibilidad y rechazo 3.3.- Discapacidad, vulnerabilidad y dependencia 3.4.- Suicidio pasivo, deseo de muerte
3.- La Víctima:	
4.- El Agresor:	4.1.- Estrés, agotamiento y falta de reconocimiento 4.2.- Trastornos psiquiátricos y dependencias económicas 4.4.- Intencionalidad o no de los malos tratos
5.- Los Profesionales:	5.1.- Dificultades y falta de soporte 5.2.- Evaluación global del contexto
6.- Implicaciones Legales:	6.1.- Derecho Civil 6.2.- Derecho Penal 6.3.- Derecho Administrativo 6.4.- Derecho Constitucional

La discusión

Las víctimas son mayoritariamente mujeres con una edad muy elevada y con aspectos de vulneración que generan dependencia. Por tipologías el abuso físico y el psicológico afectan más a las mujeres que a los hombres

y que la negligencia afecta más a los hombres. Este hecho se podría entender dentro de un marco conceptual de una mayor utilización del poder físico por parte de los hombres, mientras que las mujeres maltratan dejando de ayudar y cuidar.

El tipo de maltrato mas frecuente que se ha encontrado ha sido la negligencia y la autonegligencia. Este resultado coincide con el de los estudios publicados en la literatura, por lo que podemos asumir que, a pesar de haber encontrado menos casos de los esperados, no parece que se haya observado un error importante en la selección de los mismos.

Los profesionales que están implicados en el abordaje de los malos tratos no han recibido información ni formación específica sobre el tema. Se reconoce que es necesario un conocimiento teórico respecto las definiciones, tipologías, indicadores y factores de riesgo, así como una sensibilización para implicar a todos los profesionales en una línea de trabajo integral.

El estudio observa un numero importante de delitos y faltas, pero pocas son las denuncias que se han constatado. No se ha solicitado ni una demanda de la ley de alimentos y tampoco ninguna demanda de reclamación por daños y perjuicios de los malos tratos recibidos. La explicación puede estar en la complejidad de las relaciones humanas y especialmente las familiares (la familia es el crisol de todas las violencias).

El silencio de las víctimas se puede explicar por muchos motivos entre los que podemos destacar los siguientes:

- Las víctimas creen que pueden ser abandonadas, represaliadas, obligadas a ingresar en un centro residencial, creen ser el origen de un conflicto familiar y de perder relaciones muy significativas (abuelos-nietos).

- Suelen ser personas que no saben o no pueden valorar la gravedad de la situación, no la consideran un problema por haberla asumido como una relación normal.
- Suelen justificar o excusar el comportamiento abusivo de sus familiares o cuidadores. Sienten una gran necesidad de sentirse protegidos.
- Aunque la mayoría de nuestros mayores son personas activas y competentes casi hasta el final de sus días existe un discurso estereotipado de que ser viejo es sinónimo de dependencia, enfermedad y por lo tanto también es sinónimo de carga social y familiar.
- Suelen ignorar sus posibilidades de ayuda o de recursos que tienen a su alcance así, creen que con sus propios recursos podrán hacer frente a la situación.
- La actitud del entorno es de resistencia a reconocer la realidad del mal trato, se suele minimizar el origen de una queja y a menudo se suele culpabilizar a la víctima.
- La creencia de que lo que ocurre en el entorno de una familia es una cuestión privada en la cual nadie puede entrometerse.

En definitiva lo que trata de aportar el estudio es un poco de luz a los significados de las vivencias y valores de los ancianos, de las familias, de los profesionales y de la sociedad donde ocurren los malos tratos. No dudamos de que la validez de este análisis vendrá dado a medida en que se vaya conociendo mejor la realidad de los malos tratos a las personas mayores en todos los contextos.

Bibliografía

- Action on Abuse of Older Persons. Forum Mundial sobre l'envelliment. Madrid, 2002.
- Ajuntament de Barcelona. Estudi sobre el maltractament de les persones d'edat avançada. Barcelona, 2002.
- BAZO, M.T. "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España". *Rev. Esp. de Geriatría y Gerontología*, núm 36 (1) (2001), p. 8-14
- BRADIEY, M." Elder abuse". *British Médical Journal*, núm 313 (1996),p. 548-550.
- BENNET, G.; KINGSTON, P. *Elder Abuse. Concepts, theories and interventions*. London: Ed. Chapman and Hall, 1993.
- CABALLERO, JC. REMOLAR, MI. "Consideraciones sobre el maltrato al anciano". *Rev Mult Gerontol*, núm 10(3) (2000), p. 177-188.
- Canadian Task Force On The Periodic Health Examination (1994). "Perioodic health examination, 1994 update: 4. Secondary prevention of elder abuse and mistreament". *Canadian Medical Associaton Journal*, núm151 (1994), p. 1413-1420.
- Conseil de L'europe. "La violence envers les personnes âgées". Rapport établi par le grup d'étude sur la violence envers les personnes âgées. Strasburg, 1992.
- Council On Scientific Affairs, American Médical Associaton. "Elder abuse and neglect". *JAMA* núm 257 (7) (1987), p. 966-971.
- CORSI, J. *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós. 1997.
- DECALEMER, P; GLENDENNING, F. *El maltrato a las personas mayores*. . Barcelona: Paidós Trabajo social nº 8, 2000.
- Declaración de Almería." Panel multidisciplinario de expertos del país y ancianos". *Bioética y ciencias de la salud*; núm 1 (2)(1996)56-57.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc. Activitats Preventives de la Gent Gran. Maltractaments i abusos (pàg. 303-309). 1999.
- *Guía de medicina clínica preventiva. Recomendaciones del PAPPS (ed. esp.)*. Barcelona: Medical Trends, 1998.
- HUGONOT, R. *La vieillesse maltraritée*. Paris: Dunod, 1998
- IMSERSO. Observatorio de personas mayores. Informe 2002. Las personas mayores en España. Madrid, 2002.
- Naciones Unidas. Consejo Economico y Social. *El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder el maltrato de las personas de edad en un contexto mundial*. Informe del Secretario General. Nueva York, 2002
- Naciones Unidas. *Plan De Accion Internacional Sobre El Envejecimiento*. Madrid 2002.
- QUINN,M.J.; TOMITA,S.K. *Elder Abuse and Neglect : Causes, Diagnosis, and Intervention Strategies (2^a Ed)* New York: Springer Publishing Co. 997
- KESSEL, H. MARÍN, N. MATURANA, N. CASTAÑEDA, L. PAGEO, M. LARRION, JL. "Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado". *Rev Esp Geriatría y Gerontología* núm 31 (6) (1996), p.367-372.
- LACHS, MS. PILLEMER, K. "Abuse and neglect of elderly persons". *N Engl J Med* núm 332 (1995)437-443.
- MOLINA HERNÁNDEZ, M.P. GARCÍA ROA, M. "Programa de actuación del trabajador social en situaciones de riesgo de maltrato". *Revista de Trabajo Social y Salud*. Núm 37. Zaragoza. 2000.

Maltrato de ancianos: un problema social y de salud

- MORILLAS FERNÁNDEZ, D. "Malos tratos a personas mayores: otra forma de violencia". *Revista electrónica de Ciencia penal y criminología*. 2000.
- REIS, M. NAHMIASH, D. "Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen". *The Gerontologist* núm 38 (1998), p. 471-480.
- RUIZ, A. COMA, M. BONCOMPTE, P. ALTET, J. PORTA, N. DUASO, P. POSTIGO, P. "El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos". *Atención Primaria*, núm 26(9) (2000), p. 641-646.
- TABUEÑA, C M. "Activitats preventives per a la gent gran" A: *Libre blanc. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social*. Barcelona, 1999.
- TABUEÑA, C.M. "Consejo para la prevención de los malos tratos y abusos en las personas mayores". *Medicina Clínica*. núm116- (1) (2001), p. 137-139.
- TABUEÑA, C. M. "El maltrato en el anciano: un punto de vista interdisciplinar" *Servicios Sociales y Política Social*.57. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid, (2002) p.103-117
- WHO. Organització Mundial de la Salut. *World Raport on Violence and Health*. Washington,D.C.2002.

El Trabajo Social en ancianos afectados por pérdida de autonomía funcional

Anna Rius i Roses. D.T.S. Trabajadora Social
Centro Hospitalario.

Este artículo pretende reflexionar desde el Trabajo Social Hospitalario sobre la situación en la que se encuentran los ancianos y sus familias, cuando estos se encuentran ingresados en un Hospital afectados por una enfermedad que ha provocado la pérdida de su autonomía funcional, y como consecuencia la dependencia para todas las actividades de la vida diaria.

Si bien es cierto que hoy en día el tratamiento y recuperación de muchas enfermedades es exitoso y rápido. Para muchas personas la pérdida de autonomía significará la ruptura con su entorno socio-familiar, así como la angustia (estrés) de sus familiares que no saben como salir adelante.

Creo necesario diferenciar dos grupos de personas por edades:

- De 65 a 80 años.
- Mayores de 80 años.

Así como diferenciar dos tipos de familia:

- La que tiene voluntad de cuidar.
- La que no tiene voluntad de cuidar.

En el primer grupo (65-80 años), si la calidad de vida anterior era buena no habrán demasiadas dificultades para que el retorno a domicilio sea posible, tenga o no familia.

Actualmente disponemos de recursos sociales para ayudar a estos ancianos a permanecer en sus domicilios.

En el segundo grupo (mayores de 80 años), normalmente la persona ya lleva años padeciendo enfermedades crónicas y patologías que van agravando su situación de salud y hacen que su grado de dependencia sea mayor o total, además, la familia (hijos cuidadores) empieza a tener una edad avanzada. Si la familia tiene voluntad de cuidar podrá hacerlo con ayuda pero si esta "claudicada", no tiene voluntad de cuidar o no existe, el anciano deberá ingresar en una Institución. Es en este grupo donde el trabajador social deberá dedicar mas atención para que pueda darse la mejor solución para todas las partes. Por ello en muchos hospitales estos grupos son llamados "*grupos diana*" en los Programas de detección precoz de problemas en el alta hospitalaria.

Desde el año 1986 en la Unidad de Trabajo Social del Centro Hospitalario de Manresa (Barcelona) utilizamos el Programa de preparación precoz del alta hospitalaria.

Este programa consiste en valorar durante los primeros días de ingreso la situación sociofamiliar del paciente, prever las dificultades y las posibles soluciones en el momento del alta hospitalaria.

Aunque este sistema de trabajo empezó de forma voluntaria como resultado de un estudio en nuestra zona, sobre la prevención de enfermedades crónicas. Desde el año 1998 el Servei Càtala de la Salut lo incluyó como objetivo del Plan de Salud en el contrato con nuestro hospital. Se trata de un Hospital privado que tiene concertado aproximadamente el 90% de su actividad con la Seguridad Social y es gestionado por una Fundación.

El Trabajo Social en ancianos afectados por pérdida de autonomía funcional

Como se interviene desde Trabajo Social

- Estudio del enfermo y entorno sociofamiliar.
- Orientamos el recurso más adecuado y lo gestionamos si es preciso.
- Coordinamos con los Servicios Sociales de referencia.

La mayor dificultad de este trabajo es llegar al consenso entre el enfermo cuando tiene capacidad, la familia y el equipo sanitario inmerso en una estructura sanitaria cada vez más rígida que imposibilita la permanencia hospitalaria de los enfermos con problemas sociales añadidos.

Aspectos a tener en cuenta para realizar el Estudio

- Situación previa al ingreso hospitalario. Física y mental.
- La fractura de fémur es un hecho que sucede de forma imprevista y a veces muy aparatoso (durante la noche, en la calle,...).
- Siempre comporta una perdida de autonomía, temporal o definitiva.
- Acelera el proceso de deterioro físico y/o psíquico. Difícil a veces de aceptar por parte de la familia.
- Aumenta la dependencia del entorno.
- El hospital es un medio agresivo que a veces provoca daños colaterales (desorientación, incontinencia, úlceras,...).

Indicadores del estado de necesidad

Los indicadores de necesidades que tenemos en cuenta son:

- Grado de autonomía.
- Pronóstico rehabilitador.
- Soporte familiar real.
- Nivel de relación con el entorno.
- Capacidad económica.
- Condiciones de la vivienda.
- Disponibilidad de los Servicios Sociales y Sanitarios de Atención Primaria.

Si estos indicadores puntúan negativamente, la posibilidad de salida del hospital será más compleja y de difícil solución.

¿Qué recursos utilizamos?

Personales Humanos

- *Técnicas de Trabajo Social:*

Entrevista individual y familiar.
Soporte y acompañamiento del enfermo y/o familia durante el proceso.
Aportación de elementos para la reflexión favoreciendo que los familiares descubran posibilidades que desconocían tener.

Sociales de la Comunidad

- *A Domicilio:*

Telealarma.
SAD público y privado.
RHB a domicilio.
Comidas a domicilio.

Club de ancianos.
Hospital y/o Centro de día.
Ayudas económicas y técnicas de la
Generalitat de Catalunya.

• *Institucionales:*

Residencias públicas y privadas.
Centros Sociosanitarios:

- Unidades de larga estancia.
- Unidades de Convalecencia.
- Unidades de Curas Paliativas.

Conclusiones

- **Referentes al enfermo y familia.**

Los problemas derivados de la perdida de autonomía funcional se agravan cuando:

- La edad es muy avanzada.
- El estado cognitivo está deteriorado.
- La familia no existe, está envejecida o claudicada.
- El resultado clínico no es el previsto.

- **Referentes a los cambios en la estructura familiar.**

Los cambios que han sufrido las familias en su forma de vida han provocado que no puedan por si solas cuidar a sus ancianos dependientes.

Desde el trabajo social se ayuda a encontrar los medios para:

- El cuidado del anciano.
- El tiempo de ocio (autocuidado del cuidador).
- La implicación de otros miembros de la familia.
- Los recursos sociales.

- **Referentes a la estructura sanitaria**

Solo decir que cada día es más rígida y no acepta hacerse cargo de los problemas llamados "sociales". Las necesidades económicas prevalecen sobre las necesidades de las personas.

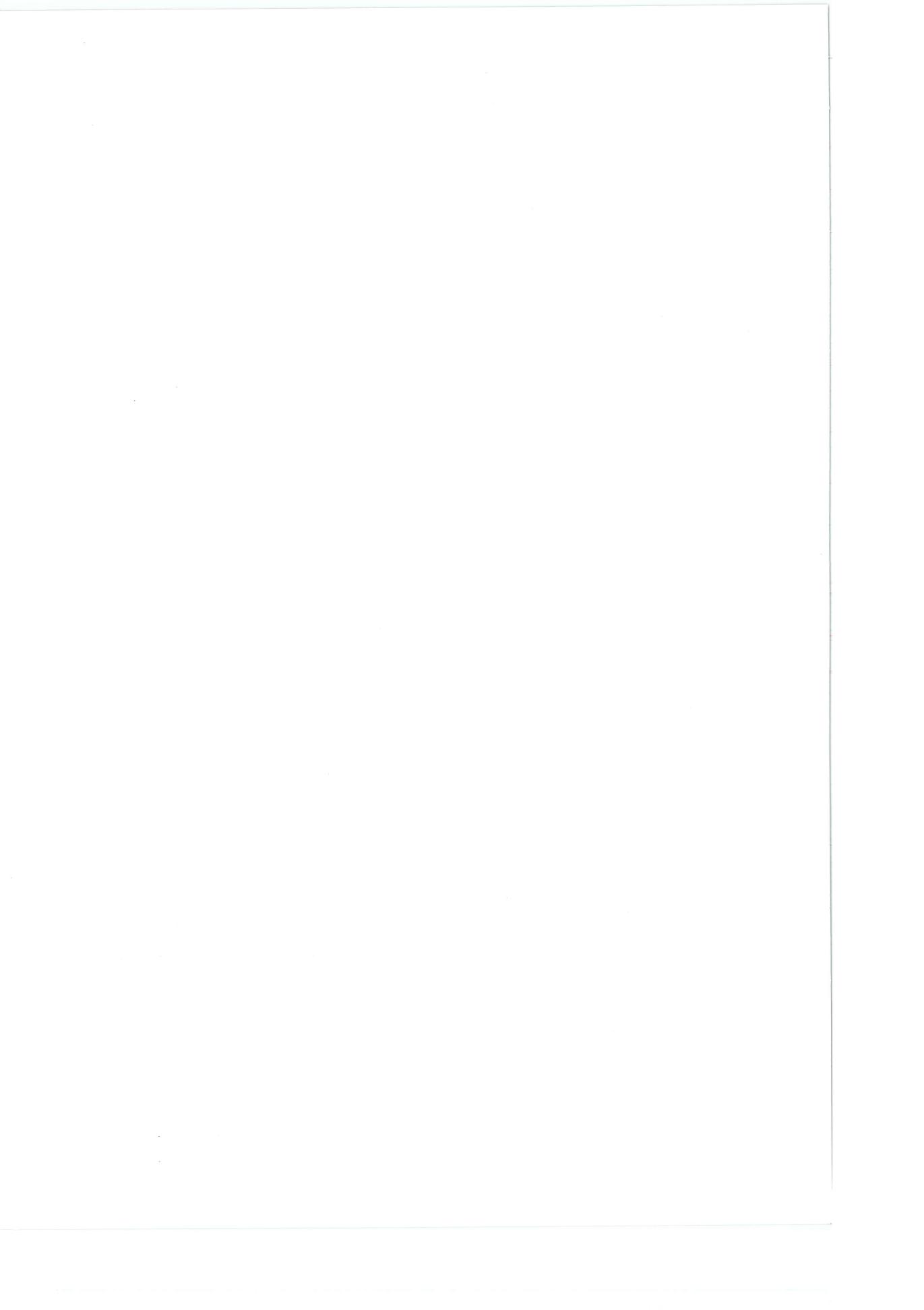
- **Referentes a los recursos sociales**

Nos queda mucho camino por recorrer. Son insuficientes. No son aún universales. Todos tenemos derecho a solicitarlos pero no nos son a todos concedidos, como creo deberían serlo puesto que somos desde hace años Contribuyentes Fiscales.

Bibliografía

CASAS I AZNAR, Ferran. "Els Indicadors Psicosocials". Col·lecció EUGE. Publicacions de l'Escola Universitaria de Treball Social. 1991.

ANDOLFI, Mauricio. "Terapia Familiar. Un enfoque interaccional". Editorial PAIDOS. 1987.



Experiencias de contención

Berna Villarreal Castaño. D.T.S. Hospital de Día de Adolescentes de la Fundación Sant Pere Claver. Profesora de la E.U.T.S. de Barcelona.

"No es ninguna fórmula romántica afirmar que sólo se aprende aquello que se ofrece con una actitud básicamente amorosa por parte del educador"

(P. Folch Mateu)

En éste artículo se reflexiona sobre la función de contención a partir del trabajo social en el ámbito de la salud mental. El marco desde el que se piensa es el psicoanalítico. Se desarrolla en tres partes. Una primera en la que se definen los conceptos básicos y la contención de ansiedades en las relaciones afectivas. Un segundo bloque en el que vemos la función de contención aplicada al ámbito profesional. El tercer y último bloque pretende exemplificar algunas experiencias desde el servicio en el que trabajo: Hospital de Día para adolescentes de la Fundación Hospital Sant Pere Claver.

El trabajador social tiene como uno de sus objetivos contribuir para favorecer procesos de cambio. En éstos procesos siempre está implícita la vivencia de ansiedades, con intensidades y tipos diversos. Los sentimientos de inseguridad, de confusión, la sensación de amenaza con una mayor o menor base real... están presentes en la atención que realizamos a usuarios y pacientes. Éstos sentimientos son difíciles de tolerar y soportar en el interior, tanto en los usuarios como en los profesionales. Tomar conciencia de las ansiedades que sentimos y experimentamos es lo que pretendemos desarrollar en éste trabajo.

Sabemos que las ansiedades son, a veces, motor de crecimiento y que son necesarias en el desarrollo psico-emocional, pero cuando éstas son demasiado intensas o extremas pueden ser motivo de bloqueos o de la adopción de mecanismos de defensa que no nos permiten utilizar nuestras capacidades. Oscilamos en éste difícil equilibrio entre fuerzas que tienden hacia el crecimiento y fuerzas que tienden a la regresión. No se trata de la eliminar la ansiedad sino de contenerla. Los trabajadores sociales, psicoterapeutas, enfermeras, educadores y profesionales de otras disciplinas que intervienen en el ámbito de la salud reconocen, en general, la importancia de la contención.

La teoría psicoanalítica nos aporta importantes reflexiones en relación a éste encuentro y también la posibilidad de profundizar en emociones y necesidades primarias que están en la base del desarrollo humano.

La contención de ansiedades en las relaciones de tipo afectivo

Tomamos como punto de partida el hecho de que cada persona tiene una forma propia de vivir las experiencias y que ésta se va forjando desde el nacimiento; pero, todos los sujetos tenemos en común que para crecer y desarrollarnos emocionalmente precisamos de una base de apoyo. En éste sentido, es fundamental el encuentro entre el niño y la madre (o figura materna). Será en ésta esfera relacional donde la función de contención aparece como un elemento clave.

Experiencias de contención

La definición del término contención en un diccionario enclopédico, nos aporta la idea de “acción y efecto de contener, sujetar el movimiento de un cuerpo. En el ámbito de la medicina: procedimiento usado para mantener en su posición propia partes anormalmente separadas, como huesos fracturados, etc., que se efectúa mediante aparatos externos: vendajes, yesos, aparatos de tracción continua.”¹ La aplicación en el ámbito de la psicología encuentra sus antecedentes en Freud y en M.Klein. Pero será Bion quien formule el modelo continente-contenido, en relación a la experiencia emocional del crecimiento o decrecimiento. Según éste modelo, la emoción es el elemento dinámico que puede permeabilizar y conjuntar continente y contenido. Será también Bion quien hable de la capacidad de *reverie*, al descubrir de que manera “la madre funciona como un continente efectivo de las sensaciones del lactante, y con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo de estar muriendo en tranquilidad”². De ésta forma la madre o figura materna, recibe las proyecciones-necesidades del bebé, las elabora y se las trasmite al hijo de otra manera que puede ser más soportable para el bebé, encontrando así, un mecanismo para poder crecer psíquicamente.

Para J. Tizón³ la contención está en la base de las funciones que favorecen el desarrollo humano. Definiéndola como “la capacidad de percibir y recibir las ansiedades del otro, sostenerlas y devolverlas en un estado superior de elaboración, en forma menos desestructurada y nociva.” También la equipara como una “función asistencial básica tan poco definible porque es difícil de aislarla o de simplificarla en una sola serie de comportamientos identificables,

*sino como conjuntos de conductas y representaciones*⁴

En el proceso de crecimiento y desarrollo emocional, la manera de acompañar, sostener y responder del adulto al niño, podrá ir cambiando, en función de la capacidad que el niño va adquiriendo de identificar sus necesidades y poner nombre a aquella sensación que le incomoda (hambre, miedo, sueño.). De éste modo, aprende a relacionar las emociones con las necesidades que las originan: protección, afecto, compañía...

La respuesta al llanto de un bebé que su madre o padre interpreta como señal de tener hambre es una acción concreta (preparar el biberón). Ésta acción puede ir acompañada de palabras que pueden tener un efecto tranquilizador en el bebé “mi pequeño tiene hambre, en seguida estaré tu biberón...”. En la medida en que el niño crezca podrá ir aprendiendo a relacionar determinadas sensaciones con el tipo de necesidad que la provoca y con la respuesta que le tranquiliza. La adquisición del lenguaje puede facilitar éste proceso de comunicación.

Mónica de 4 años (después de una mañana de bastante actividad), se muestra irritable y de mal humor, llora por todo y reclama con exigencia las cosas sin poder esperar. La madre le dice que está cansada y que necesita descansar, a éste comentario la niña responde sentándose a su lado a jugar con unas muñecas y se muestra más tranquila. En ocasiones la tranquilidad puede llegar cuando uno sabe lo que le pasa. Pasar de una sensación de malestar a concretar y reconocer esa situación, puede permitir que, en cierta manera, haya una recuperación sabiendo que es lo que se debe hacer.

Pedro de 16 años hace frente a la grave enfermedad de su madre, ante la que responde rebelándose. Se muestra agresivo, fundamentalmente con su padre. Las conductas van "in crescendo" en la medida en la que no se interviene para pararlo. Como si estuviera buscando un límite que pueda detenerlo, como midiendo sus fuerzas y poniéndose a prueba. Utiliza, casi como único recurso, la fuerza y la demostración de que él ya es mayor y que no necesita a nadie. De ésta forma parece que se protege ante el intenso dolor y la rabia por la posible pérdida de su madre. En ésta situación, las palabras y la comprensión del sufrimiento, probablemente no serán suficientes para detener la potencia de los sentimientos. Será necesario contener trasmitiendo fortaleza. La fortaleza que permite contactar con lo que está pasando e intentar hacer frente a la situación. En ocasiones, esa firmeza permite poner límites y ordenar las emociones que con tanta intensidad desbordan y arrastran sobretodo en la adolescencia.

D.W. Winnicott⁵ explica como la dependencia de un niño pequeño irá transformándose a partir del soporte que le presta la madre adaptándose a las necesidades de él. Será de forma gradual que podrá retirarse de ésta posición a medida que el pequeño necesite menos apoyo y pueda emprender su crecimiento siguiendo las pautas de maduración. La seguridad que el niño haya ido adquiriendo a lo largo de sus experiencias va construyendo la base sobre la que podrá sostenerse cuando se enfrente a situaciones nuevas o a momentos de cambio.

La experiencia de sentirse contenido, podríamos ilustrarla a través de una metáfora: una madre que sostiene en brazos a su bebé. Ese estar sostenido por el otro, no sólo en los momentos en los que el bebé está

tranquilo, sino también en situaciones en las que está desbordado por emociones tan intensas que le invaden por completo, sin que halle madurez suficiente en si mismo para delimitarlas, para modular su intensidad. En estas situaciones, es a través de la "paciencia y perseverancia de la madre como se puede lograr ir calmándolo progresivamente"⁶. La posibilidad de tranquilizarse a través del contacto y de la relación con la madre, podrá llegar en la medida en que el niño se siente entendido y experimenta una predisposición por parte de ella para recibir esos sentimientos sin que quede desbordada y pueda preservar su capacidad de continuar en contacto con el bebé.

Si nos detuviéramos a fantasear sobre los brazos de la madre que sostienen, podríamos pensar en cualidades como: la fuerza, la capacidad de aguantar sin desbordarse que permite al bebé sentir la protección. Pero también, la flexibilidad, como forma de adaptarse a la particularidad de cada bebé, de acomodarlo en los brazos, buscando a través del contacto con él y de la interacción cual es la posición más cómoda.

notas

1 Gran Enciclopedia Larousse. Editorial Planeta. Barcelona, 1987.

2 L.Grinberg, D.Sor, E. Tabak de Bianchedi. *Nueva introducción a las ideas de Bion.* (pág.62). Tecnipublicaciones, S.A., Madrid, 1991.

3 Tizón, J.L. *Apuntes para una psicología basada en la relación* (pág. 58-59).Hora. Barcelona, 1982.

4 Tizón, J.L. *op.cit.pág.61.*

5 D.W.Winnicott. *El proceso de maduración en el niño.* Laia. Barcelona. 2^a edición 1979.

6 Tizón, J.L. *op.cit. pág 61.*

Experiencias de contención

Finalmente, *la calidez* entendida como la capacidad de acoger de forma amorosa, transmitiendo afecto y ternura.

A través de éste contacto próximo nos llegan vivencias que se reciben y perciben en ocasiones de forma muy directa. Cuando el impacto emocional podemos traducirlo en palabras, estamos ejerciendo la función de contención.

La función de contención en relaciones de tipo profesional

Continuemos por un momento con la imagen de los brazos que sostienen al bebé, y las cualidades que atribuimos: *fuerza, flexibilidad y ternura* e intentemos aplicarlo en la atención profesional.

La fortaleza puede llegar en la medida en que el trabajador social disponga de un aprendizaje en el que integre dentro de sí mismo unos conocimientos teóricos y técnicos con una capacidad de sentir que permite reconocer y sostener las emociones que irán apareciendo en la relación con el paciente o usuario. Teresa Rossell explica que “si en la recepción de emociones el trabajador social queda invadido por los contenidos emocionales que le comunica el cliente, la capacidad de comprensión y elaboración quedará inhibida en él mismo y la respuesta será una defensa, un rechazo, una huida de la propia ansiedad, y no una verdadera respuesta a la necesidad del entrevistado”⁷

La flexibilidad es un elemento clave en el encuentro con el usuario, buscando la forma

más adecuada de sostenerlo en el proceso de cambio y desarrollo. Estar atentos a la particularidad de cada caso nos permitirá conocer que tipo de contención necesita cada persona. La incertidumbre, el no saber como responder ante un paciente o una situación concreta, puede resultar difícil de soportar. Muchas veces no tenemos la respuesta adecuada para ayudar a un usuario, y es a partir de pensar en diferentes hipótesis, con prudencia y respeto, que podemos averiguar qué nos sirve y qué no para cada usuario. En este ensayo-error, que en ocasiones es del todo necesario, irá implícita la flexibilidad. Ser flexibles no siempre es fácil ya que requiere un cierto espacio para imaginar diferentes posibilidades, probarlas, valorar pros y contras, y estar dispuestos a equivocarnos.

La ternura y la capacidad de amar que atribuimos a los brazos de la figura materna también podemos considerarla una cualidad en el ámbito de nuestro trabajo. Sin la voluntad sincera de interesarnos por el otro, su sufrimiento y sus capacidades (internas y externas), probablemente no estaremos en buenas condiciones para contener las ansiedades del paciente o usuario. En la cita del inicio del artículo, las palabras de P.Folch destacan la importancia de la “actitud amorosa” en el ámbito de la educación. Me gustaría hacerlo extensivo a nuestra profesión.

La contención es posible, cuando el profesional puede contactar emocionalmente con el usuario, aproximarse a sus necesidades y temores e intentar comprenderle. A través de la identificación proyectiva resonarán yemergerán en el trabajador social sensaciones, sentimientos,

pensamientos... en palabras de P. Folch " *es un mensaje que nos llega como irrupción, como ocurrencia, como afecto que colorea e invade en mayor o menor extensión nuestro espacio mental*"⁸ . Este proceso interno "va más allá de la empatía, entendida como un acompañamiento con la expresión y comunicación manifiesta del paciente y aportarle el consuelo de nuestra presencia y posibles sugerencias". Entendido de ésta forma, el trabajador social percibe y recibe, no solamente, la expresión verbal y no verbal, sino también, lo que despierta en el propio profesional y como impacta en la relación. Contener va más allá de la escucha de los problemas.

Pero el logro de una suficiente capacidad de contención en la relación no depende solo del profesional, en éste caso del trabajador social, sino de la interacción entre ambos. Será necesario que en el encuentro existan suficientes puntos de vinculación y de contacto, como si se tratara de hallar una sintonía, encontrando uno y otro la posibilidad de comunicarse en una misma frecuencia.

Para el usuario, la sensación de estar contenido puede llegar al sentir que alguien soporta aquellos sentimientos o vivencias de las que está escapando. En los tratamientos de psicoterapia se puede apreciar la importancia de éstas vivencias en las que si el paciente percibe que los sentimientos profundos para los que no ha encontrado palabras -el *terror sin nombre* del que nos habla Bion⁹- pueden ser entendidos, le será más fácil verse a sí mismo de una forma más completa, sin dejar fuera aquellos aspectos que le asustan y le cuesta reconocer como propios, colocándolos a mayor o menor distancia (proyección, negación...).

María de 58 años de edad al finalizar una psicoterapia y después de haber logrado una mejora clínica importante, expresaba que para ella "la actitud de la terapeuta le había sido de gran ayuda haciendo que se sintiera comprendida y respetada, permitiéndole despertarse a sí misma y recuperar su autoestima y confianza."

La experiencia cotidiana nos demuestra que puede resultar difícil ajustar lo deseable y lo posible. En general, la contención implica un esfuerzo importante. De un lado por la presión asistencial y sus consecuencias: el poco tiempo que podemos destinar a cada usuario, a la coordinación y el trabajo en equipo, etc. Y de otro, por la propia dificultad de contactar con ansiedades y pensarlas, especialmente si éstas son muy intensas. En éste sentido, es crucial para los profesionales un cierto grado de elaboración y diferenciación de nuestras propias ansiedades, descubriendo la manera en que hacemos frente al sufrimiento propio y ajeno. Supone un reto cuidar a los demás y a la vez cuidar de nosotros mismos. En la búsqueda de éste equilibrio, nos ayudará tener en cuenta qué necesitamos para realizar la asistencia en buenas condiciones. Será preciso reconocer los propios límites, tarea no siempre fácil, y renunciar a los aspectos más narcisistas del profesional que nos pueden atar a fantasías y deseos, dificultando de forma importante el trabajo.

notas

7 Rossell, T. *La entrevista en el trabajo social*. (pág.66). Euge. Barcelona, 1987.

8 P.Folch Mateu. *Notas sobre la patología de lo negativo y su abordaje técnico*. Barcelona.

9 L.Grinberg, D.Sor, E. Tabak de Bianchedi. *Nueva introducción a las ideas de Bion*. (pág.64). Tecnipublicaciones, S.A., Madrid, 1991.

