

TRABAJO SOCIAL

REVISTA EDITADA POR EL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y AA.SS. DE MADRID

HOY

PRIMER CUATRIMESTRE 2009-QUINTA ÉPOCA



[número 56]

TRABAJO SOCIAL HOY | *Primer cuatrimestre 2009* | número 56

EDITA EL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS
EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID
Gran Vía 16
28013 Madrid Tel 91 521 92 80
e-mail: publicaciones@comtrabajosocial.com
www.comtrabajosocial.com

JUNTA DE GOBIERNO

Decano: Manuel Gil Parejo
Vicedecana: Esther Riaza Barrena
Secretaria: M^a José Planas García de Dios
Tesorera: Mar Ureña Campaña
Vocales: Yolanda García Fernández, José Luis Gil Bermejo,
Daniel Gil Martorell, Estrella González Vizcaíno,
M^a Isabel López Serrano, José Ignacio Santás García,
M^a José Sánchez Tera

COORDINACIÓN

Yolanda García Fernández

CONSEJO ASESOR

Rubén Arriazu Muñoz
Silvia Domínguez Vicente
Daniel Gil Martorell
Eloina Nogal Martín

COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

M^a de Gracia Ruiz López

Diseño y maquetación: Carmen de Hijes
Impresión: Industrias Gráficas Afanias
Segundo Mata, 3 Pozuelo de Alarcón (Estación)

Editada en Abril de 2009
Depósito Legal: M-36315-1993
Nº ISSN: 1134-0991

Fotografías: Fondo Documental del Colegio de Trabajo Social de Madrid

Trabajo Social Hoy, publicación cuatrimestral, se distribuye gratuitamente a los colegiados de Madrid. Suscripción anual: 44 €.

sumario

EDITORIAL 5

TEMAS DE INTERES PROFESIONAL 7

Los Refranes: Memoria viva
en nuestros mayores 7
M^a Rosario Arias Rodríguez

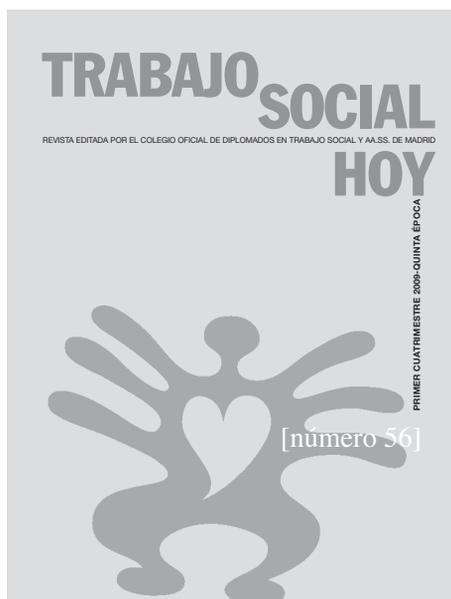
Trabajo Social con
drogodependientes con causas
judiciales:
posibilidades y alternativas 17
José Luis Cernuda López

La valoración social en discapacidad
¿complementaria? 47
Alberto Gil Blázquez y Natividad Moya Sánchez

El asesor jurídico responde:
La referencia a “personal suficiente”
en la Ley 5/2002 de 27 de junio
de 2002 69

TEMAS DE ACTUALIDAD 73

Proyecto de continuidad de cuidados.
Una propuesta de trabajo en los
equipos de Salud Mental
Infanto-Juvenil 73
*Míguela Arévalo García-Gasco y
Lucía Álvarez Buylla*



Protocolo de actuación del Trabajador
Social en Atención Primaria de Salud
sobre interrupción voluntaria del
embarazo 105
*Trabajadores Sociales de las Áreas 6 y 7 de
Atención Primaria de Madrid*

ONG 113

Kreecer, una asociación de barrio
para el barrio 113

REFLEXIONES 123

Lo siento mucho señora 123
Laura Caramés Gutiérrez

CASO 131

Cuando el síntoma es el maltrato a un
menor o del proceso de cambio
terapéutico en el contexto de Servicios
Sociales 131
Inmaculada Porta Carrasco

FIGURA HISTÓRICA **145**

Jessie Taf 145
Silvia Dauder

BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS **155**

Publicaciones recibidas
en el Colegio para consultar 155

Reseña bibliográfica:
Ahora que estamos Muertos 161

MEDIOS DE COMUNICACIÓN **167**

Prensa 167

FE DE ERRATA:

En el artículo publicado en el Monográfico **“Trabajo Social y Vivienda”**, correspondiente al segundo semestre del año 2008 con el título **“EXPERIENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN EL AC-CESO A LA VIVIENDA”**, realizado por: Manuel Claros Molina (Coordinador del Grupo, Educador y Técnico del Servicio Transversal de vivienda); profesionales del grupo a lo largo de cuatro años: Elena Cerdeiras, Rosalina López, Carmen Pérez, Luis Castello, Esther Rodríguez, Leticia Gorospe, Jaqueline Sánchez, Gema Muñoz, Raquel Pascual, Dolores Aleixandre, Pepa Garrido, Erminia Herrera, Víctor Rodríguez, Raúl Gregorio y Mar de Santiago, de forma involuntaria se transcribió erróneamente el apellido de una de sus colaboradores, siendo este **ESTHER JIMÉNEZ RODRÍGUEZ**, en lugar de Esther Rodríguez.

Entre las expectativas que ponemos en cada edición de la Revista “Trabajo Social Hoy (RTSH)” están, no sólo incorporar temas de actualidad y experiencias relacionadas con nuestra profesión de Trabajo Social. Igualmente queremos reservar un espacio para aquellos temas sociales que en nuestro entorno más amplio acontecen y que, por sí mismos, no dejan de abrumarnos o nos descubren a otras realidades similares.

Así, y haciendo referencia a uno de los artículos que presentamos en este número con el que se inicia un nuevo año, cabría esperar que, “Año de Nieves, año de bienes”. Sin embargo, y sin ánimo derrotista, todo parece orientarnos hacia un tiempo de tribulaciones: crisis financiera, de consumo, de valores...

Pensemos pues que quizás sea este un buen momento para la lectura y la escritura, que en relación con otras actividades más caras para el esparcimiento, junto con la reflexión (solos ó acompañados) se convierten en una prioridad y además resulta barata.

Un tiempo en el que los conocimientos y experiencias de los trabajadores y trabajadoras sociales de las generaciones pasadas, presentes y futuras, continúen socializándose a través de nuestra Revista.

Se cumple este año el bicentenario de los nacimientos de Charles Darwin y Louis Braille. Ambos nos han dejado un gran legado; el primero la teoría sobre la evolución de las especies que nos ayuda a reflexionar sobre quiénes somos y dónde venimos. Y el segundo posibilitó que en la actualidad todos los invidentes, no sólo puedan tener mayores oportunidades sociales, sino disfrutar del placer de la lectura y la escritura.



El Retiro (Madrid), enero 2009

LOS REFRANES: MEMORIA VIVA EN NUESTROS MAYORES

M^a Rosario Arias Rodríguez

DTS Col. n° 2.882

*“Quien hable por refranes,
es un saco de verdades”*

RESUMEN

El Trabajo Social en una residencia de personas mayores abarca muchas funciones y, entre ellas, destaca la promoción de la participación de los residentes en la vida del centro. Este proyecto da forma a sus inquietudes y procura dar proyección exterior al centro, lo que llena y aumenta la calidad de vida de las personas que viven en él.

PALABRAS CLAVE

Intervención social en residencias de mayores. Participación activa. Ambiente. Reconocimiento a la sabiduría de los mayores.

BREVE PRESENTACIÓN DE LA FUNDACIÓN

La Fundación de Doña Fausta Elorz es una entidad asistencial, de carácter privado y sin ánimo de lucro, constituida en el año 1914 para procurar a las personas sin recursos o sin familia una vida digna. La Institución tiene su origen en las disposiciones testamentarias manifestadas por Doña Fausta Elorz y Olías. Dispuso que la mayor parte de sus bienes se invirtieran en alguna obra benéfica y de caridad o fundación que sus albaceas juzgaran más provechosa para los necesitados. Estos, al no encontrar las instrucciones concretas a que se refería su testamento y procurando interpretar la voluntad de la misma, acordaron en uso de sus amplísimas atribuciones para el desempeño del cargo, crear una fundación benéfica, consistente en un Asilo para ancianas pobres en Madrid y otro más modesto para pobres de ambos sexos en la villa de Falces (Navarra); ya que, aunque D^a Fausta era natural y vecina de Madrid, desde su niñez residió largas temporadas en Falces, entre otras razones por sus entronques familiares. La Fundación está clasificada como Fundación Benéfico Particular por Real Orden de 16 de diciembre de 1914 y actualmente está inscrita en el Registro de Fundaciones de la Comunidad de Madrid.

El Patronato, que desde entonces desempeña la labor encomendada por la fundadora, dirige la Institución, y cuenta en la actualidad con la residencia de Conde de Peñalver, en Madrid, y la de San Francisco Javier en Falces (Navarra). Son las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, en coordinación con el Departamento de Trabajo Social y demás personal integrante de la Institución, quienes atienden las necesidades diarias de las residentes; tratando de crear un clima cálido de relación humana y social. En definitiva, continúa una labor que fue preocupación de la Fundadora: atender a los más necesitados logrando una atención integral de las personas mayores.

El proyecto que se va a exponer a continuación se está desarrollando en la residencia de Madrid, donde viven actualmente 112 mujeres ancianas.

El Departamento de Trabajo Social de la residencia procura atender las necesidades de las residentes, desde el momento en que deciden ingresar hasta el final de su vida, abarcando todas las intervenciones individuales y grupales que sean necesarias y la coordinación del programa de animación. Es en este contexto donde se desarrolla el proyecto de Refranero Popular.

PROYECTO REFRANERO POPULAR

Los refranes resumen grandes verdades en pequeñas pero contundentes frases. El refranero resulta muy útil en multitud de situaciones de la vida cotidiana ya que, lejos de estar muerto, el pasado nos recuerda sus lecciones a través del refrán, como verdadero especialista que es en condensar la experiencia de generaciones anteriores.

Manteniendo el principio de participación activa de las residentes se planteó la posibilidad de recoger la “sabiduría popular” de la residencia en forma de refranes, siguiendo la sugerencia de una de ellas. Se trataba de canalizar y dar forma a la idea surgida de la lectura de un artículo periodístico en el *Magazine* de El Mundo del 12 de agosto de 2007, titulado “Catedráticas de Proverbios: Ya han cazado 100.000 refranes” y que versaba sobre el trabajo del grupo de investigación de Fraseología y Paremiología de la Facultad de Filología de la Universidad Complutense de Madrid. En este artículo, llamaba la atención que las catedráticas destacaran que: “hoy prestamos atención sobre todo a gente de más de 70 años, que es la última generación de refraneros”. Aplicado a nuestro centro, por lo tanto, las mujeres de esta residencia podrían ser consideradas todo un *pozo de sabiduría* para este campo.

Todas las residentes en el día a día usan refranes y la posibilidad de recopilarlos permitiría por un lado recoger un testimonio de sus experiencias, por otro, trabajar la memoria y, además, establecer relaciones entre ellas, abrir la residencia a la Universidad, ilusionarlas con un proyecto que va a tener su fruto...

METODOLOGÍA

Desde el Departamento de Trabajo Social se trabaja siempre con una metodología participativa, que pretende la implicación de las residentes en la vida diaria del centro y en la realización de proyectos concretos.

Desde el mismo se madura y se da forma a la idea propuesta por una residente, quedando como se expone a continuación.

OBJETIVOS

- Realizar un proyecto de duración media que ilusione e implique a las participantes.
- Recoger y dar forma a las sugerencias e ideas de las residentes.
- Fomentar la participación.
- Trabajar la memoria y los recuerdos de las residentes.
- Abrir la residencia a otros espacios, ámbitos profesionales y sectores de edad (universidad).
- Fomentar e invitar a la lectura.
- Favorecer el uso de las nuevas tecnologías como complemento a la memoria y a los recuerdos.

ACTIVIDADES-TEMPORALIZACIÓN

Se ha trabajado en varias fases que se especifican a continuación:

1ª Fase: Agosto y Septiembre de 2007

Contacto con las catedráticas de la Facultad de Filología de la Universidad Complutense de Madrid para estudiar las posibles vías de colaboración. Se realizan mediante:

- a. Comunicaciones vía e-mail en las que primero se hizo una presentación del centro y nuestra oferta de colaboración.
- b. Comunicaciones telefónicas que permiten fijar personas de referencia, como responsables del proyecto. Así, por parte de la Universidad, se nombra a: Julia Sevilla y M.^a Antonella Sardelli.
Por parte de la residencia se nombra como persona de referencia a la trabajadora social, M.^a Rosario Arias (Charo).
- c. Una vez confirmado el interés por ambas partes para la colaboración, se mantuvo una primera reunión de coordinación el 12 de septiembre de 2007, para sentar las bases del trabajo en la residencia. Se marca un calendario de trabajo.

2ª Fase: Octubre de 2007.

Publicación e información del proyecto, invitando y animando a participar a todas las residentes. Esto ha implicado:

- Elaboración y distribución de notas informativas.
- Elaboración y distribución de carteles divulgativos.

- Información y motivación a todo el personal de la residencia para que inviten a las residentes a participar.
- Información personalizada a las residentes.
- Información al voluntariado de la residencia para que refuercen la participación de las residentes.
- Como comienzo del proyecto y para presentar a las profesoras universitarias, se convocó a todas las residentes a una reunión que tuvo lugar el 31 de octubre de 2007 en la Sala de Terapia. Además de presentar a las profesoras responsables del proyecto, se les explicó su trabajo en la Facultad, la importancia de su sabiduría sobre refranes y la manera en que podrían colaborar.

3ª Fase: Octubre, Noviembre y Diciembre de 2007 y Enero de 2008.

Recogida individual por cada residente de todos aquellos refranes, coplas, adivinanzas... que recordasen.

Se fomentaba el trabajo individual de cada participante en la recogida por escrito de los refranes que conociera. Los datos que debían aparecer eran:

- Nombre y apellidos de la residente.
- Fecha y lugar de nacimiento.
- Si el refrán era de algún familiar, los datos de esta persona.

La trabajadora social coordinó la recogida de datos.

4ª Fase:

Envío del material a la Facultad de Filología de la Universidad Complutense de Madrid. Se ha realizado el envío por correo ordinario en dos tandas correspondientes a las fechas: 3 de diciembre de 2007 y 7 de marzo de 2008.

Las profesoras aportaron un documento a cada una de las participantes con la información que habían facilitado por un lado y con el listado completo de refranes por otro. En total se han recuperado 714 refranes.

5ª Fase:

Animación a la participación y nueva línea de trabajo. Como complemento a la información recogida a través de los refranes, se estableció un calendario de encuentros en la residencia en los que se pretendía, por un lado que las residentes vieran los frutos de su trabajo y por otro que pudieran conocer la cultura popular y los refranes o similares formas de expresión de los países de origen de los doctorandos de la Facultad que colaboran en este proyecto.

Además del tema inicial de recuperación de refranes, como resultado del trabajo diario, surge la propuesta de recuperar supersticiones. Para ello se sigue la misma metodología que con los refranes, facilitando a las mujeres un esquema de trabajo sobre las supersticiones en Italia para que, partiendo de esa base, se relacionaran con las supersticiones en España.

Así, se apuntan a continuación los encuentros mantenidos a lo largo del curso.

- 21 de noviembre: Conferencia con el profesor mexicano Raúl Eduardo González, “Canciones de la Tierra Caliente de Michoacán”.
- 31 de enero de 2008: Reunión con Julia Sevilla y Antonella Sardelli. Se reparte listado de refranes elaborado por las señoras y nueva línea de trabajo: las supersticiones.
- 31 de enero de 2008: “Aproximación a la cultura y folclore italianos”, a cargo de Antonella Sardelli.
- 12 de febrero de 2008: “Aproximación a la cultura y folclore ucranianos”, a cargo de Natalia Vyshnya de la universidad de Poltava en Ucrania.
- 14 de mayo de 2008: reunión de fin de curso, con la presencia de Julia Sevilla y Antonella Sardelli.

RECURSOS HUMANOS

- Ancianas residentes.
- Profesoras catedráticas de la Universidad Complutense, Facultad de Filología.
- Doctorandos.
- Trabajadora social de la Fundación.
- Personal de la residencia.

RECURSOS MATERIALES

- Se pone a disposición de las profesoras la sala de terapia y el salón de actos de la residencia.
- El equipo de grabación y fotografía se facilita por parte de la Universidad.

RECURSOS ECONÓMICOS

No se dota con ninguna partida específica por parte de la residencia para este proyecto.

EVALUACIÓN

Mes: Junio 2008.