Trabajo social y contención

Me atrevería a afirmar que los trabajadores sociales otorgamos a la contención de ansiedades una considerable importancia en la atención que realizamos. Pero, ¿es diferente la contención que realiza un trabajador social de la que realizan otros profesionales de ciencias de la salud (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, educadores, maestros...)? En mi opinión, las diferencias dependen de dos elementos: el propio trabajador social (su experiencia y formación) y del contexto en el que realice su trabajo.

El trabajador social está en contacto con ansiedades, fruto de las problemáticas que afronta. Pero, en el ámbito de la salud mental, estas ansiedades pueden formar parte del problema a resolver, lo cual requiere tratarlas con especial atención. La idiosincrasia del trabajo de un psicoterapeuta hace de las ansiedades un elemento clave en la intervención que realiza para lograr la mejora psíquica del paciente. En cambio, para el trabajador social, las ansiedades aparecen, a veces, como obstáculos pero que en la medida que son sostenidas e intentamos comprenderlas podremos realizar mejor nuestra tarea y ser, probablemente, más eficaces. De otro lado, en determinado tipo de situaciones en las que el usuario no manifiesta ansiedad, también cabe preguntarse sobre qué ésta sucediendo. En qué medida tiene que ver con la situación del usuario, y su forma de protegerse, mediante mecanismos de defensa, de vivencias cuyo contacto le provocan sufrimiento.

En cuanto al contexto, la propia institución en la que trabajamos y el ámbito a la que pertenece (salud mental, servicios sociales, ABS...) enmarcará nuestro encuentro y la intervención que realicemos. Variables como el modelo teórico de referencia, la distribución de las funciones en el equipo y la organización, son determinantes en el momento de concretar los objetivos de la intervención. A menudo, este proceso de debate y clarificación de tareas y funciones resulta difícil. Una buena organización del equipo puede ser contenedora para los propios profesionales, ofreciéndoles un marco de referencia que será de gran ayuda.

Hospital de Día: una institución al servicio de la contención de los adolescentes con trastorno mental.

Los chicos y chicas que precisan atención en un Hospital de Día, han vivido en muchos casos el fracaso de la contención en las instituciones que habitualmente acompañan en el desarrollo: familia, escuela...

El Hospital de Día se constituye como marco terapéutico amplio. A. Soriano lo define como "un espacio de vida, de relación, de aprendizaje, etc., donde todo tiene que converger hacia los objetivos terapéuticos de cada chico". La capacidad de integración de todas las actividades parciales de cada Proyecto Terapéutico Individual¹⁰, es un reto y una necesidad que va a favor de los objetivos terapéuticos deseados.

El equipo de profesionales, como grupo, hace frente a situaciones difíciles. Para

resolverlas, es muy útil funcionar de forma integrada, es decir, compartir suficientemente los objetivos y la tarea que realizamos, e incluir la diferenciación de los roles y funciones. Trabajar de ésta forma permite estar en mejores condiciones para contener las ansiedades intensas de los chicos adolescentes a los que se atiende. Así como la madre o persona que se hace cargo de la crianza de un hijo, necesita contar con el apoyo y soporte de su pareja, de su propia madre, etc., el equipo necesita sentirse apoyado sobre una base común que permita abordar las ansiedades y el sufrimiento que conllevan.

Laura es una chica de 15 años de edad huérfana de padre desde la infancia y con una historia de fracaso escolar. A pesar de sus suficientes capacidades intelectuales, el trastorno mental que padece le impide el aprendizaje y le dificulta la relación con los otros. No tiene amigos. A nivel diagnóstico se considera un trastorno de la personalidad.

Conviven la madre, la chica y su hermana de 8 años, con la que tiene poca relación. En el tratamiento en el Hospital de Día, madre e hija se muestran colaboradoras. Se plantea una atención que engloba diferentes intervenciones y profesionales del Hospital: tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, psico-educativo, escolar y atención a la familia. La trabajadora social del servicio es quien se hace cargo de la atención a la familia.

Durante el primer mes de tratamiento, Laura acude diariamente al Hospital. Unas semanas más tarde, deja de venir de forma continuada. La chica le dice a la madre que sí que viene al Hospital, pero en realidad, se queda en casa sola (la madre trabaja durante el día), y duerme y come a todas horas.

En el equipo estamos preocupados. Nos invade la sensación de estar fracasando, de no poder ayudarla y vemos el riesgo de que quede desatendida. La madre, a pesar de su disponibilidad, se siente perdida y con un profundo desánimo. Intentamos que la madre pueda ayudarla a venir, pero en un primer momento no da demasiado resultado.

En la medida en que, desde el equipo, nos es posible aproximarnos a comprender el funcionamiento interno de la chica y sus relaciones con los demás, nos es posible encontrar una vía que permite desbloquear, paulatinamente, la situación. Entendemos que Laura vive unos intensos sentimientos de soledad. Ante situaciones de separación aparecen ansiedades muy potentes y difíciles de soportar. Se mueve en la ambivalencia entre la necesidad de vincularse (establecer un contacto más auténtico con otras personas) y el miedo a hacerlo porque puede llevarle a sentimientos y temores intensos e insoportables. Los educadores señalan como le ha sido imposible acabar ninguna actividad de las que ha realizado (dibujos, cerámica, trabajo con madera...). Pensamos en lo difícil que resulta para la chica mantener la continuidad de cualquier actividad o relación. De alguna forma, empezar algo nuevo lleva también implícita la idea de acabarlo (dar por terminado un dibujo, un curso, un juego...) y por tanto separarse. Laura se queda atrapada por sus propias ansiedades que le impiden hacer uso de las capacidades que tiene.

notas

10 El Proyecto Terapéutico Individual se planifica por el terapeuta y educador de referencia, teniendo en cuenta las características de personalidad, las dificultades y trastornos del chico/a.

Experiencias de contención

Valoramos qué hay de progresivo y qué hay de regresivo en su situación, como contraposición de fuerzas que actúan en las dos direcciones.

Observamos que le resulta muy difícil contactar con su necesidad, por momentos extrema. y que, para protegerse, acude a mecanismos regresivos, mostrándose pequeña e incapaz de hacer cosas por si sola; pasa muchas horas en la cama, se duerme y no puede llegar solo a los sitios. En otros momentos, utiliza defensas maníacas. Se muestra sin necesidad, "va de sobrada".

A través del trabajo interdisciplinar logramos encontrar un camino para desbloquear la situación. Este trabajo compartido nos permite pensar en mejores condiciones y sostener nuestras inquietudes que nos conducían a quedar atrapados ante las dificultades.

Espacios que favorecen la contención

¿Podemos hablar de espacios que favorecen la contención de ansiedades?. En mi opinión, los espacios adaptados, estables y acogedores favorecen la contención.

Es común en padres de niños pequeños que adecuen la vivienda a la edad de los hijos. Con ello se facilita la protección del pequeño en su recorrido por los diferentes rincones de la casa, explorando todo lo que está a su alcance. Esta adecuación permite a los padres sentirse más tranquilos y, por lo tanto, hacer un esfuerzo menor en el momento de cuidar de los pequeños.

Nuestro Hospital vivió en sus orígenes una etapa transitoria en la que nos encontrábamos ubicados en una antigua escuela a la espera de que finalizaran las obras del nuevo Hospital de Día. Esta

situación y la visita a otros Hospitales con más experiencia, nos ayudó a valorar con mayor precisión las necesidades de los espacios físicos, teniendo en cuenta las diferentes actividades que se desarrollan. Realmente, una vez se hizo el cambio, la mejora que obtuvimos fue evidente: Conteníamos a los chicos con menos esfuerzo.

Actividades que contienen

En la atención de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia sabemos que a través del juego o de otras acciones intermedias, podemos facilitar al niño que se exprese y se comunique. Winnicott nos aclara como en el intercambio entre la madre y el niño existe un espacio intermedio que el llama transicional. Es a través de ésta metáfora que podemos comprender mejor como se da la posibilidad de "viajar hacia el otro o que el otro viaje hacia uno, el niño hacia la madre o la madre hacia el niño, creando un espacio intermedio por el que transitan"¹¹ y como éste intercambio va posibilitando la construcción del self, en el que el niño se diferencia respecto a otros objetos.

En la atención a adolescentes que asisten al Hospital de Día, se trabaja con la idea de cómo es de importante conseguir que los talleres que realizan los chicos/as les despierte interés. Será a partir de ésta capacidad de los chicos/as para interesarse que podemos encontrar una vía para el intercambio terapéutico y educativo. El trabajo de los educadores es de gran importancia, para encontrar las actividades que permiten a los chicos realizar una tarea con gusto, poniendo a prueba las propias habilidades e ir aprendiendo o consiguiendo

pequeños logros que actúan como mecanismos de contención ante las grandes dudas sobre sí mismos que viven los adolescentes.

Estar contenido para contener

Esta idea me parece de especial importancia. En la medida en que hemos vivido la experiencia de sentirnos entendidos y acompañados en nuestro crecimiento, tenemos recursos para ofrecerlo a otra persona.

Al ejercer nuestro trabajo, tenemos un papel activo en la búsqueda de los recursos que nos permiten elaborar nuestro crecimiento profesional y -¿porque no?- personal. La institución en la que trabajamos también puede velar para que tengamos éste soporte: reuniones de equipo, supervisiones clínicas, espacios de formación diversos, etc. Estas herramientas son claves para digerir las dificultades intrínsecas al trabajo que realizamos.

Juan es una chico de 14 años en tratamiento en el Hospital de Día por problemas conductuales. Los padres son atendidos por la trabajadora social del servicio. El Sr. Ramón, padrastro de Juan, expresa que "él no cree en esto y que considera que hablar no servirá de nada". No obstante, viene en 4 ocasiones. En las primeras manifiesta la queja por la conducta de su hijo y la voluntad de "ponerlo en un internado", y en la última comenta que, a veces, "se han sentado a hablar de las cosas" y que "en el fondo no es tan malo, aunque me pone muy nervioso". El Sr. Ramón puede, de este modo, ir rescatando algunos aspectos positivos de la relación con su hijo Juan.

La madre, Sra. María, se olvida con frecuencia de las visitas. El hijo se queja de ello en el Hospital diciendo que "la madre pasa de él". Son 5 hermanos en la familia. Juan es el tercer hermano.

En el Hospital vemos la necesidad de las visitas familiares y pensamos cómo podemos transmitir a los padres la importancia de éstas y ayudarles a venir. La madre explica hasta que punto le es difícil acordarse de las visitas "porque tiene muchas cosas en la cabeza". En la entrevista con la trabajadora social piensan conjuntamente en qué le puede ser útil para acordarse.

La madre dice que ella "no confía en los demás, porque se ha llevado muchos palos en la vida": inmigrar sola a los 7 años, tener que trabajar desde esa edad, ser madre en la adolescencia, diversos fracasos en las relaciones de pareja... Ella no puede entender la situación de sus hijos. Comenta: "yo sí que no conté con nadie". Continua diciendo que "ya no confía en nadie y que hace años que no llora" pero se emociona, cuando dice que no puede sentarse a hablar con sus hijos aunque es algo que le gustaría hacer y no puede. "En casa suele haber demasiadas broncas y si no, estoy demasiado cansada para nada más".

Como foco de trabajo en las entrevistas, la trabajadora social apunta al deseo de la madre de poder hablar con sus hijos y como se lamenta de no poder hacerlo. La propuesta de ayuda se concreta: "Si aquí podemos hablar de su hijo, lo que le pasa, lo que a usted la preocupa, etc., quizás después pueda serle más fácil hablar con

notas

11 Sainz, F.; et-al. Winnicott, D.W.(1896-1971) "Conferències commemoratives del Centenari del seu naixement" Monografias n.4.(pág.26) Fundación Vidal y Barraquer. Barcelona.

Experiencias de contención

él directamente". Al salir de la entrevista, la trabajadora social piensa que la Sra. María, probablemente, no ha tenido experiencias en las que se haya sentido contenida y como puede resultarle muy difícil acercarse a sus hijos y ofrecerles algo que ella no ha vivido.

Para finalizar...

En nuestra profesión estamos en contacto permanente con realidades sociales difíciles y no podemos sustraernos de los estados de ansiedad y sufrimiento que conllevan. En mi experiencia de trabajo social, he ido valorando cada vez más la importancia de cómo este contacto requiere de un cuidado permanente al revisar con qué puntos de soporte contamos; la formación permanente, los espacios de supervisión, el trabajo en equipo, incluso la posibilidad de un tratamiento personal, son claves para construir la base sobre la que apoyarnos. En definitiva, estar contenidos para contener.

Nuestro trabajo parte de una actitud de respeto y escucha hacia los problemas de los usuarios que atendemos. Si además, tenemos presente la importancia de la contención de ansiedades, podremos ir más allá, siendo verdaderamente permeables a las vivencias de los usuarios al tiempo que preservamos la capacidad de pensar para intentar comprender la situación. De este modo, daremos un paso más en nuestro deseo de cumplir del mejor modo posible nuestra tarea profesional.

Este artículo guarda relación con situaciones vividas y observadas desde la práctica de nuestra profesión. Es, por lo tanto, un tema abierto al intercambio de opiniones y experiencias que contribuirán a enriquecerlo.

Bibliografía

ABERASTURI, A.; KNOBEL, M. (1989). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Méjico. Paidos Educador.

AGUILAR, J. *La función de contención*. Revista catalana de psicoanálisis. Vol. XIII/ núm.1

D.W. WINNICOTT. *El proceso de maduración en el niño*. Laia. Barcelona. 2^a edición, 1979.

GARCIA BADARACO, JORGE E. *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Tecnicpublicaciones, S.A. Madrid, 1990.

L. GRINBERG, D. SOR, E. TABAK DE BIANCHEDI. *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Tecnicpublicaciones, S.A., Madrid, 1991.

OGDEN, THOMAS. *La frontera primaria de la humana experiencia*. Julián Yébenes, S.A. Madrid, 1992.

P. FOLCH MATEU. *Notas sobre la patología de lo negativo y su abordaje técnico*. Barcelona.

ROSELL, T. *La entrevista en el trabajo social*. Euge. Barcelona, 1987.

SAINZ, F.; et-al. WINNICOTT, D.W. (1896-1971) "Conferències commemoratives del Centenari del seu naixement" Monografías n.4. Fundación Vidal y Barraquer. Barcelona.

SALZBERGER-WITTENBERG, Isca. *La relación asistencial*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970.

TIZÓN, J.L. *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Hora. Barcelona, 1982.

Los Servicios Sociales de atención domiciliaria en la Unión Europea

Cristina Rimbau i Andreu. Lic. en psicología, D.T.S. Profesora Universidad de Barcelona.*

*"La casa que vull
que la mar la vegi,
i uns arbres en fruit
que me la festeigin.
Que hi dugui un camí
lluent de rosada,
no molt lluny dels pins
que la pluja amainen,*

*Per si em cal repòs
Que la lluna hi vingui
.....
Que es guaití ciutat
des de la finestra,
i es sentin els clams
de guerra o de festa:
per ser-hi ben prest
si arriba una gesta....."*

Joan Salvat Papasseit.¹

Este artículo trata, en síntesis, del amplio, vasto y complejo panorama de los servicios sociales de atención domiciliaria² en algunos Estados de la Unión Europea. Síntesis obligada por la dimensión del tema y por el diverso desarrollo de los Estados de bienestar europeos en los que se inscriben estos servicios. Se intenta, a través de ocho puntos, trazar los principales rasgos de la actual situación en la Europa de los 15.³

Aunque se aportan algunos datos, no es un estudio comparativo del desarrollo de este dispositivo en el Estado Español y en otros Estados miembros. Como se ha demostrado ampliamente en la bibliografía especializada, las diferencias de cobertura y de otros parámetros, son importantes. El objetivo de este artículo consiste en mostrar un panorama de las modalidades de implementación, y detenerse en algunos temas de interés cualitativo que pueden contribuir, quizás, a la mejora de nuestros servicios sociales de atención domiciliaria. (En adelante AD).

Permítanme dos comentarios previos. En primer lugar, destacar que los servicios de AD "están de moda" en nuestras latitudes. Organizaciones sociales, entidades ciudadanas, grupos políticos, administraciones, etc. incluyen en sus propuestas, demandas, discursos y promesas de ampliación y mejora de nuestros actuales servicios de AD. Incorporan en ellas propuestas de estudios anteriores y presentan cifras y porcentajes, con la intención manifiesta de paliar los déficits actuales, poniendo de relieve las necesidades sociales insatisfechas (o desatendidas) que acompañan los nuevos fenómenos sociales, entre ellos la dependencia, los cambios en las estructuras familiares, y la disminución del patrimonio informal de ayuda. Fenómenos comunes en la Europa de los quince pero con respuestas distintas según los modelos y desarrollo de los sistemas de protección social.

Pero, si bien es cierto que en el Estado español, se ha mejorado la dotación del servicio, incrementándose en casi 1 punto el

notas

*Colabora Sílvia Gómez Soldevila. Lic. en Antropología.

1 Salvat-Papasseit, J. Poema *La casa que vull*. A "La gesta dels Estels". Ed. Ariel. 3^a reimpresión, enero 1999. Barcelona.

2 Denominamos servicios sociales de atención domiciliaria o servicios de ayuda domiciliaria, diferenciándolos de los servicios sanitarios de atención domiciliaria. En la literatura inglesa "home help" para los primeros, y "home care" para los segundos.

3 La incorporación de los diez Estados previstos dibujará un nuevo mapa europeo en el que se incrementarán las diferencias entre los sistemas de protección social y consecuentemente el desarrollo de los servicios sociales. Los datos actualmente disponibles corresponden a los 15 Estados miembro.

índice de cobertura (1999 a 2002), pasando de 1,82 a 2,8 en la media española (Observatorio de personas mayores. IMSERSO 2002), no se ha producido un cambio substancial que garantice el acceso a estos servicios a los ciudadanos necesitados. Continúan pendientes los acuerdos políticos y sociales necesarios para estructurar solidamente un sistema de cobertura de ciertos riesgos, entre ellos el de la dependencia, de acceso universal, con una fórmula mixta de participación debidamente regulada y que garantice el acceso y la equidad entre los ciudadanos. Como ocurre en otros Estados europeos, en un marco de regulación y de derecho social, los servicios de atención domiciliaria se desarrollan ampliamente, ofreciendo la atención requerida, y creando empleo regulado en el sector de los servicios personales de proximidad. Son una pieza clave para una atención social integral y de calidad.

Los esfuerzos, las apuestas presupuestarias y de planificación de algunas Comunidades Autónomas⁴, o de algunos Ayuntamientos⁵, muestran no sólo la necesidad del tema, sino también la adecuación de este dispositivo en la atención de los nuevos fenómenos sociales.

En segundo lugar, en un concepto de salud global e integral, el fomento de la autonomía personal, del sistema relacional, y de las potencialidades y características de los usuarios y de su entorno, son elementos estructurales para el desarrollo del concepto bio-psico-social de salud. En este marco, los servicios sociales de AD son un instrumento idóneo, no sólo para frenar los ingresos residenciales como tantas veces se ha discursado, sino preferentemente para

apoyar y ayudar a las personas necesitadas y a sus allegados en el desarrollo de sus "proyectos vitales", potenciando la vida independiente en situaciones o momentos carenciales o de riesgo (Kinsella, P. 1999). El hábitat, como espacio de vida, tiene valor real y simbólico para el desarrollo de estos proyectos personales a los que alude el poema de Salvat Papasseit.

Una visión de conjunto: Presencia en todos los Estados y fuertes desigualdades en su desarrollo

Hoy día puede afirmarse que los 15 Estados de la UE han desarrollado algún tipo de servicios de AD. Pero a renglón seguido, debe decirse también que existen grandes diferencias entre unos y otros.

Tales son estas diferencias que en algunos casos podrían llegar a invalidar la afirmación inicial, puesto que algunos servicios no cumplen los mínimos requisitos, niveles de prestación, calidad, garantías de acceso, etc. que, en otros lugares, son imprescindibles para denominar y reconocer el dispositivo como tal. Así por ejemplo, en la prestación pública del servicio en Alemania el mínimo contabilizado es de 30 horas mensuales, mientras que en otros la intensidad media de atención es de 16 horas mensuales.⁶

Estos diferenciales tienen como base principal los diferentes modelos de bienestar europeos, y su desarrollo. Como es conocido, los criterios de distribución del gasto público no son homogéneos entre los Estados de la UE, y los porcentajes destinados al gasto

social son asimismo distintos. El cuadro siguiente muestra los porcentajes del PIB en los cuatro modelos de Estados de bienestar (EB). Puede observarse como el gasto medio

de la UE se ha incrementado desde 1991 a 1993, en el que inicia un descenso paulatino. Los países nórdicos, con un gasto superior, presentan un estancamiento desde 1993.

Gasto en protección social, % del PIB. Distintos modelos de Estados de bienestar

	1991	1993	1996	2000
EB Nórdicos	31,27	35,17	32,57	28,77
EB Continentales	27,28	29,10	28,85	27,17
UE (15)	26,40	28,80	28,40	27,30
EB Anglosajones	22,65	24,60	22,95	20,45
EB Latino-medit.	21,30	23,38	22,70	23,60

Fuente: EUROSTAT (2003), European social statistics. Social protection. Fecha 1991-2000

Las diferencias en el gasto público repercuten en el desarrollo de los servicios, no solo en cobertura sino también en su calidad y organización. Inciden en su regulación y estructura, tipo de entidades provisoras, sistemas de financiación, sistemas de acceso, poblaciones diana atendidas, prestaciones ofrecidas por los servicios, perfiles profesionales, etc.

La responsabilidad del desarrollo y organización de los servicios de la AD corresponde a cada Estado miembro y no constituye una línea específica de la política social de la Unión Europea. No obstante desde múltiples estudios elaborados o encargados por la UE, se contempla a los servicios de AD como dispositivos sociales clave, recomendándose su desarrollo frente a modalidades institucionales. Por ejemplo, el Informe Conjunto "Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar estrategias nacionales para garantizar un alto

grado de protección social" (COM.2002) incluye, en diversos momentos, los servicios de atención domiciliaria. Se aconsejan al tratar de las modalidades de servicios en la atención de larga duración en el nivel diagnóstico de necesidades: "en la mayor parte de los Estados miembros los servicios de asistencia domiciliaria no están suficientemente normalizados...", o en el análisis de la demanda: "ha aumentado la

notas

4 El Principado de Asturias, por ejemplo, ha realizado un importante Plan para potenciar los servicios de atención domiciliaria, tanto a nivel rural como urbano.

5 Así por ejemplo, el Ayuntamiento de Barcelona ha enunciado una inversión de 11 millones ⁵ para implementar un nuevo modelo de atención social domiciliaria para personas mayores con discapacidad y pasar de una cobertura de un 2% a un 4% de la población mayor, en tres años. Plan que se iniciará a partir de julio de 2004.

6 España 16,01 horas mensuales. Enero 2001 IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002.

demandas de asistencia a domicilio...”, o en las prioridades políticas: “en particular mejorar la atención domiciliaria”.

Sin embargo, en la diversidad de la atención social domiciliaria europea pueden encontrarse algunos elementos comunes.

- El desarrollo de los servicios de AD corre paralelo al mayor o menor desarrollo de la protección social de cada uno de los países. Los Países Norteamericanos, Alemania, Holanda y Austria, con importante desarrollo y consolidación de políticas sociales, presentan los mayores porcentajes de cobertura de AD, por encima de la media de la UE. Como puede observarse en los análisis de Antonen, Spilia, 1996 Pacolet, J. 1998, y de la OCDE 1996, como el mayor desarrollo de los servicios de AD, corre paralelo al mayor desarrollo de los servicios sociales en general, incluidos los residenciales.
- Los servicios sociales de AD se dirigen a diversos grupos de población diana y su oferta de servicios es plural. Al lado de los servicios de atención a las personas dependientes, los más desarrollados, hallamos también, servicios domiciliarios de atención materno-infantil (Holanda), o de ayuda lúdico-escolar para la infancia de 3 a 12 años (Italia). Este polifacetismo de las poblaciones diana implica que sus carteras o menús de prestaciones difieran considerablemente entre sí.

Así mismo, en ocasiones el concepto y los servicios de AD pueden incluir, además, sólo la prestación de ayuda en el domicilio, otras modalidades, como por ejemplo centros de día, los servicios «de

respiro», transporte, soporte a los cuidadores principales, etc. formando un conjunto integrado de servicios y prestaciones continuados con el objetivo de potenciar la vida en el hábitat habitual.

- En todos los países se observa un proceso de profesionalización y cualificación creciente. Pero también, en los Estados con un menor desarrollo y regulación, se halla lo que puede denominarse una “pseudoservicio de atención domiciliaria”, realizada en un mercado laboral no regulado, y sin garantías suficientes, pero que responde a una demanda existente y desatendida por servicios públicos escasos y con fuertes limitaciones de acceso. Amplias capas de población, que no son “suficientemente pobres” para acceder a los servicios públicos ni pueden costearse los servicios ofrecidos por el mercado privado, recurren a ellos.
- En la mayoría de países los servicios de AD se han configurado a partir de dos sistemas, el social y el sanitario, que cuentan con una estructura, desarrollo, grado de universalidad, sistema de financiación, competencias del sector público, etc. distintas y con un mayor peso social, el sector sanitario que el social. La tendencia actual, es precisamente la de integración de los servicios de AD. Sirvan como ejemplo las denominadas “Sozialstation” alemanas, agencias con un importante grado de integración sociosanitaria en la gestión y en la oferta que facilita a los usuarios una respuesta y un punto de referencia único. La integración de los servicios sanitarios y sociales de AD constituye, hoy día, un reto y un debate no exento de dificultades.

Los niveles de cobertura. Tres escenarios para un mismo dispositivo

Las diferencias de cobertura entre los 15 Estados miembros son importantes. Los estudios internacionales Pacolet, J. (2000) Esping-Anderssen, G. (2000), Janssens, P. (1999), Navarro, V. (2002), entre otros y en especial en las ponencias del 2º Congreso Mundial de Atención Domiciliaria (Viena-2000) ponen de manifiesto las diferencias entre el Norte y el Sur europeo. Según la clasificación de los modelos de Estados de Bienestar (EB) pueden dibujarse tres o cuatro escenarios básicos.

- Los países nórdicos, Dinamarca, Suecia, Noruega y Finlandia, presentan los mayores porcentajes de cobertura, entre el 13 y el 24%.
- Un segundo grupo de países, entre los que se encuentran Holanda, Bélgica, Francia, Austria y Alemania, ofrecen porcentajes de cobertura entre el 10 y el 6%. El Reino Unido se sitúa entre el 8 y el 6%, con porcentajes dispares según las fuentes.
- El tercer grupo de países, los del arco mediterráneo, y también Portugal e Irlanda, (o países periféricos) presentan cifras alrededor del 1-2%.

COBERTURA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA POR GRUPOS DE PAÍSES

Países Nórdicos	Países Centrales o Continentales	Países mediterráneos y periféricos
Dinamarca Suecia Finlandia Noruega	Holanda Francia Alemania Bélgica Austria Reino Unido	España Grecia Italia Irlanda Portugal
24 - 13%	10 - 6%	2 - 1%

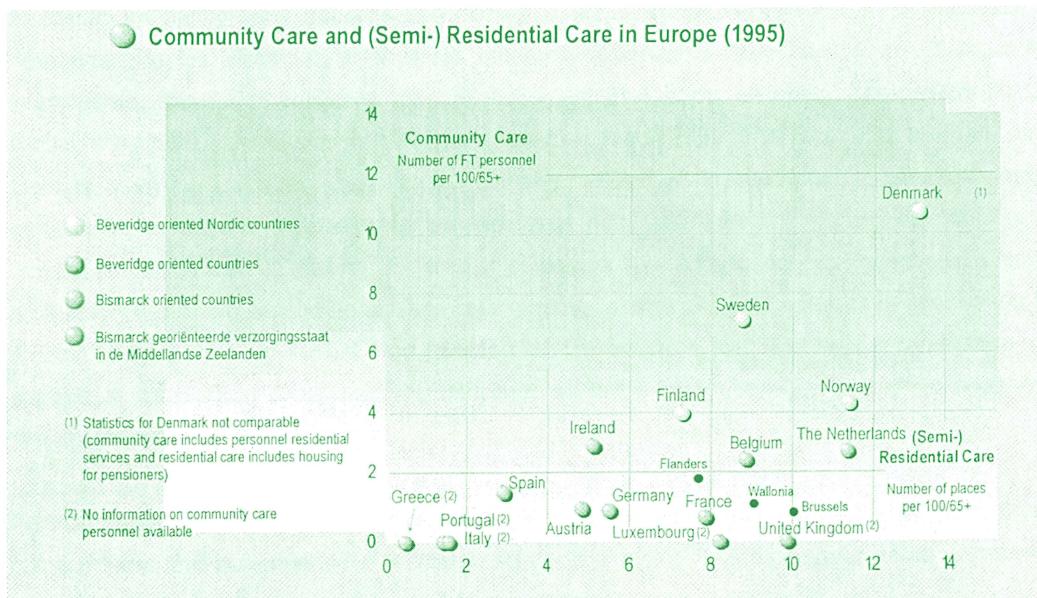
Fuente: Elaboración Eurocat-Ges a partir de diversas fuentes. 2001.

El primer escenario corresponde a modelos universalistas, de orientación Beveridge, con un elevado nivel de protección social. El segundo, lo forman los países de orientación Bismarck, de base contributiva como fundamento del derecho a la protección, y también el Reino Unido, de origen y cuna beveridgiano, pero que en los últimos

tiempos ha vivido la influencia de las políticas neoliberales y más recientemente de la denominada "Tercera Vía", que han desvirtuado el carácter universal del modelo inicial. En el tercer escenario se hallan países mediterráneos y periféricos con modelos bismarkianos pero con un menor grado de protección social, entre ellos España.

Los Servicios Sociales de atención domiciliaria en la Unión Europea

El gráfico siguiente muestra la correlación entre los modelos citados y la provisión de servicios domiciliarios y residenciales.



Fuente: Pacolet, J. en 2nd World Congress on Home Care – Viena 2000

En la clasificación de cuatro modelos de EB, las coberturas de los servicios públicos de

atención domiciliaria para personas mayores de 65 años son las siguientes:

% de Cobertura pública > 65 años

	Cobertura residual	Cobertura domiciliaria
EB Nómadas	8,0	18,0
EB Continentales	7,0	7,0
EB Anglosajones	6,0	6,0
EB Latino-mediterráneos	2,0	1,5

Fuente: OCDE (1999) citado por Adelantado, J. para IGOP 2003

En ambas clasificaciones se visualiza la misma tendencia, constatando las enormes diferencias entre EB. En el cuadro anterior se ofrecen, también, los porcentajes de cobertura en servicios residenciales. Obsérvese como, aunque con diferenciales menores, los índices de cobertura mayores corresponden también a los países nórdicos, mientras los latino-mediterráneos presentan también en este ítem un escaso porcentaje. ¿Quién realiza los cuidados necesarios? ¿O es que no son necesarios? Evidentemente la última hipótesis no es cierta ya que como se ha dicho los fenómenos sociales son comunes en la sociedad europea y los estudios y demandas de los afectados y familiares muestran repetidamente la necesidad. El segundo interrogante, ha sido analizado por diversos estudios (por ejemplo: Campo, M.J.-2000, Duran, M.A.-1999, Jamienson -1993, Fundación Europea -1995) y la respuesta es clara: las familias, y en particular las mujeres, son quienes realizan la tarea de cuidar. Esta respuesta familiar ha sido interpretada como un elemento estructural de un modelo de "sociedad

familística" en la que la institución familiar constituye la primera, en ocasiones casi única, protección a las necesidades sociales. Este modelo, aparte del costo personal, económico y emocional que supone, se halla en transformación, puesto que como se ha comentado el patrimonio informal de ayuda está disminuyendo en todos los Estados europeos, incluidos los mediterráneos.

Pero al hablar de "cobertura" no son suficientes las grandes cifras. Es necesario detenerse como mínimo en la frecuencia y en la intensidad de la atención. Evidentemente no es lo mismo una atención domiciliaria de una o dos horas semanales que pueden recibir Joao o Dimitri, por ejemplo, o las tres o más horas diarias cuatro días a la semana de Heidi o Hakoon. Sin embargo, los cuatro aparecerán como una unidad en las estadísticas. En el seguro de dependencia alemán, por ejemplo, se establecen unos mínimos de frecuencia e intensidad de AD para cada una de las tres categorías en las que se organiza (ver punto sobre el acceso a los servicios de AD).

Alemania. Seguro de Dependencia. Prestaciones Mínimas de AD por categorías.

Primera categoría	90 minutos diarios cada día de la semana De ellos 45 minutos de asistencia básica
Segunda categoría	Media de 3 horas diarias cada día de la semana De ellas 2 de asistencia básica
Tercera categoría	5 horas diarias cada día de la semana De ellas 4 de asistencia básica

Fuente: Federal Ministry of Labour and Social Affairs. 2003

proximidad. La segunda causa, debe vincularse a la creación de medidas, leyes, de protección a la dependencia desarrolladas en algunos Estados. Mediante los seguros de dependencia se garantiza la cobertura de ciertos niveles de atención, mediante ayuda económica o en servicios, que a su vez potencian el desarrollo de dispositivos de atención social, entre ellos los servicios de atención social y/o sanitaria domiciliaria.

No obstante, ello no impide que conceptualmente y en la práctica, como se ha comentado en el caso de Holanda y de Italia, los servicios de AD se concibían y diseñen para una población plural.

Las entidades gestoras. Diversidad de actores para un mismo proyecto

Una vez más no puede hablarse de un único modelo de gestión de este dispositivo. En términos generales puede afirmarse que todos los sectores de la sociedad están implicados en la gestión de la AD: administraciones públicas, entidades de protección social públicas y privadas, entidades privadas de carácter social y mercantiles y también el voluntariado. La articulación entre dichos sectores y sus prioridades presenta formas muy diversas entre Estados, pero pueden apreciarse algunos aspectos comunes en aquellas sociedades con un mayor desarrollo de servicios de atención domiciliaria.

- En los países nórdicos, las administraciones locales son las principales promotoras y gestoras, y a su

vez pueden llegar a acuerdos con entidades sociales.

- En los países con un importante desarrollo de AD, los Estados y los organismos de seguros sociales, así como los principales agentes sociales, han establecido acuerdos para garantizar la atención de determinados riesgos y necesidades sociales, impulsándose así el desarrollo de los servicios necesarios.
- Las administraciones públicas locales, municipales o comarcas, desarrollan un doble rol: como promotores de servicios (países nórdicos, Holanda, regiones del Norte de Italia), o como prestadoras directas de servicios (países nórdicos, o algunos municipios en Francia que pueden concursar a la oferta de las administraciones regionales).
- Las entidades del sector privado social, asociaciones sin ánimo de lucro en Francia, y las cooperativas sociales en Italia acostumbran a ser las prestadoras directas de servicios. El sector mercantil, principalmente sociosanitario, y profesionales autónomos como podólogos, fisioterapeutas, ergónomos, logopedas, enfermeras domiciliarias, completan la oferta.
- Asociaciones, cooperativas o algunas mutuas, principalmente las organizaciones de segundo y tercer grado, desempeñan además un rol de interlocutores sociales en la regulación y diseño de las prestaciones de AD.

En Alemania, la prestación directa se realiza mediante un amplio elenco de agencias

independientes, denominadas “organizaciones libres de beneficencia”, o por entidades sociales privadas, como por ejemplo Cáritas, agencias de las Iglesias Evangélicas, Cruz Roja, asociaciones de carácter no lucrativo, etc. y también por entidades privadas mercantiles. Destacar las denominadas “Sozialstation”, agencias independientes con una orientación de atención integral socio-sanitaria, reconocidas oficialmente por los organismos aseguradores.

Los usuarios, afectados directos o familiares, eligen la entidad prestadora entre las reconocidas oficialmente, que debe hallarse previamente reconocida y legalizada para tal menester. Estas entidades constituyen el primer eslabón de la cadena. Son las encargadas de las valoraciones y prescripciones médicas y/o sociales, tramitar la solicitud a las Cajas Aseguradoras, quienes aceptan o rehúsan las prestaciones prescritas. A partir de su aprobación las agencias proponen el Plan de Ayuda individual (PAI) en función de la valoración realizada y las prestaciones previstas en los modelos de cada una de las tres categorías básicas de dependencia tipificadas en la Ley (ver carteras de prestaciones y planes de atención personalizados).

Esta modalidad de gestión estimula una importante dinámica de mercado, potenciando la creación de servicios por parte de promotores diversos, públicos o privados, cierta competencia, creación de puestos de trabajo, y diversidad de modalidades en la prestación de los servicios.

En Francia, la prestación directa del servicio se realiza desde una pluralidad de agentes: Entidades públicas locales, ayuntamientos, que pueden actuar en un doble rol de promotores y de prestadores directos, concursando a su vez a las ofertas públicas que realiza una administración superior; asociaciones sin ánimo de lucro (ASBL), principal modalidad jurídica del sector social en Francia; cooperativas o entidades sociales como Cáritas y también por profesionales autónomos.

Los ciudadanos, de acuerdo con su pertenencia a una u otra Caja aseguradora, y la evaluación de sus necesidades sociales según el baremo establecido oficialmente (Grille AGGIR) (ver punto 6 siguiente), pueden también elegir la modalidad de prestación. Desde 1980 las Cajas Aseguradoras tienen la obligación de ofrecer un servicio de atención a las personas mayores de 65 años con pérdida de autonomía, y que puede ser realizada mediante servicios de AD.

En Holanda, la organización de la gestión de estos servicios está cambiando rápida y recientemente. Los procesos de fusión entre la denominada asistencia familiar, los servicios de atención primaria, y también en ocasiones la asistencia social en general, están dando lugar a importantes entidades de atención domiciliaria. Se están creando entidades privadas (no gubernamentales) que ofrecen servicios complementarios por encima de los básicos asegurados por el sistema público (formado por los acuerdos entre las Aseguradoras, el Estado, y las

Instituciones prestadoras). Se potencia la coordinación entre instituciones, impulsando la cooperación, mediante diversas medidas. Así desde la administración pública se presiona para una cooperación efectiva mediante, por ejemplo, el criterio de otorgar subvenciones si se actúa conjuntamente, potenciando así un proceso de reorganización hacia una mayor cooperación no exenta de dificultades.

En Italia, en general son las cooperativas y en particular las denominadas cooperativas sociales (Berney,J. Estivill,J. 1993), conjuntamente con entidades de larga tradición social, como Cáritas o Cruz Roja, quienes realizan la prestación directa del servicio, mediante concurso público o por demanda directa. Particularmente interesante es la labor desarrollada en el campo de la formación de los recursos humanos que está incidiendo positivamente en la mejora de la calidad de los servicios, en la visualización de su rol social, y la mejora de las carreras profesionales y contrastar la oferta con las actuaciones del mercado negro.

En síntesis, en los países centro europeos, se observa una clara tendencia. La prestación directa la realizan preferentemente entidades privadas, principalmente del sector social, con participación de entidades mercantiles, que desarrollan su actividad en el marco regulador de la garantía del derecho de protección social a la dependencia, habilitadas oficialmente para tal menester, y en el marco de la regulación laboral.

Carteras de prestaciones y planes de atención personalizados

• Carteras o Menús

En los países con un mayor desarrollo de los servicios de AD, puede apreciarse una oferta de prestaciones amplia y detallada, visualizada en las denominadas "Carteras o Menús". Por el contrario, en los lugares con menor desarrollo del dispositivo, la oferta no sólo es menor sino también más inespecífica, escasamente detallada y frecuentemente confusa.

Como ejemplo de "Carteras o Menús" amplios y detallados pueden citarse, en primer lugar, las de Alemania para la atención a la dependencia, que cuenta con una amplia, quizás hasta minuciosa, cartera de servicios de atención domiciliaria, organizada mediante los denominados "Módulos".

A fin de regular y homogeneizar las prestaciones y los precios, han definido 17 Módulos Básicos (MB), más otros 6 Módulos Combinables (MC), sumando en total 26 módulos de prestaciones. Cada uno de ellos está formado por un conjunto de prestaciones concretas. Como ejemplo se presenta la composición de cuatro: los MB-1 (contiene prestaciones de higiene total personal), MB-3 (agrupa tareas de ayuda a la evacuación), MB-4 (tareas de ayuda para la alimentación, y MB-8 (tareas de movilización).

Alemania. Ejemplos de 4 Módulos Básicos. Prestaciones por Módulo.

Módulo 1 Limpieza total	1 Lavar, ducha y baño. 2 Higiene dental, cuidado de la boca, cuidado de los labios. 3 Afeitar. 4 Cuidado de la piel. 5 Cuidado del cabello (peinar, lavar si es necesario). 6 Manicura. 7 Vestir incluyendo prótesis. 8 Limpieza del entorno (próximo a la persona, próximo a la cama).
Módulo 3 Higiene	1 Preparar los utensilios, darle los utensilios al paciente. 2 Llevar el paciente al lavabo. 3 Asistencia general. 4 Supervisión de los excrementos. 5 Limpieza de los utensilios y de la cama. 6 Cuidado y cambios de las sondas, o de las bolsas de aperos contra-natura. 7 Asesoramiento y/o consejo para hábitos en evacuaciones. 8 Segunda limpieza (limpieza íntima).
Módulo 4 Comer por su cuenta	1 Preparar la comida en trocitos del tamaño de la boca. También la comida que es llevada desde el exterior. 2 Preparar el paciente (por ejemplo: ayudarlo a ponerse en la cama). 3 Limpieza de utensilios (por ejemplo: cuchara y platos). 4 Limpieza de la mesa. 5 Consejos para una nutrición correcta (por ejemplo para diabetes). Hacer que el paciente beba, incluyendo consejos con los utensilios de comer.
Módulo 8 Movilización (al menos 15 minutos)	1 Ayudar al paciente a ponerse en la cama. 2 Vestir al paciente, incluyendo prótesis. 3 Ayudar a levantarse (salir de la cama) y acostarse. 4 Ejercicios para sentarse, estar de pie, andar. Incluyendo los instrumentos si son necesarios. Ejercicios de movilización. 5 Asistencia para salir o entrar de la casa. 6 Asistencia en subir las escaleras.

Fuente: Eurocat. Serveis d'atenció domiciliaria a Alemania, França, Italia. 2000.

Quizás puede sorprender al lector el detalle de prestaciones y tareas de los módulos. Esta concreción no se debe sólo a la "idiosincrasia cultural" alemana. Es el resultado de un largo y minucioso proceso entre los agentes

implicados en la gestión de los servicios. Debates, reivindicaciones y acuerdos entre intereses económicos y laborales, el análisis de las necesidades de atención, la demanda de calidad de las prestaciones por parte de las

asociaciones de usuarios, etc. La previsión, el detalle de prestaciones se hallan en la base de la punta del iceberg que se visualiza en los 24 módulos. Presenta aspectos positivos, como por ejemplo favorecer la información a los destinatarios, realizar mejores acuerdos y planes, facilitar la valoración económica y la organización del trabajo, y tiene incidencia en la formación de los recursos humanos, etc. Pero también es cierto, que un excesivo detalle puede limitarla y transformarse en una aplicación rígida.

Los 24 módulos citados constituyen la base para la elaboración de los programas de atención individual, formados por uno o mas módulos básicos o combinados, de acuerdo con las necesidades de la persona, y del grado o categoría de dependencia reconocida (ver punto siguiente). Si los interesados desean ampliar el grado de prestación pueden hacerlo privadamente. Cada módulo y tarea tiene asignado un tiempo de trabajo determinado, conocido tanto por los receptores del servicios como por los trabajadores. Los módulos son también los elementos de referencia para las

agencias prestadoras y las Cajas Aseguradoras.

En la Italia del Norte, el Ayuntamiento de Bolonia constituye otro ejemplo de cartera de prestaciones y tareas de atención domiciliaria. En total 23 ítems, que describen tareas fundamentales, como la ayuda en la higiene personal, la prevención de úlceras, las movilizaciones o la gestión de gastos o acompañar en la realización de gestiones.

Como puede observarse seguidamente, temáticamente esta cartera es similar a los módulos alemanes. La alimentación, la higiene, las movilizaciones, el transporte, la visita hospitalaria, los trámites en administraciones, etc. son coincidentes. La diferencia estriba fundamentalmente en dos factores importantes: a) un menor detalle de tareas, y b) que no se estructura por módulos. Por ejemplo, el punto 2 incluye la higiene personal y el arreglo del baño, pero no concreta las tareas que el profesional debe realizar, y no facilita la información previa a los usuarios y/o familiares.

Italia. Ejemplo de cartera de servicios. Bolonia.

1	Levantar y poner en la cama, y recoger la habitación.
2	Higiene personal y recoger el baño.
3	Baño y recoger el baño.
4	Suministrar / asistencia en la comida, preparación de comida a domicilio.
5	Movilización, utilización de prótesis.
6	Prevención y control de las ulceraciones de decúbito.
7	Control de fármacos.
8	Conversar con el usuario, conversación con los familiares y vecinos.
9	Preparar para la salida.
10	Recoger la cama y la habitación.
11	“Menage” doméstico (limpieza de la vivienda, ordenar armarios, limpieza de lámparas y cristales, etc.; menage, si es necesario, incluso fuera de la habitación.

12	Llevar y retirar la ropa del hogar del domicilio.
13	Transportar la ropa del hogar.
14	Gastos y adquisiciones con / sin utilización de dinero.
15	Llevar la comida a domicilio, sin / con utilización de dinero.
16	Control y atención (cuidado) de la funcionalidad de la vivienda.
17	Monitorización (atención global) del usuario.
18	Ir a buscar la pensión, los subsidios, los bonos, pagar al usuario con utilización de dinero, prácticas burocráticas.
19	Acompañarlo fuera de casa (visitas, gastos, retirar la pensión / subsidio, etc.)
20	Visita al hospital, residencia, etc.
21	Hablar con el médico de cabecera / profesionales sanitarios.
22	Transportar / acompañar el anciano para estimular la socialización u otros.
23	Intervención de soporte y de integración en las estructuras sociales territoriales, residenciales y semi-residenciales.

Fuente: Euroccat. Serveis d'atenció domiciliaria a Alemanya, França, Italia. 2000.

En los “Bando di Gara” (oferta de convenio) de los municipios a las entidades prestadoras, para la adjudicación del servicio en un barrio o distrito, se incluyen las carteras de servicios. Asimismo los servicios sociales comunales tienen en ellas el referente de las prestaciones que pueden ofrecer y acordar con los ciudadanos y las agencias prestadoras.

- *Los Planes de Ayuda Individuales (PAI)*

Corresponden a una orientación de personalización y mejora de la calidad de la atención domiciliaria. Los PAI constituyen una respuesta alternativa a ciertas “malas praxis” y son un instrumento para un trabajo la calidad. Con diferentes fórmulas y grados, las agencias prestadoras de Alemania, Francia, Italia y Holanda, incorporan los planes personalizados como instrumentos de trabajo básico de la AD.

Entre los componentes de los PAI cabe destacar cinco aspectos:

- Facilitan y concretan la información del “qué será” y del “cómo” va a desarrollarse la atención domiciliaria, a los usuarios y familiares.
- La decisión final del Plan, corresponde a los usuarios-familiares, dentro del marco de la oferta de prestaciones públicas, que unos y otros conocen y reconocen como derecho. Los profesionales de las agencias trabajan conjuntamente con los interesados el contenido y la temporalidad del plan que es modificado, aceptado, y finalmente firmado.
- Los PAI favorecen la “gestión de casos” (management case) con la figura de un profesional responsable del caso, figura distinta del perfil de quienes realizan la ayuda directa. Este responsable puede asumir tareas de coordinación con diversos organismos, entidades, o agencias para la mejor atención de los usuarios.
- Los planes tienen una determinada temporalidad y objetivos operativos concretos que facilitan su supervisión y reformulación.

- El diseño y el seguimiento de los planes corresponden en general a perfiles profesionales equivalentes a grados universitarios de primer ciclo, como por ejemplo trabajadores sociales, enfermeras sociales y educadores sociosanitarios.

El acceso a los servicios de AD: Instrumentos de valoración consensuados

El acceso a los servicios sociales públicos de AD se halla directamente relacionado con el modelo de Estado de bienestar . En los modelos universalistas y en los que disponen de legislación protectora a la dependencia, la variable principal de acceso a los servicios es el grado de necesidad de atención personal, y no el nivel económico de los potenciales preceptores.

La valoración del grado de necesidad de atención se realiza mediante instrumentos técnicos, consensuados previamente a nivel técnico, de los organismos aseguradores y de los representantes de usuarios o afectados. En el caso de la provisión privada, el acceso se realiza libremente, articulando la demanda del servicio con las modalidades y condiciones de la oferta de las entidades prestadoras. Las entidades aseguradoras privadas establecen también las condiciones y requisitos previos a la prestación.

Centrando la atención en la provisión pública, se presentan seguidamente tres instrumentos utilizados en Alemania, Francia y Norte de Italia. Se trata de escalas de autonomía-dependencia. A partir de sus resultados se estructuran grupos o categorías

de dependencia en las que se inscriben los usuarios, y a cada categoría o grado se vinculan unas determinadas prestaciones económicas o de servicios.

En Alemania, la citada ley de protección a la dependencia, establece tres categorías según la necesidad de ayuda.

- La I categoría corresponde a aquellas personas que requieren “bastante ayuda”, considerándose como tal, aquellas que por lo menos necesitan una vez al día asistencia para su higiene personal, para alimentarse o para moverse , y varias veces a la semana necesitan ayuda para los quehaceres domésticos.
- En la II categoría, las personas necesitan “mucho ayuda”. Por lo menos tres veces al día, y a diferentes horas, para su higiene personal, alimentación, o para moverse, y además, como en la I categoría, varias veces a la semana ayuda para los quehaceres domésticos.
- En la III categoría, se hallan las personas necesitadas “constantemente de asistencia”, incluidas las noches, para la higiene personal, alimentación y movilidad, además de las ayudas semanales para los quehaceres domésticos.

En el caso de los niños, se valora la “ayuda adicional” que requieren si se compara con un niño sano de la misma edad.

Los servicios médicos, que incluyen diversos perfiles profesionales, son quienes valoran y determinan, mediante dictamen, y en el domicilio, la necesidad de la ayuda y en que grado es requerida.

Estas categorías son la base para determinar posteriormente las prestaciones económicas y la periodicidad, frecuencia e intensidad, de la atención domiciliaria sanitaria y social.

En Francia, l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA-2001) citada, evalúa la pérdida de autonomía mediante un equipo médico-social, aplicando la escala "AGGIR" (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-resource), utilizada a nivel estatal, y que establece seis grupos según el grado de autonomía y de ayuda necesitada. El primer grupo corresponde a las personas con mayor dependencia (grupo 1), descendiendo gradualmente hasta el sexto, que agrupa aquellas que conservan mejor su autonomía para los actos básicos diarios (grupo 6). La APA-2001 protege sólo a los cuatro primeros grupos determinados por la escala AGGIR, es decir, los más necesitados de ayuda. A pesar de este sesgo, esto ha significado una ampliación de su acción protectora, puesto que, anteriormente la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) sólo incluía los tres primeros grupos, lo que amplia la cobertura y acentúa la acción preventiva.

Diez son las variables analizadas por la grille AGGIR: Coherencia, orientación, higiene personal, vestirse, alimentación, eliminación, transferencias, desplazamiento interior domicilio, desplazamiento exterior, y comunicación a distancia.

En cada una de ellas se valoran tres ítems: a) si realiza las tareas habitualmente solo y de forma correcta, b) si las realiza parcialmente, c) no las realiza.

A partir de estos resultados se establece la pertinencia a uno de los seis grupos citados

anteriormente y, como en el caso alemán, a cada uno corresponde un tipo de atención, frecuencia e intensidad de ayuda.

Pero debe señalarse que este instrumento ha sido objeto de importantes críticas por parte de los profesionales, entre ellas las que puso de relieve Sauer, J.P. destacando su carácter "desigualitario, aleatorio y limitado impacto". Sobre 1,3 millones de potenciales usuarios, sólo se contabilizaron 120.000 beneficiarios, con importantes desigualdades de prestación entre los Departamentos, y por no haberse aplicado los recursos previstos. Por ello la ley 2001, de creación del APA, ha previsto, entre otros, la creación de un comité científico con el objetivo de mejorar los instrumentos técnicos de evaluación de la autonomía personal de acceso a la prestación.¹¹

En Italia, en la Región de la Emilia Romagna, se utiliza la escala de la OMS adaptada, que consta de 15 ítems. Valora también las ABVD y otras de ámbito doméstico. Incluye, por ejemplo, el análisis de la movilidad en la habitación, la capacidad para alimentarse solo, vestirse, preparar comida caliente, realizar trabajos domésticos ligeros o pesados, o llevar la cesta de la compra. Cada ítem, como en el caso francés, es valorado en tres grados: a) realiza la acción sin dificultad, b) con dificultad pero sin ayuda, y c) con ayuda para una parte de la acción.

■ **notas**

11 L'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Les politiques Sociales. Actualités Sociales hebdomadaires. Nº 2226. Año 2001.

Con esta valoración más el análisis del sistema de convivencia y de la red informal de apoyo, se establecen cinco grupos básicos para la prestación de la AD. El primero corresponde a las personas con mayor dependencia, y el quinto a las más autosuficientes. Es interesante observar la inclusión del sistema relacional y la valoración de autosuficiencia de las personas del núcleo familiar, como variables en el análisis de acceso a los servicios.

Regulación, prestaciones económicas derivadas y financiación

La regulación

La regulación de los servicios sociales de AD corre paralelo a los modelos de bienestar

desarrollados en los Estados europeos. Los Países Norteamericanos y los Estados centroeuropeos, constituyen dos escenarios de acceso universal o altamente mayoritario. Los primeros, por la universalidad de los servicios sociales, los segundos por haber aprobado leyes de protección a la dependencia, que a su vez prevén la actuación de servicios específicos, entre ellos los de atención domiciliaria. En un tercer plano se encuentran los Estados periféricos, mediterráneos y atlánticos, que no disponen de leyes de protección a la dependencia, y tampoco han universalizado el acceso a los servicios sociales, a excepción de Italia que recientemente ha aprobado la nueva ley de servicios sociales (Ley 328/2000) de orientación integradora de los servicios y universalidad de las prestaciones. El cuadro siguiente presenta las principales regulaciones referidas a la dependencia

Regulación de la Protección Social de la Dependencia

Alemania (1)	Ley de protección a la dependencia. Seguro Obligatorio 1995 (Pflegeversicherung) (Long term care Insurance) Desde 1.01.1995 cobertura de Atención domiciliaria. En 1996 cobertura atención residual 1.01.1996 cobertura de atención residencial
Austria (2)	Ley de protección a la dependencia. Julio 1993
Francia (3)	Aide Personnalisé Autonomie –APA- Ley 20 Julio 2001. inicio Enero 2002 Anteriormente Prestación Social a la Dependencia –PSD- Ley 24 Enero 1997
Luxemburgo (4)	Ley de protección a la dependencia 1999
Italia (5)	Ley de servicios sociales. Ley 328, 8 Noviembre 2000.

Elaboración propia a partir de las fuentes citadas:

- (1) Federal Ministry of Labour and Social Affairs. Social Security at a Glance. Bonn 2003
- (2) (4) La atención Sociosanitaria en España. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid 2000
- (3) Les Politiques Sociales à "Actualités Sociales Hebdomadaires" núm 2226 y 2112 París 2003.
- (5) Ley marco para la realización del sistema integrado de intervención y de servicios sociales.

Prestaciones económicas derivadas

La ley alemana asegura una ayuda económica a las personas dependientes, en función de las tres categorías de dependencia

comentadas anteriormente (punto 6), otorgando a cada una de ellas un monto económico mensual. A título de ejemplo, seleccionamos dos de las modalidades de ayuda previstas.

Alemania. Ejemplo de dos modalidades de prestaciones económicas en cada una de las tres categorías

	Categoría I	Categoría II	Categoría III
Monto mensual ayuda	205 €	410 €	665 €
Monto mensual máximo en servicios (no cash)	384 €	921 €	1.432 €

Federal Ministry of Labour and Social Affairs. Social Security. Bonn 2003.

En **Francia**, la APA-2001, cuyo objetivo es “mejorar la atención¹² de las personas mayores con pérdida de autonomía, facilitándoles acceder a las ayudas sociales de las que tengan necesidad para el desarrollo de los actos de la vida diaria”¹³. Fruto de un largo proceso de debates y estudios, entre los que destaca el Informe Laroque, experiencias piloto iniciadas en los años sesenta y que se prolongó hasta 1997, culminando con la aprobación de la PSD citada que a su vez fue objeto de importantes críticas. Nuevos informes y la permanencia de la necesidad social, impulsaron la nueva ley, APA 2001, que según Sauer JR. (2002) significa “pasar de la lógica de la ayuda social a la lógica del derecho garantizado a todo ser humano en garantías de igualdad para todos”.

La prestaciones económicas que establece se basan en los niveles de necesidad de

atención, según la clasificación de los grupos AGGIR citados anteriormente. El cuadro siguiente expresa los valores mensuales de los cuatro grupos GIR incluidos en la prestación.

notas

12 El texto original dice “prise en charge” que hemos traducido por atención en su más extenso significado y de responsabilidad: “atender tomando a cargo” una persona.

13 L’allocation Personnalisée d’Autonomie. Les politiques Sociales. Actualités Sociales hebdomadaires. N° 2226. Año 2001. pag.19.

Los Servicios Sociales de atención domiciliaria en la Unión Europea

Francia. APA. Monto garantizado de los Planes subvencionados (2001)

	GIR-1	GIR-2	GIR-3	GIR-4
Monto mensual / persona	1.050 €	900 €	675 €	450 €

Fuente: Les politiques sociales. Actualités Sociales Hebdomadaires. 2000. Núm. 2167

En Italia, la ley 328/2000 de servicios sociales citada, diseña un nuevo escenario de la intervención social, hacia una acción integrada entre los distintos sistemas de protección y socialización: sanitarios, educativos, sociales, financieros,... Contempla la universalización de los servicios (Art. 2-2), y establece "medidas económicas a favor de la vida autónoma y la permanencia en el hogar de la persona totalmente dependiente o incapaz de realizar los actos propios de la vida cotidiana" (Capítulo V, Art. 22, 2-b). Diseña un financiamiento plural con participación del Estado, de la Región y de los Ayuntamientos (Art. 4), incluyendo la participación del Fondo Nacional de Política Social del Ministerio de Solidaridad social, para

financiar la atención domiciliaria de las personas ancianas no autosuficientes (Art. 15-1) así como una cuota para proyectos de asistencia social integrada socio-sanitaria (Art. 15-3).

La financiación. Un breve apunte de un tema complejo.

La financiación de los servicios de atención social domiciliaria, presenta diferencias entre los Estados de la UE. Como se ha indicado, la variable principal está en relación a los modelos de bienestar social de cada uno de ellos. El siguiente cuadro presenta un esquema de la estructura financiera.

Financiación atención social a domicilio

		A
A. Financiación base. Impuestos del gobierno central, local o de ambos.	Suecia	75% impuestos locales + 17% impuestos gobierno central
	Finlandia	46% impuestos locales + 46% impuestos gobierno central
	Austria	Recursos de las provincias y de los municipios
	Francia	a) para rentas bajas – 30% Departamentos + Cajas + Ayuntamientos b) para rentas altas – devolución del 45% por Cajas de Seguros

B			
B. Financiación del gobierno central mediante impuestos generales	Bélgica	75% del coste y del subsidio está basado en número de clientes y de cuidadores + número de horas	
	Irlanda	Negociación anual de presupuesto fijo	
	Italia	Aprox. 50% financiado por impuestos generales. La contribución estatal es distribuida a las autoridades locales para las Regiones. Basada en el número de usuarios potenciales, cuidadores, y servicios disponibles.	
	Holanda	Desde el 1/1/89, el 90% del coste ha sido financiado por un sistema público de seguros del gobierno central. Las organizaciones recibían 1 punto fijo, basado en el número de habitantes de cada área según la distribución de edades.	

Fuente: "Indicadors Socials Bàsics". Eurocat-Gabinet d'Estudis Socials (GES), 2000. Elaboración propia a partir de MISSOC, EUROSTAT. 2nd Word Congress on Home Care. Viena, 2000.

En Alemania, el Seguro Obligatorio de Dependencia citado ("Plegeversicherung") constituye "el quinto pilar del sistema asegurador, es de base contributiva y se organiza a partir de las "Cajas Aseguradoras", instituciones jurídicamente independientes que forman parte del sistema de protección social alemán. Establece un conjunto de prestaciones, con una escala en relación a los ingresos, hasta un techo de 3.375 € mensuales (2001), el mismo que tienen establecido los seguros de salud. Desde el 1 de Enero de 1995 se cobra el 1% de los ingresos brutos de trabajadores y empresarios, y desde 1996, el 1,7%. De este porcentaje, los trabajadores aportan el 0,85% y los empleadores la otra mitad, salvo en el Land de Sajonia que distribuye el porcentaje de manera distinta. Austria (1993) y Luxemburgo (1999), ambos también de base contributiva. En los tres países, son seguros con un peso social equivalente a la cobertura del paro, la enfermedad o la jubilación.

En el caso de Francia «Aide Personalisée a l'Autonomie» (APA), en palabras de E. Guigou "es una prestación de solidaridad

nacional porque se fundamenta sobre un derecho objetivo y está financiada por recursos universales"¹⁴. La ley confirma la competencia de los Departamentos en su implementación y la participación de las Cajas de Jubilación, organismos nacionales o mutuales para las prestaciones de jubilación.

Perfiles profesionales, Yacimientos de Ocupación y Mercado opaco¹⁵

Una vez más, la pluralidad es el color dominante en los perfiles profesionales de

notas

14 J.O.A.N/C.R nº 22 de 19.04.01. citado en Actualités Sociales Hebdom. Nº 2226.pág 20

15 Se utiliza el término "Mercado Opaco" y "Trabajo Opaco" para referirse a las diferentes formas de mercado negro y trabajo sumergido.

16 No se tratan aquí, los perfiles profesionales de los servicios de atención domiciliaria sanitaria, centrados preferentemente en médicos, enfermeras, fisioterapeutas, logopedas, psicólogos.

los servicios sociales de atención domiciliaria¹⁶. Se observa una correlación positiva entre un mayor desarrollo de los servicios de AD y una mayor variedad y definición de perfiles profesionales. En los Estados con un mayor desarrollo, regulación de los servicios, y del mercado, el número de perfiles profesionales es mayor, las condiciones laborales más reguladas y parece más controlado el trabajo opaco que actúa en este sector.

En términos generales los perfiles profesionales básicos corresponden fundamentalmente a tres funciones: a) la valoración de las necesidades sociales y propuesta de servicio, b) la atención personal y c) al cuidado del hogar.

En la primera función, y referida a la atención a personas frágiles o dependientes, los perfiles prioritarios son los de enfermería, en especialidades domiciliarias y comunitarias, y los trabajadores sociales. Ambos, diplomados universitarios de grado medio, o equivalente, según el sistema de formación de cada Estado.

En la atención personal y en el cuidado del hogar intervienen un amplio elenco de perfiles. Así por ejemplo:

- En Alemania, se distingue entre los cuidadores personales (Grundpflege) encargados de la higiene personal, transferencias, alimentación, etc., de los cuidadores sanitarios (Behandlungspflege) que ejercen procedimientos y técnicas de enfermería, y de los auxiliares del hogar. Las "Sozialstation" de orientación integrada sociosanitaria, cuentan con un elevado número de profesionales de perfiles diversos. Su actuación se articula

mediante programas personalizados. Se pretende así luchar contra la fragmentación en la atención personal, procedente inicialmente de una provisión de servicios desde dos sistemas diferenciados: el sanitario y el social. En el "management case" es una figura en alza. Le corresponde la proposición del plan individual, establecer los acuerdos, facilitar los contactos con las entidades y organismos necesarios para una adecuada atención de cada caso, evaluar, conjuntamente con los usuarios, el plan personalizado, y proponer las modificaciones necesarias. Los perfiles profesionales de esta tarea corresponden prioritariamente a trabajadores sociales y a enfermeras comunitarias.

- En Francia, los "Auxiliars de vie", con una formación específica, son quienes se encargan de la atención personal: alimentación, higiene personal, movilidad. Mientras las tareas de mantenimiento del hogar corresponden a los "Aide menager", que, en principio, no intervienen en tareas de atención personal ni paramédicas. Esta división de funciones, permite identificar tareas y áreas de trabajo, pero existen espacios donde una y otra función se entrecruzan siendo casi imposible dibujar una frontera con cierta nitidez. O quizás, es preferible compartir ciertos espacios sin una estricta delimitación competencial, y quizás, competitiva. Los auxiliares gerontológicos o geriátricos, los trabajadores familiares (en el caso de atención a grupos familiares con niños y adolescentes) son los encargados de la atención a la persona. Las enfermeras domiciliarias, diplomadas en enfermería, participan en la atención social domiciliaria, realizando tareas de

cuidado personal, ciertas higienas personales, control de sondas, medicación, tratamiento de úlceras, etc. Los trabajadores sociales intervienen en la propuesta del plan de ayuda, supervisan y organizan el trabajo de los auxiliares de vida o de los ayudantes domésticos, e intervienen en la atención de las dinámicas relacionales del caso.