Sobre los objetivos marcados se puede decir que la experiencia en general ha sido muy enriquecedora, tanto para las residentes como para la Universidad.

Analizando los objetivos uno a uno:

- **Realizar un proyecto de duración media que ilusione e implique a las ancianas residentes:** el proyecto ha durado todo el curso 2007-08 y se han abierto nuevas expectativas, que permitirán trabajar durante el nuevo curso 2008-09. La forma de trabajo, combinando el trabajo personal y las reuniones mensuales en grupo, ha facilitado una dinámica ágil e ilusionante.
- **Recoger y dar forma a las sugerencias e ideas de las residentes:** Aunque ya se había trabajado con refranes en momentos puntuales dentro de las actividades de la residencia, este proyecto surge del planteamiento e inquietudes de una de las residentes a raíz de la lectura de un artículo periodístico. Además, el hecho de que desde la Universidad (cuna del saber) se interesen y den valor a los conocimientos propios de las mujeres, reconociendo su participación, es un valor añadido al proyecto.
- **Fomentar la participación y trabajar la memoria y los recuerdos de las mujeres participantes. La participación se puede cuantificar de dos formas distintas:**
 - La asistencia a las reuniones y a las charlas temáticas: ha sido muy alta, con una media de 40 personas en cada una de las charlas. La participación en las reuniones ha sido muy activa pues al ser oral y en grupo, se animaban entre ellas.
 - La participación individual en la recopilación de refranes: con un total de 20 ancianas participantes que han realizado el trabajo por escrito.

La propuesta de trabajo individualizado ha tenido doble respuesta:

- Ha motivado a muchas residentes a recuperar el gusto de escribir (por ejemplo una señora pidió a su familia su vieja máquina de escribir y presentó varias hojas de refranes), así como dar valor a las vivencias pasadas en sus lugares de origen.

- También ha generado ansiedad al enfrentarse a limitaciones propias de su edad, que salen a relucir cuando hay un esfuerzo extraordinario (fallos de memoria en los recuerdos, dificultades para escribir...).
- **Abrir la residencia a otros espacios, ámbitos profesionales y sectores de edad:** siempre se procura que la residencia no sea un centro cerrado en sí mismo, ya que la aportación de otros sectores de población y edad enriquece la vida de las residentes. En este caso, acercar la Universidad Complutense a la residencia y tener el privilegio de haber contado con la presencia de catedráticos y profesores, tanto de Madrid como de otros países, ha sido una experiencia maravillosa.

Por parte de la Universidad, se ha presentado la experiencia de este curso en un Congreso Internacional realizado en agosto de 2008 en Helsinki. El congreso estaba organizado por EURPOHRAS, la asociación de fraseólogos y paremiólogos europeos, al que pertenecen también especialistas americanos y del norte de África. Ha sido un gran éxito tanto por su originalidad como por ser una experiencia pionera y de gran valor e implicación social, siendo aplaudida por los mejores especialistas de Alemania, Estados Unidos, Francia, Hungría y Austria, además de profesores de Finlandia y de España.

- **Fomentar e invitar a la lectura:** el hecho de recuperar refranes ha llevado a muchas residentes a buscar información para corroborar sus refranes y ha sido un revulsivo para ellas. Algunas han recuperado incluso libros de su infancia.
- **Favorecer el uso de las nuevas tecnologías como complemento a la memoria y a los recuerdos:** aunque la mayoría de ellas han realizado su aportación de manera manual, ha habido un grupo reducido, que ha presentado la suya a través del ordenador con el procesador de texto.

CONCLUSIÓN

Este proyecto pensado inicialmente para el curso 2007-08, ha abierto nuevas vías de colaboración con la Universidad, teniendo en la actualidad durante el curso 2008-09 dos proyectos funcionando de forma paralela que están motivando y animando a participar a muchas residentes:

- Recuperando supersticiones: con reuniones reducidas con grupos de mujeres residentes, que permiten profundizar en las aportaciones iniciales que facilitaron en las reuniones generales.
- Recuperando canciones populares: motivando a las ancianas residentes a aportar la letra y a cantar aquellas canciones del folclore popular de sus lugares de origen o de su experiencia de vida. Contamos para ello con la colaboración de los musicólogos Raúl Eduardo González y M^a Carmen Barrado.

No quisiera acabar esta magnífica experiencia sin aportar algunos de los refranes que hemos recuperado a través de las residentes y que, como puede verse, abarcan todas las facetas de nuestra vida (la salud, las relaciones interpersonales, la ética, el clima,...) y que siguen estando de plena actualidad:

“Abogado sin conciencia, merece gran penitencia”
“Aunque raras, muy violentas son por julio las tormentas”
“Beber sudando agua fría, puede causar pulmonía”
“Bendita sea la herramienta, que pesa pero alimenta”
“Buen porte y finos modales abren puertas principales”
“El mayor escribano echa un borrón”
“El que de amigos carece, es porque no los merece”
“El que domina su ira, domina a su peor enemigo”
“La mejor bofetada es la que no se da”
“Hasta el final nadie es dichoso”
“Quien dice la verdad, no peca ni miente”
“Siempre empieza a clarear por donde está más oscuro”
“Un amigo cercano vale más que un pariente lejano”

BIBLIOGRAFÍA

DÍEZ, J.: “Catedráticas de Proverbios: Ya han cazado 100.000 refranes”
Magazine de elmundo.es, de 12 de agosto de 2007, 4 páginas.



El Retiro (Madrid), 1984

TRABAJO SOCIAL CON DROGODEPENDIENTES CON CAUSAS JUDICIALES: POSIBILIDADES Y ALTERNATIVAS

José Luís Cernuda López

DTS Col nº 2.620

Trabajador social del Centro de Atención Integral al Drogodependiente (CAID SUR)
Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

De la brevedad de la Vida: “No, no tenemos tan poco tiempo; pero le perdemos mucho. La vida es bastante larga, y el espacio suficiente para concluir las más grandes cosas, si no desperdiciamos nuestro tiempo”. (Séneca, año 50 d.C)

RESUMEN

Los drogodependientes que tienen causas judiciales, conocer la jurisprudencia y legislación penal, el proceso judicial así como, el tratamiento jurídico-penal que se da a estas personas, constituirán los apartados que desarrollaremos y documentaremos con casos reales.

Intentaremos resolver la pregunta que muchos profesionales que trabajan con drogodependientes se hacen en alguna ocasión: tengo un paciente con una causa penal, ¿qué puedo hacer? La responderemos desde el punto de vista del profesional que interviene con el paciente proporcionándole información sobre las posibilidades y recursos existentes y especialmente, en la elaboración del informe acreditativo de la situación del drogodependiente y su evolución en el tratamiento. Clave fundamental para la valoración diagnóstica y el adecuado asesoramiento a las partes implicadas.

PALABRAS CLAVE

Drogas. Drogodependencia. Causa judicial. Penas alternativas. Intervención social. Problemas legales.

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria de la intervención terapéutica con personas consumidoras de drogas es frecuente encontrarnos con que algunas de ellas tienen problemas judiciales. Aproximadamente el 49% de personas drogodependientes que realizan tratamiento tienen o han tenido problemas judiciales según la **Memoria del año 2006** de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (AAD). Estos problemas pueden ser: antecedentes penales con diversos ingresos en prisión, ingresos en prisión inmediatos, causas judiciales pendientes (algunos incluso desconocen que las tienen), tener varias causas con diversas situaciones judiciales. Todo ello, puede condicionar y determinar el proceso terapéutico del paciente y los objetivos a conseguir.

Partimos de la base de que las drogas son un factor modificador de la responsabilidad criminal y por tanto se deberán aplicar las medidas y alternativas presentes en nuestro ordenamiento jurídico tanto para la curación del drogodependiente como para evitar la comisión de nuevos delitos por parte de dichos pacientes. Así lo establece también la acción 30 del Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008, Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD): “potenciar los programas que ofrezcan apoyo jurídico y social a personas que han cometido delitos como consecuencia de su adicción a las drogas, desarrollando una amplia red de equipos de apoyo, con el objetivo de que se apliquen las medidas tendentes a evitar el ingreso en prisión”.

Serán los jueces y tribunales quienes apliquen la Ley pero seremos los profesionales que trabajamos en drogas los que hemos de informarles y asesorarles sobre lo que beneficia o perjudica a dichos pacientes en cada momento.

Volvemos a encontrarnos con la idea de la persona consumidora de drogas que ha delinquido. Por una parte son pacientes que deben ser sometidos a un tratamiento de deshabituación en un centro oficial, por otra, son delincuentes que han sido juzgados y penados, según la legislación vigente, y deben cumplir con su condena.

También podemos encontrar en la práctica terapéutica los que siendo “pillados” con una cantidad de droga importante (por ejemplo un kilo de cocaína de gran pureza) son aconsejados por sus abogados para acudir a un centro oficial de tratamiento a drogodependientes con el fin de obtener un *certificado de adicción a drogas* para presentar cuando se celebre el juicio, juicio que intentarán retrasar

hasta que su cliente obtenga dicho certificado e incluso, si es posible, otros (de salud mental por ejemplo) favorables a sus intereses, independientemente de si son o no consumidores de drogas.

Todos ellos serán objeto de este trabajo, sin embargo, excluirémos a algunos colectivos importantes. Por una parte, los menores de edad que constituyen una realidad propia y particular al aplicárseles la Ley Penal del Menor (Ley Orgánica de 12 de enero 5/2000 y siguientes). Otros, las personas que ingresan en el sistema penitenciario español y que tienen problemas de drogodependencia. Por último, a los inmigrantes indocumentados por su particularidad y complejidad.

Nuestro objetivo será repasar las causas más comunes y las posibilidades que se nos puedan plantear en la práctica terapéutica con drogodependientes que tengan alguna causa judicial, excluidas las sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas para consumo propio.

LA RELACIÓN DROGA-DROGODEPENDIENTE CON LA JUSTICIA

Tal y como apuntábamos en la introducción existe una relación inequívoca entre el consumo de drogas y posibles problemas judiciales. Esto es lógico dado que partimos de que la mayoría de las sustancias consumidas son ilegales (cannabis, heroína, cocaína, etc.) y por tanto este hecho, en sí mismo, puede constituir un posible delito. Pero también las drogas que son legales (alcohol, benzodiacepinas, etc.) pueden provocar diferentes situaciones con la justicia; delitos contra el Código de la Circulación, situaciones de violencia familiar, problemas y accidentes laborales, agresiones, y otras situaciones recogidas en nuestro ordenamiento jurídico.

Como ejemplo, dos consumidores de heroína y cocaína, ambos varones y que comienzan a consumir sobre los 17 años en el mismo barrio y, a la vez, comienzan una carrera delictiva con múltiples robos que les lleva a ambos a ingresar repetidas veces en prisión. Allí inician Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) con 32 años. Con 35 años y después de la última salida de prisión, uno de ellos decide hacer un tratamiento más en serio e intentar salir definitivamente de la delincuencia y del consumo de drogas. El otro continúa la carrera delictiva y consumo de drogas, incluso abandona el PMM al cabo de un año, ambos tienen un nuevo juicio (por un robo cometido dos años antes de su última salida de prisión) con una sentencia firme de tres años y seis meses de condena en prisión, más una multa de 4.000 euros y una indemnización de 2.000 euros cada uno.

Ante esta situación y aconsejado por su abogado, el que no hacía tratamiento decide iniciarlo con el fin de poder solicitar una medida alternativa al ingreso en prisión o la suspensión de la pena. El que seguía tratamiento, su abogado solicita la aplicación del artículo 87 del Código Penal (CP) que veremos más adelante.

Finalmente se consigue que la persona que ya había iniciado cambios terapéuticos y de estilo de vida, le sea suspendida la pena (art. 87 CP) y condicionada a cinco años de tratamiento en un Centro Oficial con informes trimestrales de su evolución.

Respecto al segundo, no le fue concedida dicha suspensión ni tampoco otra medida alternativa por lo que ha solicitado un indulto y está a la espera de resolución, mientras, ha ingresado en prisión por los numerosos antecedentes penales. Al menos ahora continúa en un PMM dentro de prisión.

Iniciamos esta revisión de las diferentes situaciones judiciales con un hecho sancionador en el que no interviene la Administración de Justicia directamente pero que genera no pocas polémicas y situaciones que están al límite de lo punitivo. Hablamos del derecho al consumo personal de drogas ilegales y los límites que la Ley establece para ello. (Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, en concreto, su artículo 25).

Cuando una persona se encuentra consumiendo drogas ilegales en espacios públicos es objeto de una sanción administrativa. Cuando a una persona se le realiza un registro de su persona o de sus bienes y se le encuentran distintas cantidades de sustancias hay que establecer, sin ningún género de duda, si son para consumo propio o si están destinadas al tráfico y por tanto constituyen un delito.

La diferencia es que, si es una sanción administrativa, deberá pagar una multa económica y si constituyera un delito se le podría condenar a una pena de prisión (artículo 368 del Código Penal). Veamos unas cuestiones previas.

a. Tribunal Superior de Justicia/Instituto Nacional de Toxicología

La jurisprudencia, cuando no existan otros actos indicativos del tráfico, ha atendido a la tabla del Instituto Nacional de Toxicología (INT) de 18 de octubre de 2001. Esta tabla establece las dosis medias de consumo de las sustancias, señalando el Tribunal Superior de Justicia (T.S.), que un consumidor se suele proveer de sustancia para unos cinco días, por lo que la posesión que exceda de dicha cantidad se pre-

sume que está destinada al tráfico ilícito (STS 281/2003 de 1-10, Pte. Marañón 23). Las cantidades, según la mencionada tabla, son las siguientes¹:

Sustancia	Dosis habitual	Frecuencia de uso diario	Previsión (3-5 días)
Heroína	100-150mg	3-4 papelinas (600mg)	< 3 gr.
Cocaína	100-260mg	6 papelinas (1,5 gr)	<7,5 gr
Marihuana	1,5-2 gr	15-20 gr	<100gr
Hachís	0,3-0,5 gr	5 gr	<25 gr
LSD	0,19-0,32 gr	0,6 mg(2 dosis)	<3 mg
Anfetamina	30-60 mgr	180mg	<900 mg
dmetanfetamina	2,5-15 mg	60 mg (4 dosis)	<300 mg
Éxtasis (MDA, MDMA, MDEA)	20-150 mg	480 mg	<1440 mg
Trankimazín	1 mg	15 mg	<75 mg
Rohipnol	1-2 mg	10 mg	<50 mg
Tranxilium	25 mg	150 mg	<750 mg

Tabla 1: Instituto Nacional de Toxicología de 18 de octubre de 2001.

Así mismo, el propio TS pidió al INT la elaboración de otra tabla que recogiera lo que serían para cada una de las diferentes sustancias cantidades de “notoria importancia” es decir, cantidades que exceden considerablemente lo considerado como para el consumo propio.

Cantidades de notoria importancia. I.N.T (18/10/2001):

Sustancia	Consumo diario	Notoria importancia
Marihuana	15-20 gr	10 Kg.
Hachís	5 gr	2,5 kg
Cocaína	1,5 gr (6 papelinas)	750 gr.
Heroína	600 mg(3-4 papelinas)	300 gr
Anfetaminas	180 mg	90 gr
Speed	60 mg (4 dosis)	30 gr
Éxtasis, MDA, MDEA	480 mg	240 gr
LSD	0,6 mg	300 mg

Tabla 2: Instituto Nacional de Toxicología de 18 de octubre de 2001.

¹ Con el fin de conocer mejor los términos utilizados en drogas se puede consultar en la siguiente página Web: <http://www.drogomedia.com/glosario.php>

Finalmente, se estableció, en el año 2004, por parte del INT lo que consideraban como dosis mínimas psicoactivas para cada sustancia, es decir, aquella cantidad de sustancia mínima para que se produzcan los efectos de la misma tanto por cantidad, como por frecuencia de consumo.

Dosis mínimas psicoactivas según el Instituto Nacional de Toxicología (INT) (13.01.04):

CLASE DE DROGA	CONSUMO	FRECUENCIA DE CONSUMO
Heroína	0,66 mg.	Diaria (2 a 3 veces)
Cocaína	50 mg.	Diaria (hasta 16 tomas)
Éxtasis	20 mg.	Diaria (1 a 3 veces)
Hachís	10 mg.	Diaria

Tabla 3: Instituto Nacional de Toxicología de 13 de enero de 2004.

b. Cannabis sativa. Cantidad de δ -9-tetrahidrocannabinol (THC)

Dado que el cannabis es la sustancia ilegal más consumida en nuestro país entre la población de 15 a 64 años, con un 11,2% en los últimos doce meses (EDADES 2005-2006 del PNSD) pasando a un 20,1% si nos referimos a la población entre 14 y 18 años (ESTUDES 2006-2007 del PNSD) es también la sustancia más aprehendida por los cuerpos de seguridad y por lo tanto, la que más sanciones administrativas ocasiona.