- En Suecia se incluyen auxiliares de enfermería y auxiliares del hogar cualificados, pero, como señalan Hutten y Kerkstra. (1999: 16), "no se establecen diferencias entre estos dos tipos de profesionales puesto que sus tareas reales son cada vez más similares". Indican también una alta dedicación de apoyo a tareas del hogar "alrededor del 80% de su horario laboral se dedica a actividades de ayuda domiciliaria en lugar de atención sanitaria".

La diversidad de perfiles, también de roles, conecta directamente con otro gran tema que preocupa al sector: la formación y las condiciones laborales. Ambos son temas amplios y complejos que requieren un espacio de presentación propio.

Yacimientos de ocupación

Como ha sido puesto de relieve por diversos autores (Gancedda,A-2001, Janssens,P-1999, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología- 2000, Fundación Europea.2001, entre otros), los servicios sociales de AD constituyen un importante yacimiento de ocupación en el sector de los servicios a las personas y los servicios de proximidad. Gancedda, A. (2001: 19), pone de relieve el crecimiento del número de empleos en los servicios de atención domiciliaria. La tabla siguiente muestra este incremento en algunos Estados de la UE.

Empleo en los Servicios Domiciliarios

	Empleo	Núm. Empleos	Período
Alemania	Asistencia a personas mayores	+ 75.000	1980-1999
Francia	Asistente maternales y auxiliares familiares	+ 34.000	1982-1998
	Ayuda a domicilio	+ 192.000	1982-1998
Holanda	Ayuda familiar domicilio (tiempo completo)	+ 4.200	1993-1996
Italia	Empleos en cooperativas sociales (1)	+ 2.500	1994-1996

Fuente: Gancedda, A. "L'emploi dans les services aux ménages" Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. 2001

(1) Una de las principales actividades de las cooperativas sociales son los servicios sociales y sociosanitarios domiciliarios.

Otras fuentes reafirman también la potencialidad ocupacional de este servicio de proximidad. En Holanda, la "National Association for Home Care", informaba que en 1997 el sector ofrecía trabajo a 155.000 personas (1997: 14). En Francia, en el mismo año se contabilizaban cerca de 40.000 empleos, el 54% a tiempo completo. En Alemania 250.000 trabajadores.

Pero ante este valor añadido de los servicios, la empleabilidad, la atención social domiciliaria se enfrenta a un grave problema, principalmente en las sociedades del sur europeo. Se trata de lo que puede denominarse la "pseudor atención domiciliaria" que emerge en el mercado como respuesta "alternativa" a necesidades de atención existentes y no satisfechas por la oferta pública, ni por la privada, a las que no pueden acceder los ciudadanos con rentas medias.

Esta actividad, realizada en general, por personas con limitada o nula formación

específica, sin vinculación a entidades reconocidas y autorizadas, que acostumbran a contratar individualmente con los usuarios, mayormente fuera de lo regulado y en los mejores casos con convenios de auxiliares del hogar, etc., no favorece ni a los receptores, ni a los trabajadores, ni al dispositivo de atención domiciliaria en sí mismo. Los primeros no disponen de las debidas garantías de calidad y seguridad. Los segundos, generalmente no pueden realizar una carrera profesional, ni disfrutan de los derechos como trabajadores de un mercado laboral regulado, y el dispositivo como tal, ve desdibujado su rol social.

Ante estas situaciones, en Italia, por ejemplo, algunos sindicatos están trabajando intentando hacer emerger la actividad laboral no regulada del sector, hacia el mercado laboral regulado, colaborando con las cooperativas sociales en la formación de los trabajadores, regulación de las condiciones de trabajo, y ayuda a las propias cooperativas sociales.

Bibliografía sobre Trabajo Social y Salud

M. del Mar Flores i Martí. Bibliotecaria-Documentalista

La *Bibliografía sobre Trabajo Social y Salud* se inscribe dentro *Colección de Bibliografías Selectivas* elaboradas hace años desde la Biblioteca de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Barcelona.

Para la elaboración de la Bibliografía y selección de los documentos hemos establecido los siguientes **criterios**:

- Cronológicos: documentos a partir de 1997
- Lingüísticos: catalán, castellano e inglés mayoritariamente
- Geográficos: de ámbito autonómico, estatal y europeo
- Soportes documentales: en papel y recursos electrónicos accesibles en línea
- Tipologías documentales: monografías y revistas

Las fuentes de información consultadas corresponden a los **fondos** de:

- La Biblioteca de Trabajo Social integrados en el catálogo de la Biblioteca de la Universidad de Barcelona <http://www.bib.ub.es/bub/bub.htm>
- El Catàleg Col·lectiu de les Universitats de Catalunya <http://www.cbuc.es/ccuc/>
- El Catálogo de la Biblioteca Nacional <http://www.bne.es/esp/cat-fra.htm>

La Bibliografía se **estructura** en dos bloques en los que también hemos incluido los títulos de las revistas especializadas:

- *Trabajo social y servicios sociales en salud*: documentos genéricos que hacen referencia a la práctica del trabajo social

en el ámbito de la salud, haciendo una aproximación a aspectos como la atención primaria, la hospitalización, la atención sociosanitaria, los aspectos psicosociales en la relación entre el enfermo y su familia, las curas paliativas, etc.

- *Trabajo social y servicios sociales en salud mental*: en este segundo bloque presentamos una serie de documentos que nos acercan a la intervención que desde el trabajo social se hace en el ámbito específico de la salud mental.

Para la redacción de la Bibliografía hemos seguido las recomendaciones de la Norma ISO 690. Así mismo cada uno de los bloques está ordenado alfabéticamente.

Deseamos que esta Bibliografía sea de interés para los lectores de la revista.

Trabajo Social y Servicios Sociales en Salud

- *Agathos: atención sociosanitaria y bienestar*. Barcelona: Instituto de Servicios Sanitarios y sociales, 2001- ISSN 1578-3103.
- Aguilar, Manuel. *La atención a domicilio en Navarra*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra, 2001. 240 p. (Evaluación de servicios sociales).
- Arranz, Pilar...et al. *Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel, 2003. 181 p.
- Benítez del Rosario, Miguel Ángel ; Salinas Martín, Antonio. *Cuidados paliativos y*

Bibliografía sobre Trabajo Social y Salud

atención primaria: aspectos de organización. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2000.

- *Clinical social work journal* [en línia]. Kluwer Online, 2000- [Consulta: 31 octubre 2003]. Disponible a: <http://www.kluweronline.com/issn/0091-1674/contents>. Condicions d'ús: <http://www.kluweronline.com/common/kap/gw-kolicense.htm>. ISSN 0091-1674.
- Colom Masfret, Dolors. *La atención sociosanitaria del futuro: nuevas realidades, nuevas soluciones*. Zaragoza: Mira, 1997. 154 p.
- Colom Masfret, Dolors. *La planificación del alta hospitalaria: la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande*. Zaragoza: Mira, 2000. 366 p. (Sociedad y salud hoy).
- *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 3a ed. corregida y aumentada. Pamplona: EUNSA, 1997. 455 p. (Ciencias de la salud. Libros de medicina).
- Díaz Palacios, Elena. *Trabajo social en el sistema sanitario público: balance, análisis y perspectivas*. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2002. 126 p.
- Gálvez Montes, Carmen ; Manzano Martínez, Rosario Encarnación. *Cuidados socio-sanitarios en el paciente geriátrico*. Alcalà la Real: Formación Alcalà, 2000. 414 p.
- Gil Lacruz, Marta. *Salud y fuentes de apoyo social: análisis de una comunidad*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; Siglo XXI, 2000. 269 p. (Monografías; 172).
- Gómez Sancho, Marcos. *Medicina paliativa: la respuesta a una necesidad*. Madrid: Aran, 1998. 661 p.
- *Guia de recomanacions sobre el consentiment informat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997. 24 p.
- *Health and social work*. Cambridge: National Association of Social Workers, 1976. ISSN 0360-7283
- *Libre blanc dels serveis socials d'atenció primaria*. Barcelona: Ajuntament, 2003. 107 p.
- Martín Zurro, A. ; Cano Pérez, J.F. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Harcourt, 1999. 2 v.
- Martínez Aguado, Luis Carlos. *Atención al paciente... líneas para la buena práctica y manual de referencia para profesionales de servicios y programas de atención al usuario en centros sanitarios*. Zaragoza: Certeza, 1996. 256 p. (Biblioteca de temas sociales. Serie Gestión I ; 2)
- Mondragón Lasagabaster, Jasone ; Trigueros Guardiola, Isabel. *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España, 1999. 194 p. (Acción social. Asistencia Social)
- Novellas Aguirre de Cárcer, Ana (coord.). *Trabajo social en cuidados paliativos*. Madrid: Aran, 2000. 64 p.
- Ortín Miravet, Cèlia ; Xanxo Planes, David. *Contención afrontamiento: interacción con la familia*. Barcelona: Universitat

Oberta de Catalunya; Consorci Hospitalari de Catalunya, 1998. 84 p. (Moduls didàctics)

- *Pla de Salut 2002-2005* [en línia]. Barcelona: Geralitat de Catalunya, Departament de Sanitat, 10 de juliol de 2003 [data de consulta: 24 d'octubre de 2003]. Disponible a: <http://www.gencat.es/sanitat/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html>
- *Problemas prácticos sobre el consentimiento informado*. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas, 2002. 206 p. (Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas ; 5)
- Rodríguez Cabrero, Gregorio (coord.). *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO, 1999.
- *Trabajo social y salud*. Zaragoza: Asociación Española de Trabajo Social y Salud, 1987. ISSN 1130-2976
- *Treball social en cures pal·liatives*. Barcelona: Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives; Servei Català de la Salut, 1998. 46 p. (Quaderns de cures pal·liatives; 2).
- Tschorne, Patricia. *Dinámica de grupo en trabajo social, atención primaria y salud comunitaria*. 2^a ed. Salamanca: Amarú, 1997. 210 p. (Ciencias sociales; 5).

Trabajo Social y Servicios Sociales en Salud Mental

- Brugalt, Pilar ...et al. *Recomanacions per a l'atenció als problemes de salut mental més*

freqüents en l'atenció primària de salut. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2000. 79 p. (Pla de salut; 11).

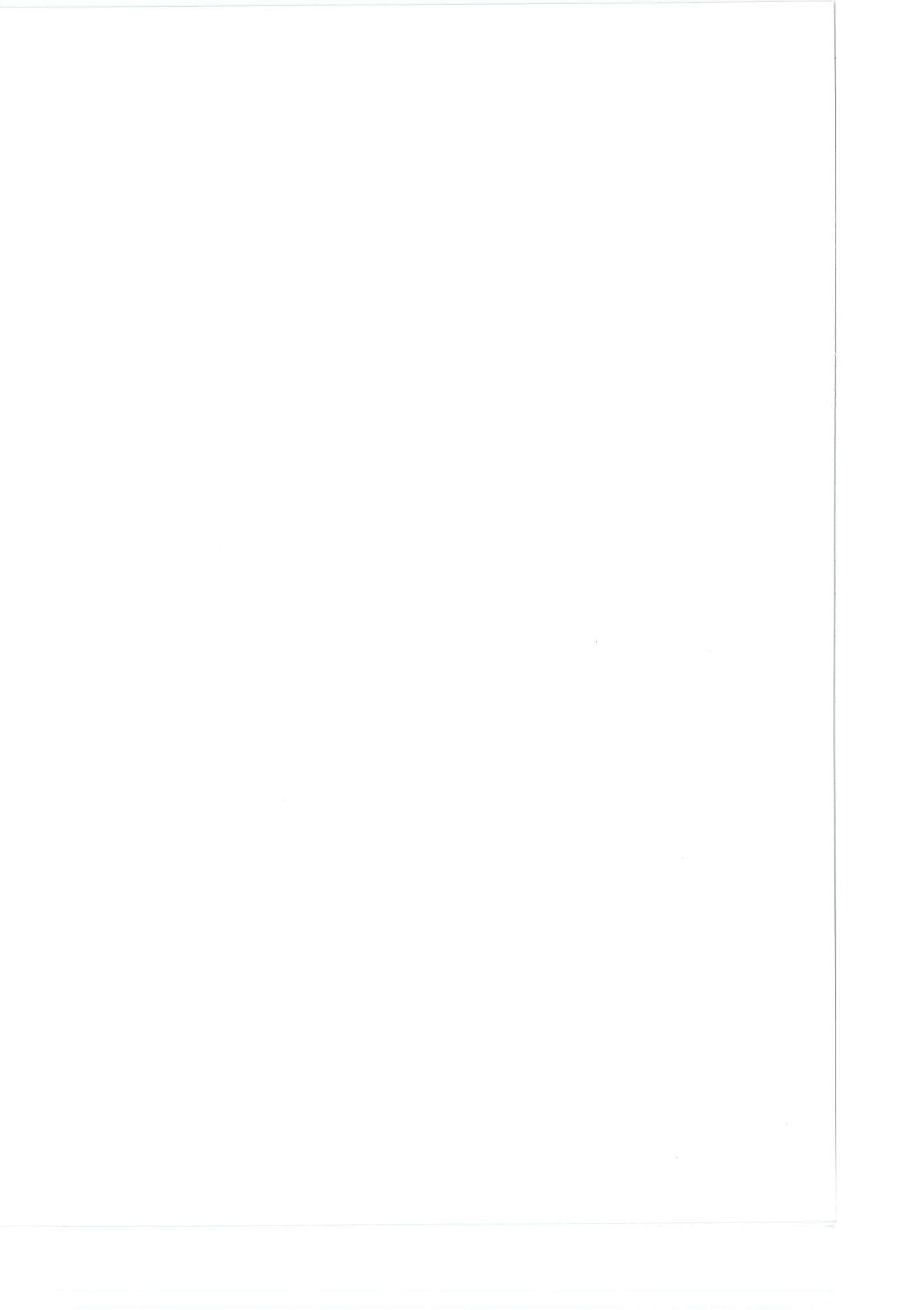
- *Els serveis d'acolliment residencial per a persones amb malaltia mental: llars residencials i llars amb suport*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social, 2001. 52 p. (Documents de suport. Serveis; 1)
- *Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental: documento elaborado por el Grupo de Trabajo de Salud Mental*. Barcelona: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assitents Socials de Catalunya, 2001. 30 p. (Monografico; 2)
- Gallego Bachiller, Luisa; Fernández Fernández, Daniel. *Discursos profesionales de las ciencias de la salud, educación y trabajo social sobre la discapacidad psíquica*. A Coruña: Fundación Paideia, 200. 300p.
- Gómez Lavin, Carmen... Et al. *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Pamplona: Eunate, 2000. 358 p.
- Gradillas, Vicente. *La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos, 1998. 171 p.
- *Necessitats de salut mental en persones amb discapacitat intel·lectual (SM-DI)*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2003. 56 p. (Quaderns de salut mental; 5).
- *Programa d'atenció específica als trastorns mentals severs*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2003. 30 p. (Quaderns de salut mental; 1).

Bibliografía sobre Trabajo Social y Salud

- *La reforma de la salut mental a Catalunya: el model català*. Barcelona: Associació Catalana de Professionals en Salut Mental, 2000. 39 p.
- *Rehabilitació comunitària en salut mental*. Barcelona: Servei Català de la salut, 2003. 27 p. (Quaderns de salut mental; 3)
- Rodríguez González, Abelardo. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide, 1997. 499 p. (Psicología)
- Sánchez Caro, Jesús.; Sánchez Caro, Javier. *El consentimiento informado en psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos, 2003. 301 p.
- Tizón García, J.L. *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: Doyma, 1992. 381 p.
- Tizón, J. ; San José, J. ; Nadal, D. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria de salud mental*. Barcelona: Herder, 1997. 2 vol.
- *Unitats de llarga estada per a malalts amb alta dependència psiquiàtrica (ADP)*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2003. 28 (Quaderns de salut mental; 4).

Sección libre





Conocer mejor los conflictos cambiará la Intervención Social

Josep Redorta Lorente. Dr. en Psicología Social. Abogado-Mediador. Experto en gestión de conflictos.

El problema es la resolución general de problemas. (Popper).

El campo del conflicto en general y más en particular desde un punto de vista psicosocial, ha sido un campo de estudio donde podemos afirmar que la investigación ha avanzado poco. No solamente en España, igual sucede en el extranjero y buena prueba de ello son la ínfima cantidad de tesis doctorales que han abordado la teoría del conflicto.

Sorprendentemente, existe más literatura respecto a mediación, negociación y formas de resolver el conflicto que respecto del conflicto en sí, considerado como una realidad que nos afecta a todos de alguna manera. Es como si tuviéramos una urgencia en resolver algo que se escapa de nuestra comprensión o que nos duele profundamente.

El hecho de que sea un campo que no puede ser abordado desde un único punto de vista disciplinar y un pensamiento demasiado lineal, junto a una visión negativa de la función del conflicto, ha conducido sin duda a escasos desarrollos teóricos y aún menor repercusión práctica.

Mientras la investigación sigue muy atascada, salvando aspectos puntuales, la realidad social sigue cambiando a pasos agigantados. Los procesos de cambio son hoy la regla y eso conlleva tensiones mal comprendidas y un enorme coste social.

El sistema judicial, el que ha estado más legitimado para resolver sobre todo los conflictos de intereses, ha entrado en profunda crisis. Los mecanismos sociales de adaptación se hallan muy tensionados y un creciente malestar invade hoy nuestro ámbito de relaciones sociales. Ya no nos reconocemos en nuestro mundo y nuestros dilemas aumentan. El mundo al ser más global es al mismo tiempo más inabarcable. Estamos pasando de la uniformidad de nuestras concepciones culturales a la diversidad en un entorno de “pensamiento único”.

Es en este entorno donde aparece el concepto de “gestión de conflictos”, un campo de nuevo cuño que pretende ayudarnos a movernos con mayor agilidad y eficiencia en un entorno de incertidumbre.

La O.N.U. tiene reconocidas hasta 19 figuras de resolución de conflictos entre las cuales el sistema judicial es una de ellas. Las otras pueden ser el arbitraje, la negociación, la mediación, el procedimiento de encuesta, etc. Parece pues razonable pensar que, ante un mundo muy conflictivo y con nuevas necesidades, los modos de resolver los conflictos van a cambiar.

Sin embargo, cuando ni la literatura científica se pone de acuerdo en la misma definición de conflicto, podemos pensar que estamos ante algo muy complejo, lo que a su vez nos hace cuestionar si la óptica con la que hemos afrontado el problema es la correcta. Tampoco vamos nosotros a definirlo, excepto en lo que afecta a nuestro campo de estudio. Los conflictos a los que nos referimos no son los existenciales propios de la filosofía, ni los intrapsíquicos

propios del campo terapéutico. Nos referimos a los conflictos nacidos de la interacción social.

En este trabajo se revisa la evolución general del campo del "conflict management". Se revisa la más moderna literatura científica desde un punto de vista globalizador. Es decir, desde materiales que tratan de dar una visión de conjunto.

Hacemos especial hincapié tanto en la no vigencia de los patrones de conflicto que nos muestra la literatura científica, como en la necesidad de repensar el conflicto desde paradigmas de no linealidad. Esta no vigencia, al menos con orientación a la gestión del conflicto, obliga a pensar que nuevas categorías pudieran ser útiles a quien de forma profesional debe intervenir en el campo del conflicto. Proponemos un nuevo instrumento.

El campo del "Conflict Resolution": una visión general de la evolución de este campo.

El campo de la resolución de conflictos es un campo en la más absoluta emergencia de forma que es preciso plantearse si no estamos ante un nuevo movimiento social. De hecho, en 1.993 ADLER, publica un libro en Estados Unidos, bajo el significativo título de "The future of Alternative Dispute Resolution: reflections on ADR as a Social Movement".

Ciertamente que en cualquier caso, nos estamos refiriendo a nuestra cultura más próxima, la de los países occidentales para

dar cuenta de un movimiento que afecta a toda América, a toda Europa, con especial incidencia de manera reciente en los Países del Este y a Australia. Las incidencias en la cultura oriental y africana son muy poco conocidas, aunque si es cierto que la "mediación" se conoce y se practica también en estas áreas de forma muy vinculada a diversas culturas autóctonas. No sólo la mediación. También el "arbitraje" es particularmente útil y desarrollado en estas áreas y podemos decir que casi siempre es una función del poder. En todos lados el poder dirime conflictos y cuando no existe una estructura judicial determinada, a menos tal como nosotros la conocemos, aún es más cierta esta afirmación.

Diríamos incluso más. La mediación ha podido observarse en los primates, tal y como refleja WAAL, así pues estamos ante formas de intervención en los conflictos que tienen carácter universal y un cierto enraizamiento en la naturaleza humana más profunda.

Sin embargo, sí es cierto que todo esto no empieza a tener una incidencia y un desarrollo renovado hasta los últimos veinte años. Seguimos el análisis de SINGER para dar cuenta del proceso en los Estados Unidos que en realidad es donde se inicia este movimiento. De acuerdo a esta autora los métodos de que disponían los norteamericanos para resolver sus conflictos están sufriendo una silenciosa revolución. No sólo se están implementando sistemas para resolver conflictos al margen de los tribunales, sino también para complementar o reemplazar la función de éstos en determinados asuntos.

Para darse cuenta de la importancia de esto SINGER cita a Tocqueville que escribió hace 150 años: "En los Estados Unidos no existe apenas una cuestión política que no se dirima antes o después en los tribunales". Pero, no sólo las cuestiones políticas están tan influídas, la misma cultura de los "mass media" nos da una idea clara de la importancia que en la vida social tiene el Derecho y su forma de intervenir en las situaciones de conflicto.

Pero el sentido práctico de los norteamericanos les ha llevado a cuestionarse este sistema. Cita la autora a Derek Bok, decano de la facultad de Derecho de Harvard, para señalar a un sistema judicial " sembrado de las esperanzas defraudadas de aquellos que lo encuentran demasiado difícil de comprender, demasiado quijotesco para imponer respeto y demasiado caro para resultar práctico".

Ante esta situación es lógico que el conjunto de prácticas que traten de resolver conflictos por otras vías se desarrolle fuertemente. Las siglas Alternative Dispute Resolution (ADR) hacen fortuna en todo el país y se expanden hacia fuera con fuerza inusitada. Hoy afectan a todos los órdenes sociales: la familia, la escuela, la vida comercial, el barrio, la salud, etc. y va ganando más adeptos.

De Estados Unidos se extiende a Canadá y Latinoamérica. Iniciándose a mediados de los ochenta la importación de estas técnicas en Europa occidental, primero a través de Canadá donde la cultura francesa influye en el aculturamiento más próximo de la mediación como técnica, formándose los primeros mediadores. Luego, se expande por los países de habla inglesa y posteriormente por América del Sur, con especial relevancia en Argentina, donde el sistema judicial

estaba en franca quiebra al decir de algunos juristas argentinos.

Podemos pues situar el origen del movimiento en los Estados Unidos y por oposición al sistema judicial, con una rápida expansión por todo el mundo y todos los ámbitos de la vida social.

La situación en España

El autor publicó en 1.996, con datos referidos a 1.995, un trabajo (REDORTA,1.996) sobre este tema y a cuyas fuentes y análisis nos referimos en este apartado. En cualquier caso se planteaba en este trabajo si estábamos ante una moda o algo más profundo y cual podría ser la situación de futuro a partir de la situación de aquel momento.

Se repasaba la incidencia de la Recomendación del Consejo de Europa R86 (12) con el fin de que los países miembros potenciaran el uso de vías conciliatorias. El estudio efectuado por el Instituto Suizo de Derecho Comparado, valida la mediación como técnica. También algunas opiniones cualificadas francesas y particularmente el cambio de contexto que ya se intuía a favor de la mediación. En concreto se destacaba:

- a) La aceleración de procesos sociales.
- b) La multiplicación de conflictos.
- c) La inadecuación de la respuesta judicial clásica.
- d) La defensa de la privacidad como valor.
- e) La incidencia de la complejidad.

A título de ejemplo se citaba que en 1.995 la voz “mediación” no existía en la biblioteca del Colegio de Abogados de Barcelona, con 700 años de antigüedad y 300.000 volúmenes.

Sin embargo, después de repasar aspectos tales como la mediación institucional y su fracaso relativo, el uso multiforme de figuras de ADR en la práctica existente, el colapso judicial y la emergencia de nuevas experiencias así como la ausencia de mediadores, se destacaban aquellas experiencias de futuro como el “Programa de Mediación en Justicia Juvenil de Catalunya” o el estado de la investigación, prácticamente muy limitada a Santiago y Oviedo.

No obstante, se anunciaba que estamos ante una nueva profesión y que los cambios serían muy inmediatos y acordes con los nuevos valores que la mediación venía a aportar al sistema de resolución de conflictos.

Estos últimos cinco años han traído a España un desarrollo notable de la mediación. Baste decir que, actualmente y en toda España, hay 18 universidades que están haciendo formación de postgrado. Se están abriendo centros de prácticas particularmente en el campo de la familia, donde se ha regulado en diversas autonomías la figura legal. Diversas profesiones: trabajo social, pedagogía, sociología, ciencias políticas y derecho, en especial se están interesando por el tema e iniciando un proceso de debate y formación respecto a cómo incorporar esta técnica. Asimismo, se han organizado algunos congresos para debatir de forma multidisciplinar el desarrollo de este campo.

Conflictos y Psicología Social: el estado de la cuestión

Vista la trascendencia que está obteniendo aquí y ahora el movimiento orientado a la resolución de conflictos, nos preguntamos ahora en qué estadio se encuentra el estudio del conflicto en sí, desde una perspectiva de la psicología social. Y, es forzoso decir, que esta perspectiva de un lado tiene límites borrosos por la propia dinámica del fenómeno y de otra por la misma esencia multidisciplinar del estudio de los conflictos.

El criterio seguido ha sido elegir fuente de referencia no discutida por su solvencia científica como es el caso del recién publicado “Handbook of Conflict Resolution”, la “Encyclopedia of Violence, Peace and Conflict” o el “Handbook of Social Psychology”. La ventaja evidente de que disponen estos instrumentos es de un lado su carácter integrador, la modernidad en el tiempo de su información, ya que están publicados en los dos últimos años, y ese reconocimiento que en los medios especializados han adquirido estas publicaciones.

Sin embargo, resulta sorprendente consultar las tesis publicadas sobre el tema. Una consulta reciente a la base de datos TESEO proporcionó 22 referencias sobre el tema conflicto, pero sólo dos tenían una relación directa con el tema objeto de estudio.

La base de datos francesa DOCTHESES ofreció 234 referencias a la voz general “conflict” de las que sólo 5 tenían un interés inmediato. El resto eran referidas a grandes conflictos internacionales o a conflictos de leyes o similar sin ningún interés con nuestro tema.

Aunque pueda parecer extraño, la base de datos ERIC para tesis norteamericanas proporcionó la siguiente información: a la voz "conflict" 5.568 referencias para el periodo 1.992- 2.000 y para la voz "conflict theory", sólo 21 referencias.

Todo esto nos lleva a establecer una distinción: mientras que en negociación y mediación, es decir en técnicas de resolución de conflictos, puede existir abundante material, cuando entramos en el campo puro de la "Teoría del conflicto" o de su análisis general, el tema se restringe de una forma muy brusca.

Examinamos ahora los hallazgos que muestra la literatura científica integradora. Y, así en *The Handbook of Conflict Resolution*, Morton DEUTSCH, cuyo trabajo en el campo de los conflictos tiene una aportación muy significativa, aprovecha este libro para efectuar una revisión amplia de lo que ha supuesto hasta el momento la evolución del campo que estamos analizando.

Inicia su exposición citando tres casos: uno relativo a una familia, otro a una organización, el tercero de orden internacional para decir que estos tres casos tienen en común procesos psicosociales en su base que deben ser analizados. Cita los siguientes:

- COOPERACIÓN- COMPETICIÓN.
- JUSTICIA SOCIAL.
- MOTIVACIÓN.
- CONFIANZA.
- COMUNICACIÓN.
- ATRIBUCIÓN.
- PERSUASIÓN.
- AUTOCONTROL

- PODER.
- VIOLENCIA.
- SESGOS DE JUICIO.
- PERSONALIDAD.
- DESARROLLO.
- SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE GRUPO Y CREATIVIDAD.
- CONFLICTO INTERGRUPAL.
- CULTURA.
- CONFLICTOS INTRATABLES.
- MEDIACIÓN.
- GESTIÓN DE CONFLICTOS EN GRUPOS AMPLIOS.
- CONTROVERSIA CONSTRUCTIVA.
- CULTURA Y CONFLICTO.

Este listado elaborado por un psicólogo social de referencia y visto sólo desde una perspectiva psicosocial ya nos da una idea de la amplitud de los procesos subyacentes y además existe un foso profundo entre práctica y teoría que reconoce el mismo autor.

En cualquier caso es de interés seguir los razonamientos de DEUTSCH cuando efectúa una breve historia de la teorización acerca del conflicto contemplada desde el campo psicosocial.

Primero aparecen tres gigantes que deben ser tenidos en cuenta: DARWIN, MARX Y FREUD, el primero sitúa y teoriza la lucha por la vida, el segundo la lucha social y el tercero la lucha interior.

A continuación se destacan las aportaciones de LEWIN, cuya Teoría del Campo tanto ha fructificado y su propia aportación, la de DEUTSCH, que estudia los procesos constructivos y destructivos del conflicto y los procesos de cooperación versus competición. A continuación recoge la teoría de los juegos

con NEUMANN y SCHELLING para plantear a continuación cuales son, a su juicio, los campos actuales de investigación y que sitúa del siguiente modo:

- a) *Cuáles son los condicionantes de los procesos de resolución de conflictos para que sean constructivos o destructivos.*
- b) *Qué circunstancias, estrategias y tácticas conducen a una parte a actuar mejor que otra en una situación de conflicto.*
- c) *Si las partes son capaces de alcanzar un acuerdo, qué es lo que determina la naturaleza del mismo.*
- d) *Cómo puede una tercera parte (mediador) prevenir que un proceso se vuelva destructivo y, en todo caso, cómo reconducirlo a constructivo.*
- e) *Cómo puede la gente aprender a manejar de forma constructiva sus propios conflictos.*
- f) *Cómo intervenir en conflictos cronificados ("intractable conflicts").*
- g) *Cómo comprender porqué la etnicidad, la religión o la identidad se convierten tan fácilmente en conflictos cronificados o intratables.*
- h) *Cómo aplicar en otros contextos culturales teorías sobre el tratamiento del conflicto que nacen en los Estados Unidos y otros países occidentales.*

Como puede verse, en esta moderna revisión dos son los aspectos fundamentales que nos ofrece: su visión de qué procesos psicosociales entiende como subyacentes a la

teorización del conflicto y cuales debieran, a su juicio, ser los objetos de investigación.

Vaya por delante nuestra afirmación de que sólo compartimos algunas partes de este análisis tal y como posteriormente expondremos. *Y, desde luego es rigurosamente cierto que existe una gran diferencia entre la visión meramente académica del tema y la visión del practicante que debe intervenir en conflictos reales.*

Igualmente, Sheldon O. Levy en *"Encyclopedia of Violence, Peace, Conflict"* nos ofrece una segunda visión integradora de nuestro tema. Tiene también la virtud de ser muy reciente, no se trata tanto de "como resolver el conflicto" sino de contemplar aspectos diversos del conflicto. En su parte dedicada a la teoría del conflicto plantea en primer lugar la problemática de la AGRESIÓN. Efectivamente la agresión es una manifestación evidente de conflicto, aunque muchos conflictos no alcancen este nivel. Se examinan cuatro aspectos: la agresión como necesidad, la teoría de la frustración-agresión, la teoría del aprendizaje social, las teorías cognitivas de la agresión y un quinto aspecto reflexiona sobre nuestra actitud ambivalente respecto de la violencia.

A continuación se hace una profunda revisión de qué aportaciones ha hecho la teoría de los juegos al tratamiento de dilemas, desde el famoso dilema del prisionero hasta otros juegos de interacción. Se hace una especial incidencia en cómo la amenaza afecta al dilema planteado.

Mas allá de lo anterior, esta obra destaca las posteriores evoluciones de la teoría de los

juegos con las aportaciones de BENNETT (Hypergame theory), que incorpora elementos de menor racionalidad en los actores del juego y de la "Drama Theory" desarrollado por HOWARD, BENNETT, BRIANT y BRADLEY (1.992) que permite que los participantes "jueguen diferentes personajes", incluso sus preferencias, examinando una cierta simulación de posibles resultados. La teoría refuerza los aspectos de promesas y amenazas en el proceso de negociación.