Teniendo en cuenta que a partir de la planta del cannabis también se pueden elaborar textiles o derivados sin toxicidad ni psicoactividad, nos centraremos en aquella concentración de THC (metabolito psicoactivo del cannabis) a partir de la cual podemos hablar de droga de abuso y que el INT estableció en un principio entre el 0,5 y el 1% de THC. Posteriormente, en marzo de 2004, el mismo Instituto emitió otro informe más completo aceptando como dosis mínimas psicoactivas las siguientes:

- Para la marihuana, con una riqueza media de Delta 9 THC entre un 2,9 y 7%, la dosis mínima sería de 344,82 mgrs.
- Para el hachís, con una riqueza media de Delta 9 THC entre un 10 y 14,5%, será de 100 mgrs.
- Para el aceite de hachís, con una riqueza variable que depende de la concentración, sería de 6,67 mgrs.

c. Precio aproximativo de las sustancias

El propio INT también elaboró ese mismo año 2004 una tabla con los precios de las diversas sustancias de abuso que hoy en día sigue sirviendo como orientación dadas las pocas variaciones sufridas en estos años y teniendo en cuenta que las variaciones en los precios dependen de la pureza de la sustancia, del vendedor y de la cantidad (cuanta más cantidad se compre, es más barato).

Sustancia	Precio 1 gr. (euros)	Precio 1 Kg.(euros)
Marihuana	2,76	1.084
Hachís	4,14	1.377
Cocaína	61,85	33.923
Heroína	65,64	40.971
Anfetamina	4,53 eur./unidad	
Speed	8,88 eur./dosis 300mg.	
Éxtasis	10,70eur./dosis 300mg.	

Tabla 4: Instituto Nacional de Toxicología primer semestre 2004.

d. Jurisprudencia del Tribunal Supremo

La Sala Segunda del Tribunal Superior de Justicia es la encargada de los delitos relacionados con el tráfico de droga y los aspectos relativos a la misma.

Con el fin de poder hacernos una idea de lo complejo que resulta el tema jurídico respecto a la demostración o no de la tenencia de droga para uso propio o para tráfico, veremos algunos ejemplos bastante ilustrativos de sentencias de dicho Tribunal (Fuente: PNSD).

SENTENCIA: 18.11.2000. Ponente: Sr. Marañón Chávarri.

MATERIA: tenencia de 15 grs. de hachís; inexistencia de posesión preordenada al tráfico; ocultación de la droga en la ropa interior; 50 grs. como límite estimado por la jurisprudencia para la deducción del ánimo de tráfico.

PRECEPTOS LEGALES APLICADOS: ARTÍCULO 368 C.P.

Artículo 368. *Cultivo, elaboración o tráfico de drogas.*

“Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacentes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a nueve años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos”.

SENTENCIA: 21.11.2000. Ponente: Sr. Delgado García.

MATERIA: posesión con el fin de traficar; aprehensión en un pub propiedad de la acusada de 19,81 grs. de cocaína con una pureza del 74,2% (14,69 grs. de cocaína pura); exceso de la cantidad máxima considerada para el propio consumo (7.5 grs.), estimada como aquella almacenada para cinco días, a razón de un consumo diario máximo de 1,5 gramos distribuidos en varias tomas; concurrencia además de otros indicios (hallazgo de una balanza de precisión, de una libreta con nombres y cantidades...); traficante-consumidora.

PRECEPTOS LEGALES APLICADOS: 368 C.P.

SENTENCIA: 22.1.2001. Ponente: Sr. Martín Pallín.

MATERIA: posesión preordenada al tráfico de dos bolsitas de 3 y 5 gramos de cocaína en el interior de un carrito fotográfico, sin que la portadora sea adicta; peso notablemente superior a lo que constituye una dosis habitual.

PRECEPTOS LEGALES APLICADOS: 368 C.P.

SENTENCIA: 22.10.2001. Ponente: Sr. Granados Pérez.

MATERIA: posesión de 375,78 grs. de COCAÍNA con una pureza del 74,6 %; posesión para el propio consumo; consumidor diario de 2 ó 3 gramos por día, marinerro de profesión, que iba a iniciar un largo viaje.

PRECEPTOS LEGALES APLICADOS: 368 C.P.

Como podemos comprobar la jurisprudencia del TSJ es variada y no podemos establecer una única norma. Cada caso es particular. Por ello es importante que conozcamos algo más sobre nuestro ordenamiento jurídico y la relación con el drogodependiente.

EL PROCEDIMIENTO JUDICIAL

Por procedimiento judicial podemos entender el tratamiento jurídico que recibe el toxicómano a lo largo de las diferentes fases del proceso penal.

Siguiendo a Antonio Marín Fernández (1998) en su ponencia “Problemas legales del drogodependiente”, intentaremos esclarecer las diferentes fases judiciales por las que pasa una persona drogodependiente acusada de cometer un delito y, qué podemos hacer desde los Centros de Tratamiento.

a. Fase de instrucción

Esta fase se caracteriza por los siguientes pasos:

- La investigación de los delitos corresponde a los órganos judiciales a través de los Juzgados de Instrucción, de los que depende la Policía Judicial en las funciones de averiguación de los mismos a que a ella compete.
- Función investigadora e instructora por parte del Ministerio Fiscal.
- Ley de Enjuiciamiento Criminal: Ley Orgánica 5/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de perfeccionamiento de la acción investigadora relacionada con el tráfico ilegal de drogas y otras actividades ilícitas graves.
- Interesa destacar fundamentalmente en esta fase, en referencia a los toxicómanos, dos cuestiones: la adopción de medidas cautelares y la propia constatación de la toxicomanía.
- Corresponde al Juez instructor realizar de oficio las pruebas adecuadas para ello, normalmente mediante el examen del detenido por el Médico Forense.
- Es un derecho del detenido, y por extensión del imputado, acceder a tales pruebas (art. 520.2, f Ley de Enjuiciamiento Criminal).

En esta fase es frecuente que muchos toxicómanos no manifiesten su adicción por temor a que ello les perjudique por lo que no se realizan pruebas periciales ni se aportan pruebas de su toxicomanía en la investigación. Esto puede suponer algunas dificultades como veremos posteriormente.

b. Fase de enjuiciamiento

Ante órgano jurisdiccional diferente al Juez instructor, que será bien el Juzgado de lo Penal para delitos menos graves, bien la Audiencia Provincial para delitos graves, se va a celebrar el juicio oral. Durante el mismo y en condiciones de publicidad, oralidad, intermediación y contradicción, las partes acusadoras, el Ministerio Fiscal y la acusación particular si existiera, y la parte acusada van a proponer y practicar la prueba conducente a la defensa de sus respectivos intereses, que será apreciada por el Tribunal para dictar sentencia absolutoria o condenatoria, y para, en éste último caso, determinar el tipo de sanción penal a imponer.

Aquí serán fundamentales las pruebas periciales sobre la posible toxicomanía y el proceso de rehabilitación y deshabituación que pueda haber seguido el imputado.

c. Fase de ejecución

Los tribunales encargados de hacer cumplir las penas impuestas por los Tribunales de lo Penal son los Tribunales de Ejecución Penal. Aquí todavía se está a tiempo de que el drogodependiente sentenciado al cumplimiento de una pena de cárcel se le pueda solicitar o bien una medida o bien la aplicación de un cumplimiento alternativo al ingreso en prisión (art. 87 C.P.) Estas cuestiones las desarrollaremos más adelante.

Si finalmente se ejecuta la sentencia de cumplimiento en prisión, la Ley General Penitenciaria impone en su art. 37, con posterior desarrollo reglamentario, la necesidad de disponer de dependencias especiales para la atención del toxicómano. A su vez el Reglamento Penitenciario (RP) de 1996, reconoce el derecho del toxicómano, siempre que lo desee, a tener a su alcance la posibilidad de programas de tratamiento y deshabituación (art. 116.1 RP).

Libertades Condicionales y Terceros Grados

Situaremos aquí a todos aquellos a los que les ha sido concedido el Tercer Grado de Tratamiento penitenciario y están en una fase adecuada para continuar Tratamiento en un Centro de Atención a Drogodependientes y además, si así se acordara en Junta de Tratamiento y dispusiese el Juez de Vigilancia Penitenciaria (JVP).

El art. 182 del RP de 1996, prevé la posibilidad para los internos toxicómanos, ya clasificados en tercer grado, de ingresar en instituciones públicas o privadas para su tratamiento, fuera del marco penitenciario, dando así cumplimiento a la pena impuesta.

Por otra parte, en la libertad condicional, esto es, en la última fase de cumplimiento en la que el penado queda interinamente en libertad, una vez cumplidas las tres cuartas partes de su condena (o excepcionalmente los dos tercios), también está previsto en el art. 92 del Código Penal que aquellos internos que sufran graves enfermedades con padecimientos incurables puedan alcanzar la libertad condicional sin haber aún cumplido la parte de la pena señalada. Sí es, por contra, exigible que concurra en ellos el requisito general relativo a que hayan observado buena conducta y exista un pronóstico favorable de reinserción.

Aplicaremos, a sí mismo, las Libertades Condicionales (LC) del Artículo 90 y ss., del CP, así como la aplicación del Artículo 105 del CP.

El Artículo 93 del CP establece que el J.V.P puede revocar la LC y reingresar a prisión al sujeto si no cumple los requisitos de la LC aunque “sin perjuicio del cómputo del tiempo pasado en libertad condicional”.

Ejemplo de 3º grado y de libertad condicional.

Tal y como recoge el artículo 182 del RP, los penados clasificados en tercer grado penitenciario que hayan acreditado toxicomanía podrán solicitar su ingreso en un centro sociosanitario externo para realizar tratamiento de su toxicomanía o también, si la situación penitenciaria se lo permite, realizar tratamiento ambulatorio. En este caso, se acordará con el penado y el centro penitenciario el plan de intervención terapéutico y la manera de coordinarse para la ejecución del mismo.

Caso: MV

Como ejemplo tenemos el caso de MV que estando en el Centro Penitenciario (CP) en la Sección Abierta por tener concedido el tercer grado penitenciario, solicita tratamiento en un Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) de la Comunidad de Madrid, con el fin de, posteriormente, presentar informes de evolución al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria (JVP) ya que la Junta de Tratamiento del CP le había denegado la Libertad Condicional en dos ocasiones.

El paciente aporta informe del CP Sección Abierta en el que se dice: *“El Equipo de Tratamiento de la Sección Abierta de este Centro Penitenciario ha estimado conveniente, que el interno arriba citado acuda a realizar tratamiento a ese Centro por ser el que le corresponde por zona.*

Con la finalidad de hacer el seguimiento, necesitaremos nos informéis mensualmente y por escrito sobre su evolución”.

Diez meses después de iniciado el tratamiento en el CAID a MV el JVP le concede la LC a pesar de existir informes anteriores desfavorable del Equipo de Tratamiento del CP y del Ministerio Fiscal, basándose en sus razonamientos jurídicos en los requisitos exigidos en el art. 90 CP, en el informe del SAJIAD y del CAID y poniéndole seguimiento de los Servicios Sociales Penitenciarios (SSP) con la siguiente parte dispositiva:

“Se aprueba la concesión de los beneficios de la Libertad Condicional al penado MVL en los términos en que fue propuesta por el Centro Penitenciario de xxx y por la causa ya referida.

Deberá el liberado condicional presentarse en la Calle María de Molina número 42 Sótano 1 Madrid, de 9 a 13 horas, en el siguiente día MARTES a su excarcelación efectiva, aportando documento identificativo (DNI, pasaporte, etc.), a fin de ser entrevistado por el trabajador social adscrito a este Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.

Deberá el liberado condicional presentarse una vez al mes en el SSP de Madrid, remitiéndose por dicho organismo trimestralmente, informe a este Juzgado sobre el estado y evolución del liberado condicional.

Para cualquier desplazamiento, sea definitivo o temporal, deberá solicitar previamente autorización a este Juzgado, a través del SSP mencionado.

Se autoriza al Secretario Coordinador del SSP para que adopte cuantas medidas considere adecuadas para el control, seguimiento y evolución del liberado, cuyo incumplimiento o negativa a cumplirlas deberá ser puesto inmediatamente en conocimiento de este Juzgado. Tales medidas serán independientes y compatibles con las acordadas por el Juzgado en la presente resolución.

Deberá el liberado condicional seguir tratamiento o seguimiento y, en su caso, control de drogodependencia en el CAD que corresponda, debiendo dicho centro remitir mensualmente al SSP informe escrito sobre el estado y evolución del liberado condicional.”

Otro caso es cuando el penado al que se le concede el tercer grado penitenciario o la libertad condicional ya ha realizado con éxito un tratamiento de rehabilitación en prisión y el JVP decide, no obstante, condicionarlo a que siga tratamiento para su drogodependencia en un Centro. En estos casos se pueden plantear varias alternativas; realizar una valoración negativa de tratamiento, realizar un seguimiento temporal para confirmar la no necesidad de tratamiento o seguir un proceso de reinserción hasta el alta terapéutica que será variable en función de cada caso.

Ejemplo: Caso DO

Juzgado de Vigilancia Penitenciaria: Libertad Condicional condicionada a seguir tratamiento. Tiempo que le queda de condicional cinco años.

Paciente que ha realizado casi tres años de tratamiento en la Unidad de Atención a Drogodependientes (UAD) del Centro Penitenciario siendo alta terapéutica en dicho programa tres meses antes de la concesión de su LC.

Se plantea al paciente realizar un periodo de seguimiento de su proceso de reinserción social con apoyo terapéutico y controles de orina aleatorios con el fin de demostrar abstinencia. Así mismo, se informa a los Servicios Sociales Penitenciarios de la evolución del paciente de forma mensual. Tras seguimiento de cuatro meses y dada la adecuada evolución del paciente y que el paciente ya había estado con anterioridad en tratamiento en nuestro Centro se valora, por parte del equipo terapéutico del CAID, proponerle alta terapéutica y notificarlo a los Servicios Sociales Penitenciarios para que estos a su vez, lo notifiquen al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria correspondiente. El problema suele venir cuando pasan meses sin contestar o no contestan desde el Juzgado y mientras tanto, ¿qué hacemos con el paciente?

En muchas ocasiones los Juzgados desconocen los procesos terapéuticos seguidos por los penados e insisten en que deben continuar tratamiento dado que entienden que los procesos de deshabitación de un drogodependiente son para toda la vida. Esto puede perjudicar gravemente al paciente rehabilitado y reinserido, al condicionarlo a seguir un tratamiento, que no necesita en ese momento, por lo que le estamos exponiendo a riesgos innecesarios.

Indulto

El indulto es una prerrogativa conferida discrecionalmente al gobierno que provoca la extinción total o parcial de la responsabilidad penal. Se regula, de modo defectuoso, en una antigua Ley de 1870. La realidad es que no suele concederse en la totalidad de la pena por lo que finalmente ingresan en prisión a cumplir la pena impuesta.

El artículo 4.4 del Código Penal permite la suspensión de la ejecución mediando petición de indulto para no hacer ilusoria la concesión del mismo:

“Si mediara petición de indulto, y el Juez o Tribunal hubiere apreciado en resolución fundada que por el cumplimiento de la pena puede resultar vulnerado el derecho a un proceso sin dilaciones indebidas, suspenderá la ejecución de la misma en tanto no se resuelva sobre la petición formulada.

También podrá el Juez o Tribunal suspender la ejecución de la pena, mientras no se resuelva sobre el indulto cuando, de ser ejecutada la sentencia, la finalidad de éste pudiera resultar ilusoria”.

POSIBILIDADES Y ALTERNATIVAS JUDICIALES

Como ya hemos adelantado en la introducción y en el apartado anterior, existen diversas posibilidades y alternativas judiciales para las personas consumidoras de drogas con causas penales.

A continuación intentaremos ver más detenidamente esta diversidad e iremos documentándola con la exposición de casos reales.

a. Aplicación del Código Penal

Dada la diversidad de situaciones que podemos encontrar en la relación del drogodependiente con el Código Penal (CP), realizaremos una división según los posibles artículos aplicados del CP en correspondencia con la situación o no de ser drogodependiente y si está sometido o no a un tratamiento de desintoxicación y deshabitación.

Antes hemos de repasar algunas cuestiones relativas al procedimiento judicial de manera muy general y sencilla con el fin de comprender después las situaciones

que nos plantearemos. Siguiendo a diversos autores comenzaremos por el inicio del procedimiento judicial aunque fuera de la ortodoxia jurídica.

¿Qué ocurre si tengo una causa penal y soy consumidor de drogas?

Vamos a plantear cuál sería el procedimiento judicial ordinario en causas penales en las que el autor es una persona con drogodependencia o consumo de drogas y es acusado de cometer un delito tipificado en nuestro Código Penal.

Esta situación puede ser independiente de si está o no realizando algún tipo de tratamiento para su adicción.

Aquí tendremos dos circunstancias a tener en cuenta en la relación con la justicia:

- Las circunstancias modificativas de la responsabilidad penal que puedan o no darse en la persona que comete un delito y que deberán ser suficientemente acreditadas.
- Las situaciones que aconsejen tomar medidas alternativas al cumplimiento de la pena de prisión o la toma de medidas de seguridad según proceda en cada caso.

b. Circunstancias modificativas de castigo en relación con drogodependencias

Vamos a desarrollar cada una de las posibilidades que nos ofrece nuestro ordenamiento jurídico y que dividiremos en:

- Eximentes.
- Atenuantes.
- Suspensión de penas.
- Reducción de penas.
- Medidas de Seguridad.
- Tercer Grado y Libertad Condicional.

Vamos a enunciar brevemente las dos primeras para ampliar algo más las siguientes.

- **Eximentes:** A tenor del art. 20.2 del C.P. están exentos de responsabilidad penal el que se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de drogas, sustancias estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

Artículo 20. C.P.: Están exentos de responsabilidad criminal:

- 1º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.
El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.
 - 2º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.
- **Atenuantes:** El art. 21 del C.P. recoge entre las circunstancias atenuantes, de un lado, a la referida eximente cuando no concurren todos los requisitos necesarios para su apreciación (art. 21.1ª del C.P.), y de otro, la de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias antes mencionadas.

Artículo 21. C.P.: Son circunstancias atenuantes:

- 1ª. Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.
- 2ª. La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el núm. 2 anterior.

Lo que sí es importante es la regulación de las medidas de seguridad a imponer en los casos descritos, tanto para los casos de exención de responsabilidad (art. 102 del C.P.), como para los de atenuación (art. 104 del C.P.).

Para ello, se tendrá en cuenta lo expresado en el **artículo 6 del C.P.:**

- “1. Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito.*
- 2. Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor”.*

Pese a que no se hubiera apreciado por el Tribunal sentenciador ninguna de las referidas circunstancias, el toxicómano todavía cuenta con otros instrumentos legales específicos: *la suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad*.

c. La suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad

El precepto es aplicable a los penados “que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el nº 2 del art. 20”.

Lo que exige el artículo, no es que se aplique el art. 20.2, ya que intervendrían medidas de seguridad, no penas (Prieto Sánchez, 2005).

El Tribunal Supremo ha señalado que para la aplicación de los diversos supuestos de exclusión o disminución de la imputabilidad que se recogen en el Código Penal, ha de basarse en la incidencia que la droga pueda tener en las facultades volitivas del sujeto. Es decir, no bastaría con ser drogadicto para la aplicación de las causas de exención o atenuación, aunque es indudable que de una u otra forma la droga influye en la psique del toxicómano.

Se regula en los arts. 80 y siguientes del Código Penal, y se trata con ella de dejar en suspenso no la declaración de la condena, sino la ejecución de la misma una vez declarada,

Artículo 80 del C.P.:

1. Los Jueces o Tribunales podrán dejar en suspenso la ejecución de las penas privativas de libertad inferiores a dos años mediante resolución motivada, atendiendo fundamentalmente a la peligrosidad criminal del sujeto.
2. El plazo de suspensión será de dos a cinco años para las penas privativas de libertad inferiores a dos años, y de tres meses a un año para las penas leves y se fijará por los Jueces o Tribunales, previa audiencia de las partes, atendidas las circunstancias personales del delincuente, las características del hecho y la duración de la pena.
3. La suspensión de la ejecución de la pena no será extensiva a la responsabilidad civil derivada del delito o falta penados.
4. Cuando el penado esté aquejado de una enfermedad muy grave con padecimientos incurables que puede evitar el ingreso en prisión de enfermos terminales de escasa peligrosidad.

Artículo 81 del C.P.:

Serán condiciones necesarias para dejar en suspenso la ejecución de la pena, las siguientes:

- 1^a. Que el condenado haya delinquido por primera vez. A tal efecto no se tendrán en cuenta las anteriores condenas por delitos imprudentes ni los antecedentes penales que hayan sido cancelados, o debieran serlo, con arreglo a lo dispuesto en el art. 136 de este Código.
- 2^a. Que la pena impuesta, o la suma de las impuestas en una misma sentencia, no sea superior a los dos años de privación de libertad.
- 3^a. Que se hayan satisfecho las responsabilidades civiles que se hubieren originado, salvo que el Juez o Tribunal sentenciador, después de oír a los interesados y al Ministerio Fiscal, declare la imposibilidad total o parcial de que el condenado haga frente a las mismas.

Artículo 84 del C.P.:

1. Si el sujeto delinquiera durante el plazo de suspensión fijado, el Juez o Tribunal revocará la suspensión de la ejecución de la pena.
2. Si el sujeto infringiera durante el plazo de suspensión las obligaciones o deberes impuestos, el Juez o Tribunal podrá, previa audiencia de las partes, según los casos:
 - a. Sustituir la regla de conducta impuesta por otra distinta.
 - b. Prorrogar el plazo de suspensión, sin que en ningún caso pueda exceder de cinco años.
 - c. Revocar la suspensión de la ejecución de la pena, si el incumplimiento fuera reiterado.

Artículo 85 del C.P.:

1. Revocada la suspensión, se ordenará la ejecución de la pena, así como la inscripción de la misma en el Registro Central de Penados y Rebeldes.
2. Transcurrido el plazo de suspensión fijado sin haber delinquido el sujeto, y cumplidas, en su caso, las reglas de conducta fijadas por el Juez o Tribunal, éste acordará la remisión de la pena, ordenando la cancelación de la inscripción hecha en la sección especial del Registro Central de Penados y Rebeldes. Este antecedente penal no se tendrá en cuenta a ningún efecto (137).

Dadas las circunstancias que normalmente acontecen a los drogodependientes en relación con la Justicia, lo más frecuente es que tengan antecedentes penales, varios ingresos en prisión y varias causas pendientes, tal y como vimos en la introducción. Estas circunstancias hacen que los jueces, antes de tomar una decisión respecto al cumplimiento de la pena, soliciten informes periciales o del tratamiento seguido por el paciente, de aquí la importancia que tendrán dichos informes en la decisión judicial posteriormente.

El artículo del Código Penal que más se va a aplicar en estas circunstancias es el art. 87:

Artículo 87 del C.P.:

1. Aun cuando no concurren las condiciones 1ª y 2ª previstas en el art. 81, el Juez o Tribunal, con audiencia de las partes, podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a cinco años de los penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el núm. 2º art. 20, siempre que se den las siguientes circunstancias:
 - 1ª. Que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.
 - 2ª. Que no se trate de reos habituales.
2. En el supuesto de que el condenado sea reincidente, el Juez o Tribunal valorará, por resolución motivada, la oportunidad de conceder o no el beneficio de la suspensión de la ejecución de la pena, atendidas las circunstancias del hecho y del autor.
3. La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el período que se señale, que será de tres a cinco años.
4. En el caso de que el condenado se halle sometido a tratamiento de deshabituación, también se condicionará la suspensión de la ejecución de la pena a que no abandone el tratamiento hasta su finalización. Los centros o servicios responsables del tratamiento estarán obligados a facilitar al Juez o Tribunal sentenciador, en los plazos que señale, la información precisa para comprobar el comienzo de aquél, así como para conocer periódicamente su evolución, las modificaciones que haya de experimentar así como su finalización.
5. El Juez o Tribunal revocará la suspensión de la ejecución de la pena si el penado incumpliere cualquiera de las condiciones establecidas.

d. Ejemplos del artículo 87 del C.P.

Caso MQ

Persona juzgada y condenada a tres años de prisión y 3.000 euros de Responsabilidad Civil (por tráfico de drogas que causan grave daño a la salud; art. 368 CP), y que no se han acreditado circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal. Audiencia Provincial de Santander/2005.

En Ejecutoria, su abogado consigue acreditar toxicomanía (mediante informe de un centro oficial de atención a drogodependencias) y la aplicación del art. 87 CP así como suspender la pena por un periodo de cinco años con la condición de que no vuelva a delinquir y no abandone el tratamiento de rehabilitación, revocándose dicha suspensión en caso de incumplimiento. También se exige al Centro Terapéutico donde siga su rehabilitación, el envío de informes trimestrales acerca de la evolución en el tratamiento y, la notificación de inmediato, del abandono de dicho tratamiento o de cualquier otra circunstancia relevante.

Con respecto a la evolución del paciente se informa por parte del Centro de Tratamiento, al Juzgado de la asistencia irregular al tratamiento propuesto al paciente lo que motiva la petición, por parte del Juzgado, de un informe más detallado sobre el tratamiento seguido por el paciente. Posteriormente y tras varios meses de no ponerse el paciente en contacto con el Centro de Tratamiento se notifica al Juzgado el abandono del tratamiento. Al cabo de un mes el paciente vuelve a tomar contacto con el Centro y solicita informe para el Juzgado de que continua con su tratamiento. Se informa al Juzgado del reingreso en el tratamiento del paciente y a los dos meses se nos vuelve a solicitar informe detallado de la evolución del paciente. Aproximadamente a los cuatro meses del reingreso, el paciente nos informa que tiene una notificación del Juzgado para presentarse ante el mismo y que su abogado le ha dicho que es para ingresar en prisión. Volvemos, a petición del paciente y de su abogado, a enviar informe de evolución al Juzgado pero al cabo de mes y medio el paciente es detenido e ingresado en prisión en Santander. Puestos al habla con su mujer nos confirma la revocación de la suspensión de la condena por incumplimiento de la misma.

Como podemos apreciar, al no cumplir el paciente el proceso de rehabilitación en el Centro Terapéutico que se le había impuesto para la suspensión de la pena, ésta suspensión se revoca y el penado ingresa en prisión a cumplir la pena impuesta inicialmente, sin contarle el tiempo que hubiese pasado en tratamiento.

Caso Antonio

Tenemos el caso de Antonio, drogodependiente de larga evolución y con numerosos ingresos en prisión por diversos motivos, principalmente delitos contra la propiedad y contra las personas.

El paciente, que inicia Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) en prisión, sale de prisión en libertad provisional en espera de juicio, planteando una demanda de ayuda al CAID con vistas a intentar una alternativa a volver a prisión. Se le pide información concreta de la causa judicial pendiente y de otras posibles causas que tuviese. Así mismo, se le informa de la importancia para conseguir una alternativa a la prisión que tiene el demostrar un cambio de estilo de vida por su parte. En este sentido se resalta la importancia de la regularidad en su tratamiento, sobre todo el mantenimiento de la abstinencia a sustancias psicotrópicas, acudir a las citas con sus terapeutas, la realización de urinocontroles para demostrar abstinencia, buscar un trabajo que le proporcione un medio de vida no delictivo y suficiente para vivir adecuadamente. Por último y no menos importante, se le insiste en la importancia que tiene el que no vuelva a delinquir y demostrar un cambio en dicho sentido (esta situación es de especial dificultad por la larga trayectoria delictiva del paciente y por su carácter y personalidad impulsiva y agresiva).

La evolución del paciente en los diversos campos y objetivos no es uniforme. Debido principalmente a su carácter y personalidad. Le cuesta mucho aceptar normas, bromas o comentarios de sus compañeros de trabajo o de sus jefes. Esta cuestión, unida a la falta de experiencia profesional, le lleva a cambiar en pocos meses varias veces de trabajo, a la desmotivación laboral y a volver a replantearse volver a una actividad delictiva como fuente de ingresos.

Se le plantea una interconsulta con psiquiatra con el fin de controlar su impulsividad y evaluar la aparición de sintomatología paranoica (me persiguen, quiero pegar una paliza a un “madero”, me miran mal) sin estar unidas a un consumo específico de drogas. El paciente sí que reconoce haber tomado algún “porro” y alguna “pastilla” pero sin continuidad no en grandes cantidades porque sabe cómo le pueden afectar y no quiere experimentarlo.

Con la medicación prescrita y con un mayor apoyo psicoterapéutico el paciente se va estabilizando pero se queja de estar “demasiado dormido”. Es durante esta situación que se le vuelve a comentar la formación prelaboral y finalmente acce-

de a realizar un curso remunerado con una beca. Lo inicia con gran ilusión pero una vez finalizado y volviendo a la búsqueda de empleo se comienza a desilusionar ya que no consigue ningún empleo en los meses siguientes. Termina por refugiarse en casa, no sale, no come adecuadamente, vuelve al consumo de hachís y abandona prácticamente la búsqueda de empleo. Sí que se consigue que continúe con el tratamiento farmacológico y la psicoterapia, así como, con el apoyo en la búsqueda de empleo mediante un centro oficial y la asociación en la que estuvo anteriormente. También se le derivó a la realización de un curso de habilidades sociales con el fin de mejorar posteriormente la estabilidad laboral.

Mientras tanto, se trabajan las diversas causas judiciales que tiene consiguiendo progresivamente la aplicación del artículo 87 del Código Penal.

Resumiendo, diremos que los informes presentados por el CAID, la buena evolución (aunque en ocasiones fuese irregular) del paciente y los cambios en su estilo de vida, el apoyo de la asociación para la inserción laboral y sin duda el apoyo institucional del Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información y Atención al Detenido (SAJIAD) fueron los determinantes de dicho logro. Las causas por orden de ejecución:

- Juzgado de Ejecuciones Penales nº X Madrid: causa 3.02.2005: delito contra la salud pública y falsificación en documento oficial a la pena de un año y seis meses de prisión. Solicita suspensión de la pena por art. 87 C.P. y el Ministerio Fiscal no se opone por lo que se concede la suspensión por cinco años a pesar de no concurrir las condiciones 1º y 2º del art. 81.CP., se condiciona a no volver a delinquir en dicho plazo y a no abandonar tratamiento e informes periódicos.
- Juzgado de Ejecuciones Penales nº X Madrid: causa 25.02.2005: delito de hurto a seis meses de prisión. No constando condenas anteriores. Se aplica suspensión de la pena por art. 80 C.P. y se concede la suspensión por dos años a pesar de no concurrir las condiciones del art. 81C.P. sobre la Responsabilidad Civil, se condiciona a no volver a delinquir en dicho plazo y a no abandonar tratamiento e informes periódicos.
- Juzgado de Ejecuciones Penales nº Y Madrid: causa 19.05.2005: Delito de robo con violencia e intimidación con uso de armas (art. 242.2 y 2 C.P.) Solicita suspensión de la pena por art. 87 C.P. y el Ministerio Fiscal se opone. Se concede la suspensión por cinco años a pesar de no concurrir las condicio-

nes 1º y 2º del art. 81 C.P. se considera el informe de los profesionales del CAID que asumen el seguimiento y control del tratamiento del penado y aconsejan, dados los cambios operados en el mismo, mantener el tratamiento en el CAID para conseguir la adecuada reinserción y rehabilitación del paciente. Se condiciona a no volver a delinquir en dicho plazo y a no abandonar tratamiento e informes mensuales.

En este caso real se puede apreciar, en contraposición con el anterior, que aunque el paciente ha tenido una evolución terapéutica inestable, nunca ha perdido el contacto con el CAID y se ha podido continuar trabajando con él, circunstancias que han tenido en cuenta el Juzgado para las suspensiones de las penas. Actualmente continúa en tratamiento en el CAID y con la mayoría de sus objetivos terapéuticos cumplidos o en vías de cumplirse. No ha vuelto de delinquir.

e. Medidas de seguridad

Nos referimos a los Artículos 96 y 102 del C.P. por el cual se puede acordar la medida de seguridad que decidan el Juez o Tribunal.

Esta Medida puede ser Privativa de Libertad cuando la medida sea el internamiento en un Centro de deshabitación o, no privativa de libertad cuando se apliquen las medidas del Artículo 105 C.P.

El Artículo 102 del C.P. establece en su apartado primero que están exentos de responsabilidad penal según el Artículo 20-2 C.P. y que le podrá ser aplicada una medida de internamiento en un centro de deshabitación. También cualquier otra del apartado 3 del Artículo 96 del C.P.

El Artículo 104 del C.P. establece que para los supuestos de eximente incompleta del Artículo 20 C.P. se podrá imponer las medidas de los Artículos 101, 102 y 103 C.P., según lo dispuesto en el Artículo 99.1 C.P.

Artículo 96 del C.P.:

1. Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.
2. Son medidas privativas de libertad:
 - 1ª. El internamiento en centro psiquiátrico.
 - 2ª. El internamiento en centro de deshabitación.

Artículo 102 del C.P.: Para el inimputable conforme al artículo 20.2ª.