Otro reconocido autor Dean G. Pruitt en "The HANBOOK OF SOCIAL PSYCHOLOGY" en la edición de 1.998, presenta diversos desarrollos que desde una visión psicosocial van a marcar el campo de estudio de la teoría del conflicto. Esta revisión lo que permite es situar en un marco amplio el objeto que estamos analizando.

El análisis arranca de que en la década de los cincuenta se reconoce que muchas actividades de grupo están envueltas en procesos de cooperación y competición. Las teorías del intercambio social de THIBAUT y KELLEY (1.959) y las teorías de los juegos de VON NEUMANN y MORGENSTERN (1.944) coinciden en un marco de gran tensión internacional y ello origina su aplicación al estudio del conflicto internacional. Es en este marco donde se hace coincidente el campo de estudio por la paz y el de la psicología social del conflicto. Las situaciones que denominó SCHELLING (1.960) "mixed motive situations" intrigaron a los psicólogos sociales que hallaron posteriormente en DEUTSCH un gran campo de aportación, el mismo DEUTSCH reconoció la influencia en su obra de Kurt LEWIN y su Teoría del Campo. Cientos de estudios se

hicieron desde la teoría de los juegos pero, como luego PRUITT (1.977) haría notar, *el salto de la investigación de laboratorio al mundo real era muy difícil de conseguir.*

Los experimentos sobre conformidad de ASCH (1.956) marcan otro punto de inflexión en el proceso y junto a FESTINGER (1.950) y MILGRAM (1.963) sitúan los procesos de influencia y conformidad en el centro del debate.

La obra de RAPOPORT (1.980) debe ser destacada por su aportación desde la teoría de los juegos abriendo nuevas perspectivas al tratamiento del conflicto. Sin embargo es en este momento donde aparece un conjunto de desarrollos teóricos con influencia directa en la teoría del conflicto. Así Berkowitz Y Walsters en 1.976 con sus conceptos sobre equidad y justicia, los de Schlenker en 1.980 y Jones y Pitman en 1.982 sobre la autopresentación. Igualmente todo el campo de la teoría de la decisión con HAMMOND, MCCLELLAND y MUNPOWER en 1.980 está viéndose con gran interés.

Todos estos desarrollos pueden resumirse diciendo que el campo de la dinámica de grupos, o mejor que el campo de la interacción social, ha desarrollado una enorme cantidad de experimentación que ha conducido a resultados complejos y aún contradictorios, en opinión de los autores, con graves dificultades para utilizar teorías directamente aplicables. Actualmente, los aspectos cognitivos van a ir influyendo cada vez más en la psicología social, de acuerdo a Zajonc (1.980), y éstos a su vez anotamos nosotros, van a influir de forma directa en el campo de la teoría del conflicto.

Nuevos enfoques en el estudio de los conflictos

La revisión que hemos efectuado conduce a algunas reflexiones de interés.

De un lado hemos visto el alto desarrollo que está teniendo el campo del ADR, por sus siglas en inglés o de lo que ya se llama "Resolución de Conflictos" dejando ya la palabra "alternativa". Hemos visto cómo la psicología social ha ido elaborando el campo del conflicto. Sin embargo una única visión disciplinar parece insuficiente para abarcar este tema. Los datos relativos al número de tesis doctorales que abordan la cuestión son bien significativos. El problema es ciertamente la resolución general de problemas, como anunció Popper.

La visión negativa del conflicto, como mayormente dominante en nuestra cultura, parece en la raíz de este grave "olvido científico". Pero sin duda hay más. Las dificultades teóricas y metodológicas son muy importantes y así se da el caso de que se han estudiado mucho más los grandes conflictos internacionales, que los personales. Es decir, aquellos sobre los que sería útil una intervención.

Sin embargo parece claro, siguiendo a DEUTSCH, que un conjunto de teorías subyacentes deberían ayudarnos a entender mejor esa realidad llamada "conflicto." Y que aún más debiera interesarnos su forma de manejo efectiva.

El punto de vista de la teoría es muy parcial. Desde la COMPETICION-COOPERACION, donde ciertamente se han hecho

importantes desarrollos, a las dificultades para entender la agresión y la violencia, etc. parece que no sólo no hemos alcanzado ninguna teoría general útil sino que las teorías específicas que tenemos sólo explican cosas de manera muy parcial y mediatisada. Es más, tal y como indica ALZATE (1998) citando a Burrowes se precisa una teoría específica para cada tipo de conflicto. Y, esto nos lleva a otro campo.

La pregunta es, dado que estamos ante una realidad muy compleja ¿existe algún nuevo paradigma que nos ayude a comprender mejor esta realidad? Y la respuesta es que quizás hemos tratado de aprehender el conflicto desde un pensamiento demasiado lineal. Tal vez el pensamiento no lineal serviría para integrar algunos conceptos. Vamos pues a ensayar tentativamente considerando aspectos de los conflictos vinculados al denominado Paradigma de la Complejidad.

La primera teoría que nos parece de utilidad en esta perspectiva es la Teoría de los Conjuntos Borrosos de KOSKO (1.993). *La borrosidad discute el principio de contradicción (verdad o mentira, ser o no ser) para añadir un nuevo elemento la indeterminación.* Ahora frente a lo verdadero o falso tenemos:

VERDADERO INDETERMINADO FALSO

La borrosidad existe desde el propio proceso de percepción. La categorización, estereotipación, el prejuicio y las actitudes podemos verlas como intentos para hacer desaparecer la borrosidad. La borrosidad tiene que ver con la ambigüedad y esto sucede o está en la misma esencia de los dilemas que constituyen un conflicto. La

Teoría de los conjuntos borrosos tiene que ver con la “gama de grises” que pueden apreciarse en un conflicto, ya que en el fondo de lo que trata es de la clase de relación que se establece entre dos objetos.

El segundo aspecto que nos parece de interés destacar es el relativo al pensamiento no lineal. Probablemente, uno de los motivos por los que no se han comprendido bien los conflictos en la teoría sea porque se ha reflexionado desde un marco teórico inadecuado. La búsqueda de causa efecto para asuntos desproporcionados, discontinuos y muchas veces impredecibles o indeterminados, puede haber sido un error importante. *La teoría de la autocomposición de los conflictos, es decir, la capacidad de las partes de resolver un conflicto cobra nuevas dimensiones desde este nuevo paradigma.*

Un tercer aspecto teórico que deseamos destacar es la vinculación de los conflictos a la denominada “fractalidad”. La fractalidad, concepto acuñado por MANDELBROT (1.975) nos permite ver conflictos iguales, pero no idénticos y patrones de conflicto. Así podemos ver que existen conflictos de identidad, de poder, de roles, etc. cada uno de ellos es distinto; pero, al mismo tiempo tienen elementos en común muy marcados.

Si pensamos que los conflictos pueden ser fractales, descubriremos que pueden tener un orden subyacente, que la parte nos puede conducir a la solución global, que los conflictos a determinado nivel pueden y, de hecho sufren, determinados cambios cualitativos. Se explican las excepciones de las reglas (la regla produce irregularidad) y finalmente, descubrimos el aspecto innovador de un conflicto. El desarrollo fractal siempre es innovador. Además, la

vertiente temporal, tan importante en el conflicto, cobra un nuevo sentido si se piensa en términos de fractalidad.

Reexaminemos otro aspecto ¿Puede haber más caos que un conflicto en fase aguda? *El concepto de sistema alejado del equilibrio o cercano al equilibrio nos aporta nueva luz para entender una realidad compleja como es el conflicto.* Empieza a cobrar sentido el concepto de puntos críticos del proceso de desarrollo de un conflicto, el pacto aparece como un punto de equilibrio y el resultado de una intervención, paradójicamente, se vuelve más comprensible, si se aceptan los niveles de desequilibrio existentes. Y sobre todo, se empieza a pensar que el proceso puede ser invertido y puede preverse aunque no predecirse.

El campo vital de Lewin ahora se ha convertido en el “espacio-fase” y podemos descubrir los procesos de conflicto como procesos que siguen trayectorias. La espiral del conflicto puede ser explicada por un atractor de punto fijo o de doble punto. Lo periódico coge nuevo sentido desde el atractor toro y, sobre todo, lo inexplicable tiene un orden subyacente desde el atractor extraño.

El orden sale del caos y el caos nos conduce al orden. Los puntos críticos, lo que en la teoría clásica constituye “el punto de madurez de un conflicto” cobra un nuevo sentido. *Si los puntos críticos son vistos como una estrategia de adaptación, se valorara que el conflicto se produce por adaptación a algo o de algo.* Se verá claro que los puntos críticos producen sobre todo cambio y que este cambio no se opone a estabilidad de una

conflicto de poder, rotura de expectativas, conflicto de identidad, etc.

j) Deben seguir estudiándose las posibilidades que se derivan de la teoría de los juegos.

La conclusión última y evidente es que nos parece que forma parte de las políticas de futuro tratar de integrar el mejor conocimiento del conflicto en las praxis profesionales a todos los niveles. Parece obvio que un plan integrado de investigación en este campo no existe, que debiera ser multidisciplinar y generar herramientas de investigación aplicada que resultarían de inmediata utilidad para los actores sociales.

Bibliografía

ADLER, P (1993). *The Future of Alternative Dispute Resolution: Reflexions on ADR as a Social Movement*. Michigan: University of Michigan Press,

ALZATE, R (1998) *Análisis y Resolución de Conflictos*; una perspectiva psicológica. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

DEUTSCH, My COLEMAN, P. (2000) *The Handbook of Conflict Resolution*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers Inc.

LEVY, S. (1999). *Encyclopedia of Violence, Peace, Conflict*, vol. 1. San Diego, CA.: Academic Press,.

MANDELBROT, B (1996). *Los Objetos Fractales*. Colección "metatemas nº 13". Barcelona: Tusquets Editores, SA.

PRUITT, D (1998). *Social Conflict*. En the hanbook of social psychology.

REDORTA, J. (1996) *La mediación en España*. En "La mediación una transformación en la cultura" Gotthiel, Julio y Schiffrmn Adriana, compiladores. Barcelona: Editorial Paidos, S.A.

SINGER, L (1994) *Resolución de Conflictos*. Barcelona: Editorial Paidós.

WAAL, F (1989) *Peacemaking among primates*. London: Harvard University Press,

Análisis de la Literatura Profesional en torno a la Inmigración y la Educación Intercultural. 1982-2000¹

Octavio Vázquez Aguado. D.T.S. Licenciado en Antropología. Doctor en Psicopedagogía. Profesor Universidad de Huelva

Resumen

El texto que presentamos pretende mostrar y analizar cuál ha sido la producción científica del Trabajo Social en torno a la inmigración y la interculturalidad, así como sus campos temáticos afines, con el propósito de poner de manifiesto los rasgos principales que muestran las tendencias generales en la publicación de trabajos relativos a este objeto de estudio.

Palabras claves

Trabajo social, inmigración, interculturalidad, publicaciones, producción científica.

Presentación

En este trabajo se expone la metodología seguida para el análisis de las referencias recogidas en la base de datos ISOC del CINDOC, perteneciente al Centro Superior de Investigaciones Científicas. Se hace un análisis bibliométrico de las referencias recogidas en la misma de acuerdo al año de producción, la revista donde se publican los trabajos y los principales temas de interés.

Creemos que este trabajo contribuye a analizar las relaciones que existen entre Trabajo Social e inmigración y, aunque puede que falte alguna referencia, estimamos

que la inmensa mayoría de ellas sí lo están proporcionando, de este modo, una guía fundamental para conocer las tendencias generales que se han dado con anterioridad a 2002 en la relación entre trabajo social e inmigración. No obstante, queremos dejar constancia que la base de datos tomada como referencia no recoge todos los trabajos que se han publicado en torno a la relación entre trabajo social, inmigración e interculturalidad, especialmente, los presentados a los diferentes congresos de trabajo social celebrados en España y los artículos publicados en revistas tales como Trabajo Social Hoy, Documentos de Trabajo Social o Cuadernos Andaluces de Bienestar Social.

Metodología

Para realizar el análisis de la primera parte de este trabajo hemos empleado como fuente de información la base de datos ISOC del CSIC. Como todos sabemos, esta base de datos recoge los trabajos publicados, fundamentalmente, aunque no exclusivamente (también reseña comunicaciones y ponencias), en todas las

notas

1. El presente trabajo forma parte de mi tesis doctoral denominada "educación intercultural en la enseñanza universitaria de los futuros trabajadores sociales: la formación para la competencia intercultural", que fue leída en el mes de mayo de 2003. Está ubicado en un bloque de contenidos que pretende analizar las relaciones que existen entre trabajo social e inmigración, tanto desde el punto de vista teórico como desde la lógica de la intervención. Esta aproximación se completa con el análisis de la producción científica que presentamos en este trabajo.

revistas científicas que se editan en España y que reúnen algunos requisitos relativos a la existencia de un resumen del trabajo, palabras clave... La base de datos contiene información desde el año 1975 hasta la actualidad. No obstante, nosotros nos hemos centrado en el periodo 1982-2000, que responden a la fecha de aparición del primer trabajo publicado de acuerdo a nuestros criterios de búsqueda y al último año de trabajos recogidos en la base de datos.

Una de las dificultades principales a las que nos hemos enfrentado es la ausencia de algunos trabajos en esta base de datos que nosotros conocemos. La causa de la misma obedece a que no todas las revistas de trabajo social que se editan en España han solicitado su incorporación a la base de datos, o bien, que no reúnen los requisitos exigidos. Sea como fuere, pensamos que los editores de las mismas deberían hacer el esfuerzo necesario para lograr esta inclusión contribuyendo, de este modo, a la normalización del trabajo social en el ámbito científico de las ciencias sociales en España.

¿Cómo hemos realizado la búsqueda? Para poder obtener una imagen lo más fiel posible de lo que recoge la base de datos de los temas que nos interesan, hemos realizado una búsqueda de acuerdo a la siguiente ecuación: por un lado, el primer elemento de la misma debía contener los términos trabajo social, servicios sociales o política social para atender, de este modo, a los tres campos de docencia e investigación que son propios, aunque no exclusivos, del área de conocimiento Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad española. Por otro lado, el segundo elemento de la ecuación

debía contener alguno de los siguientes términos: emigración, emigrante, emigrado; inmigrante, inmigración, inmigrado; interculturalismo; interculturalidad, intercultural, educación intercultural, mediación intercultural; multiculturalismo, multiculturalidad, multicultural; xenofobia; racismo. El motor de búsqueda nos debía localizar documentos a partir de esta ecuación y cuyos términos debían aparecer en los descriptores de los artículos, en el título o en el lugar de trabajo de quien escribe. De esta forma, obteníamos una visión global de lo producido en el ámbito del trabajo social y abarcábamos todos los aspectos que de algún modo se relacionan con la intervención social de los trabajadores sociales con inmigrantes.

Esta ecuación de búsqueda nos ofrece un amplio espectro de situaciones objeto de análisis aunque, como señalaremos más adelante, no permite discriminar temáticamente cada uno de los trabajos puesto que, en los descriptores de los mismos, podemos encontrar más de uno de los reseñados por nosotros.

El análisis de los datos obtenidos de la base de datos ISOC

El resultado que hemos obtenido en nuestra búsqueda representa un total de 169 trabajos para el periodo 1982-2000. Es una cifra aceptable de producción científica si atendemos a los datos recogidos en la tabla nº 1, donde se recogen las producciones de las diferentes ciencias sociales de acuerdo a los términos contenidos en el segundo elemento de la ecuación de búsqueda:

Tabla nº 1: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LAS DIFERENTES CIENCIAS SOCIALES EN MATERIA DE INMIGRACIÓN Y EDUCACIÓN INTERCULTURAL

Disciplina	Total trabajos
Trabajo Social (incluye servicios sociales y política social)	169
Sociología (incluye estructura social)	329
Psicología	92
Antropología	182
Economía	251
Derecho (incluye jurídico)	197

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos ISOC del CINDOC (CSIC).

Como observamos en la tabla nº 1 la producción vinculada al trabajo social representa el segundo volumen menor del total de disciplinas sociales referenciadas. No obstante, no se encuentra muy lejos del total de producciones de la antropología o derecho y supera ampliamente a las de psicología. Sin embargo, debemos tener en cuenta que las materias servicios sociales y política social no son privativas del trabajo social. De ellas se ocupan también otras disciplinas afines y, en nuestra búsqueda, hemos encontrado trabajos bajo estas referencias que en realidad están escritos por investigadores adscritos a otras disciplinas ajenas al trabajo social. Si nos centramos exclusivamente en la producción de trabajo social respecto a todos los términos señalados, el total de trabajos producidos desciende considerablemente y se sitúa únicamente en 72, como observamos en la tabla nº2:

Tabla nº 2: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LAS DIFERENTES MATERIAS VINCULADAS A TRABAJO SOCIAL

Materia	Total trabajos
Trabajo Social	72
Servicios Sociales	61
Política Social	86

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos ISOC del CINDOC (CSIC).

Podemos detectar claramente cómo los trabajos relativos a la política social en asuntos de migraciones e interculturalidad representa el mayor volumen de todas las materias vinculadas a trabajo social, aunque la producción específica de trabajo social tiene un destacado peso también.

Lógicamente, el total de los trabajos de las tres materias superan los 169 que nosotros hemos identificado y ello se debe a que los trabajos pueden ser incluidos en más de una materia al contener cualquiera de las tres denominaciones en los ámbitos en los que se ha buscado (descriptores, título y lugar de trabajo del autor).

Centrándonos ya en el estudio de los documentos vinculados a las tres materias del área de conocimiento, podemos hacer el siguiente análisis de los mismos:

Producción anual

La inmensa mayoría de los trabajos se han producido en la década de los 90,

coincidiendo con el auge de la presencia social de la inmigración en nuestro país y, en consecuencia, con el interés creciente de la comunidad investigadora por esta materia. Los datos los podemos observar en la tabla número 3:

Tabla nº 3: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LAS DIFERENTES MATERIAS VINCULADAS AL TRABAJO SOCIAL POR AÑOS

Periodo	Total trabajos	
	Volumen	%
1981-1985	11	6,5
1986-1990	13	7,6
1991-1995	61	36,1
1996-2000	82	48,5
Sin fecha	2	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos ISOC del CINDOC (CSIC).

Se puede observar en la tabla anterior cómo la inmensa mayoría de los trabajos publicados lo han sido en los últimos diez años, a partir de 1991. Coincide este interés por la publicación de trabajos sobre la inmigración y la educación intercultural en el ámbito del trabajo social con la aparición pública de la inmigración en el panorama social español, sobre todo, a partir del proceso de regularización del año 1991, que permitió la visualización social de la

inmigración en nuestro país. Es de suponer que la producción de trabajos aumentará en los años venideros aunque, como veremos después, debe ampliarse la temática que abordan los mismos.

Tipo de documento

Dadas las peculiaridades de la base de datos de ISOC, que se centra fundamentalmente en recopilar los trabajos publicados en las revistas científicas editadas en España, la inmensa mayoría de los trabajos recogidos se corresponden con artículos publicados en las mismas: han sido 162 artículos de un total de 169 trabajos. El resto, se corresponden con ponencias y comunicaciones en congresos.

Nosotros creemos que este peso tan destacado de los artículos sobre otro tipo de documentos muestra la relativa novedad de la inmigración y la educación intercultural para el trabajo social. Por su inmediatez, los artículos ofrecen la posibilidad de ir avanzando los trabajos que se van produciendo a partir de la investigación y de la síntesis de la experiencia profesional.

Tipo de revista

La tabla que recogemos a continuación nos muestra una gran dispersión en cuanto a las revistas en las que han sido publicados los trabajos que han sido localizados a través de nuestros criterios de búsqueda.

Tabla nº 4: REVISTAS CON MAYOR NÚMERO DE ARTÍCULOS PUBLICADOS

Nombre de la revista	Nº artículos
Revista de Treball Social	41
Revista de Servicios Sociales y Política Social	28
Documentación Social	9
Cuadernos de Trabajo Social	7
Papers	7
OFRIM	4
Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales	4
Revista Catalana de Sociología	4
Economía y Sociología del Trabajo	3
Intervención Psico-social	3

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos ISOC del CINDOC (CSIC).

En esta distribución observamos tres tendencias que debemos resaltar: por un lado, se encuentran, como principales editoras de artículos, las revistas que más tradición y más peso tienen en el ámbito del trabajo social, y son las *Revista de Treball Social*, editada por el Colegio de Trabajadores Sociales de Catalunya, y la *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, editada por el Consejo General de Colegios de Trabajadores Sociales de España. Estos dos títulos son referencias fundamentales en el ámbito del que nos ocupamos y fuentes principales para el análisis de la relación entre trabajo social, inmigración y educación intercultural. Sin embargo, a pesar de su importancia y debido a la disparidad enorme de revistas donde se

han publicado trabajos que responden a nuestra ecuación de búsqueda, estos dos títulos tan sólo han publicado poco más de un tercio del total de trabajos (69 sobre 169).

Existe una segunda tendencia que nos refleja un interés creciente de otro tipo de publicaciones por los términos asociados en nuestra ecuación de búsqueda. Aunque hemos agrupado a estas revistas en una sola tendencia, existen diferencias entre ellas que deben ser comentadas: en primer lugar, debemos referirnos a la revista *Documentación Social*, editada por Cáritas Española. Constituye un referente fundamental para todas las disciplinas sociales centradas en la intervención social y, por ende, interesa al trabajo social. Aunque no podemos afirmar que los artículos publicados en ella son de trabajo social, sí se ocupan de cuestiones relacionadas con los servicios sociales y la política social. Por esta razón, han sido incluidos en nuestra selección. En segundo lugar, nos encontramos en esta tendencia con los trabajos publicados por la revista *Cuadernos de Trabajo Social*, editada por la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense y que es la decana de las revistas universitarias de trabajo social que hoy se editan en España (a este título debemos sumar los siguientes: *Alternativas. Revista de Trabajo Social*, que es editada por la Universidad de Alicante; *Cuadernos Andaluces de Bienestar Social*, que se publica bajo el patrocinio de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Granada; *Portularia, Revista de Trabajo Social*, editada en la Universidad de Huelva y, por último, el *Boletín de Información en Trabajo Social*, que se publica en internet bajo la dirección de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de

Análisis de la Literatura Profesional en torno a la Inmigración y la Educación Intercultural. 1982-2000

Cuenca de la Universidad de Castilla-La Mancha). De todas ellas, como pondremos después de manifiesto, tan sólo *Cuadernos de Trabajo Social* está recogida por la base de datos ISOC del CSIC, por lo que existen lagunas en nuestra búsqueda que deben ser subsanadas por otros derroteros.

En tercer lugar, en esta segunda tendencia nos encontramos con dos tipos de revistas diferentes que han publicado trabajos de nuestro campo de interés. Debemos citar, por un lado, a la revista *OFRIM*, que es editada por la Comunidad de Madrid y se encuentra especializada, a diferencia de todas las anteriores, en el ámbito de las migraciones exclusivamente. También editada por un organismo oficial tenemos la *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, que ha recogido un total de cuatro artículos que responden a nuestro criterio de búsqueda. Por otro lado, nos encontramos con un grupo de revistas vinculadas directamente a otras ciencias sociales donde sobresalen las pertenecientes al campo de la sociología, entre ellas: *Papers*, que ha publicado un total de siete trabajos; la *Revista Catalana de Sociología*, con cuatro referencias y *Economía y Sociología del Trabajo*, con un total de tres artículos. Por último, debemos mencionar la revista de *Intervención Psico-social*, vinculada al mundo de la psicología, donde se han editado tres trabajos.

Como tercera tendencia en cuanto al tipo de revista donde se publican trabajos que responden a nuestra ecuación de búsqueda, debemos referirnos a la importante cantidad de revistas que han editado uno o dos trabajos hasta el año 2000 y que no aparecen

en la tabla anterior. Son revistas vinculadas a distintos campos del saber, entre las que sobresalen las siguientes: de la sociología, nos encontramos con revistas como *Mientras Tanto, Sociedad y Utopía*. Del ámbito de la antropología y el estudio del mundo árabe como *Demófilo* y *AWRAQ*. De la pedagogía, donde existe un importante número de revistas como *Anales de Pedagogía, Bordón, Temps D'Educació, Revista de Estudios Universitarios, Comunicar...* Del ámbito del derecho y las relaciones laborales revistas como *Revista General de Derecho y Temas Laborales*. También nos encontramos revistas de estudios regionales tales como la *Revista de Estudios Andaluces y Revista Aragonesa de Administración Pública*. Por último, revistas especializadas en el ámbito de las migraciones como *Estudios Migratorios y Migraciones*.

Intereses temáticos

Subsanadas las que a nuestro juicio son las principales ausencias que presenta la base de datos ISOC, comenzaremos el análisis temático del total de trabajos recogidos en la misma. Para ello hemos confeccionado la tabla siguiente, definida a partir de dos criterios: las filas responden a los términos iniciales de la ecuación de búsqueda, esto es, trabajo social, política social y servicios sociales mientras que, las columnas, relacionan los términos del segundo elemento de esta ecuación (emigración, inmigración, educación intercultural, mediación intercultural, racismo, xenofobia, interculturalidad y multiculturalidad. Todos ellos con sus posibles variaciones:

emigrantes, inmigrantes, intercultural, multiculturalismo...

Las diferentes casillas de la tabla nº 5 recogen los trabajos recogidos en la base de datos relativos a cada uno de los términos en cuestión. De este modo podemos saber los

trabajos que se han publicado cruzando cada una de las filas con cada una de las columnas así como el total de documentos relativos a cada criterio de búsqueda (trabajo social, política social y servicios sociales, tanto de manera individual como teniendo en cuenta los tres elementos al mismo tiempo).

Tabla nº 5: ORGANIZACIÓN TEMÁTICA DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS SEGÚN CRITERIOS DE BÚSQUEDA

	Emigración	Inmigración	Ed.intercultural	Media ción	Racismo	Xenofobia	Interculturalidad	Multiculturalidad	Total
Trabajo Social	9	56	1	-	13	4	10	8	72
Política Social	21	60	1	-	6	4	13	5	86
Servicios Sociales	10	49	3	-	5	4	8	8	61
Total	33	120	3	-	20	9	20	14	169

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos ISOC del CINDOC (CSIC).

Dado que no existe un aspecto que nos permita clasificar claramente los trabajos en una sola ubicación puesto que un mismo artículo puede responder a más de un criterio de búsqueda, de ahí que los totales no coincidan con las sumas finales, nosotros vamos a analizar los temas tratados en los diversos trabajos sólo a partir de la ecuación de búsqueda que relaciona trabajo social, política social y servicios sociales con el elemento contenido en cada columna.

El interés principal de las materias vinculadas al área de conocimiento de trabajo social y servicios sociales gira en

torno a la inmigración y a emigración, que acaparan la mayor parte del total de trabajos publicados. A continuación se sitúa como centro de interés la interculturalidad y multiculturalidad seguida del racismo y la xenofobia. Es de destacar que los trabajos relativos a la educación intercultural y la mediación son muy escasos.

Esta distribución pone de manifiesto una ordenación "natural" del interés del trabajo social por las cuestiones relacionadas con la inmigración y la educación intercultural. De este modo, el primer centro de interés se localiza en la inmigración, en conocer cómo es y en describir la realidad social de la

misma. Con posterioridad, dentro de la maduración propia del interés por estos temas, aparecen trabajos publicados relacionados con la interculturalidad y multiculturalidad como maneras de organizar las relaciones entre las personas diferentes que existen en un mismo territorio, así como reflexiones en torno al racismo y la xenofobia. Posteriormente, y en menor medida dado el reciente interés por estos temas, aparecen trabajos vinculados a la educación intercultural y la mediación. Entendemos que, progresivamente, estos trabajos vayan adquiriendo un mayor peso y protagonismo en el ámbito del trabajo social.

Analicemos ahora con más detalle las tendencias en las que podemos agrupar los trabajos publicados y que relacionan al trabajo social, la política social y los servicios sociales con los diferentes elementos del segundo elemento de la educación de búsqueda y que son recogidos en las columnas de la tabla anterior.

Emigración

La primera constatación que debemos hacer respecto a la relación de trabajos que analizan la vinculación entre trabajo social, política social y servicios sociales con la emigración es que la mayoría de los artículos localizados se vincula al descriptor política social y no al de trabajo social o servicios sociales. Ello tendrá como consecuencia fundamental que una gran parte de los mismos han sido elaborados por personas ajenas a nuestra disciplina lo que prueba, una vez más, la escasa repercusión que la misma ha tenido en las ciencias sociales hasta fechas recientes. Siendo un fenómeno

principal en la sociedad española, la reflexión sobre la emigración ocupó brevemente a los trabajadores sociales, lo que no implica que no interviniieran con la misma.

Realizada esta salvedad, hemos localizado cuatro tendencias generales en los trabajos publicados: en primer lugar, nos encontramos con aquellos trabajos que estudian los flujos migratorios en diversas manifestaciones. De este modo, los trabajos de Gregorio (1999) o Burgos (1998) analizan los procesos migratorios de las mujeres latinoamericanas, especialmente caribeñas -dominicanas- hacia España, tanto en su vertiente práctica (tipos de relaciones que establecen) como teórica (ausencia del género en los modelos explicativos de las migraciones). También se analiza cómo es la presencia de estas mujeres en ámbitos diferentes de trabajo como la prostitución (Suárez, 1995). Otro flujo migratorio estudiado es el de los españoles a Alemania (Harms, 1986), en lo que se refiere a la tipología sociológica de emigrantes, el impacto de las crisis económicas en estos procesos y las perspectivas del retorno. También se estudian los flujos migratorios del campo a la ciudad y las repercusiones que tiene dicho proceso para las personas que lo protagonizan (Martín, Bartolomé y Cisneros, 1985a y 1985b).

Existe otro bloque de trabajos, el más importante, que analiza la relación entre emigración y política social, especialmente, en lo que se refiere a la regulación normativa de la misma y las repercusiones que para los emigrantes tiene la libre circulación en el territorio de la Unión Europea. Entre los trabajos que analizan la primera cuestión

localizamos a Agüelo (1998), que revisa la normativa española sobre emigración y realiza sugerencias para su reforma. Entre los trabajos que se ocupan de la libre circulación, podemos citar a Ferrer Salas (1996), que analiza esta cuestión como uno de los pilares básicos de la política social europea que no debe limitarse salvo por cuestiones de seguridad u orden público. Fernández Domínguez (1991) analiza también esta cuestión atendiendo a la jurisprudencia del tribunal de justicia de la transformada Comunidad Europea. Relacionado con la libre circulación, nos encontramos también trabajos que analizan la protección social de los emigrantes en los países europeos (Rodríguez Piñero, 1982 y Sánchez-Rodas, 1997).

El tercer bloque de textos seleccionados tienen como denominador común el análisis que hacen de las motivaciones y repercusiones de las migraciones. En cuanto a las motivaciones, Prieto (1984) las aborda desde un punto de vista estructural: cómo los indicadores de paro, producción nacional, renta... se pueden utilizar para explicar las migraciones que se producen en determinadas regiones y países. En lo que afecta a las repercusiones que tiene la emigración existen varios enfoques: Mateu y Sánchez (1998) analizan las mismas desde la perspectiva de la ciudad, de cómo cambia el perfil de los habitantes y cómo es necesario articular una respuesta social para la creciente pluralidad. Por el contrario, Tizón (1994) analiza estas repercusiones pero desde el punto de vista de los sujetos protagonistas de los movimientos migratorios: los procesos de cambio a los que se ven sujetos, la aparición de conflictos... Este mismo autor, pero en conjunción con Atxotegui, San José, Pellegero y Salamero, se ocupó ya en 1986

de estas repercusiones desde una perspectiva psicosocial y médica. Por último, Testa (1982) analiza cómo afecta a los hijos de emigrantes la migración de sus padres.

Finalmente, debemos citar un cuarto bloque de trabajos que relacionan la emigración con trabajo social, política social y emigración. En este caso, se caracterizan por poner de manifiesto y describir experiencias de trabajo social con emigrantes, refugiados y asilados (Santos, 1991), o de organizaciones internacionales que se ocupan de ayudar a los emigrantes (Chico, 1986), o nacionales como el Instituto Español de Emigración (Varios, 1985)

Inmigración

Como se expone en la tabla anterior, los trabajos referidos a la relación entre política social, trabajo social y servicios sociales con la inmigración representan el bloque más extenso y que más producción ha generado. Los contenidos abordados pueden ser organizados en cuatro líneas temáticas: en primer lugar, nos encontramos con los trabajos que se ocupan de la construcción de la diferencia, la identidad, la negociación de la misma y las consecuencias que todo ello puede tener en la integración social de los inmigrantes y en las relaciones entre inmigrados y sociedades receptoras. Entre los trabajos que nos parecen más destacados de esta línea de contenido podemos citar los de Canals (1992), que analiza la relación entre la integración de los inmigrantes y la imagen que de los mismos ofrecen los medios de comunicación, así como las consecuencias que ello tiene para las relaciones interétnicas. El de Vázquez (1998) incide también en la

Análisis de la Literatura Profesional en torno a la Inmigración y la Educación Intercultural. 1982-2000

producción social de la imagen de la inmigración a partir de los medios de comunicación. Existen también trabajos con temática diferente a los dos anteriores como los de Juliano (1998), que analiza la adscripción étnica de los inmigrantes como un fenómeno de etiquetaje no siempre deseado, el de Fuchs (1998), que reflexiona sobre la relación entre ética e interculturalidad y las repercusiones que tiene para el ejercicio de la intervención social con inmigrantes. Sobre la importancia de la dimensión cultural en la intervención social también escriben Gregorio y Franzé (1999), que advierten sobre los procesos de categorización de los "otros" que se producen en las intervenciones sociales y, por último, podemos citar el trabajo de Kübne y Eckmann (2000) que analizan las repercusiones que las diferencias representan para los sujetos minoritarios a partir del estudio de un grupo de alumnos inmigrantes en escuelas universitarias de trabajo social.