1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2º del artículo 20 se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia.
2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.
(...)

Artículo 104 C.P.: Para el semiinimputable conforme al artículo 20.1ª, 2ª ó 3ª.

En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1º, 2º y 3º del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la pena prevista por el Código para el delito. Para su aplicación se observará lo dispuesto en el artículo 99.I CP

El cumplimiento de las medidas de seguridad viene recogido en el Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo. En su Capítulo V recoge el cumplimiento de determinadas medidas de seguridad.

Veamos dos ejemplos de la aplicación de posibles medidas de seguridad en pacientes del CAID.

Caso RO

Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid Sección nº 3. Aplica art. 87 C.P. tras solicitarlo en ejecutoria, con seguimiento por médico forense y CAID.

El paciente realiza una irregular asistencia al tratamiento propuesto que tras incumplimiento de asistencia a las citas con médico forense, el Juzgado ordena la revocación de la suspensión de la pena y el ingreso en prisión.

Su abogado solicita la aplicación de una medida con recurso e ingreso en centro cerrado en aplicación el art. 84 C.P. Se le concedió la medida en aplicación del art. 104 C.P e ingresó en un Centro privado para deshabitación y posterior tratamiento.

Caso EC

En noviembre de 2006 se pide al CAID por parte de SAJIAD informe, para un Juzgado de lo Penal, sobre el tratamiento realizado por EC en nuestro Centro y entre otras cuestiones les exponemos que consideramos que EC debería ingresar en un recurso asistencial donde pueda estar controlada, con el fin de mantener una abstinencia prolongada y poder establecer un diagnóstico psiquiátrico (hay sospechas de padecer una esquizofrenia no filiada) y un control de sus diversas patologías orgánicas (VIH estadio C3) y en el que se puedan trabajar hábitos de autocuidado y responsabilidades mínimas mediante un entorno flexible a su evolución.

Con posterioridad, se nos comunica por parte del SAJIAD que hay una sentencia en la que se aplica a EC una medida de internamiento en Centro cerrado en aplicación del Artículo 105 del C.P. por la eximente completa según el Artículo 20.2 del C.P., y se nos pide consejo sobre el recurso más adecuado para lo cual enviamos un nuevo informe.

Lamentablemente el Centro Psiquiátrico propuesto por el CAID hizo una valoración negativa para el ingreso de EC debido al enorme riesgo existente, por parte de la paciente, de escapar del recurso y no disponer de las medidas y medios necesarios para impedirlo.

En junio de 2007 se recomienda al Juzgado por parte de SAJIAD que no existiendo ningún recurso civil adecuado para el cumplimiento de la medida judicial se le solicite ingreso en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent.

En julio de 2007 ingresa en el CP de Madrid V por otra causa judicial. En agosto de 2007 su madre nos llama para comentarnos que está cumpliendo una causa de siete meses (más lo que tenga pendiente) y está en el CP de Zaragoza. Así mismo, nos manifiesta que estaba ingresada en el módulo de enfermería.

f. Los trabajos en beneficio de la comunidad como pena sustitutiva de la responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa. Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo

En la actual regulación de nuestro Código Penal se han suprimido las penas cortas privativas de libertad, esto es, inferior a seis meses, por el claro efecto desocializador que tenían sin posibilidad alguna de acometer tratamientos. Junto a ello, la sustitución permite convertir penas inferiores a un año en otras formas de cumplimiento ajenas al sistema carcelario puro, como son los arrestos de fin de semana, los arrestos domiciliarios, los trabajos en beneficio de la comunidad o incluso la multa, en su nueva versión de multa proporcional.

Entre las medidas de seguridad que pueden adoptarse por el Juez están las reguladas por el Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad.

La pena de trabajos en beneficio de la comunidad actúa como sustitutiva del denominado arresto sustitutorio en caso de impago de una multa que ha sido originariamente impuesta en la sentencia firme (José Luis Gómez Arroyo. Mayo 2003. Noticias Jurídicas). En esta línea, el art. 53.1º del C.P. apunta, para el caso de que la sanción se base en el sistema de "días-multa", que *"Si el condenado no satisficere, voluntariamente o por vía de apremio, la multa impuesta, quedará sujeto a una responsabilidad personal subsidiaria de un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas, que podrá cumplir en régimen de arrestos de fin de semana."*

También podrá el Juez o Tribunal, previa conformidad del penado, acordar que la responsabilidad subsidiaria se cumpla mediante trabajos en beneficio de la comunidad. En este caso, cada día de privación de libertad equivaldrá a una jornada de trabajo”.

En el supuesto de que la sanción económica incumplida sea una “multa proporcional”, el art. 53.2º C.P. asienta que *“los Jueces y Tribunales establecerán, según su prudente arbitrio, la responsabilidad subsidiaria que proceda, que no podrá exceder, en ningún caso, de un año de duración. También podrá el Juez o Tribunal acordar, previa conformidad del penado, que se cumpla mediante trabajos en beneficio de la comunidad”.*

Fin de la suspensión de la pena.

Transcurrido el plazo de suspensión sin haber delinquido el sujeto, el Juez o Tribunal acordará la remisión de la pena si se ha acreditado la deshabituación o la continuidad del tratamiento del reo. De lo contrario, ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años.

Subsidio de desempleo.

En aquellos casos en los que el paciente ha estado con una suspensión de condena y no ha trabajado por diversas circunstancias no achacables al mismo, la legislación establece que tiene derecho a solicitar el pago de un subsidio de desempleo en las mismas condiciones que si hubiera estado preso.

La legislación correspondiente es la Ley 36/1999, de 18 de octubre, de concesión del subsidio de desempleo y de garantías de integración sociolaboral para los delincuentes toxicómanos que hayan visto suspendida la ejecución de su pena de conformidad con lo previsto en la legislación penal.

Artículo 1. Beneficiarios del subsidio por desempleo.

Asimismo, se entenderán comprendidas en dicha situación las personas que hubiesen concluido un tratamiento de deshabituación de su drogodependencia,

siempre que el mismo hubiera durado un período superior a seis meses y hayan visto remitida su pena privativa de libertad en aplicación de lo previsto en el artículo 87 del Código Penal».

Lo cierto es que no suele ser frecuente que los pacientes sometidos a la sustitución de una pena en base al artículo 87 del CP se vean favorecidos por este beneficio pues suelen o bien cobrar ya alguna otra prestación social o laboral, o bien intentan trabajar.

Hasta aquí el repaso de las diversas situaciones penales que suelen presentarse con drogodependientes. Evidentemente siempre desde un planteamiento general ya que cada caso particular dependerá de muchas y variadas circunstancias que no siempre podemos prever.

GLOSARIO DE TÉRMINOS QUE APARECEN:

AAD: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

CAD: Centro de Atención al Drogodependiente.

CAID: Centro de Atención Integral al Drogodependiente.

CP: Centro Penitenciario.

CP: Código Penal.

EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España.

ESTUDES: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias.

JVP: Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.

INT: Instituto Nacional de Toxicología.

LC: Libertad Condicional.

LEY ENJUICIAMIENTO CRIMINAL: Ley Orgánica 5/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de perfeccionamiento de la acción investigadora relacionada con el tráfico ilegal de drogas y otras actividades ilícitas graves.

LOP: Ley Orgánica Penitenciaria.

LSD: Alucinógeno de síntesis obtenido inicialmente con un derivado de un alcaloide del cornezuelo de centeno.

MDA: La *píldora del amor* o MDA se sintetizó en Alemania en 1910 y combina los efectos de la anfetamina y el L3 mescalino.

MDMA: Droga modificada cuya fórmula es 3,4-metilenedioxianfetamina. El MDMA, también conocido como *éxtasis*, fue patentado en 1914 en Alemania por los laboratorios Merck como supresor del apetito, pero nunca se llegó a comercializar.

PMM: Programa de Mantenimiento con Metadona.

PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas.

RP: Reglamento Penitenciario.

SAJIAD: Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información y Atención al Detenido.

SPEED: Es clorhidrato de metanfetamina, Al speed se le conoce, también, como *hielo*.

SSP: Servicios Sociales Penitenciarios.

STP: (*Serenity-Tranquility-Peace*) Sustancia sintetizada por primera vez en 1963. Es un poderoso alucinógeno sintético de estructura anfetamínica empleado como sustituto del LSD.

STS: Sentencia del Tribunal Supremo.

THC: δ -9-tetrahidrocannabinol.

TS: Tribunal Superior de Justicia.

UAD: Unidad de Atención a Drogodependientes.

BIBLIOGRAFÍA

- BELLATI, CARLOS ALBERTO (2000), "Inimputabilidad provocada por el agente. La doctrina de la Actio Libera in Causa. Estados de embriaguez.". Noticias Jurídicas.
- CARRASCO GOMEZ J. J., MAZA MARTÍN J. M. (1999) Manual de Psiquiatría Legal y Forense. Ed. La Ley Actualidad, Madrid.
- CONDE-PUMPIDO TOURÓN, CÁNDIDO, (1993) "La delincuencia funcional: el tratamiento penal del drogodependiente que delinque"; en AA.VV.: Delitos contra la Salud Pública. Cuadernos de Derecho Judicial, XXI. Consejo General del Poder Judicial. Madrid, pp. 203-233.
- DELGADO, S; TORRECILLA JIMENEZ, J.M (2002): "Medicina legal en drogodependencias". Agencia Antidroga. Madrid.
- FERNÁNDEZ LEIVA, M.A., DE VICENTE ZUERAS, I (Julio 1993), "Servicio de atención a las drogodependencias l'Hopitalet de Llobregat", revista de Trabajo Social y Salud, nº 15, Barcelona.
- GAÑAN BARROSO, A y GORDON NUEVO, B (1997): "Utilidad de los tratamientos alternativos a prisión como facilitadores de la reinserción social en drogodependientes delincuentes" SIAD y PNSD.
- GÓMEZ ARROYO, JOSÉ LUIS (2003): "Apuntes sobre la pena de trabajos en beneficio de la comunidad". Noticias Jurídicas.
- GÓMEZ RECIO, FERNANDO (2005): "El delito de tráfico de drogas tras la LO 15/03, o la definitiva pérdida del sentido de la medida". Noticias Jurídicas.
- GONZÁLEZ ZORRILLA, CARLOS (1990): "Remisión condicional de la pena y drogodependencia (Artículo 93 bis del Código Penal)"; en AA.VV.: Delitos contra la Salud Pública (Tráfico Ilegal de Drogas). Comentarios a la legislación Penal, t, XII. Edersa. Madrid, pp. 1-30.
- JIMÉNEZ GARCÍA, JOAQUÍN (1995): "Alternativas a la prisión en caso de drogodependencia" en Actualidad Penal, pp.129-142.
- IÑIGO BARRIO, C. (Coordinadora) (2005): "Sanidad Penitenciaria: dilemas médicos-legales". Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.
- LUDEÑA BENITEZ, OSCAR DANIEL (2002): "Breve estudio sobre la Libertad Condicional: teoría y práctica". Noticias Jurídicas.
- MARÍN CASTÁN, FRANCISCO (1993): "Drogadicción e imputabilidad en la jurisprudencia del Tribunal Supremo"; en AA.VV.: "La imputabilidad en general en el Derecho Penal". Cuadernos de Derecho Judicial, XVII. Madrid, pp. 281-320.
- MARÍN FERNANDEZ, A. (1998): "Problemas legales del drogodependiente", en V ENCUESTRO NACIONAL Y SU ENFOQUE COMUNITARIO, Chiclana (1998).
- PRIETO SÁNCHEZ, J.Mª. (2005) Revista del Colegio de Abogados de Lleida, nº 34, pág 12.
- SERRAT MORÉ, Dolores. (2003): "Problemas médico-legales del consumo de drogas". ADICCIONES, 2003. Vol.15, nº. 1,Pág. 77-89.

LA VALORACION SOCIAL EN DISCAPACIDAD, ¿COMPLEMENTARIA?

Alberto Gil Blázquez

DTS Col. nº M-6.046

Dirección General de Coordinación de la Dependencia

Comunidad de Madrid

Natividad Moya Sánchez

DTS Col. nº M-2.367

Centro Base Nº9 de Atención de Personas con Discapacidad

Comunidad de Madrid

RESUMEN

La reflexión que sigue, a continuación, pretende poner en cuestión que la valoración social en la determinación del grado de discapacidad/minusvalía sea un aspecto complementario y, por ende, cuestionar la vigencia de determinados documentos legislativos que, a menudo, consideramos como verdades absolutas en nuestro quehacer profesional. Más concretamente, nos referimos al Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía que regula, en la actualidad, el Reconocimiento del Grado de Discapacidad/Minusvalía. Este documento no está actualizado y no recoge el actual marco conceptual de la discapacidad elaborado y propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que la consideración que hace de la dimensión social es complementaria.

PALABRAS CLAVE

Discapacidad. Perspectiva social. Factores sociales complementarios. Dependencia. Adaptación razonable. Calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

En este artículo pretendemos demostrar la importancia de la dimensión social en la discapacidad. Esta afirmación se basa en las siguientes argumentaciones:

- La legislación no es un elemento estático sino dinámico. Las regulaciones deben estar adaptadas al momento presente y, más si cabe, cuando nos referimos a aspectos sociales, esencialmente dinámicos.
- La perspectiva social es un factor determinante en la discapacidad. El entorno, en el cual se desenvuelve la persona, va a facilitar u obstaculizar su proceso de normalización.
- El trabajador social del EVO (Equipo de Valoración y Orientación) de los Centros Base (centros de valoración y atención especializada en discapacidad) representa la perspectiva social de la discapacidad.

A día de hoy, la puntuación del trabajador social en la resolución del grado de discapacidad/minusvalía es muy limitada, complementaria y relevante, sólo en determinados casos.

Finalmente, se realizará una breve consideración de lo que ha supuesto la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y la decisiva influencia del contexto social.

Asimismo, entiéndase esta reflexión, como unos pensamientos que, simplemente, han surgido de la práctica profesional y que, a nuestro entender, vienen avalados por la situación real de las personas con discapacidad y por los documentos y datos, tanto a nivel nacional e internacional.

PANORAMA ACTUAL

A nivel internacional, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona.

De este modo, se puede concluir que la discapacidad es un concepto global e integral, que ya no responde a un modelo biomédico sino que se trataría, más

bien, de un modelo bio-psicosocial, que permite integrar los modelos biomédicos y sociales, tradicionalmente alternativos, en uno integrador que recoge todas las variables implicadas en el proceso de la discapacidad.

Fruto de esta concepción, la Organización Mundial de la Salud propone el Modelo del Funcionamiento y de la Discapacidad recogido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud, CIF (OMS, 2001), que define el funcionamiento del individuo en términos de interacción entre la condición de salud y los factores contextuales, es decir, entre la persona y su entorno. En él se utiliza el término “discapacidad” como el nombre genérico que engloba tres componentes: “deficiencias”, a nivel corporal; “limitaciones en la actividad”, a nivel individual; y “restricciones de la participación”, a nivel social. Se trata de tres dimensiones diferentes asociadas a un problema de salud que interactúan entre sí y con los factores contextuales (factores ambientales y personales). En este modelo, se definen los componentes de la discapacidad de la siguiente manera:

- **Deficiencias:** pérdidas o desviaciones en las funciones o estructuras corporales.
- **Actividad:** es la realización de una tarea por parte de una persona.
- **Participación:** es el acto de involucrarse en una situación vital (personal o social).
- **Factores contextuales:** constituyen el trasfondo, tanto propio como externo, de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los factores personales y los factores ambientales, que pueden tener una influencia positiva o negativa en la realización de actividades o en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad, pueden ser:
 - Facilitadores. Son todos aquellos factores que cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad (disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, existencia de servicios de apoyo,...), previenen o evitan que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación.
 - Barreras/obstáculos. Factores del entorno que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad (ambiente físico inaccesible, producto no utilizable por todos o servicio existente que, sin embargo, no es válido para personas con discapacidad).

En definitiva, este modelo hace especial hincapié en el entorno y en la interacción entre éste y la persona, convirtiendo al entorno general en facilitador o limitador de la actividad y la participación de las personas con discapacidad.

Esta clasificación fue aceptada por 191 países, entre ellos España y aunque este nuevo marco conceptual ya se va recogiendo en diferentes documentos y normativas españolas sobre discapacidad, e incluso dependencia, en la práctica esto aún no se ve reflejado y más concretamente en el tema que nos estamos refiriendo, la valoración del grado de discapacidad.

Otro documento de gran relevancia es La Convención sobre Derechos de las Personas con discapacidad (ONU 2006), ratificada por el Gobierno español el 3 de diciembre de 2007, que en su Preámbulo reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. El texto de la Convención entiende como personas con discapacidad a “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Este documento establece una relación detallada de derechos y un código de aplicación. Esto conlleva la eliminación de las barreras para la participación y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, la promoción de las condiciones para su máxima independencia y el desarrollo de su plena capacidad física, mental, social y profesional.

El texto propone a los países su implicación en la elaboración y puesta en práctica de políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos en la propia Convención, para cambiar la percepción sobre la situación de las personas con discapacidad, combatiendo los estereotipos y prejuicios y promoviendo la conciencia de las capacidades de esas personas y su contribución a la sociedad.

La Convención pretende ser un instrumento para que los gobiernos introduzcan cambios en sus legislaciones con el objetivo de mejorar y promover el acceso a la educación y al empleo de las personas con discapacidad, el acceso a la información y sistemas de salud adecuados así como a movilizarse sin obstáculos físicos ni sociales, proteger y garantizar el disfrute y la igualdad plena con el resto de las personas en áreas como la participación en la vida pública y en el bienestar social.

Forman parte del articulado de la Convención, la igualdad de derechos con el resto de los ciudadanos, la accesibilidad al entorno, al transporte, a la información o comunicaciones, un sistema de apoyos personales y residencias, la protección social o el derecho a un empleo, y se hace, además, especial referencia a los niños y mujeres con discapacidad.

A nivel europeo, destaca el Plan de Acción 2005-2016 del Consejo de Europa para las personas con discapacidad que tiene por objeto incluir los fines y objetivos del mismo en materia de derechos del hombre, de no discriminación, de igualdad de oportunidades, de ciudadanía y de participación de pleno derecho de las personas con discapacidad en un marco europeo relativo a la discapacidad. Establece un marco general, flexible y adaptable en función de las condiciones propias de cada país, que debe servir de hoja de ruta a los que toman decisiones para permitirles concebir, ajustar, dar un nuevo enfoque y aplicar planes y programas apropiados y estrategias innovadoras. Este Plan de Acción para las personas con discapacidad reconoce el principio fundamental según el cual, la sociedad tiene el deber o la obligación para con todos sus miembros de procurar que los efectos de la discapacidad se minimicen mediante el apoyo activo a modos de vida sanos, entornos más seguros, asistencia sanitaria apropiada, rehabilitación y solidaridad social.

El Plan propone un instrumento práctico para concebir y aplicar estrategias viables a fin de conseguir la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad e integrar las cuestiones relativas a la discapacidad en todas las áreas políticas de los Estados miembros. Comprende recomendaciones de acciones específicas a emprender a escala nacional y recuerda la existencia de grupos vulnerables de personas con discapacidad que se enfrentan a obstáculos y problemas específicos que requieren medidas transversales. Anima a los Estados miembros a satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad, proporcionando servicios innovadores de calidad y consolidando las disposiciones ya existentes.

Considera a las organizaciones no gubernamentales de personas con discapacidad interlocutores competentes y cualificados para la elaboración de las políticas, a las que es conveniente consultar como partes implicadas ante cualquier decisión que pueda tener una repercusión en su vida.

A continuación, nos centraremos en analizar el marco legislativo e institucional actual de la discapacidad en España.

La aprobación de la Constitución Española de 1978 marca el punto de partida de evolución de las políticas de discapacidad en España. En la época anterior, ésta se había caracterizado por poseer un marcado carácter benéfico y asistencial.

En la actualidad, a nivel estatal el organismo encargado de las políticas sobre discapacidad es el Ministerio de Sanidad y Política Social, aunque éstas implican a otros ministerios, debido fundamentalmente al carácter transversal de las mismas.

Los documentos legislativos que hemos de subrayar cómo imprescindibles para entender la configuración de las políticas de discapacidad en España, son la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad (LIONDAU) que actualiza la LISMI.

Esta última ley adopta el modelo de la CIF (OMS, 2001). Por esta razón, vamos a detenernos en su estudio, ya que reconoce la trascendencia de la perspectiva “entorno” en el proceso de normalización de la persona con discapacidad, superando la reduccionista perspectiva biomédica. Así, esta nueva ley se justifica por dos razones:

- La persistencia en la sociedad de desigualdades, pese a las inequívocas proclamaciones constitucionales y al meritorio esfuerzo hecho a partir de aquella ley y, lo que es más importante todavía, los cambios operados en la manera de entender el fenómeno de la “discapacidad” y, consecuentemente, la aparición de nuevos enfoques y estrategias. Hoy es sabido que las desventajas que presenta una persona con discapacidad tienen su origen en sus dificultades personales, pero también y sobre todo, en los obstáculos y condiciones limitativas que en la propia sociedad, concebida con arreglo al patrón de la persona media, se oponen a la plena participación de estos ciudadanos.

Asimismo, establece el marco y principios básicos que posteriormente han desarrollado otras normas y obliga a las Administraciones Públicas a promover la protección jurídica, de fomento de la calidad, de desarrollo de actividades de información y campañas de sensibilización, así como de innovación técnica en las áreas relacionadas con la discapacidad.

El reconocimiento del derecho de igualdad de oportunidades provocó que se establecieran medidas contra la discriminación, medidas de acción positiva y medidas sobre accesibilidad para hacerlo efectivo.

Los ámbitos en que se aplica esta Ley son los de telecomunicaciones y sociedad de la información, espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación, transportes, bienes y servicios a disposición del público y relaciones con las Administraciones Públicas. Cada uno de estos ámbitos, se trata en las normas de desarrollo de la Ley, en la que se señala la obligación de que todos los entornos, productos y servicios deben ser abiertos, accesibles y practicables para todas las personas gradual y progresivamente. Para ello determina unos plazos y calendarios en la realización de las adaptaciones necesarias.

En cumplimiento de esta Ley, se ha regulado el uso de la lengua de signos y los medios de apoyo a la comunicación oral, el reforzamiento del diálogo social con las asociaciones representativas de las personas con discapacidad, la creación del Consejo Nacional de la Discapacidad, la creación de un sistema arbitral para las quejas y reclamaciones de las personas con discapacidad y de un régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades y no discriminación.

Otro aspecto de relevancia capital de esta Ley, es el cambio en la determinación de persona con discapacidad, incluyendo dentro de este concepto a los pensionistas de incapacidad laboral permanente (cuestión ésta que, por desgracia, en la práctica no está aún resuelta): “A efectos de esta Ley, tienen la consideración de personas con discapacidad aquéllas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento. En todo caso, se considerarán afectados por una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad”.

La idea de accesibilidad universal, igualmente aportada por esta Ley, significa que un entorno es plenamente accesible, cuando todos los caminos de ese entorno son accesibles, de modo que una persona con discapacidad no vea interrumpida o dificultada la realización de sus actividades porque uno de los caminos, un entorno o espacio, no es accesible y no le permite avanzar en su recorrido de forma autónoma.

Esto supone un cambio cualitativo, ya que durante mucho tiempo, el concepto de accesibilidad ha hecho referencia únicamente a las mejoras en los entornos físicos (eliminación de barreras arquitectónicas). Este concepto ha evolucionado,

y actualmente, se entiende por accesibilidad un extenso conjunto de medidas muy diversas que deben ser tenidas en cuenta en la elaboración de las estrategias políticas o sociales, de modo que la accesibilidad sea universal o integral.

La regulación sobre accesibilidad se contiene, básicamente, en la Ley de Igualdad de Oportunidades y en las normas que la desarrollan, donde se regulan las condiciones básicas de accesibilidad en cada uno de sus ámbitos de intervención: telecomunicaciones y sociedad de la información, espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación, transportes, bienes y servicios a disposición del público y relaciones con las Administraciones Públicas.

También en desarrollo de dicha ley, el I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012 tiene como objetivo principal alcanzar la accesibilidad universal de todos los entornos, productos y servicios para superar las barreras que discriminan a las personas con discapacidad.

El empleo es un elemento esencial, para garantizar la igualdad de oportunidades para todas las personas y contribuye decisivamente en la participación plena de los ciudadanos en la vida económica, cultural y social, así como a su desarrollo personal. Las personas con discapacidad, especialmente aquéllas que presentan una discapacidad severa, conforman un grupo con altos niveles de desempleo.

Uno de los objetivos básicos de la política de empleo de trabajadores con discapacidad es su integración en el sistema ordinario de trabajo o, si no es posible, su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido. Para el cumplimiento de este objetivo, la normativa contempla diferentes medidas que fomentan el empleo de los trabajadores con discapacidad, tales como el establecimiento de un sistema de intermediación laboral, el empleo con apoyo, los enclaves laborales, o la regulación de medidas de acción positiva en las políticas activas de empleo (reserva de puestos, subvenciones por la contratación, bonificaciones en las cuotas de la Seguridad Social, desgravaciones fiscales, etc.).

A nivel estatal, como consecuencia, de las dificultades en el acceso y mantenimiento en el empleo de las personas con discapacidad, y de acuerdo con los interlocutores sociales y las organizaciones representativas de las personas con discapacidad, se ha aprobado la “Estrategia global de acción para el empleo de las personas con discapacidad 2008-2012”, que contiene un calendario de iniciativas y medidas normativas, programáticas y presupuestarias, dirigidas a promover la empleabilidad de las personas con discapacidad y su integración laboral.

Finalmente, a nivel autonómico, hemos de reseñar el Plan de Acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid 2005-2008, que adopta la definición y conceptualización de la discapacidad del modelo de la CIF e insiste en que la discapacidad no puede ser definida, solamente por las posibles deficiencias o estructuras corporales, sino que precisa de la delimitación del contexto en que la persona se desarrolla. Llega aún más lejos al concretar que, las limitaciones en las actividades se convierten en discapacidad como consecuencia de su interacción con un entorno que no le proporciona los apoyos suficientes para reducir esas limitaciones funcionales.

Asimismo, se inspira en las orientaciones europeas y asume, como objetivos fundamentales, los principios de la Declaración de Madrid realizada con motivo del Congreso Europeo de Personas con Discapacidad (2002). Éstos son la no discriminación y la acción positiva como instrumentos básicos de las políticas de inclusión. Del mismo modo, incorpora la filosofía de la Declaración de la II Conferencia Europea de Ministros responsables de políticas de integración de personas con discapacidad (Málaga 2003), que avala la necesaria adopción de un enfoque integrado en la elaboración de políticas dirigidas a personas con discapacidad y la participación de las mismas en su diseño.

Este Plan distingue entre necesidades generales y específicas. Encuadradas dentro de las necesidades generales, distingue entre necesidad de vida independiente, de accesibilidad universal y la perspectiva de género, consistente en la necesidad de mujeres y niñas con discapacidad de obtener una igualdad de oportunidades que se expresa en la inclusión de esta perspectiva de género en cualquier análisis o política sobre discapacidad. Las necesidades específicas, las identifica, organizadas en cinco aspectos principalmente en torno a las competencias de la Comunidad de Madrid y a las actividades de la persona (atención social, educación, sanidad, empleo, cultura, ocio y deporte) y una más (formación específica e investigación) que destaca las necesidades de los profesionales implicados y del aumento del conocimiento del que disponemos acerca de la discapacidad. Finalmente, añadir que las competencias de la Comunidad de Madrid sobre discapacidad, se encuentran centralizadas en la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, concretamente dentro de la Dirección General de Servicios Sociales y de Coordinación de la Dependencia.

Una vez expuesta la normativa y documentos a nivel nacional e internacional, observamos la evolución hacia una mayor consideración de la “perspectiva entorno” a la hora de la configuración de la discapacidad. Sin embargo, en el procedimiento de reconocimiento del grado de minusvalía posee, todavía, un carác-

ter accesorio. La valoración social sólo se considera cuando su discapacidad física y/o psíquica obtiene un 25%, si es inferior a esta puntuación, no se tiene en cuenta la calificación de los aspectos sociales.

SIGLO XXI: UNA NUEVA VISIÓN DE LA DISCAPACIDAD PARA UN NUEVO SIGLO. MODELO DE CIUDADANÍA = GARANTÍA DE DERECHOS

En los primeros años de este siglo, asistimos a una apuesta fuerte para asegurar la igualdad de las personas con discapacidad a través del reconocimiento de sus derechos, y, lo que es más importante, por el ejercicio de los mismos en igualdad de condiciones que los demás integrantes de la sociedad.

No es tiempo ya, para que en una sociedad como la actual no tengan cabida como iguales los ciudadanos con discapacidad. Los cambios experimentados en todo el mundo, nos plantean desafíos de orden económico, social, demográfico, cultural y tecnológico que hemos de estar dispuestos a abordar. Procesos como el envejecimiento de la población, incluso de la población con discapacidad, evidencian las ventajas de un entorno social donde tenga cabida la diversidad; la revolución tecnológica nos plantea el reto de velar para que nadie quede excluido de las nuevas formas de comunicación y de acceso a la información, que constituyen, cada vez más, la base de las relaciones humanas; y, no se puede olvidar el esfuerzo y el trabajo del movimiento asociativo por ser protagonistas de su propia vida y partícipes de los asuntos que les conciernen en las instancias pertinentes, en definitiva, por ser ciudadanos como el resto. Se ha recorrido un largo camino desde enfoques asistencialistas y los modelos de intervención “medicalizados”, evolucionando del modelo social a un modelo garantista de derechos y libertades fundamentales, cuyo reto en este siglo es el de su consolidación.

LA DISCAPACIDAD EN ALGUNAS REGIONES DEL MUNDO

América Latina y el Caribe:

En América Latina y el Caribe (ALC) existen al menos 50 millones de personas con algún tipo de discapacidad, en otras palabras, aproximadamente el 10% de la población de la región.

Aún cuando los métodos utilizados para recopilar información difieren mucho de un país a otro, un reciente estudio realizado en Brasil calcula que el 14,5% de la población de ese país sufre de algún grado de discapacidad. La incidencia es especialmente alta en países que vivieron algún conflicto reciente y en zonas donde prevalecen los desastres naturales.

La discapacidad es a la vez causa y efecto importante de la pobreza y cerca del 82% de los discapacitados de la región son pobres. Esta pobreza en la mayoría de los casos también afecta a los demás miembros de la familia.

Las personas con alguna discapacidad suelen verse excluidas, de manera generalizada, de la vida social, económica y política de la comunidad, ya sea debido a la estigmatización directa o a la falta de consideración de sus necesidades en el diseño de políticas, programas y servicios. A menos que estas personas sean integradas a las actividades del desarrollo, será muy difícil alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio antes del año 2015.

La superación de los obstáculos y la creación de condiciones propicias para que las personas con discapacidad aporten al desarrollo económico y social de su país pueden ayudar a reducir los niveles de pobreza de toda la comunidad. Si analizamos varios indicadores sociales en esta región nos encontramos con los siguientes datos:

- **Educación:** Sólo entre el 20% y el 30% de los niños con discapacidad asisten a la escuela en la región. Esta baja asistencia se debe a una grave falta de transporte, capacitación de maestros, materiales didácticos y acceso a infraestructura escolar adecuados para estos niños. Además de los obstáculos evidentes como los anteriores, las barreras psicológicas suman más problemas que impiden obtener una educación inclusiva de buena calidad. En Honduras, la tasa de analfabetismo entre las personas con discapacidad es de 51%, mientras que, para la población en general el indicador alcanza al 19%.
- **Empleo:** Entre el 80% y el 90% de las personas con discapacidad en ALC están desempleados o no integrados a la fuerza laboral y casi todos aquellos que sí tienen trabajo reciben salarios muy bajos o ninguna compensación monetaria. En Argentina, se calcula que la tasa de desempleo de estas personas es cercana al 91%.
- **Servicios de Salud:** La mayor parte de estas personas afectadas con discapacidades de la región, no tienen acceso a servicios de salud y tampoco disponen de acceso físico a los edificios que albergan estos servicios; además, las probabilidades de que sean rechazados por los seguros de salud es mu-

cho más alta. Esto significa que no se entregan servicios o dispositivos importantes para ayudar a las personas con discapacidad. En los países que disponen de datos, menos del 20% de estas personas tienen derecho al seguro de salud. En Ecuador, el 84% de las personas con discapacidad carecen de prestaciones de seguro.

La discapacidad en la región árabe¹

Los países de esta región difieren entre sí, en mayor o menor medida, en cuanto a sus características sociales, políticas y económicas, las cuales determinan la manera en que los gobiernos y la sociedad reaccionan ante la discapacidad y la situación de las personas afectadas en esos países.

Asimismo, las guerras y los conflictos armados en que por muchos años se ha visto envuelta la región, han afectado directamente a unos países más que a otros, entre ellos al Líbano, Irak, Palestina y Sudán. Paradójicamente, estas guerras han propiciado un notorio incremento de las cifras de discapacidad en esos países, y al mismo tiempo han impedido que los gobiernos presten los servicios adecuados.