Una segunda línea temática que hemos identificado en los trabajos producidos es aquella que analiza la relación entre trabajo social e inmigración desde enfoques teóricos y conceptuales, y no desde la óptica de la intervención. Aunque sin duda es la que menor número de trabajos presenta, es interesante porque estudian los vínculos que se establecen entre la profesión-disciplina y la inmigración, reflexionando sobre las implicaciones que conlleva esta relación. En este sentido, Alonso Olaitz (1993) realiza una breve presentación sobre las recomendaciones que la Federación Internacional de Trabajadores Sociales ofrece en la intervención con inmigrantes y las repercusiones que tiene para la identidad profesional. Méndez-Bonito (1993) nos

ofrece su reflexión sobre la relación entre trabajo social e inmigración destacando las oportunidades que el nuevo contexto migratorio representa para la profesión, aunque advierte también sobre las dificultades que tiene esta actuación por la influencia del etnocentrismo y las diferencias culturales. Por último, tanto Gallego González (1998) como Lacomba (1998), escriben sobre las repercusiones teóricas y metodológicas que tiene la intervención de los trabajadores sociales con inmigrantes, siendo necesario abordar las mismas mediante un proceso formativo que capacite a los profesionales para la intervención en contextos multiétnicos.

Frente a la escasez de trabajos relativos al abordaje conceptual y teórico de la relación entre trabajo social e inmigración, la tercera línea temática identificada por nosotros se caracteriza por su abundancia. Nos estamos refiriendo a los trabajos dedicados a analizar la realidad de la inmigración y a mostrar el desarrollo de experiencias de intervención con esta población. Estos trabajos representan el mayor volumen de los disponibles en la base de datos ISOC. La descripción de la realidad de la inmigración es objeto de diversos trabajos. Angelina (1991), analiza la realidad de los africanos en el Maresme catalán. Lacomba y Royo (1997) se centran en los colectivos marroquíes y senegaleses en el ámbito urbano de Valencia. Gómez Masdeu (1999) centra todavía más su objeto de estudio y describe los problemas con los que se encuentran los inmigrantes marroquíes y argelinos que han pasado por la cárcel de Tarragona. Navarrete y Puyal (1996) hacen una reflexión general sobre la exclusión social de los inmigrantes

analizando características demográficas, origen...

En cuanto a la intervención social podemos destacar, en primer lugar, el que podemos considerar como el trabajo pionero en el análisis de la relación entre trabajo social e inmigración. Nos estamos refiriendo a la aportación de Planas (1986), que ofrece directrices de cómo debe ser la intervención de los profesionales con familias de cultura diferente, prestando atención al estudio de casos, al desarrollo de las entrevistas... Sin embargo, el interés del trabajo social por la inmigración no cristaliza hasta el año 1991 con la aparición de los números 123 y 124 de la *Revista de Treball Social*, dedicados monográficamente a la inmigración y donde se recogen desde una reflexión sobre la iniciativa social y las migraciones (Pindado, 1991), a diversas experiencias de intervención, desde la coordinación de diversas instituciones (Pujadas, Pujol y Soler, 1991 y Durán, 1991), un ayuntamiento (Guerrero y Rocosa, 1991), una entidad privada de carácter religioso (Martín Martín, 1991), una fundación (Kirchner, 1991), u ong's de diverso carácter (Lluc, 1991). En otras revistas nos podemos encontrar con trabajos que analizan el papel de la Cruz Roja (Salen, 1997), o del Ayuntamiento de Madrid (Buñuel y Gil, 2000).

El análisis comparativo de la prestación de servicios sociales para inmigrantes es objeto de dos trabajos: uno de ellos, en una dimensión local y nacional, como es el caso de Pérez, Alcover, Martínez Sanso y Tarín (1992); de su dimensión internacional se ocupa Álvarez Rodríguez (1991), que analiza los servicios prestados a inmigrantes en

diversos países europeos y en Canadá y Estados Unidos.

También nos encontramos con diferentes trabajos que se ocupan de la intervención con inmigrantes desde diversas ópticas: los hay que ofrecen propuestas metodológicas para el trabajo con inmigrantes y refugiados (Barrero, 1993); que se ocupan del debate sobre si los servicios para inmigrantes deben ser especializados o comunitarios y normalizados (Alquézar, 1998); de la coordinación entre servicios educativos y sociales para atender a la población inmigrante menor de edad (Madrid, 1999a); o de la actuación con menores inmigrantes no acompañados (Ripol-Millet, 2000).

En el ámbito de la intervención social también es importante destacar los trabajos relativos a la actuación de los profesionales con grupos de inmigrantes concretos. Nos referimos a la intervención con mujeres y con menores inmigrantes en el ámbito educativo. En cuanto a las primeras, podemos señalar los artículos de Ribas (1998), que hace un análisis de las políticas sociales para la inmigración desde la perspectiva de género centrándose en el acceso al mercado de las mujeres inmigrantes. También nos encontramos con otro trabajo de Ribas en colaboración con Alarcón, Gibert y Parella (2000) que incide en los programas de formación para mujeres inmigrantes en el marco del municipio de Barcelona y, por último, el de Gregorio (2000), ya reseñado con anterioridad, donde se analiza la incorporación al mercado de trabajo (servicio doméstico y prostitución) de las mujeres marroquíes y dominicanas y la autopercepción que las mismas tienen de esta incorporación.

La producción de trabajos relativos a los menores inmigrantes y la intervención educativa es más numerosa. En 1991 aparecen los primeros trabajos que analizan esta cuestión en la *Revista de Treball Social*: Pascual reflexiona sobre las dificultades de incorporación de los menores inmigrantes a la escuela y el papel que el profesor puede desarrollar en la atención a estos menores. Castella analiza, entre otras cuestiones, la relación entre la familia inmigrante y la escuela y el ajuste de los programas educativos a la realidad de los niños inmigrantes. En 1998 Torra reflexiona sobre la escuela y la inmigración, sobre los procesos de adaptación de los inmigrantes y los de transformación de la institución. Esta reflexión ocupa también a Madrid (1999) cuando analiza la educación intercultural como una respuesta de la política social.

La educación de inmigrantes adultos también ha sido objeto de reflexión. Al respecto, Manco (1992) se ocupa de analizar la alfabetización de los inmigrantes a partir de una investigación social desarrollada en Bélgica. Sánchez Urios (1994) reflexiona sobre la interculturalidad y la educación de personas adultas planteando la educación como un espacio de participación y reconocimiento de las personas marginadas.

Por último, la intervención del trabajo social en el ámbito educativo para el fomento de la solidaridad y la interculturalidad es el objeto de trabajo de Garcés, Ródenas, Sánchez y Verdeguer (1996).

En el ámbito del trabajo social, la política social y los servicios sociales localizamos, como postura línea temática, la preocupación por el desarrollo del marco

legislativo de tratamiento de la extranjería y las políticas que del mismo se derivan. Este interés ha ido parejo a los cambios que la legislación de esta materia ha tenido en España en la última década. De este modo, Carbonell (1991) reflexiona sobre las posibilidades de legalizar la situación de los inmigrantes que ofrecía la legislación de la pasada década. Posadas (1991) y Roldán (1992) amplían el objeto de análisis y reflexiona sobre los procesos de regularización y el establecimiento de los cupos de trabajadores extranjeros como medio de legalizar a los mismos, y Llinares y Molpeceres (1992) revisan críticamente la legislación vigente sobre extranjería, asilo y refugio vigente en los años 90.

En 1999, Raya analiza la evolución legal del tratamiento de la extranjería entre 1985 y 1999 exponiendo la necesidad de una nueva ley de inmigración que contemple las implicaciones sociales de la integración, la lucha contra el racismo y, en definitiva, el abordaje global de la inmigración como un hecho social total para el que se requieren nuevas teorías explicativas. Bernat (1998), sin entrar en las cuestiones de filosofía política que plantea Raya aborda el desarrollo en Europa de las políticas para inmigrantes y migrantes como un eslabón más de la construcción europea.

Al paro de los cambios legislativos habidos en España en esta materia, Olivé (1999) expone las repercusiones que para los servicios sociales tiene la aprobación de ley conocida como 4/2000 y los cambios que deben acometerse en los mismos para lograr su desarrollo. Por último, desde una perspectiva más general, Rivera (2000) reflexiona sobre los cambios que ha

conllevado la aparición de esta nueva ley, especialmente, el reconocimiento de nuevos derechos y las modificaciones habidas en el régimen de entrada en territorio nacional por medio de los visados.

Educación intercultural, interculturalidad y multiculturalidad

Este bloque de contenido engloba el conjunto de aportaciones localizadas que relacionan a la educación intercultural, interculturalidad y multiculturalidad con el trabajo social, los servicios sociales y la política social. Como ya señalamos más arriba, la agrupación de los artículos relativos a los términos del epígrafe nos facilita la presentación de las líneas temáticas de interés, al mismo tiempo que simplifica nuestra labor puesto que, al margen de la escasez de trabajos relativos a los mismos, muchos de ellos se ubican tanto en lo referido a la interculturalidad como la multiculturalidad. Asimismo, gran parte de los trabajos recogidos bajo estos epígrafes ya han sido referenciados con anterioridad puesto que también se pueden localizar a partir del término inmigración. Ello pone de manifiesto que, desde el trabajo social, no se ha abordado directamente la reflexión sobre la interculturalidad, sino vinculada a la inmigración aunque es obvio que no se limita ni agota en la misma.

La interculturalidad, la multiculturalidad y la educación intercultural aparecen vinculadas a la intervención social desde diferentes frentes: en la actuación del trabajo social en el sistema educativo (Alemán, Ramos y Ródenas, 2000). La incorporación de

menores inmigrantes en la escuela y la necesidad de coordinar los servicios educativos con los sociales (Madrid, 1999). La formación de inmigrantes adultos (Sánchez Urios, 1994). La formación de trabajadores sociales y el desarrollo de un ejercicio profesional en clave intercultural (Gallego González, 1998 y Lacomba, 1998). Todos ellos, como ya señalamos, trabajos referenciados con anterioridad.

Sí existe una línea temática de interés novedosa que pone en relación la construcción del marco legal con la inter o multiculturalidad. Son trabajos que reflexionan sobre cómo debe abordarse desde la legislación la creciente diversidad que existe en la sociedad española. Requejo y Zapata (1996) reflexionan sobre la legitimidad de los derechos sociales a partir de los cambios sociales provocados en Europa, entre otros motivos, por la inmigración. García Giráldez (2000) escribe también sobre estas cuestiones analizando la vinculación entre las libertades fundamentales y los derechos civiles, económicos y sociales con la diversidad al objeto de plantear una ampliación del concepto de ciudadanía más allá del estado-nación y dar respuesta, de este modo, a la creciente pluralidad social.

En un ámbito más amplio, no estrictamente vinculado al derecho, Pajares (2000) reflexiona sobre esta cuestión planteando que el reconocimiento de derechos es una de las claves fundamentales para lograr la integración de los inmigrantes, la cual debe desarrollarse desde la óptica intercultural y no desde una pretensión asimiladora y uniformadora.

Como última aportación a la relación entre interculturalidad y trabajo social debemos citar los artículos de Moñivas (1998) y Rodríguez Rioboo (1998), donde se analiza la construcción de las representaciones sociales en relación a sujetos de diferente origen y las consecuencias que ello tiene para la correcta lectura de la realidad social.

Racismo y xenofobia

Abordamos ya el último bloque de contenidos que analiza la producción de las materias vinculadas al área de conocimiento de trabajo social sobre la inmigración, la multi e interculturalidad, el racismo y la xenofobia. Existe una destacada producción de trabajos que analizan esta relación bajo dos líneas temáticas convergentes: por un lado, nos encontramos con los trabajos que exponen o analizan actuaciones e intervenciones sociales y educativas frente al racismo y la xenofobia y, por otro lado, trabajos que, aunque en menor volumen, se ocupan de analizar y reflexionar sobre el racismo y la xenofobia así como las influencias y consecuencias que tienen para el desarrollo de la intervención social y la integración de los inmigrantes.

Sobre los trabajos que se ocupan de analizar las actuaciones e intervenciones frente al racismo y la xenofobia podemos hacer una distinción clara: están los trabajos que hacen algún balance sobre estas actuaciones y los trabajos que exponen intervenciones. Entre los primeros, en 1991 Alonso Olaitz, en la presentación del monográfico que la *Revista de Treball Social* dedica a la inmigración, expone, entre otras cuestiones, un análisis del informe del Parlamento Europeo sobre

estas cuestiones en Europa. Posteriormente, ya en 1998, Extremo repasa las acciones desarrolladas en España en 1997 con motivo del Año Europeo contra el Racismo.

Entre los trabajos que exponen intervenciones y actuaciones contra el racismo y la xenofobia, que son los más numerosos, debemos citar a Rosario Alonso que se ocupa en reiteradas ocasiones de esta cuestión: en 1997, propone el racismo y la xenofobia como objeto de intervención con jóvenes con la finalidad de crear y desarrollar actitudes de tolerancia y respeto frente a los que son diferentes. Posteriormente, analiza la intervención frente al racismo en clave multidisciplinar (2000b) y propone un modelo de intervención frente al racismo a partir de la toma de conciencia propia sobre las actuaciones y actitudes racistas como primer paso para combatirlo (2000a). Existe otro conjunto de trabajos que exponen experiencias de actuación contra el racismo (Pont, 1994 y Gutiérrez, 2000) o que reflexionan sobre las intervenciones a desarrollar debido a la amplificación de estos fenómenos que realizan los medios de comunicación (Hamburguer, 2000).

El análisis y la reflexión sobre la influencia del racismo y la xenofobia es objeto de al menos cinco artículos diferentes. Valdés (1991) reflexiona sobre la relación entre inmigración y racismo. Rimbau (1997), dando la palabra a las personas que sufren el racismo y la xenofobia -gitanos e inmigrantes extracomunitarios-, analiza las dificultades que tienen para acceder al mercado de trabajo motivado por los comportamientos y actitudes racistas. Alonso Olaitz (1991 y 1992) reflexiona sobre los factores condicionantes del racismo y cómo

desde el trabajo social se puede combatir el mismo. Por último, Canals (1992) incide de nuevo en el papel de los medios de comunicación como condicionantes de las actitudes sociales.

Conclusiones

No quisieramos finalizar el estudio de los trabajos publicados en torno a la inmigración, la educación intercultural y el trabajo social sin realizar una somera valoración conclusiva de todo nuestro análisis. En primer lugar, llama la atención la escasa producción generada en uno de los sectores de población que más posibilidades de empleo ofrece en la actualidad a los trabajadores sociales. Con la inmigración ocurre como con otros ámbitos de actuación del trabajo social: existe una importante labor profesional pero escasa reflexión sobre la misma. Gran parte de los trabajos publicados, tomando al trabajo social en sentido estricto, son relatos de experiencias que exponen pero que no analizan profundamente. Es más, gran parte de los trabajos publicados se han hecho e revistas de Trabajo Social o intervención social pero no son una reflexión desde el Trabajo Social. Consideramos que es imprescindible aumentar la producción general en torno al trabajo social y la inmigración, incorporando trabajos que analicen la misma en clave intercultural.

No parece que exista un núcleo potente de investigadores en el ámbito del trabajo social con inmigrantes. Sí detectamos personas aisladas que se ocupan de esta cuestión en Valencia, Granada, Jaén, Almería, Madrid y en Huelva... por citar a aquellos de los que

hemos encontrado más referencias en todo nuestro análisis. La posibilidad de abordar tareas en común dirigidas a terrenos no explorados podría constituir una línea de trabajo interesante para el futuro.

Más allá del relato de experiencias de trabajo, el análisis realizado nos pone de manifiesto algunas líneas de trabajo interesantes que deberían ser profundizadas: la formación de los trabajadores sociales en clave intercultural, el desempeño del trabajo social como mediación intercultural, los conflictos que devienen de la existencia de diferencias culturales y su resolución, el análisis crítico del marco legal y su incidencia en el trabajo social, la visión previa que los trabajadores sociales tienen sobre los inmigrantes y su incidencia sobre las lecturas que se hacen de la realidad social podrían ser, entre otros, trabajos en los que profundizar en el futuro.

Consideramos que falta la realización de un gran evento (un congreso) dedicado exclusivamente a la relación entre trabajo social e inmigración, que pueda reunir a todas las personas interesadas en la materia y que sirva para, en primer lugar, dar a conocer el trabajo que realizan los profesionales y, en segundo lugar, marcar objetivos de estudio en común. Si bien varias revistas (*Revista de Treball Social, Revista de Política Social y Servicios Sociales, Cuadernos Andaluces de Bienestar Social, Alternativas, Cuadernos de Trabajo Social Portularia, Revista de Trabajo Social, Cuadernos de Trabajo Social*) han dedicado uno o más monográficos a la inmigración, estimamos que es necesario seguir profundizando en esta temática pero desde las claves de la interculturalidad y desde el propio ámbito del trabajo social.

Análisis de la Literatura Profesional en torno a la Inmigración y la Educación Intercultural. 1982-2000

Bibliografía

AGÜELO, P. (1998): "El derecho a migrar. Algunas propuestas para su reforma". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 44; 119-127

AGUILERA, B. (1994): «El conflicto multicultural». En *Documentación social* nº 97, *interculturalidad*; 35-56.

ALEMÁN, C.; RAMOS, M., y RÓDENAS, F. (2000): "Fomento de la interculturalidad desde el sistema educativo". En *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* nº 25; 61-77.

ALONSO OLAIZ, E. (1991): "Migración: un hecho difícil y controvertido. En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 123; 8-21.

ALONSO OLAIZ, E. (1992): "Migraciones, racismo y xenofobia". En *Revista de Servicios Sociales Y Política Social* nº 28; 33-39,

ALONSO OLAIZ, E. (1993): "Documentos de política internacional". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 30; 173-175

ALONSO, R.(1997): "El racismo y la xenofobia como objeto de intervención social con jóvenes". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 37; 33-45.

ALONSO, R. (2000a): "Intervención social contra el racismo. Hacia un modelo basado en la influencia de las minorías". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 160; 135-168.

ALONSO, R. (2000b): "Intervención social contra el racismo. Perspectiva multidisciplinar". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 160; 80-84.

ALQUEZAR, V. (1998): "Opiniones en torno a los servicios para inmigrantes y minorías: entre lo comunitario y lo especializado". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 44; 93-103

ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, A. (1991): "Estudio comparado de los servicios de inmigración". En *Economía y Sociología del Trabajo* nº 11; 76-96.

ANGELINA, G. (1991): "Los migrantes africanos del Maresme". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 124; 142-144.

BARRERO, A M. (1993): "Una propuesta metodológica para el trabajo social con refugiados" En *Cuadernos de Trabajo Social* nº 6; 167-180.

BERNART, M. (1998): "Las políticas sociales para inmigrantes y migrantes". En *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* nº 10; 61-76.

BOLZMAN, C.; ECKMANN, M. y SALBERG-MENDOZA, A. (2000): "El racismo en la vida diaria: análisis y perspectivas de intervención social. En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 160; 105-134.

BUÑUEL, A. y GIL, A. (2000): "Madrid, ciudad multietnica. La administración local y la integración social de la población inmigrante. La experiencia del Ayuntamiento de Madrid". En *Sociedad y Utopía* nº 16; 309-321.

BURGOS, N. (1998): "Mujeres del caribe hispano: relatos sobre emigración, familia y trabajo". En *Las mujeres del caribe en el umbral del 2000. Actas del Congreso*; 67-88.

CANALS, J. (1991): "Ni tan diferentes, ni tan lejanos". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 123; 46-58.

CANALS, J. (1992): "Demografía y etnicidad en la formación de la imagen social de la inmigración" En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 28; 11-26.

CARBONELL, F. (1991): "Presentación del opúsculo. ¿Cómo legalizar mi situación? En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 124; 149-153.

CASTELLA, E. (1991): "La escolarización de los alumnos árabes en Cataluña". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 124; 108-111.

CHICO, J. (1986): "Servicio social internacional". En *Cuadernos de Acción Social* nº 1 (2); 14-29

DURÁN, E. (1991): "Coordinadora «Catalunya Solidaria amb els immigrants estrangers». En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 123; 129-135.

EXTREMO, P.(1998): "Balance de las medidas desarrolladas por el comité español para el año europeo contra el racismo". En *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* nº 10; 177-186

FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J. (1991): "Libre circulación de trabajadores. Reflexiones a partir de las propuestas de modificación de la legalidad vigente". En *Relaciones Laborales. Revista Crítica de Teoría y Práctica* nº 14; 110-128.

FERRER SALAS, J. (1996): "La libre circulación de los trabajadores y la protección del emigrante". En *Revista de Gestión Pública y Privada* nº 1; 57-75

FUCHS, N. (1998): "Ética e interculturalidad". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 41; 49-70.

GALLEGOS GONZÁLEZ, P. (1996): "Trabajo social con inmigrantes. Interculturalidad para la formación en procesos de integración". En *VIII Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Comunicaciones libres*. Sevilla; 731-740.

GALLEGOS GONZÁLEZ, P. (1998): "Interculturalidad: un proceso formativo entre culturas". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 44; 55-67.

GARCÉS, J.; RÓDENAS, F.; SÁNCHEZ, S. y VERDEGUER, I. (1996): "Trabajo social con poblaciones receptoras de inmigrantes: un modelo cuasi-experimental para fomentar actitudes multiculturales". En *Cuadernos de Trabajo Social* nº 9; 97-107.

GARCÍA GIRALDEZ, T. (2000): "De la ciudadanía social a la ciudadanía multicultural". En *Cuadernos de Trabajo Social* nº 13; 33-51.

GÓMEZ MASDEU, C. (1999): "La inmigración marroquí y argelina en Tarragona: problemas con que se encuentran personas de este colectivo que han pasado por el Centro Penitenciario". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 154; 151-167.

GREGORIO, C. (1999): "Desigualdades de género y migración internacional: el caso de la emigración dominicana". En *Arenal. Revista de Historia de las Mujeres* nº 6 (2); 313-341.

GREGORIO, C. (2000): "¿En España es diferente? Mujeres inmigrantes dominicanas y marroquíes". En *Papers. Revista de Sociología* nº 60; 257-273.

GREGORIO, C. y FRANZÉ, A. (1999): "Intervención social con población inmigrante: esos «otros» culturales". En *Intervención Psicosocial* nº 8, 2; 163-175.

GUERRERO, L. y ROCOSA, C. (1991): "Trabajo social con la población marroquí en Hospitalet de Llobregat (Barcelona)". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 124; 97-104.

GUTIÉRREZ, E. (2000): "Oficina de Información y Denuncias, un servicio de SOS Racismo". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 159; 142-145.

JULIANO, D. (1998): "Inmigrantes de segunda. La adscripción étnica asignada". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 44; 81-91.

KIRCHNER, M. (1991): "La Fundación Paulino Torras Doménech". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 123; 126-128.

KÜBNE, K. y ECKMANN, M. (2000): "Estudiantes «forasteros» en las escuelas universitarias de Trabajo Social. Un reto para la formación". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 160; 169-182.

LACOMBA, J. (1998): "Migraciones y trabajo social intercultural. propuestas teóricas y metodológicas". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 44; 33-53.

LACOMBA, J. y ROYO, I. (1997): "Una inmigración entre la precariedad y la exclusión: condiciones de vida de los inmigrantes marroquíes y senegaleses en situación irregular en el área urbana de Valencia". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 37; 93-107.

LLINARES, R. y MOLPECERES, J. (1992): "Análisis crítico de la normativa de extranjería, asilo y refugio". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 28; 47-56

LLUCH, A.M. (1991): "El trabajo de las ong's en la inmigración extranjera en Cataluña". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 124; 133-137.

Análisis de la Literatura Profesional en torno a la Inmigración y la Educación Intercultural. 1982-2000

MADRID, A. (1999): "Educación intercultural y política social en la atención de menores inmigrantes". En *Anales de Historia Contemporánea* nº 5; 219-224.

MADRID, A. (1999a): "La coordinación entre el sistema educativo y el sistema público de servicios sociales en la atención a los alumnos inmigrantes no universitarios de la Región de Murcia". En *Anales de Pedagogía* nº 17; 41-48.

MANCO, A. (1992): "Una aproximación positiva e integrada de la alfabetización en zonas de inmigración: historia de una investigación". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 28; 57-64.

MARTÍN MARTÍN, J. (1991): "Comisión Diocesana de Migración". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 124; 80-88.

MARTÍN, V.; BARTOLOMÉ, C. y CISNEROS, L. (1985a): "De lo rural a lo urbano. Emigración a las ciudades". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 2; 53-55.

MARTÍN, V.; BARTOLOMÉ, C. y CISNEROS, L. (1985b): "Una urbe que margina". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 2; 56-57.

MARTÍNEZ BRAWLEY, E. y MÉNDEZ BONITO, P. (2002): "Servicios Sociales en el contexto migratorio". En *Portularia, Revista de Trabajo Social* nº 2; 13-29.

MATEU, A. y SÁNCHEZ, J. (1998): "La interculturalidad en la ciudad". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 149; 151-164

MÉNDEZ-BONITO, P. (1993): "Reflexiones sobre la realidad multicultural española: implicaciones para el trabajo social". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 31-32; 95-104.

MOÑIVAS, A. (1998): "Multiculturalidad (ciencia y sociedad)". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 44; 9-32.

NAVARRETE M. y PUYAL, E. (1996): "Los inmigrantes extranjeros como objeto de exclusión" En *Acciones e investigaciones sociales* nº 5; 121-150.

OLIVÉ, L. (1999): "La nueva ley de extranjería: una ley que no cambia tanto". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 156; 96-101.

PAJARES, M. (2000a): "Políticas sociales de integración de los inmigrantes". En *Documentación Social* nº 121; 111-130.

PASCUAL, J. (1991): "¿Es un problema la escolarización de hijos de magrebíes?". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 123; 118-123.

PÉREZ, J. V.; ALCOVER, C.; MÁRTINEZ, M.ª. J. y TARÍN, T. (1992): "Análisis de los servicios sociales para inmigrantes". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 27; 73-80.

PINDADO, F. (1991): "Iniciativa social y hecho migratorio". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 123; 109-117.

PLANA, R. (1986): "Trabajo social con familias de cultura diferente". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 102.

PONT J. (1994): "Políticas municipales de extranjería y multiculturalidad en Alemania". En *PAPERS. Revista de Sociología* nº 43; 149-160.

POSADA, E. (1991): "El marco legal del proceso de regularización de los trabajadores extranjeros". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 123; 59-62.

PRIETO, G.: (1984): "Motivaciones etiológico-sociológicas de la emigración". En *Revista de Política Social* nº 142; 111-131.

PUJADAS, L.; PUJOL, C. y SOLER, M. (1991): "Una experiencia de trabajo interinstitucional con inmigrantes extranjeros". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 124; 120-126.

RAYA, E. (1999): "Notas para el análisis de los problemas y de las políticas de inmigración en España". En *Intervención Psicosocial* nº 8 (2); 143-161.

REQUEJO, F. y ZAPATA, R. (1996): "Legitimidad de los derechos sociales y ciudadanía democrática". En *RTS. Revista De Trabajo Social* nº 142; 71-83.

RIBAS, N. (1998): "Política social: inmigración y género". En OFRIM. Suplementos (extra); 85-102.

RIMBAU, C. (1997): "La influencia del racismo en la inserción laboral". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 148; 91-105

RIPOL-MILLET, A. (2000): "Información básica para la intervención social y la mediación dirigidas a niños separados". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 158; 34-52.

RIVERA J. (2000): "Cambios normativos en la realidad de la extranjería en nuestro país: la nueva Ley Orgánica 4 / 2000, de 11 de enero". En *Cuadernos de Trabajo Social* nº 13; 109-129.

RODRIGUEZ PIÑERO, M. (1982): "Libre circulación de los trabajadores y seguridad social de los trabajadores migrantes en comunidades europeas". En *Revista de Estudios Regionales* nº 4; 141-169,

RODRÍGUEZ RIOBOO, F. (1998): "Otros". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 44; 69-79.

ROLDÁN, J. (1992): "Los papeles: regularización y cupos en la integración social de los inmigrantes". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 28; 41-46.

SÁNCHEZ URIOS, A. (1994): "Interculturalidad y educación de personas adultas". En *Documentación Social* nº 97; 209-214.

SÁNCHEZ-RODAS, C.: (1997): "El impacto de la sentencia Cabanis sobre la protección dispensada por el derecho comunitario a los familiares del trabajador migrante". En *Temas Laborales. Revista Andaluza de Trabajo y Bienestar Social* nº 45; 167-180.

SUÁREZ, D. (1995): "Tráfico de mujeres o migración laboral de mujeres latinoamericanas en el comercio del sexo. Estrategia de vida y de sobrevivencia". En *Actas de las Jornadas la Mujer Latinoamericana en la Migración Internacional*.

TESTA, J. (1982): "Los hijos de emigrantes". En *Revista de Estudios de Juventud* nº 8; 75-92.

TIZÓN, J. L. (1994): "Emigrar, soñar, sufrir... tal vez elaborar, tal vez crear: migración, duelo y conflicto psicosocial". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 136; 22-38.

TIZÓN, J.L.; ATXOTEGUI, J.; SAN JOSÉ, F.; PELLEGERO, N. y SALAMERO, M. (1986): "La migración como factor de riesgo psicosocial y médico". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 101; 103-126

VALDÉS, M. (1991): "Inmigración y racismo". En *RTS. Revista de Trabajo Social* nº 123; 22-45.

VÁZQUEZ, O. (1998): "Negro sobre blanco: inmigrantes, estereotipos y medios de comunicación". En *Comunicar. Revista de medios de comunicación y educación* nº 12; 55-60.

VARIOS. (1985): "El instituto español de emigración". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 2; 16-20.



De interes
profesional





Saber y Método en el Trabajo Social

María Jesús Domínguez Pachón, DTS.
Doctora en Sociología. Profesora EUTS.
Universidad de León.

En consonancia con las ideas de Berger y Luckmann, la realidad es conocimiento que guía nuestra conducta y de la que todos tenemos una noción diferente. Llegamos a puntos de vista comunes compartiendo nuestro conocimiento a través de los procesos sociales que la organizan y la hacen objetiva.

A medida que más personas llegan a compartir los mismos criterios sobre un determinado aspecto de la sociedad, se produce la institucionalización de los convencionalismos. Estos criterios se convierten en legítimos, en virtud de un proceso aglutinante de los significados que transforman estas ideas de la realidad en un sistema organizado y plausible. La objetividad tiene como base un conocimiento extensamente compartido¹.

La búsqueda de significados compartidos

Lo dicho, anteriormente, tiene que ver, también, con nuestra búsqueda metodológica y parece responder a las necesidades y objetivos de nuestra profesión inserta en lo social, requiriendo un enfoque metodológico interdisciplinario.

Intervenir hoy, con frecuencia, significa actuar en lo desconocido, más que repetir lo que se conoce; tener una preparación solo general del trabajo social hoy no es

suficiente. Se requiere al trabajo social de hoy definir los problemas sociales de nuestra época desde una concepción de la vida social como producto de la actividad humana.

Antes de definir cualquier acción es necesario saber cómo ven las personas sus conductas, lo que hacen y porqué lo hacen; recobrar la dimensión de sus valores, de sus formas de aprendizaje social, de sus experiencias de vida, de lo que constituye el complejo mundo de símbolos que fijan su visión del mundo.

Lo social aparece cuando se construye ese nudo de significados compartidos entre varios sujetos, no se construye en las personas ni fuera de ellas sino entre las personas, en el espacio de significados del que participan o que construyen de forma conjunta².

Sobre esta base, la atención metodológica se traduce de hecho en procesos de aprendizaje y aplicación y también de crisis y nuevas definiciones. Ambas son modalidades operativas que pueden considerarse congruentes con el significado y la función social de la profesión y son resultado de probada eficacia respecto a problemas abordados; las metas asumidas se consolidan, se transmiten, se asimilan y se aplican.

Construir una cultura profesional y de servicio, para el trabajo social que actúa en los servicios, no es fácil a causa de los cambios organizativos y normativos, de la

notas

1. Cf. KISNERMAN, N: *Pensar el Trabajo Social*. Lumen Humanitas, Argentina, 1998 pp.127-128.

2. Cf. IBAÑEZ, T: *Representaciones Sociales. Teoría y método*, citado por Kisnerman, N. Ob. Cit., p. 141.

falta de espacios y tiempos reconocidos para la reflexión y el estudio, de la rutina de trabajo caracterizada, frecuentemente, por aspectos burocráticos y emergencias.

El trabajador social, para no quedar sumergido por el día a día, ha de saber mirar su propia experiencia y estar abierto para captar, acoger y promover los cambios, manteniendo despierta su curiosidad y transformando las incertidumbres en estímulos evolutivos; dichos estímulos se alimentan con el estudio, la confrontación y el intercambio con otros colegas y con los usuarios³.

La práctica es lugar de actuación de un pensamiento, de construcción de una teoría, de experimentación y es, en consecuencia, un lugar de aprendizaje desde la experiencia, para la elaboración de demandas, de necesidades explícitas e implícitas y de resultados, fruto de una circularidad praxis-teoría-praxis, que lleva a nuevas teorizaciones⁴.

Método e intervención Social

Cada profesión se caracteriza por su propio proceso metodológico, en el trabajo social el proceso está dado por un modo coherente y lógico de relacionar las causas de un fenómeno con los objetivos que, al ser alcanzados, puedan incidir sobre las mismas causas a través del uso correcto de medios adecuados. A partir de un fenómeno de la realidad social se formulan hipótesis sobre posibles modos de afrontar el problema presentado: es un procedimiento de tipo inductivo⁵.

Eludiendo por un momento el problema de los principios y valores que guían la acción y recurriendo a las sugerencias de los más importantes teóricos de la acción (Searle, 1985; Bubner, 1985; Habermas, 1986), la estructura que podemos construir los elementos salientes presentes en toda práctica del trabajo social, parecen apoyarse en tres áreas de ordenes conceptuales que derivan de la observación empírica del Trabajo Social.

Un esquema del Trabajo social puede ser considerado cómo:

Interacción entre:

- Acción.
- Comunicación.
- Regulación (normalización).

Que en la intervención adquieran un valor de uso.

El trabajo social, más allá de los fines y de los objetivos específicos es una estructura social simplificable. Su complejidad histórico-social puede ser reducida a los mínimos términos, descrita y explicada; en el sentido de que haciendo trabajo social, nosotros actuamos, comunicamos, normatizamos, es decir organizamos.

Cada una de estas categorías lógicas (y empíricas desde el momento que son observables, cuantificables, aislables unas de otra), sobre entienden muchas otras.

El actuar, comunicar, sistematizar, en cuanto formas de trabajo social, se sustancian -frente a necesidades concretas- de significados, valores y orientaciones diversas sobre la base

de teorías derivadas de ciencias sociales distantes por origen epistemológico y por tentativos de acción.

El proceso metodológico del trabajo social en su estructura básica es único y utilizable en diversos contextos y en las distintas dimensiones en las que actúa el profesional: individuo, grupo, comunidad, instituciones, servicios públicos y privados, voluntariado y/o ejercicio libre de la profesión; ello no impide que a causa de su necesaria interrelación con la realidad social y con la teoría sea susceptible de elaboraciones diferenciadas.

Modelo y metodología son elementos complementarios, inseparables de la acción profesional, fundamentales pero insuficientes si se utilizan separados. Un modelo teórico ha de estar insertado en el proceso metodológico de la misma manera es imposible aplicar el método sin hacer referencia a un modelo⁶.

No todas las elaboraciones metodológicas sirven para encauzar las respuestas profesionales de forma adecuada en cualquier contexto. En la formación de los trabajadores sociales hoy es preciso consolidar competencias profesionales que favorezcan intervenciones de prevención sobre todo en áreas de mayor desventaja social.

Ello requiere disponer de instrumentos de análisis y evaluación de los contextos en los que actúa para que adquiera una dimensión proyectual y se traduzca en instrumento concreto apto para la construcción de itinerarios de inclusión social y de ciudadanía activa⁷.

Hoy se hace necesario más que nunca, conjugar el concepto de territorio no solo como área geográfica sino, también y sobre todo, cómo un lugar donde las personas establecen relaciones humanas, crean y viven la pertenencia a una dimensión que no solo no niega al individuo en cuanto tal, sino que lo resalta como elemento imprescindible de una comunidad humana, de un sistema de relaciones dinámico e interactivo⁸.

El trabajo por proyectos

Al trabajo social se le requiere, desde hace algún tiempo, la competencia para trabajar por proyectos en los sistemas de los servicios de atención a las personas, los grupos y las comunidades. Las funciones se definen siempre dentro de un cuadro de exigencias de organización, coordinación y gestión de los servicios sociales y socio-sanitarios. En consecuencia se hace necesario poseer elementos para comprender la complejidad de los fenómenos sociales y culturales, hacerse cargo de posibles desarrollos de

notas

3. MARCHETTI, P: *Il Processo metodologico*, en CORTIGIANI, M (a cura di): *L'assistente sociale e i suoi campi di intervento*. Phoenix, Roma, 2002, p.87

4. *Ibídem*, p. 88

5. DAL PRA PONTICELLI, M: *Lineamenti di Servizio Sociale*. Astrolabio, Roma, 1987, p. 117.

6. CAMPANINI, A Y LUSSI, F: *Servizio sociale e modello sistematico*. Una nuova prospettiva per la pratica quotidiana. NIS, Roma, 1988. pp. 23-24.

7. Cf. CAPRINI CH: *La Progettualità e il lavoro di rete*, en CORTIGIANI, M (a cura di): *L'assistente sociale e i suoi campi di intervento*. Phoenix, Roma, 2002, pp.107-108.

8. CAPRINI, CH. Ob. Cit., p.107.

procesos de intervención, coordinación de las distintas competencias (recursos humanos) y de los recursos públicos y privados.

El trabajo por proyectos es un trabajo *pensado*, requiere conocimiento para comprender la dirección y sobre todo exige asumir la responsabilidad de trazar los itinerarios en un cuadro humano y social que necesita intervenciones capaces de generar procesos vitales de «*autoresponsabilización*».

La proyectualidad, cómo método de trabajo, llama la atención del trabajador social sobre un *"saber profesional"* que construye, la intervención más oportuna y necesaria, junto con otros profesionales.

Construir un proyecto, darle sentido significa analizar, comprender, explicar, prever relacionando esquemas de conocimiento y sistemas de valores. Proyectando intervenciones sociales es posible, aún en términos conflictivos, proponer visiones ideológicas. El sentido de un proyecto es, necesariamente, atribuible a un servicio o a una organización que en él se reconoce⁹.

El contexto Social y los proyectos

La necesidad de proyectar resulta de dos factores presentes en el contexto social:

- La presencia de más sujetos, asociaciones, entidades, etc., desde el momento que son partes activas que influyen en un mismo contexto (necesidades-recursos),

- La conciencia de que la intervención profesional en ámbito comunitario responde a dos requerimientos: la demanda de ayuda y la necesidad de desarrollar la conciencia de pertenencia.

Esta *"proyectualización"* ha de colocarse dentro de un mercado social en el que se deberían definir cada vez más los costos en términos de eficacia/eficiencia (coste/ahorro).

Al proyectar se representan, metodológicamente, una serie de acciones útiles a la obtención de un resultado predefinido, lo que a su vez invita a la utilización de algunos conceptos fundamentales propios del marketing.

En el contexto socio ambiental, la observación de las redes, es un paso obligado para la mejor comprensión de la persona y sus dificultades y para ayudarla en su proceso de consolidación. La red se proyecta siempre como un conjunto de itinerarios interactivos y compartidos para:

- Favorecer que las personas sean sujetos activos de la propia vida valorando, apoyando y potenciando, también, algunos componentes a los que, en numerosas ocasiones, se les atribuyen las causas del malestar: familia, escuela, trabajo, etc.
- Definir la cultura de la participación y de la solidaridad recuperando la dimensión de la comunidad.
- Abordar el malestar desde una óptica no sectorializada sino, más bien, con proyectos globales complejos, para que las personas estén menos aisladas y más capacitadas

para reaccionar frente a las dificultades que se presentan en la vida cotidiana¹⁰.

A medida que avanza la profesión su presencia y colaboración será más demandada en todos los frentes y será, cada vez más, necesario que esté capacitada para el trabajo por proyectos; ello por la necesidad de optimizar recursos, de reconstruir un tejido social, de proporcionar ayuda concreta en las situaciones de dificultad, etc.

El trabajo de base dedicado a la recuperación y a la prevención con técnicas más adecuadas y con profesionales preparados podrá circunscribir situaciones de malestar y prevenir las desventajas causadas por los recorridos de exclusión social o de no-inclusión. Nuestra práctica profesional hoy no se dirige a la actuación sobre simples problemas sino sobre situaciones complejas de problemas cambiantes que interactúan entre sí. El trabajo de campo o de zona, de barrio es el instrumento que mejor se adapta a la construcción y tejido de redes sociales solidarias y de motivaciones para estar juntos, recuperando así la dimensión comunitaria de lo humano¹¹.

Acción Social significativa y Trabajo Social

La profesionalidad del trabajador social se apoya en principios, valores, motivaciones, capacidades operativas y, también, en un conjunto de conocimientos rigurosamente elaborados que confluyen en un área de conocimiento reconocida como "Trabajo Social y Servicios Sociales".

Cuando el trabajador social toma en consideración la teoría, su finalidad es desarrollar, perfeccionar una estructura intelectual por medio de la cual hacer una lectura que sirva a un mejor conocimiento y comprensión de la compleja sucesión de los hechos que se encuentran en el curso de la acción, para poder deducir la naturaleza de la misma y sus posibles efectos.

El trabajo social configura, pues, una disciplina, un cuerpo de conocimientos con un saber original específico que se ha ido acumulando y construyendo a través de distintas corrientes de pensamiento que representan modalidades diferentes pero que a su vez complementan y enriquecen el talante cultural de la profesión.

Para comprender mejor estos recorridos partimos de unas premisas¹²:

- *El trabajo social es una disciplina finalizada a la operatividad, a la acción y se identifica con objetivos de cambio respecto a las personas y a la realidad social. El conocimiento de la realidad, las hipótesis explicativas y los instrumentos metodológicos utilizados en el trabajo social se corresponden por tanto a una disciplina de intervención con una perspectiva de cambio. Desde esta perspectiva el trabajo social incorpora*

notas

9. *Ibidem*, p. 111.

10. Cf. FERRARIO, F: *Il lavoro di rete nel servizio sociale*. NIS, Roma, 1992, pp.64-74.

11. Cf. KISNERMAN, N. Ob. Cit. P.16.

12. DAL PRA PONTICELLI, M (A cura): *I modelli teorici del Servizio Sociale*. Astrolabio, Roma, 1985, p. 117.

conceptos, conocimientos, hipótesis e instrumentos que históricamente va identificando cómo más correspondientes con sus fines.

- *El trabajo social identifica un objeto cuya naturaleza es una trama de relaciones que no es posible reducir a un solo aspecto de la realidad. El trabajador social tiende a captar el objeto en su globalidad, tomando en consideración todos los factores significativos que entran en juego, por dos motivos:*
 - Se mide frecuentemente con la dimensión cotidiana de la experiencia humana en situaciones de necesidad, en su totalidad y no como un aspecto de ella, por ejemplo la marginación, la patología, etc.
 - Pertenece a la tradición cultural de la profesión el intento de superar la parcialización del objeto que se deriva de la especialización del saber. Por tanto, respecto al objeto, es necesario hacer referencia a abordajes multidisciplinares y recurrir a hipótesis e instrumentos adecuados para captar su complejidad y globalidad. Ello representa una cuestión de primer orden para el desarrollo del trabajo social como disciplina científica.

Principios, valores, actitudes y tendencias

Un componente esencial de la competencia profesional está constituida por las actitudes y comportamientos profesionales entendidos como sistemas estables de valoraciones positivas y negativas, de sentimientos y

emociones y de tendencias de acción favorables o desfavorables en relación con los objetos sociales¹³.

Todo ello conduce al trabajador social hacia unas actitudes profesionales relacionadas con las dimensiones fundamentales de su trabajo: persona/individuo, sociedad e instituciones.

Dentro de las reflexiones sobre principios, valores y actitudes es importante considerar las transformaciones que en los últimos años se han dado en nuestra sociedad en torno a los valores, las cuales han llevado a dedicar mayor atención a algunos principios resaltando, al respecto, el valor que debe atribuirse a la *persona humana en su relación con la situación social*.

El paso de una visión sectorial y fragmentada a una visión más orgánica del individuo, entendido como el punto de encuentro de una serie de fuerzas internas y externas con las que interacciona en un proceso de cambio recíproco, revaloriza la lectura de los problemas sociales en su dimensión global y, en consecuencia, la necesidad de asumir actitudes de disponibilidad a la colaboración y a la interdisciplinariedad.

Otra tendencia es la representada por el deseo de experimentar formulas nuevas, de examinar la realidad bajo otras perspectivas, aunque ello pueda correr riesgos de superficialidad; ello es muy importante para que la creatividad humana no se deteriore y/o caiga en un tecnicismo que podría hacer del hombre alguien semejante a un mono bien adiestrado.

Una consecuencia derivada de estos puntos de vista se refiere a la necesidad de cultivar

actitudes positivas hacia la "promoción humana". A través de esta se tiende a la superación del concepto de hombre feliz sólo cuando ha obtenido el bienestar, favoreciendo la valorización de otras necesidades relacionadas con el sentido de dignidad, libertad, posibilidad de expresarse y realizarse de forma más plena.

Profesionalmente puede significar valoración de actitudes de individualización, autodeterminación y al mismo tiempo creatividad e inventiva, experimentación en la propia actuación y en la utilización de los instrumentos de análisis y de intervención.

Mirando hacia la sociedad

En nuestra sociedad compleja se da un pluralismo de valores que, a veces, puede inducir conflictos y el profesional debe discernir entre valores que responden a criterios sociológicos, estadísticos y éticos.

Si orientamos nuestra mirada hacia la sociedad se podrían resaltar, también, algunas tendencias, por ejemplo, la participación y con ella la necesidad de desarrollar actitudes y capacidades de diálogo, de valoración de la diversidad, de escucha, aunque se parte de posiciones prejuiciosas, y de continua disponibilidad al cambio.

Un problema que ha tomado tintes dramáticos es el de la marginación y/o exclusión en que viven determinados colectivos sociales; estos, con frecuencia, se corresponden con los colectivos que más molestan la vida tranquila de una sociedad de bienestar; lo sorprendente es que esta

tendencia, casi inconscientemente, se introduce en los mismos profesionales del trabajo social y se traslucen al poner etiquetas, a través de racionalizaciones que no corresponden tanto a la realidad cuanto al deseo de no tener complicaciones, ofreciendo soluciones standard a problemas que, en sí mismos, son diferentes.

Dentro de esta perspectiva surge, contemporáneamente, la revalorización, en el ámbito comunitario, de la solidaridad y del compromiso personal por los problemas de los otros junto con los esfuerzos para la superación una sociedad asistencial cuyas respuestas, generalmente, dadas de arriba hacia abajo, llegan solo a algunas necesidades mientras otras permanecen ignoradas.

La situación actual que en muchos momentos está caracterizada por una profunda *incertidumbre y provisoriedad*, requiere también de los trabajadores sociales actitudes de disponibilidad al cambio; ello significa, muchas veces, actuar y aprender desde lo incierto, resaltando a su vez, la necesidad de cimentar los propios conocimientos, a través de una confrontación continua con las ciencias sociales para captar nuevas orientaciones teóricas que sirvan de base a las intervenciones significativas de la sociedad en transformación.

Se trata de adquirir una actitud de aprendizaje permanente como estilo de vida,

■notas

13. Cf. DAL PRA PONTICELLI, M: *Lineamenti del Servizio sociale*. Astrolabio, Roma.1987.

ello ayudará a enfrentar las situaciones con capacidad crítica y originalidad promoviendo y guiando el cambio, en lugar de dejar que nos arrolle o nos deje al margen.

Los planteamientos anteriores y otros que se podrían añadir, tienen que ver con un deber ser de la profesión. La dificultad está en promover una formación que lleve realmente a la adquisición de las actitudes adecuadas. Este proceso que trasciende la formación inicial y que dura toda la vida debe corresponderse con un método de conocimiento y de acción que relacione la naturaleza del objeto, los vínculos orgánicos y la realidad con el saber original al que se hace referencia en el plano teórico.

La construcción del saber y la metodología

Ninguna metodología, en cuanto tal, asegura que determinadas descripciones y explicaciones sean más ciertas y objetivas que otras. Saber y método integrados permiten la coherencia interna y la definición de la metodología como conjunto de medios teóricos-técnicos que articulan una disciplina para obtener sus fines¹⁴.

Entre los recorridos más significativos utilizados para la construcción del saber en trabajo social y por consiguiente para elaborar modelos de intervención identificaremos tres:

1. Sistematización de experiencias.
2. Aportes de las ciencias sociales.
3. Proceso de conceptualización¹⁵.

Sistematización de experiencias

Es el procedimiento presente desde los orígenes del trabajo social y consiste esencialmente en la acumulación de experiencias, de análisis, de reflexión e interpretación de los resultados, de generalización de algunas ideas que representan constantes positivas del trabajo social.

Estas ideas fuerza constituyen un primer núcleo del saber construido con el método inductivo: A partir de una serie de elementos de la práctica se procede a la generalización, a través de la comprobación, la clasificación y la organización de aspectos significativos.

La sistematización de la práctica en trabajo social ha sido de interés especialmente para las elaboraciones metodológicas a través de dos modalidades de realización: El abordaje pragmático con la transmisión de los resultados para los que se utilizan canales de tipo empírico y el abordaje científico, por medio de la investigación, aplicada, también, por el trabajo social.

En las últimas décadas, se ha registrado un incremento de la actividad investigadora en relación con los servicios a la persona, especialmente, de parte de sociólogos y psicólogos en colaboración con los trabajadores sociales, con el fin de disponer de un mejor conocimiento de los usuarios y de las necesidades sociales y más concretamente para:

- Analizar los problemas sociales, globales y particulares.

- Analizar los organismos y las situaciones.
- Identificar cauces de respuesta de los servicios y de la solidaridad social.
- Elaborar proyectos, programas y planes de intervención.

Resultado de estudios, son algunas indicaciones significativas para la reflexión sobre necesidades y servicios, para la determinación del propio espacio profesional, del rol y las funciones que le corresponden al trabajo social en su cometido de dar respuesta a las necesidades de la población.

Aportes de las ciencias sociales

Esta aportación es fundamental para el trabajo social y constituye la base teórica, de gran relieve desde la primera formación. De hecho para conocer la realidad, analizarla e interpretarla, el profesional, utiliza con frecuencia conocimientos teóricos que proceden de diversas disciplinas. Ellas sirven de referencia para el conocimiento y comprensión de las personas y sus interrelaciones y entre ellas y su socio-ambiente, para interpretar los cambios significativos.

La relación del trabajo social con las ciencias humanas constituye uno de los puntos focales de la profesión, aunque comprende, también, aspectos problemáticos no resueltos o con soluciones diversificadas.

Es una relación que puede ser analizada desde distintos ángulos:

- El punto de vista *histórico* identifica, generalmente, tres corrientes de pensamiento:
 - La primera puede decirse que se extiende hasta 1950, abarca un trabajo social influenciado por un modelo médico y legal propicia una metodología pragmática, paramédica y administrativa.
 - La segunda se refiere a la década de 1960, mantiene el pragmatismo del modelo anglosajón pero hace referencia, preferentemente, a la psicología clínica y en menor medida a la sociología.
 - La tercera posterior a 1960, comienza privilegiando un abordaje teórico de los problemas, más propio de la cultura francesa, con referencia a un cuadro más amplio de disciplinas desde la sociología, la economía política y el análisis institucional, es decir de ciencias más interesadas en la dimensión colectiva de los problemas.

De todo ello pueden encontrarse numerosas referencias de cómo el trabajo social hizo propios algunos instrumentos de conocimiento y análisis así como del modelo de intervención y de las disciplinas que caracterizan las corrientes de pensamiento indicadas¹⁶.

notas

14. IBAÑEZ, T: *Psicología social construcciónista*. México, Universidad de Guadalajara, 1994, p. 113

15. DAL PRA PONTICELLI, M: *I Modelli Teorici del Servizio Sociale*. Astrolabio, Roma, 1985, p. 19.

16. Se podría recordar aquí el instrumento de anamnesis utilizado ampliamente por los trabajadores sociales para profundizar situaciones problemáticas de tipo social, el Case Work que utilizaba el paradigma clínico terapéutico y el instrumento del coloquio y en tiempos más recientes la utilización de la investigación social para el conocimiento de problemas, colectivos, territorios, etc.

Actualmente el trabajo social parece más orientado hacia una relación menos subalterna de lo que haya sido históricamente y a ello han contribuido la elaboración de modelos de intervención que, aunque se sirvan de las aportaciones de otras disciplinas constituyen modelos de teorización propia.

- Desde un punto de vista *epistemológico*:

La relación del trabajo social con las ciencias humanas se caracteriza por posiciones culturales diversas.

Algunos insisten en la convicción de que la ciencia está en condiciones de dar explicación de la totalidad de la realidad hasta el punto de poder hacer previsiones y tienden a hacer coincidir, aunque sea implícitamente, el contenido de las ciencias del hombre con la verdad sobre el hombre. Otros rechazan en bloque la significación de la ciencia como contenido válido del saber sobre el hombre, más bien ponen en cuestión el que las disciplinas del campo humano y social sean consideradas ciencias. Otros consideran que de una determinada ciencia es posible deducir automáticamente, lo que es necesario hacer en la práctica.

Esta última orientación, que está bastante difundida, corre el riesgo de confundir la lógica del conocimiento con la lógica de la acción, ello puede conducir a errores ya que la primera es lógica de objetos y la segunda de objetivos. En otros términos no existe experto que pueda decidir en nombre de la ciencia lo que es necesario hacer.

El debate epistemológico es hoy un debate vivo dentro de las ciencias y el trabajo social no es ajeno a sus contradicciones; probablemente sin ser del todo conscientes, eludiéndolo o resolviéndolo en términos pragmáticos.

Es evidente la necesidad de una mayor profundización sobre qué disciplinas, modelos e instrumentos son congruentes con los valores y principios del trabajo social y cuales son más adecuados para expresar los objetivos que la profesión persigue.

- Desde el punto de vista *institucional*:

Se proyecta un cuadro interesante, de hecho la integración de las escuelas de trabajo social en las enseñanzas universitarias debería reforzar su posición en el marco de las enseñanzas previstas en las directrices didácticas.

El contexto universitario puede proporcionar al trabajo social instrumentos y ocasiones para continuar en el desarrollo del estudio dirigido a consolidar el trabajo teórico para la elaboración de los modelos teóricos de intervención que valoricen el saber del trabajo social respecto a las demás disciplinas.

Las ciencias humanas

El trabajo social, en el ámbito de la teorización, ha establecido formas diferentes de relación con las ciencias humanas.

- Como se ha dicho, el trabajo social se abastece de distintas ciencias, de ellas

obtiene hipótesis explicativas de la realidad e indicaciones metodológicas para la intervención, que incorpora y traduce en su práctica profesional transformándolas y/o adaptándolas.

No se trata de un abordaje ecléctico del conocimiento tomando teorías distintas de la misma disciplina sino de un recorrido transversal en las ciencias. Ello enriquece de significado los conceptos, focalizados por los contextos disciplinarios particulares, sacando a la luz su complejidad.

Es precisamente esta complejidad, como dato de la verdad de la realidad la que, con frecuencia, tiende a eludirse del análisis en muchas disciplinas, hecho se lamenta por muchos estudiosos y se resalta en numerosas iniciativas dentro de diversos los campos de la cultura.

Este recorrido asume la hipótesis de una influencia recíproca entre la elaboración de las ciencias humanas y los conocimientos del trabajo social: de hecho la teoría imprime a la práctica una orientación en términos de hipótesis que la realidad comprueba y devuelve enriquecidas de experiencia y de conceptos que, a su vez, estimulan nuevas teorizaciones.

- En la segunda modalidad el trabajo social ha elaborado algunos modelos de intervención que se han constituido rigurosamente en paradigmas con características de coherencia entre aproximación teórica, modalidad e instrumentos para la intervención y en congruencia con determinados objetivos¹⁷.

Cada uno de ellos se funda, generalmente, en una aproximación teórica bien determinada, como por ejemplo la teoría de sistemas, creando así un vínculo estrecho entre la aproximación cognoscitiva y la modalidad operativa. El abordaje teórico de hecho determina el modo en que el profesional recoge los datos, elabora las hipótesis, selecciona los objetivos, las estrategias y las técnicas más convenientes para la solución de un problema confluendo en la construcción de un verdadero y propio modelo de intervención.

Algunos de estos modelos son útiles para enfrentar un conjunto de problemas o una situación global de la persona como por ejemplo los referidos a la aproximación psicosocial, funcional o al proceso de solución de problemas. Otros son más específicos respecto a los objetivos que el trabajador social desea obtener, como pueden ser las intervenciones finalizadas a la modificación de determinados comportamientos, al cambio de las interacciones en las relaciones familiares o la socialización de las familias marginadas o excluidas.

El proceso de conceptualización

Es el recorrido que se coloca cómo fundamento del saber en trabajo social, desde el momento que el fundamento de las ciencias humanas no es el único posible.

17. Cf. DAL PARA PONTICELLI, M: Ob. Cit. 1987.

Existe, de hecho, en la historia de la profesión una experiencia de conceptualización y un trabajo de construcción de conceptos que, una vez focalizados, han pasado a formar parte del marco lógico de referencia del trabajo social.

Algunos de estos conceptos tomados de campos concomitantes se han hecho propios a través de un trabajo de comprobación sobre la realidad y la resignificación de los mismos. Pertencen a distintos ámbitos interdisciplinarios con los que el trabajo social desarrolla esfuerzos de síntesis. Al referirse a su campo específico, el trabajo social, ha de situarse en los ámbitos normales de la vida y atender a su objeto que considera *lo social* en su globalidad, no en aspectos aislados.

Así por ejemplo al utilizar el concepto de cambio en trabajo social se hace referencia al lenguaje sociológico y psicológico pero también al antropológico y político; el concepto de solidaridad social hace referencia no solo al análisis sociológico sino también a aspectos psicosociales y a la dimensión antropológica de esta experiencia.

Al mismo tiempo, a través de la lectura de lo cotidiano de la vida social, de las instituciones, etc., el trabajo social pone bajo comprobación la permanencia de las experiencias que los conceptos los conceptos definen y expresan dando su aportación a una forma no ideológica de enfrentar los problemas.

Por otra parte el trabajo social ha elaborado conceptos propios que derivan:

- De un proceso de análisis de la realidad a través de la descomposición de

informaciones que no siempre encuentran confirmación en un cuadro adquirido de referencias teóricas y estimulan por ello a nuevas definiciones de la realidad.

- De un proceso de reelaboración de la información que pasa de la elaboración e interpretación de la experiencia a la formación de conceptos nuevos.

Este doble proceso tiende a captar fenómenos nuevos que el trabajo social puede identificar de forma inmediata, por el hecho de estar permanentemente en contacto con la realidad social. Puede, también, definir los conceptos que expresan las características esenciales a través de representaciones mentales universales y abstractas. Así, el trabajo social ha elaborado algunos conceptos (recordamos entre ellos el concepto de ayuda, de seguimiento, de acogida, de participación, etc.) que relacionados entre sí constituyen un núcleo de saber del trabajo social.

El trabajo social, en su evolución, se ha puesto frente a la necesidad de definirse como ciencia y no-solo como actividad creativa, referencia esta que se encuentra ya en *El diagnóstico social* Mary Richmond, publicado en 1917 en el que presenta un momento significativo de redefinición del servicio social como ciencia basada en el empleo de conocimientos teóricos identificables y de un proceso metodológico¹⁸.

El problema de producción de conocimientos es uno de los más arduos en trabajo social. La diversidad de planteamientos teóricos que suele haber en las disciplinas sociales encuentra correspondencia en la diversidad de sus metodologías.

El trabajo social en su cometido de desarrollo y mejora de las condiciones de vida de los hombres, ha de contemplar necesariamente la autoreflexión, la autonomía y la emancipación¹⁹. Ello requiere cambios en la orientación metodológica que sin despreciar la importancia de los elementos objetivos, considere aquellos aspectos que pertenecen al mundo de las significaciones y que para algunos autores podría ser el camino de la epistemología y de la metodología nuevas, al favorecer el análisis de las interrelaciones entre los individuos, el examen de la subjetividad del observado y del observador, la investigación de lo particular y del sentido, el tener en cuenta la dinámica de los acontecimientos, la historia de los individuos y la complejidad de los fenómenos²⁰.

Requiere que los organizadores mantengan viva una relación de consulta, de control colectivo durante el desarrollo del proyecto.

La implicación de los destinatarios para discutir los significados de las propuestas, activar las capacidades comunicativas, etc., constituye por sí mismo un momento fundamental para el intercambio de puntos de vista y para la elaboración de decisiones.

Se puede concluir que en el trabajo por proyectos:

- *El análisis de los contenidos* o significados que la acción quiere transmitir o clarificar con los destinatarios es anterior a cualquier otro procedimiento.
- *La definición de los objetivos* se desarrolla durante el proceso en todos los momentos que se refieren a la justificación de la iniciativa.
- *El programa se desarrolla* permitiendo correcciones a lo largo del itinerario operativo por medio de la consulta directa y/o indirecta de los destinatarios asociados.
- *Los criterios de evaluación* nacen en la fase de ejecución.

notas

18. Cf. CAMPANINI, A Y LUPPI, F: *Servizio sociale e modello sistémico*. NIS, Roma, 1988, p. 21.

19. Cf. GUALDA, E y otros (compiladores): *Epistemología, teoría y metodología de la investigación destinada a la intervención social*. Universidad de Huelva, 1998. P. 28-29
Los conceptos hacen referencia a HABERMAS, J.: *Conocimiento e interés*, Taurus, Madrid, 1998.

20. POURTOIS y DESMET(1992), citados en GUALDA, E. Ob. Cit. P. 29

- *Los resultados se evalúan* con los destinatarios y tienen importancia sobre todo a efectos de la difusión del proyecto realizado.
- *La fase final* que se concluye con un análisis sobre la posibilidad de utilización de los resultados no se mide solo con lo previsto y realizado sino que se proyecta hacia las posibilidades de actuación futuras.

Lo positivo de una intervención está en su capacidad de atracción y en la capacidad de los actores para comunicar hacia fuera el significado social de la experiencia.

En la lógica de los proyectos la atención de quien interviene con esta metodología estará siempre dirigida a incluir al destinatario con distintas modalidades, en el campo de fuerzas que el proyecto activa:

- Al inicio recogiendo demandas y necesidades.
- Durante el proceso consultando a quienes participan para obtener apreciaciones útiles y proceder a las modificaciones si fuera necesario.
- Al final para valorar sus efectos en los usuarios y en los ámbitos de influencia del proyecto.

Para algunos (Lipari, 1987), este modelo de intervención por proyectos puede ser incluido en las actividades llamadas adhocráticas, pues nacen y se desarrollan como respuestas flexibles y contingentes a determinadas exigencias.

La urgencia con la que estas necesidades se presentan no podría esperar un prolongado perfeccionamiento de objetivos, los cuales,

por su distancia con las necesidades de los destinatarios, con frecuencia exigirían una larga espera.

La acción proyectual adhocrática es un proceso de investigación-acción o de investigación intervención, con frecuencia está orientado a la producción de un conocimiento específico que en un contexto determinado genera cambio.

En el concepto de intervención se engloban al mismo tiempo los conceptos de conocimiento y de cambio²¹. Una de las características más relevantes es que los participantes se asocian a la producción de conocimientos.

Operaciones técnicas de la intervención por proyectos

Las acciones técnicas confiadas a los profesionales para preparar (justificar), realizar (ejecutar), y evaluar (utilizar) serán evidentemente muy distintas a las previstas en otros modelos.

- El análisis de las necesidades se realiza *in situ* asociando en parte o totalmente a los destinatarios (entrevistas en profundidad, coloquios familiares, encuentros preliminares, reuniones para la definición de propósitos).
- El análisis de los contenidos se realiza a partir de las exigencias locales y circunscritas que afectan directamente a los destinatarios (experiencias, historias de vida, casos concretos).
- La gestión de las intervenciones se realiza utilizando un método dialógico-discursivo con los destinatarios para que sean

protagonistas en las fases significativas (toma de decisiones, momentos de evaluación, etc.) se sirve de métodos orientados a la implicación directa, al trabajo en grupo, a la participación activa constante y periódica.