Por otra parte, los países del Golfo Pérsico, que abundan en petróleo, han disfrutado por muchos años las comodidades que depara la prosperidad económica, por lo que hasta en una época muy reciente el cambio social ha constituido una prioridad secundaria. Al adoptar sus perspectivas y puntos de vista, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales de esos países no han llegado aún a independizarse plenamente del Estado.

La pobreza, el subdesarrollo y la falta de recursos en algunos países también han influido en la prevalencia de la discapacidad y en la insuficiente reacción de parte de los gobiernos.

Todos estos factores, junto con el papel central de la religión en la vida de los habitantes de la región, determinan la manera en que se abordan los problemas de las personas con discapacidad y, de hecho, la actitud social y oficial hacia ellas.

¹ *La discapacidad en la región árabe: situación actual y perspectivas futuras*. 2006. Hissa Al Thani Relatora Especial de las Naciones Unidas en materia de discapacidades.

La prevención de la discapacidad -a nivel social, de salud y de políticas- ha sido identificada como una prioridad en cada reunión y encuentro mantenidos con funcionarios de la región. Los gobiernos y las organizaciones de personas con discapacidad del Mundo Árabe se han estado ocupando de algunas de las causas más directas de la discapacidad, y han estado discurriendo políticas y programas para hacerles frente. Una de las principales herramientas de prevención que se están empleando son las campañas en medios de difusión para crear conciencia pública.

Como se señaló anteriormente, las guerras, los conflictos civiles y sus consecuencias, como las minas terrestres y las municiones sin estallar, contribuyen en gran medida a la prevalencia de la discapacidad. Aun cuando no se dispone de estadísticas precisas con respecto a la discapacidad causada por la guerra, estimaciones informales y la observación de personas experimentadas han permitido determinar, de forma aproximada, que por cada persona que muere tres quedan con una discapacidad permanente.

Las discapacidades derivadas de accidentes de tráfico han ido en aumento a medida que se elevan los niveles de vida. Lo anterior, se ha transformado en un grave problema en muchos países de la región, y ni la educación pública ni las campañas para crear conciencia acerca de la seguridad vial y los peligros de la velocidad temeraria no son ni con mucho suficientes para contrarrestar el problema.

Las prácticas sociales también han sido identificadas como factor que contribuye a la prevalencia de la discapacidad. En las sociedades árabes los lazos familiares son preponderantes, y la tradición sigue rigiendo la vida social. Entre las prácticas sociales y familiares tradicionales cabe destacar la de los matrimonios interfamiliares o consanguíneos. Estos tipos de enlaces, más populares en algunos países que en otros, pero practicados en todos, son una de las principales causas de que las discapacidades se perpetúen a lo largo de varias generaciones.

Fuera de los matrimonios interfamiliares, en las comunidades pobres, rurales y/o agrícolas la indigencia, la insuficiente atención de salud prenatal, postnatal y neonatal, lo mismo que la juventud y altas tasas de analfabetismo de las madres, son todas circunstancias que propician el aumento de la discapacidad y exacerbaban sus condiciones entre las mujeres jóvenes y los recién nacidos. Se están adoptando medidas destinadas a elevar la edad legal mínima para casarse, y a impartir a las madres jóvenes capacitación en salud y nutrición, particularmente en las comunidades rurales y más pobres. Así y todo, sin duda no es una exageración señalar que aún queda muchísimo por hacer en el área de la prevención.

La condición general de las personas con discapacidad en las sociedades árabes es la invisibilidad. En particular, las personas con discapacidad intelectual, psicológica o de desarrollo son consideradas un motivo de vergüenza y una carga para su familia, situación que afecta más que a nadie a las mujeres.

Otro desafío que afronta la región tiene que ver con la educación de niños, niñas y adultos con discapacidad. Aún cuando las tasas de analfabetismo varían considerablemente de un país a otro, la UNESCO ha determinado que, para la región en su conjunto, esa cifra asciende al 46% en el caso de las mujeres, y al 25% en el de los hombres. No sería exagerado señalar que la falta de oportunidades de educación para las personas con discapacidad contribuye a los altos porcentajes de analfabetismo observados en la región. Se están realizando esfuerzos para respaldar a las organizaciones de la sociedad civil en el Mundo Árabe, como también para fomentar sus capacidades.

Cualquiera que sea el caso, y en definitiva, la combinación de factores como la falta de recursos, la falta de reconocimiento y creación de conciencia, los sistemas políticos restrictivos y los niveles de desarrollo social y económico hacen que las personas con discapacidad que viven en la región árabe afronten numerosos desafíos.

El mayor desafío que encara la discapacidad en la región, tendría que decir que es la falta de conciencia de los derechos de las personas con discapacidad, a lo cual se suma la ausencia de legislaciones claras y aplicables que protejan esos derechos.

Todavía, existen actitudes, en las que a estas personas, se las describe o denota de manera despectiva y peyorativa. Un área más difícil de abordar, pese a que en términos generales ha mejorado la actitud hacia las personas con discapacidad, es el estigma que rodea las discapacidades psicológicas.

Es importante observar que esas actitudes no se originan en las creencias religiosas islámicas. De hecho, en el Corán son muy escasas las referencias a la discapacidad propiamente como tal. Las alusiones a discapacidades -como la ceguera o la sordera- en el Corán tienen un carácter figurativo (por ejemplo, la ceguera del corazón, o hacerse el sordo ante las enseñanzas divinas). De acuerdo con el especialista en Islam jeque Isse A. Musse, del Consejo Islámico de Victoria (Australia), "el Islam ve la discapacidad como una condición moralmente neutral. No es considerada ni una bendición ni una maldición. A todas luces, la

discapacidad es, por tanto, aceptada como parte inevitable de la condición humana. Se trata simplemente de una realidad de la vida que ha de ser afrontada apropiadamente por la sociedad de la época”.

Otro factor clave para mejorar la situación consiste en redactar, fortalecer, promulgar y aplicar legislaciones que se basen en el principio de igualdad de oportunidades, y que aspiren a lograr la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad. Los parlamentos árabes y los consejos legislativos han demostrado una gran receptividad hacia los simposios, los cuales reúnen a personas con discapacidades, a las organizaciones que las representan y a miembros del parlamento, para que se consagren durante dos días a jornadas de diálogos y análisis estructurados en torno a un derecho específico establecido por las normas uniformes.

No obstante, como señalamos al comienzo, el movimiento por las personas con discapacidad atraviesa una etapa muy interesante en todo el mundo, y la región árabe no es la excepción. Los movimientos mundiales para la defensa de los derechos, cuyos esfuerzos están ejemplificados por la redacción y aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades, han influido poderosamente en la discusión de temas relativos a la discapacidad en el mundo árabe, y hay diversos motivos que nos llevan a pensar que el panorama futuro para las personas con discapacidad en la región es alentador. El proceso de redacción contribuyó enormemente a incorporar en las agendas los temas relativos a la discapacidad y a proporcionar un foro para un debate general en torno a esos asuntos. También fue de utilidad para definir el papel de las organizaciones y para fortalecer las iniciativas de activismo y promoción de intereses emprendidas por los propios afectados. Por último, una de las principales razones para el optimismo respecto de los problemas y los derechos de las personas con discapacidades en la región, es el creciente interés en estos asuntos manifestado por los medios de difusión y los funcionarios gubernamentales, influenciada por la redacción de la Convención.

Datos de la discapacidad en Europa y España

Según estadísticas de Eurostat, hay 37 millones de europeos con alguna discapacidad (14,5%: un 10% con discapacidad moderada y un 4,5% con discapacidad severa). Los índices de paro entre ellos se duplican en comparación con la media comunitaria: trabaja el 46% con discapacidad moderada y sólo el 24% con severa. Según datos del Foro Europeo de la discapacidad, se observa que:

- Más de 50 millones de ciudadanos y ciudadanas de la U.E. presentan alguna discapacidad.
- La oportunidad de llegar a un nivel de educación superior es dos veces menor que en el caso de las personas sin discapacidad. Un 66% de las personas con discapacidad en Europa no pasa de la educación obligatoria y menos del 10% llega a la Universidad.
- Una de cada dos personas con discapacidad nunca ha participado en actividades de ocio, culturales o deportivas. Tampoco ha ido al teatro, al cine, a conciertos o a bibliotecas.
- Buena parte del entorno es todavía inaccesible para este grupo, que junto a otras personas con movilidad reducida representa el 40% de la población.

El dato de los índices de desempleo vincula dos hechos que, desgraciadamente, están íntimamente relacionados la exclusión social y la discapacidad. La mayor parte de las personas con discapacidad declara estar en una situación de extrema pobreza (27,5%) o de pobreza (50%), según el estudio *Discapacidad y Exclusión social en la Unión Europea* del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).

En España hay 3,5 millones (9% de la población): un 58% mujeres, y un 70% personas mayores de 65 años. Las principales discapacidades son en España osteoarticulares (32,8%), mentales (16,7%), auditivas (16,2%) y visuales (15,2%).

LA REFLEXIÓN

Una vez aportados datos sobre la discapacidad en diferentes partes del mundo y haber repasado de manera sucinta el panorama global y local respecto a las políticas de discapacidad, la primera impresión que nos asalta es la labor ingente que está pendiente de realizarse y el panorama desolador que contemplamos en pleno siglo XXI.

Sin embargo, lejos de caer en el desánimo, estos datos nos deben espolear para continuar adelante y avanzar en el pleno disfrute de derechos de la personas con discapacidad.

Asimismo, podemos inferir con la aprobación de documentos tanto a nivel internacional como europeo, que estamos asistiendo a un cambio de paradigma respecto al concepto de discapacidad. Destacamos dentro de estos documentos,

la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Stefan Trömel, director gerente de FEADEM (Federación Empresarial Española de asociaciones de Centros Especiales de Empleo), expone algunos de los cambios que debe generar la ratificación de la Convención: “debería suponer una revisión de todas las políticas y programas desde la óptica de si contribuyen o no al pleno disfrute de los derechos de las personas con discapacidad. Se deberá iniciar un proceso de colaboración administración/sociedad civil para poner al día la legislación y los programas. Así como, crear o adaptar organismos independientes dedicados a la promoción de los derechos de las personas con discapacidad; además de adoptar una legislación amplia de no-discriminación que cubra todos los ámbitos de la Convención”.

Asimismo, se debe aprovechar este proceso para una gran campaña de sensibilización en materia de derechos de las personas con discapacidad. Los países deberán revisar todo lo relativo a la capacidad jurídica y de obrar. Se deberán establecer la exigibilidad de los servicios que garanticen la vida en comunidad o vida independiente, e incrementar aún más los mecanismos de diálogo y participación con las organizaciones representativas de las personas con discapacidad, asegurando la plena independencia de las mismas y su participación en el diseño de todas las políticas que afecten a estas personas.

En este punto, citaremos otra reflexión del investigador neerlandés Aart Hendriks, miembro de la Comisión europea sobre la igualdad de trato, que considera que estas personas (personas con discapacidad) “... tienen poco que esperar de las políticas sociales inspiradas en criterios médicos, en tanto en cuanto estas políticas carecen de un enfoque basado en el respeto igualitario de los derechos humanos”, y que las políticas sociales de beneficencia, aunque pueden contribuir de forma limitada a la mejora de sus condiciones de vida, pueden al mismo tiempo “consolidar las estructuras que causan y perpetúan las desventajas sociales y legales”. Hace referencia al concepto de adaptación razonable, que, como “prestación o modificación de recursos, servicios o dispositivos o el cambio de prácticas para que una determinada persona pueda acceder a una actividad concreta o programa”, no supone ni discriminación ni acción positiva para las personas con discapacidad.

En fin, asistimos a la superación de un concepto asistencialista y caritativo de la discapacidad, tendiendo hacia una conceptualización encuadrada en el plano de los derechos humanos. Una vez consolidado este nuevo concepto, resta la difusión social que posibilitará la igualdad efectiva y real de este grupo social.

Como hemos mencionado con anterioridad, el propósito del análisis de algunos aspectos de la discapacidad tiene como finalidad demostrar el injustificado carácter complementario que se le atribuye a los factores sociales en el reconocimiento del grado de minusvalía. Tal y como demuestran los datos, el entorno en el que se inserta la persona con discapacidad es decisivo en su proceso de normalización. La edad, el desempleo, el bajo nivel cultural, la falta de recursos económicos y/o las barreras de todo tipo son variables negativas (factores sociales complementarios, según el baremo de valoración del grado de discapacidad) para una sociedad en su conjunto. Sin embargo, sumados a la condición de persona con discapacidad supondrá un mecanismo de mayor desigualdad.

Como respuesta a esta situación de discriminación, aparece el modelo social de la discapacidad como base de toda política dirigida a las personas afectadas. Este modelo propone trasladar la responsabilidad desde el individuo con discapacidad que debe ser el que se integre/adapte a una sociedad diseñada para un modelo estándar de ciudadano, hacia una sociedad que, al diseñarse de esa manera restrictiva, discrimina a un grupo importante de sus ciudadanos. Huir del concepto caritativo de la discapacidad. Ver a las personas con discapacidad como “pobrecitos” a los que se debe cuidar es una noción extremadamente nociva para ellas.

El modelo social denuncia que es la sociedad la que debe adaptarse y debe eliminar las barreras que impiden la integración social de las personas con discapacidad.

Otro concepto a destacar, es el de calidad de vida², que está estrechamente ligado a la posibilidad de tomar decisiones y organizar nuestras vidas, relacionándonos con nosotros mismos, con los demás y con el medio.

Este medio o entorno en el que nos movemos debe ser accesible y adecuado a nuestras necesidades y expectativas y permitirnos una relación enriquecedora participativa y no discriminatoria. La tecnología puede también jugar un papel importante favoreciendo y permitiendo la comunicación o la movilidad.

Millones de personas tienen problemas de movilidad (48 millones en Europa de los que 3 millones son usuarios de sillas de ruedas y 45 millones requieren ayuda para

² *Discapacidad y calidad de vida*. Cristina Rodríguez-Porrero Miret. Licenciada en Filosofía y Letras, sección Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 2000.

caminar), limitaciones en la destreza (35 millones), alteraciones del habla o del lenguaje (8 millones), pérdida de audición (80 millones) o de visión (13 millones). Alrededor de 100 millones de personas en Europa son mayores y alrededor de 50 millones son personas con discapacidades. Lo que supone más de un 15% de la población, porcentaje que se eleva al 25% si consideramos personas con movilidad reducida. Ello nos lleva a pensar que no existe un modelo de ciudadano estándar para tomar como modelo, si no una cada vez mayor gama de situaciones cambiantes a lo largo de la vida a tener en cuenta en el desarrollo de productos, servicios y políticas.

Los productos y servicios, si no se adaptan a procesos sociales, pueden romper la cadena o perder eslabones en la relación entre tecnología y las personas.

Diseñar tecnología y servicios pensando en todos (mayores, personas con discapacidades temporales o permanentes, niños, jóvenes, personas de otras culturas, etc.) favorece el mercado, ofrece calidad y contribuye al bienestar.

En definitiva, existen diversos aportes teóricos que inciden de una u otra manera en la importancia que se debe conceder al entorno social de la persona con discapacidad. Como hemos podido observar en los datos, el encontrarse en una región u otra del mundo e incluso en una zona u otra de una gran ciudad, va a determinar la calidad de vida de la persona con discapacidad.

LA DEPENDENCIA

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia es, sin duda, un acontecimiento trascendental en la política social de nuestro país.

Según los datos del Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid (2005-2008), un 14,4% del total de personas con discapacidad se encontrarían en situación de dependencia, es decir, requieren de la ayuda de otra persona para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

De este modo, si la perspectiva social para las personas con discapacidad como grupo social es esencial. En el caso de las personas con discapacidad dependientes, resulta definitiva. No debemos olvidar el hecho, de que estas personas precisan de un cuidador en mayor o menor medida, por lo que la situación social/familiar va a influir de manera trascendente.

En fin, del mismo modo que reclamamos la importancia de la perspectiva social en el reconocimiento de grado de discapacidad/minusvalía, podemos realizar la misma consideración respecto al concepto de dependencia, ya que éstos dos conceptos se encuentran íntimamente relacionados, pues las personas con discapacidad dependientes constituyen el sector de población más vulnerable dentro de las personas con discapacidad. Asimismo, la propia ley sobre la dependencia y su baremo de valoración adoptan también el marco conceptual de la discapacidad de la aludida CIF.

En este punto, debe aclararse que este grupo social, no sólo precisa atención a su situación de dependencia sino la mejora de su autonomía personal lo que supone la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales a cerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

A continuación mencionamos, de manera escueta, cuáles son las instituciones responsables en materia de dependencia, ya que esta temática podría ser objeto de otro artículo y no es el objetivo de este trabajo.