- La evaluación de la intervención al final lo que se quiere evaluar se concuerda siempre con los destinatarios. La evaluación no se realiza solo a través de instrumentos que recogen la realidad cuantitativa sino también sobre la calidad de los resultados (entrevistas en profundidad, durante el proyecto y al final del proceso), valorando también el impacto que la experiencia haya tenido sobre la comunidad.

Conclusión

A partir de estas consideraciones, al método profesional se le requieren características de flexibilidad que le permitan la adecuación a la realidad plural y cambiante. Por ello, el trabajo social ha de configurarse en la perspectiva de *previsor social*, El saber y la metodología han de avanzar por caminos que favorezcan una acción de acercamiento efectivo a los ciudadanos, de programación y gestión de servicios y de orientación e implementación de políticas sociales futuras.

La continua evolución del escenario social en el que viven los ciudadanos exige centrar la atención en tres elementos cuya lectura crítica determina con frecuencia el éxito o el fracaso de los proyectos, más o menos complejos que tienen proyección comunitaria:

- El primer elemento es el *tiempo* que debe ser entendido como una variable constante de dicho escenario, capaz de hacer emergir lo que en una buena organización de trabajo (por consiguiente en un proyecto) es el elemento que califica la misma intervención.
- Un segundo elemento está dado por la *adopción de modelos organizativos* capaces de llevar a término los proyectos; la capacidad de adoptar y modificar en tiempo real dichos modelos haciéndoles flexibles a las necesidades es sin duda otro indicador de calidad.
- El tercer elemento llama la atención sobre uno de los valores fundamentales de la profesión es decir *la atención al elemento humano*, evidentemente esta atención a la persona debe ser reforzada, con mayor razón, en las instituciones en las que "*el producto*" es un servicio al ciudadano..

Poner el acento sobre el elemento humano y, específicamente, en el trabajo por proyectos exige tener presente la doble dimensión de *destinatario* de la intervención y de *partícipe* del proyecto, por ello se deberán atender y cuidar el producto y el proceso.

Un concepto estrechamente relacionado con el trabajo por proyectos es el del poder. "*empowerment*", hace referencia a la potencialidad, a la delegación y trasferencia de poder, apertura a nuevos mundos posibles, aumento de las capacidades y al desarrollo de las potencialidades.

notas

21. LIPARI, D: *Idee e modelli di progettazione dei processi formativi*. El, Roma, 1987, p. 42

La aplicación de este concepto ha sido estudiada y experimentada en las áreas: política, pedagógica, médica y psico-terapéutica y psicología de la comunidad. En el trabajo social el contenido y el sentido del "empowerment" no son una novedad. En los principios de valor, de hecho, encontramos todos sus elementos estructurales. Lo que este concepto añade respecto al pasado es la necesidad de actuar contemporáneamente sobre tres niveles: el individual, organizativo, social y comunitarios. Ello implica la formación y consolidación de redes (primarias y secundarias) sanas y capaces de desarrollar y promover espacios de participación y recursos para responder eficazmente.

Al saber y al método en trabajo social se les abre un amplio horizonte y un largo camino.

Bibliografía

ALVAREZ URÍA, F: *En torno a la crisis de los modelos de intervención social*, en AA.VV: *Desigualdad y pobreza hoy*. Talasa, Madrid, 1995

BANKS, S: *Ética y valores en el trabajo Social*. Paidos, Trabajo Social, Barcelona 1997.

BERGER, P y LUCKMANN, T: *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

CAMPANINI, A Y LUPPI, F: *Servizio sociale e modello sistemico. Una nuova prospettiva per la pratica quotidiana*. NIS, Roma, 1988.

CORTIGIANI, M(a cura di): *L'assistente sociale e i suoi campi di intervento*. Phoenix, Roma, 2002.

DAL PRA PONTICELLI, M: *Lineamenti di Servizio Sociale*, Astrolabio, Roma, 1987.

DAL PRA PONTICELLI, M (A cura): *I modelli teorici del Servizio Sociale*, Astrolabio, Roma, 1985.

DE LA RED, N: *Aproximaciones al Trabajo Social*, Siglo XXI, Madrid, 1993.

DE SANFRE, I: *Lavoro sociale come lavoro concreto. vivo: Una proposta analitica*, in *Indagine*, 66, 1984

DUCCIO, D: *Lavoro sociale e competenze educative*. NIS, Roma, 1988.

EROLES, C(Comp.): *Los derechos humanos. Compromiso ético del Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio, 1997.

IBAÑEZ, T: *Ideología y vida cotidiana*, Barcelona, Sendai, 1988.

IBAÑEZ, T: *Psicología social construcciónista*, México, Universidad de Guadalajara, 1994.

FERRARIO, F: *Il lavoro di rete nel servizio sociale*. NIS, Roma, 1992.

FOUCAULT, M: *Saber y verdad*, Madrid, La piqueta, 1991.

FOUCAULT, M: *Un dialogo sobre el poder*, Madrid, Alianza, 1981,

GUALDA, E y otros(compiladores): *Epistemología, teoría y metodología de la investigación destinada a la intervención social*, Universidad de Huelva, 1998.

HABERMAS, J: *Conocimiento e interés*, Taurus, Madrid, 1998.

KISNERMAN, N: *Pensar el trabajo social*, Lumen Humanitas, Argentina, 1998.

LIPARI, D: *Idee e modelli di progettazione dei processi formativi*. El, Roma, 1987.

MATURANA, H: *El sentido de lo humano*, Santiago, Chile, hachette, 1991.

PAYNE, M: *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. Una introducción crítica. Paidos, Barcelona, 1995.

RICHMOND, M: *El caso social individual. El diagnóstico social (textos seleccionados)*, Talasa, Madrid, 1996.

ROSANVALLON, P: *La nueva cuestión social*, Buenos Aires, manantial, 1995.

SALCEDO, D: *Autonomía y bienestar. La Ética del trabajo Social*, Comares, Granada, 1998. pour agir contre les inégalités, 1998.

Comentario de libros



Desde hace unos años el Departament de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de València, desde la Comisión Bibliográfica coordinada por la profesora Lourdes Cortés Torregrosa, se propuso sacar a la luz un proyecto que consistía en la publicación de textos que, sobre la temática de Trabajo Social, ampliara el fondo bibliográfico existente. Así nace la **Colección de Trabajo Social** coeditada por la editorial Nau Llibres de València y el Servei de Publicacions de la Universitat de València.

El propósito, es pues, ofrecer materiales para la reflexión y la acción dirigidos tanto a la diversidad de profesionales que nos encontramos en un mismo espacio, como a docentes y estudiantes universitarios, así como también a ciudadanos y ciudadanas que estén interesados en temas sociales.

A lo largo de la colección se pretende poner al alcance de todos los lectores textos que abordan aspectos teóricos, metodológicos y de actualidad relacionados con el ámbito de lo social, dando cuenta de los principales cambios que se han producido, así como sus consecuencias y, de esta manera, contribuir al desarrollo y fortalecimiento de nuestra disciplina en el contexto de las ciencias sociales.

Pretendemos hacer llegar a todas y todos las diferentes aportaciones de los autores de lo social, ya sean de nuestro país como foráneos. El idioma de publicación podrá ser tanto en castellano como en catalán, dependiendo de las diferentes propuestas de publicación que se formalicen.

Hemos querido iniciar dicha colección con una autora conocida, apreciada y

referenciada muy asiduamente por todos nosotros y con la que hemos compartido debates en diferentes foros, universitarios y profesionales. Nos referimos a Cristina de Robertis que abre esta colección con un libro titulado "Fundamentos del Trabajo Social. Ética y metodología" en el que podemos encontrar su contribución al análisis de los valores y principios que rigen el Trabajo Social, así como de sus aportaciones metodológicas y técnicas, ofreciéndonos una orientación de las nuevas perspectivas que se nos presentan a las y los trabajadores sociales y a la profesión.

Este libro ha aparecido junto con el número 2 de la colección, libro coordinado por Ana Poyatos García, profesora del Departamento de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de València, y que se titula "Mediación familiar y social en diferentes contextos. Teniendo presente la relevancia que desde hace un tiempo a esta parte está tomando la mediación, este texto pretende aportar desde el Trabajo Social las posibles vías de resolución de los múltiples conflictos que se generan en este campo.

Está previsto que el número tres vea la luz a finales del presente año y versará sobre el Trabajo Social Territorializado, texto elaborado por Mejed Hamzaoui.

Desde estas páginas nos gustaría animar al profesorado y a los profesionales del Trabajo Social a compartir las cuestiones, reflexiones y elaboraciones que, en y desde nuestra práctica diaria, realizamos.

**Consejo Asesor
Colección de Trabajo Social
Universitat de València**

Poyatos García, Ana, coord. et all.
Mediación familiar y social
en diferentes contextos.
Valencia 2003. Ed. Nau Llibres.

Ana Poyatos coordina el presente libro. En él colaboran diversos autores/as, docentes, en su mayoría, del curso de postgrado *la mediación familiar en diferentes contextos sociales*, que desde el año 2001 se viene impartiendo desde el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia, en colaboración del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

El libro está estructurado en *diez capítulos*, introducidos por Ana Poyatos y Victoria Belis, animando a la sugerente aventura de su lectura. El recorrido que se nos propone pasa por adentrarnos en el mundo de la mediación. Para este viaje es recomendable poner en la mochila como útiles indispensables un acercamiento a los *cambios y evolución* que se han producido en los *modelos de familia*. Los intereses de las personas que configuran hoy las distintas unidades de convivencia, no son los mismos que los que tenían nuestros familiares más lejanos. *M. Eugenia González Sanjuán* es la encargada de que nuestra mirada se fije en los fenómenos que inciden en los cambios, tanto internos como externos, de las familias.

Paloma Escribá Pérez, dibuja con trazos finos y suaves, antes de continuar, los rudimentos que utilizamos en la *comunicación entre las personas*. Da color a estos trazos con unos apuntes sobre la *teoría ecosistémica*, entiendo necesaria, para la comprensión de la familia, de su dinámica interna, así como del proceso de la mediación. Las relaciones trascienden al ámbito familiar, los seres humanos vivimos en sociedad, ampliando de esta forma los contextos en los que se llevará a efecto la mediación.

Tenemos ya, en el punto de partida, una aproximación a la situación de nuestras familias. También conocemos como se relacionan entre sí los distintos miembros que las componen y su entorno. ¿Nos movemos todos por las mismas pautas de conducta?, ¿tenemos un único pensamiento?, ¿partimos todos con igual equipaje para el camino de nuestras vidas?. Somos distintos, con diversos niveles de educación, con diferentes pautas culturales, con distintos niveles socioeconómicos, etc. Estas *diferencias* nos enriquecen al entrar en contacto los unos con los otros. *Éramos y Somos*.

En este tercer capítulo nos acompañan *Maite Boldú, Rosa M. Carrasco, Mati González, Angel Rubí e Isabel Valls*. En tan agradable compañía nos adentramos en la mediación. Nos presentan un compañero de viaje, *el Conflicto*. Con él nos inician en el arte de *transformar las discrepancias* surgidas en los distintos intercambios interpersonales.

En nuestro recorrido pasamos por distintas etapas. Podemos llegar a ser hijos/as, padres, abuelos/as..., incluso superponerse más de un estadio. Se puede ser padre/madre, a la vez que hijo/a y, en ocasiones, también abuelo/a. La convivencia cotidiana *intra e intergeneracional* desencadena disputas, desencuentros. Además de la mochila, nos hemos encontrado con un compañero de viaje, quién nos tenderá una mano para ayudarnos a crecer. A través de la *mediación* podremos *construir puentes* por los que *respetar y reconocer* a los que también transitan junto a nosotros. *Núria Calderer i Pérez* es la arquitecta del capítulo cuarto.

Luisa Maeso García, Mercedes Monjo Larrañaga y Núria Villanueva Rey nos centran en la

Poyatos García, Ana, coord. et all.
Mediación familiar y social
en diferentes contextos.
Valencia 2003. Ed. Nau llibres.

importancia de la mediación en el ámbito educativo. *Educar en la tolerancia*, evitando la violencia como forma de resolución de problemas, es una forma de *prevención*. La *mediación escolar* con la finalidad de promover una *cultura de paz*.

Mei Cerdá Herrero y Ramón M. Giró París realizan una propuesta, en el capítulo sexto, de *mediación comunitaria*, aportando dos casos prácticos. Uno sobre conflictos entre familias vecinas y otro entre colectivos de vecinos e inmigrantes. Es una apuesta por la mediación ante la falta de comunicación en la sociedad actual.

Ignacio Bolaños nos conduce por la *mediación familiar en contextos judiciales*. El autor plantea que la mediación no sólo ha de ser previa al inicio de cualquier litigio, sino que en cualquier fase del proceso judicial se puede acceder de forma voluntaria. No por estar iniciado un proceso vamos a renunciar a la posibilidad de ofrecer a las partes el *protagonismo* en la resolución de su conflicto. Postula la práctica de una filosofía del consenso.

En este recorrido de la mediación como otra forma de intervención, *José Dapena Méndez* nos acompaña en el tránsito por la *mediación y la reparación en el ámbito de la justicia juvenil*. Nos presenta como instrumento, para combatir la violencia, a la capacidad de los ciudadanos para afrontar los conflictos que les afectan. El objetivo se centra en la *reparación del daño* y en la resolución no violenta de los conflictos. El modelo en el que se centra es un modelo que tiene su base en la responsabilidad y en la sanción educativa, incorporando a la víctima no sólo como mero testigo del delito, sino brindarle la oportunidad para expresar sus sentimientos y experiencias.

Isabel Albendea Orbis, Ramón Casany Mora y Esther Miguel Marín, contraponen la mediación extrajudicial a la vía judicial como dos formas diferentes de comunicación. En la mediación familiar extrajudicial, las partes no delegan en un tercero su capacidad de decidir, sino que interviene un mediador/a. Desde una posición imparcial *facilita y ayuda* a las partes en la obtención de acuerdos sobre sus propias alternativas. En la vía judicial la comunicación es lineal y jerárquica. Los autores analizan el proceso de la intervención en mediación familiar desde el momento en que se realiza la derivación para intervenir. Finalizan con la exposición de un caso práctico de mediación familiar.

Joan Hernández Pérez realiza un exhaustivo análisis de la Ley Valenciana de Mediación. En este último capítulo podemos transitar, con la ayuda de Joan, entre las distintas leyes que sobre mediación existen en nuestro país. El autor critica la ubicación de la mediación en los servicios sociales, en la ley valenciana, relegando de esta forma a una gran parte de la población. Nos induce a reflexionar sobre los planteamientos que ponen el acento sobre la mediación en los supuestos de adopción y en los posibles encuentros entre el adoptado y la familia biológica.

Es de agradecer a los autores/as del presente libro la orientación práctica que lo impregna, Presentan casos desde la experiencia profesional de la mediación que nos orientan y acompañan en el desempeño de nuestra profesión, tanto desde la mediación como desde la intervención familiar y social en diferentes contextos.

Concha del Caño Barber

**Cristina de Robertis,
Fundamentos del Trabajo Social.
Ética y metodología, Nau Llibres. Valencia 2003. Pp. 183.**

La profesora Cristina de Robertis añade otro libro a su producción escrita. Lo hace en la Colección Trabajo Social a cargo de un grupo de profesores del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Valencia en colaboración con la Editorial Nau Llibres y el mismo Servicio de publicaciones de dicha Universidad. Es este el primer libro con el que se inicia dicha colección.

La autora, tal como nos tiene acostumbrados, nos ofrece aquí, de manera creativa, una selección de temas que han constituido siempre una atenta preocupación para el trabajo social. Los textos presentados aquí por C. de Robertis corresponden a artículos o conferencia publicados en su mayoría, no todos en castellano, seleccionados de forma articulada entorno a lo que considera los fundamentos del trabajo social.

En la primera parte del libro, a la que dedica tres capítulos, se centra en deontología de los asistentes sociales, desde la visión de los valores que sustentan las prácticas actuales enraizadas en la memoria colectiva de la profesión. Recomienda al respecto la importancia de la reflexión sobre la formación en valores y principios que guíen la acción. Este primer capítulo, junto con los dos siguientes, sobre la concepción de la persona y la relación de ayuda, constituyen la primera parte del libro y se presentan como referencias constitutivas de la identidad profesional.

La segunda parte del libro se sitúa en los métodos y técnicas del trabajo social, tema en el que la autora ha sido un claro referente. Dedica una atención especial, por una parte, a la demanda de la persona en trabajo social

en situaciones y ante condicionamientos diversos y, por otra parte, al contrato social como una de las técnicas de trabajo social que exige atención específica a la negociación. Ello se hace necesario para focalizar las actividades del profesional y de las personas con las que trabaja, pero también, el contrato social favorece la movilización de energías hacia las metas intencionadamente definidas a través de la relación de compromiso.

En esta segunda parte, ya en el capítulo siete, la autora se centra en los objetivos del trabajo social en el momento actual, desde las exigencias que se derivan de las políticas sociales actuales y que, en este caso, ella resume en dos: restaurar la ciudadanía y crear el vínculo social. Concreta el logro de dichos objetivos a través del proceso metodológico que desarrolla en la segunda parte de este capítulo.

De acuerdo con la renovación del interés por la intervención colectiva, nos presenta la autora un capítulo sobre la utilización de la técnica del contrato, desde el proceso de consentimiento mutuo, la participación activa, la responsabilidad compartida entre los elementos presentes en una unidad de vida social amplia, dada por el contexto local o la organización; más allá, en definitiva de la intervención individual con personas o grupos.

Como la autora nos recuerda, el trabajo social nace y está vinculado al cambio. Desde esta perspectiva, sitúa los fundamentos del trabajo social desde las nuevas realidades tecnológicas, demográficas, familiares, de trabajo, de procesos de exclusión. Nuevas realidades que comportan renovación

Cristina de Robertis,
Fundamentos del Trabajo Social.
Ética y metodología, Nau Llibres. Valencia 2003. Pp. 183.

metodológica con particular atención al vínculo social a la articulación de la dimensión individual y colectiva a la atención e importancia del trabajo social con grupos o a la intervención en redes.

Una línea más de producción que se presenta prometedora. La lectura de este primer

número de la colección, nos deja gratitud por una nueva obra que recoge parte de la buena y amplia producción de Cristina de Robertis. Gratitud extensible a Paloma Escribá por la precisa y clara presentación que nos ofrece del libro.

Natividad de la Red Vega

Título de la Revista publicados

Nº 0 a 4: ARTICULOS SUELTOS (agotado)
Nº 5 a 8: ARTICULOS SUELTOS (agotado)
Nº 9: DOSSIER MENORES
Nº 10: MUNICIPIO Y S. SOCIALES
Nº 11-12: DOSSIER MINUSVALIAS
Nº 13: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (agotado)
Nº 14: TERCERA EDAD (agotado)
Nº 15: SALARIO SOCIAL
Nº 16: TRABAJO SOCIAL Y JUSTICIA
Nº 17: TRABAJO SOCIAL Y EMPRESA
Nº 18: TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA
Nº 19: SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL
Nº 20: TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA, SITUACION Y PERSPECTIVAS
Nº 21: LAS NECESIDADES SOCIALES
Nº 22: AREAS DE BIENESTAR SOCIAL Y ACCIONES INTEGRADAS (agotado)
Nº 23: ARTICULOS SUELTOS
Nº 24: ARTICULOS SUELTOS
Nº 25: LA SUPERVISION
Nº 26: V JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL
Nº 27: APORTACIONES PROFESIONALES LIBRES AL VII CONGRESO ESTATAL
Nº 28: LA INMIGRACION
Nº 29: ARTICULOS SUELTOS
Nº 30: EVALUACION
Nº 31-32: INCIDENCIA DE LA CRISIS EN EL ESTADO DE BIENESTAR
Nº 33: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (I)
Nº 34: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (II)
Nº 35: NUEVAS NECESIDADES/NUEVAS RESPUESTAS
Nº 36: LA ARTICULACION DEL TEJIDO SOCIAL
Nº 37: JUVENTUD
Nº 38: EXCLUSION SOCIAL
Nº 39: LA FORMACION PARA EL TRABAJO SOCIAL. NUEVOS RETOS

Nº 40: COMUNIDAD Y TRABAJO SOCIAL
Nº 41: ETICA EN LA INTERVENCION SOCIAL
Nº 42: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (I)
Nº 43: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (II)
Nº 44: INTERCULTURALIDAD
Nº 45: NUEVA PERSPECTIVA DE GENERO
Nº 46: TRABAJO EN EQUIPO
Nº 47: AMBITO LOCAL Y VIDA COTIDIANA
Nº 48: IMAGEN, COMUNICACION E INTERVENCION SOCIAL
Nº 49: CALIDAD (I)
Nº 50: CALIDAD (II)
Nº 51: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (I)
Nº 52: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (II)
Nº 53: TRABAJO SOCIAL Y MEDIACION
Nº 54: ENFOQUES Y ORIENTACIONES DE LA POLITICA SOCIAL
Nº 55: LA INTERVENCION SOCIAL ANTE LOS PROCESOS DE EXCLUSION
Nº 56: HABITAT Y CONVIVENCIA
Nº 57: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (I)
Nº 58: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (II)
Nº 59: NUEVAS TECNOLOGIAS
Nº 60: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (I)
Nº 61: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (II)
Nº 62: DISCAPACIDAD
Nº 63: DESARROLLO Y TRABAJO SOCIAL
Nº 64: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (I)
Nº 65: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (II)

Próximas publicaciones:

Nº 66: DIMENSIÓN COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (I)
Nº 67: DIMENSIÓN COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (II)

Publicaciones del Consejo General Colección "Trabajo Social"

Serie "Libros"

1. Introducción al Bienestar Social

P. Las Heras y E. Cortajarena
AGOTADO

2. Política Social y Crisis Económica

I. Cruz Roche, A. Desdentado y
G. Rodríguez
AGOTADO

3. Los Servicios Sociales en una Perspectiva Internacional. El sexto sistema de Protección Social

A.J. Kahn y S.B. Kamerman
Precio: 9,65 €

4. Los Servicios Sociales I

Gloria Rubiol
Precio: 5,92 €

5. Los Servicios Sociales II

Gloria Rubiol
Precio: 7,60 €

6. Nuevos Paradigmas en Trabajo Social.

Lo social natural
Ricardo Hill
Precio: 5,77 €

Serie "Textos Universitarios"

1. Los Centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo

Gustavo García Herrero
AGOTADO

2. Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico

Amaya Ituarte Tellaeche
Precio: 5,77 €

3. Aproximaciones el Trabajo Social

Natividad de la Red Vega
Precio: 13,82 €

4. Trabajando con familias. Teoría y práctica

Elisa Pérez de Ayala Moreno St^a María
Precio: 17,43 €

5. Imagen y comunicación en temas sociales

Gustavo García Herrero y
José Manuel Ramírez Navarro
Precio: 27 €

6. La historia de las ideas en el trabajo social

Haluk Soydan
Traducción: Cándida Acero
Precio: 19,50 €

Serie "Documentos"

1. Dos documentos básicos en Trabajo Social. Estudio de la aplicación del informe y ficha social

AGOTADO

2. Cuatro siglos de acción social. De la beneficencia al Bienestar Social. Seminario de historia de la acción social

AGOTADO

3. Primeras Jornadas Europeas de Servicios Sociales. Países del Área Mediterránea

Precio: 1,95 €

4. Un modelo de ficha social. Manual de utilización

Precio: 4,54 €

**Publicaciones del Consejo General
Colección "Trabajo Social"**

5. Servicio Social de ayuda a domicilio. I Jornadas Internacionales
AGOTADO

6. Los Servicios Sociales Comunitarios
AGOTADO

7. Los Servicios Sociales en el Medio Rural
Precio: 3,67 €

8. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios
Precio: 5,17 €

9. Seguimiento de la gestión de los Servicios Sociales Comunitarios. Propuesta de un sistema de indicadores
AGOTADO

Serie "Cuadernos"

1. Relación entre Servicios Sociales y Sanitarios
AGOTADO

2. La formación en la gerencia de Servicios Sociales
Precio: 3,97 €

3. Voluntariado y Centros de Servicios Sociales
Francisco Bernardo Corral
Precio: 4,21 €

4. La animación sociocultural: una alternativa para la tercera edad
Mª Victoria Cubero
Precio: 4,27 €

5. Trabajo Social en los Servicios Sociales Comunitarios
Angel Acebo Urrechu
Precio: 5,77 €

6. El trabajador Social en los servicios de apoyo a la educación
Eugenio González González
Mª Jesús González Alonso y
Mª Jesús González González
Precio: 6,07 €

Serie "Papeles"

1. II Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural. Carmona 1987
Precio: 9,02 €

2. La Ética del Trabajo Social. Principios y Criterios
Precio: 2,40 €

3. Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social
Precio: 1,20 €

Forma de pago. Enviar:

- Cheque bancario (a nombre del Consejero General de Diplomados en Trabajo Social).
- Giro Postal al Consejo General.
- Transferencia a Banco Popular:
C/ Gran Vía, 67. 28013 Madrid
C.C.C.: 0075-0126-93-0601284373



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 a la Sede del Consejo General
Avda. Reina Victoria, 37
28003 Madrid.
- Mecanografiados en papel tamaño DIN-A4, a doble espacio, por una sola cara y copia en soporte magnético

bajo programas para MS-DOS Word Perfect versiones 4.2, 5.0, 5.1 ó 6.0 y Word versión 5.5; para Windows: Word Perfect versiones 5.1, 5.2 ó 6.0 y Word versiones 1.0, 2.0 y 6.0

- La extensión deberá atenerse a:
 - * Mínimo de 12 folios.
 - * Máximo de 40.
- El autor o los autores adjuntarán al artículo un “Abstract” o resumen no superior a 10 líneas en español y si es posible en inglés, así como cinco o seis “palabras clave” del artículo (igualmente en castellano y en inglés).
- Los cuadros y gráficos en número limitado se detallarán en hoja aparte, con indicación de página y espacio donde deberán insertarse y grabados en archivo aparte en formato TIF o JPG.
- Las anotaciones, referencias bibliográficas, etc., deberán ir colocados al final del artículo, todas seguidas, y se numerarán por orden de aparición en el texto y deberán ajustarse a algún criterio o normativa, aceptado internacionalmente. En todo caso deberán incluir APELLIDOS y nombre del autor/es, el “Título del artículo al que se hace referencia”. NOMBRE DE LA REVISTA DONDE SE PUBLICA. Mes y año. Número de la revista y páginas que contienen dicho artículo. Las ponencias de Congresos y otros tipos de documentos, deberán estar

debidamente referenciados para su posible localización por los lectores interesados. En los documentos no publicados deberá hacerse especial mención a esa característica.

- 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 garantice, 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.

La inclusión de macros, tablas y gráficos deberá limitarse a la estrictamente indispensable, evitando en todo caso el abuso de su utilización.

Los artículos que no sean inéditos se publicarán en función de dos criterios:

- 1º Que su difusión haya sido en algún medio de difícil acceso a los Diplomados en Trabajo Social.
- 2º 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.

Suscripción Revista de Servicios Sociales y Política Social

Año 2004.
(Nºs. 65, 66, 67 y 68)

Tarifa anual según categoría (4 números).

- Colegiados o estudiantes 30 €
(Aportar fotocopia acreditativa)
- Resto 36 €
- Extranjero 41 €

Suscripción

Nombre
Dirección
Población C.P.
Provincia
Teléfono Fax
NIF

Datos

Banco
Domicilio
Población
Titular de la cuenta
.....
Nº de la cuenta (CCC)

Código cuenta cliente (CCC)			
Entidad	Ofic.	DC	Nºm. de cuenta

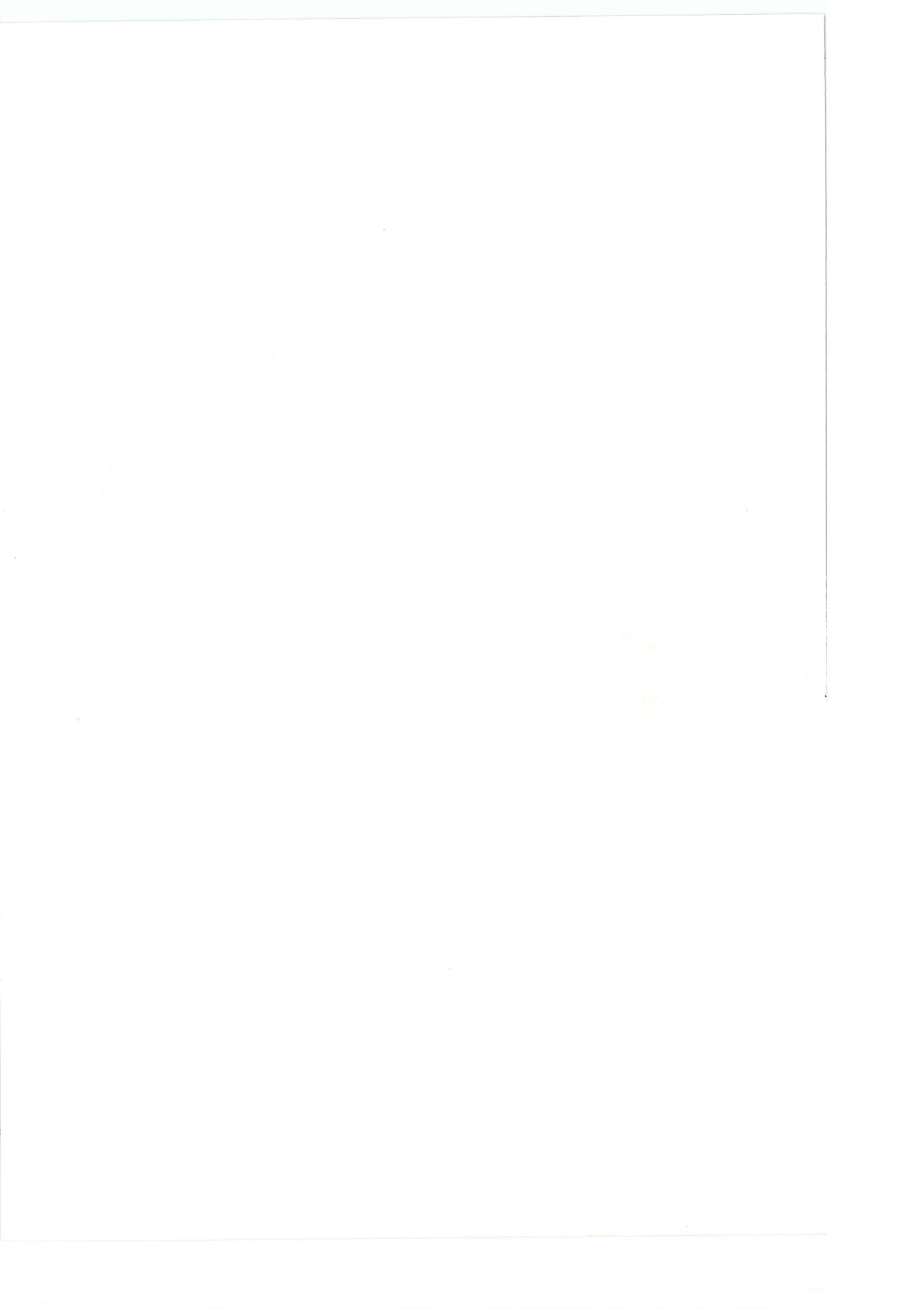
Sírvase tomar nota y atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista de Servicios Sociales y Política Social.

Fecha

(Firma)

Enviar este boletín a:

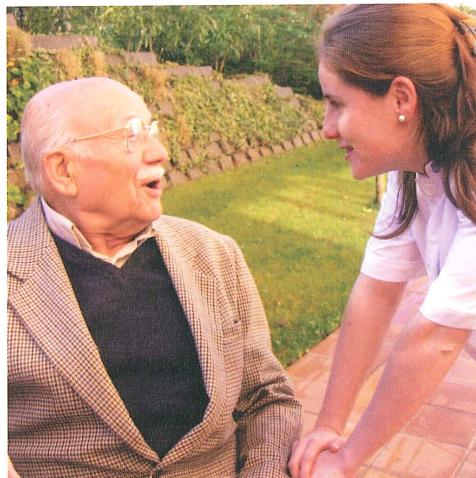
Revista de Servicios Sociales y Política Social.
Avda. Reina Victoria, 37 - 2º centro
28003 Madrid





EURORESIDENCIAS

Algunos han tardado más de 80 años en llegar hasta aquí.



Después de un camino tan largo, no podíamos decepcionarles.

Ahora... ¿No se merece lo mejor?
En Euroresidencias hemos creado un centro
con todos los servicios asistenciales necesarios
para el mejor cuidado de la persona mayor.
Pero sobre todo, con un trato único.



CENTROS DE MAYORES
902 010 066

WWW.EURORESIDENCIAS.ES