A nivel estatal, el Ministerio de Sanidad y Política Social es el organismo encargado del desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

En la Comunidad de Madrid, es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. En nuestra comunidad, la normativa más relevante en esta materia es la Orden 2386/2008, de 17 de diciembre, que regula los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia, para la elaboración del programa individual de atención, las prestaciones económicas y servicios y el régimen de incompatibilidades.

CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo, se han expuesto una serie de datos y reflexiones que han pretendido fundamentar los argumentos con los que hemos iniciado este trabajo.

Por tanto, inferimos, a continuación, una serie de conclusiones a modo de reflexiones para el futuro.

- La perspectiva social o del entorno resulta decisiva a la hora de valorar la discapacidad o dependencia de una persona.
- La realidad sociocultural y socioeconómica de la persona con discapacidad, va a determinar en gran medida, sus posibilidades de normalización social.
- Los modelos biomédicos y asistenciales están superados y perpetúan la discriminación de las personas con discapacidad.
- El modelo imperante en las políticas de discapacidad debe estar encuadrado en los derechos humanos y estar basado en la promoción de la vida independiente.
- El hecho de que, los factores sociales continúen siendo complementarios en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre de Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía, resulta incomprensible e injustificado.
- La tecnología debe jugar un factor fundamental en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- El concepto de adaptación razonable supone la “prestación o modificación de recursos, servicios o dispositivos o el cambio de prácticas para que una determinada persona pueda acceder a una actividad concreta o programa” y no es discriminatorio para las personas con discapacidad.
- La atención a las personas con discapacidad dependientes debe inspirarse en la promoción de la vida independiente y no en políticas de carácter asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD, CIF (OMS, 2001).

REAL DECRETO 1971/1999, DE 23 DE DICIEMBRE DE PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO, DECLARACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL GRADO DE MINUSVALÍA. BOE nº. 22. Miércoles 26 enero 2000.

LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. BOE nº. 299. Viernes 15 de diciembre 2006.

CONVENCIÓN SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (ONU, 2006).

PLAN DE ACCIÓN 2005-2016 DEL CONSEJO DE EUROPA. CONSEJO DE EUROPA. Comité de Ministros Recomendación REC (2006) 5.

LEY 13/1982, DE 7 DE ABRIL, DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS MINUSVÁLIDOS (LISMI). (BOE 30/4/1982).

LEY 51/2003, DE 2 DE DICIEMBRE, DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (LIONDAU). BOE nº 289 de 3/12/2003.

I PLAN NACIONAL DE ACCESIBILIDAD 2004-2012. APROBADO POR EL CONSEJO DE MINISTROS DE 25 DE JULIO DE 2003.

ESTRATEGIA GLOBAL DE ACCIÓN PARA EL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2008-2012. MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN. 30/09/2008.

PLAN DE ACCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2005-2008. Comunidad de Madrid. 2005.

DECLARACIÓN DE MADRID REALIZADA CON MOTIVO DEL CONGRESO EUROPEO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2002).

DECLARACIÓN DE LA II CONFERENCIA EUROPEA DE MINISTROS RESPONSABLES DE POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (Málaga 2003).

LA DISCAPACIDAD EN LA REGIÓN ÁRABE: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS. HISSA AL THANI RELATORA ESPECIAL DE LAS NACIONES UNIDAS EN MATERIA DE DISCAPACIDADES. 2006.

DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA. Cristina Rodríguez-Porrero Miret. Licenciada en Filosofía y Letras, sección Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 2000.

DISCAPACIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA DEL COMITÉ ESPAÑOL DE REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CERMI). 2003.

WEBS DE INTERÉS

<http://www.mepsyd.es>
<http://www.madrid.org>
<http://www.discapnet.es>
<http://www.cermi.es>
<http://sid.usal.es/>
<http://www.iiz-dvv.de>
<http://www.worldbank.org>
<http://www.un.org/spanish/>

El asesor jurídico del Colegio responde

LA REFERENCIA A “PERSONAL SUFICIENTE” EN LA LEY 5/2002 DE 27 JUNIO 2002. DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Juan Ignacio Álvarez Fernández
Abogado

Siendo muy habitual la contratación de trabajadores sociales que algunas entidades utilicen contratos mercantiles en lugar de laborales para cubrir el desempeño de unas actividades profesionales que en las convocatorias públicas para la adjudicación de determinados servicios se configuran como requisito imprescindible para su concesión, me ha resultado muy interesante el criterio de la reciente sentencia de la sección octava de la Sala de lo Contencioso Administrativo, del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de la Comunidad de Madrid, de 2 de julio de 2008.

El objeto del recurso es una sanción impuesta a una entidad por carecer de los requisitos funcionales adecuados en sus centros de asistencia e integración de drogodependientes. La sentencia desestima el recurso de la entidad sancionada

por entender que a la luz de lo dispuesto en la Ley 5/2002 de 27 junio 2002. Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, de la Comunidad de Madrid, al exigirse personal suficiente y con la titulación necesaria se está exigiendo, que las personas sujetas a los deberes profesionales lo estén **bajo la dirección de la empresa**, algo que sólo puede darse en el seno de un contrato laboral y no en un contrato mercantil como pretendía la parte recurrente.

El criterio definitivo, por tanto, viene a enlazar con el tan tratado tema de los límites de la actuación de los profesionales que trabajan sometidos a una disciplina empresarial. No quiero entrar ahora en la casuística de, cuándo y cuándo no, se pueden exigir a un trabajador social contratado laboral, determinadas actuaciones (algo que ya he comentado muchas veces). Me interesa resaltar simplemente que el TSJ deje claro que en una relación mercantil con unos profesionales (médico, psicólogo, trabajador social) no se da ese control por parte de la entidad que debe cumplir un programa concreto, porque no tiene un control sobre la actuación de dichos profesionales.

En la sentencia se menciona concretamente que no se da un control de su horario, pero la argumentación que se recoge expresamente en sus fundamentos de derecho no se limita a ello, al señalar que *“Sin embargo, existe tipicidad en el hecho imputado, pues el art. 26.1.a) de la Ley 5/2002 al exigir que exista personal suficiente, con la titulación y experiencia necesaria, es obvio que está exigiendo personas sujetas a los deberes profesionales correspondientes bajo la dirección de la empresa, lo que sólo puede existir habiendo contrato laboral y no contra un contrato mercantil como el que pretende la parte recurrente”*.

El otro aspecto importante de la sentencia, anticipado en el párrafo anterior, es el relativo a la necesaria titulación de los profesionales que deben ser contratados. No basta que se tengan unos determinados conocimientos, es preciso que se tenga el título adecuado.

Así, como base para mantener la sanción impuesta a la entidad, se señala que *“existe personal sin titulación reglada como los terapeutas”* y más adelante se razona que *“Sobre la existencia de personal sin titulación reglada como los terapeutas..., se dice por la parte recurrente, que la normativa no exige ese requisito. Sin embargo, la realidad es que para **ejercer la profesión mencionada es preciso tener aquella titulación, sin que ello signifique confundir tratamientos** como expone la parte recurrente, con lo que la infracción denunciada existe”*.

Para valorar adecuadamente la resolución de la Sala es preciso tomar en cuenta que el art 26.1 de la Ley 5/2002 señala únicamente como requisito exigible a las entidades:

“ a. Contar con el personal suficiente, con la titulación y la experiencia necesaria”

Como suele ocurrir el margen de inseguridad jurídica para la entidad es muy grande paralelamente al de discrecionalidad de la administración para concretar qué es y qué no personal suficiente, adecuado y con experiencia necesaria. Algo que a mi juicio, en muchos casos no se justifica.

Los conceptos que debe valorar la Sala, son indeterminados, y podría fácilmente haber tomado el camino fácil de remitirse a la capacidad de la Administración para completar su significado, pero la Sala ha preferido argumentar que existiendo titulación adecuada que regule dichos conocimientos debe exigirse aquella.

La argumentación de la Sala, me trae a la memoria varios conflictos que están en la mente de todos en los que la Administración, ha jugado a lo contrario: al formalismo de dar nombres diferentes a actividades que saltan a la vista, son las propias de los Trabajadores Sociales, y así, permitir que personas sin la titulación adecuada puedan realizar unas actividades para las que o no están capacitadas, o, en el mejor de los supuestos, no son las más adecuadas. La Sala, en apenas dos líneas, marca un criterio que quiero entender que, sin entrar en el espinoso tema de las competencias de las distintas profesiones, lleva a exigir -cuando es obvio que es lo que buscaba el legislador- la titulación adecuada que garantiza estar en posesión de los conocimientos adecuados para la función que se le va a encomendar a un profesional, y ello, como defensa de los destinatarios finales de su actuación.



El Retiro (Madrid), 1998
Luis C. Zamora

PROYECTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS: UNA PROPUESTA DE TRABAJO EN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Miguela Arévalo García-Gasco

DTS Col. nº 1.533 Trabajadora social

Dra. Lucía Álvarez-Buylla

Psiquiatra.

Equipo Infanto-Juvenil de Salud Mental del distrito de Ciudad Lineal

RESUMEN

El contenido de este proyecto es una propuesta de trabajo con menores y adolescentes en los equipos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y destacar el papel del trabajador social en el PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS que debería implantarse en estos dispositivos como programa básico de atención para esta población.

El proyecto se crea para garantizar el tratamiento y prevenir cronicidad y el deterioro en los menores con graves trastornos psiquiátricos y/o problemática familiar de riesgo.

PALABRAS CLAVE

Salud mental. Niños. Adolescentes. Familia. Continuidad de cuidados. Atención. Prevención. Coordinación. Trabajo Social. Legislación.

FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

Este trabajo pretende analizar la importancia del Trabajo Social en los equipos multidisciplinares que atienden a la población Infanto-Juvenil en los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Una de las labores más importantes de la profesión, es la atención a la prevención, seguimiento y mantenimiento del bienestar de la población atendida. En este caso nos vamos a referir a los menores en situación de riesgo, tanto por la patología que presentan ellos como la del entorno que rodea al menor y que pone en riesgo su salud bio-psico-social.

EL PROYECTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS que se plantea en este trabajo pretende atender estas patologías y además, intentar fundamentarlo con la legislación vigente que nos ampara y apoya nuestros planteamientos.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud fue adoptada el año 1946, y establece, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas entre otros, los siguientes **principios básicos**:

- “La salud es un estado de completo **bienestar físico, mental y social**, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.
- “El **desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental**; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo”.
- “Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de **medidas sanitarias y sociales adecuadas**”.

La Ley 17/1986, 25 de abril, General de Sanidad (LGS), habla en su artículo 20, puntos 1, 3 y 4 referidos a la salud mental, que las administraciones públicas, adecuarán su actuación a los siguientes principios:

- “Se considerarán de modo especial aquellos **problemas referentes a la psiquiatría infantil** y psicogeriatra”.
- “Se desarrollarán los servicios de **rehabilitación y reinserción social** necesarios para una adecuada **atención integral de los problemas** del enfermo mental, buscando la necesaria **coordinación con los servicios sociales**.”

- “Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema general cubrirán, asimismo, en **coordinación** con los **servicios sociales**, los aspectos de **prevención primaria** y la atención a los **problemas psicosociales** que acompañan a la pérdida de salud en general”.

La Unión Europea, en la conferencia de Helsinki, del 2005, en el marco **“Enfrentando desafíos, construyendo soluciones”**, considera la **salud mental** como una **prioridad sanitaria, económica y social** y en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a **formular estrategias** (pag. 20 del Borrador de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud):

- que integren la **promoción y la prevención** de los factores determinantes y **de riesgo asociados** a la enfermedad mental,
- **intervenciones terapéuticas,**
- **de rehabilitación,**
- **cuidados y apoyo social,**
- potenciando la **atención comunitaria** y las **redes integrales** de los cuidados,
- trabajando eficazmente para **reducir el estigma** asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.

El Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid para el 2003-2008 establecía como propuestas (actualmente se está diseñando un nuevo Plan para los próximos tres años aun sin publicar):

- objetivos específicos: **“potenciar la prevención y atención de los trastornos mentales de la población en niños y adolescentes”**.
- objetivos operativos: **“definir los criterios básicos para la atención de niños y adolescentes”**.

A su vez se plantea sobre la atención a los menores y adolescentes los siguientes **objetivos** entre otros:

- establecer la **“coordinación y cooperación”** con los dispositivos sanitarios, educativos, sociales y jurídicos que trabajen en el campo infanto-juvenil.
- desarrollar una **atención integral**, llevado a cabo por un **equipo multidisciplinar** que provea **“LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS”**.
- **desarrollar, implantar y evaluar “protocolos asistenciales”** que aseguren la calidad de la asistencia de los menores.

Para poder desarrollar estos planteamientos se establece como recurso básico e indispensable trabajar como “**equipo de atención multidisciplinar que contará con psiquiatra, psicólogo, trabajador social y enfermería**” y como actividades a desarrollar, entre otras y una vez más, “**la coordinación interinstitucional**” tanto con los servicios sanitarios como con servicios sociales, administración de justicia, educación y con otras instituciones en los casos en que sea necesario.

Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 12 de diciembre 2006

Hay que hacer especial mención a la nueva “**ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**” publicado por el Ministerio de Sanidad dentro del Plan de Calidad Nacional de Salud puesto que establece las bases para trabajar en el campo de la salud mental infantil entre otras.

En este borrador y dentro de los aspectos generales deja patente que el **problema** que plantea **la pérdida de salud** en general y especialmente la salud mental, **tiene raíces** y consecuencias en **múltiples áreas** de la vida que se reflejan políticamente en diversos sectores institucionales-sanidad, trabajo, hacienda, educación, justicia, vivienda- y para su solución, se requiere el esfuerzo sinérgico de **todos estos sectores y no solamente del sector sanitario.**

Principios básicos del modelo comunitario de atención:

- **AUTONOMÍA:** promover la independencia y autosuficiencia de las personas. Fomentar la integración de los paciente en las redes y dispositivos “naturales” de la comunidad en la que residen y apoyar a las personas cuidadoras.
- **CONTINUIDAD:** Es la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida y coherente, entre los servicios que la componen. La continuidad se puede fomentar:
 - Potenciando el **Equipo Multidisciplinar.**
 - Implantando “**Planes individuales de atención**”.
 - Implantando procedimientos de **seguimiento comunitario-assertivo.**
 - Creando comisiones de coordinación entre los dispositivos del área y entre los diferentes sectores institucionales implicados.

- **ACCESIBILIDAD:** Se puede destacar visitas a domicilio si lo precisan los pacientes y reduciendo las barreras de acceso selectivas, idioma, cultura o edad.
- **COMPRESIVIDAD:** Se destaca el reconocimiento de la rehabilitación como actividad sanitaria.
- **EQUIDAD:** Es la distribución de los recursos sanitarios y sociales **adecuadas a las necesidades** de la población poniendo especial atención a los lugares donde la pobreza o la desigualdad ponen más en riesgo a las personas que lo padecen.
- **RECUPERACIÓN PERSONAL:** Tanto en la salud en sentido estricto como después en el proceso de cambio y crecimiento personal.
- **REONSABILIZACIÓN Y CALIDAD:** Preservar la **dignidad de las personas** con enfermedades mentales, prever **cuidados para mejorar la calidad de vida** así como asegurar la **prevención, el tratamiento y su rehabilitación.**

En cuanto al Desarrollo de las **líneas estratégicas**, en el apartado de Justificación establece que:

“La promoción de salud mental no es una prerrogativa **exclusiva de los servicios de salud**, sino que es una tarea **interinstitucional y multidisciplinar** que necesita la implicación de, al menos, los departamentos de educación, justicia, urbanismo, servicios sociales, trabajo y vivienda.

En este mismo apartado se destaca la propuesta “Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe” en el que propone que cada Estado Miembro Europeo disponga de un **Plan de Acción** para la **promoción de la salud mental** y la **prevención** de los trastornos mentales con diez áreas de intervención en las que se destacan:

- **Apoyar** a los padres y a las madres durante la crianza y en las edades iniciales de la vida.
- **Promover** la salud en las escuelas.
- **Reducir** al máximo las situaciones de **desventaja social** y económica, y prevenir el estigma.

En cuanto a **la atención** a los trastornos mentales plantea que: “Debido a la **diversidad en las necesidades** de atención que presentan los y las pacientes con trastornos mentales, para organizar un sistema sanitario de calidad es preciso que exista un **desarrollo óptimo** en las **carteras de servicios de los Equipos de Atención Primaria, así como de los de Salud Mental.** Pero para **garantizar**

una atención de calidad y asegurar las necesidades en la continuidad de la atención de los pacientes, se requieren la definición de procesos de trabajo conjunto entre los profesionales de los dos niveles asistenciales, sin olvidar la contribución de los **servicios sociales**.

Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales. El equipo integra, al menos **psiquiatra, profesionales de la psicología clínica, de trabajo social y de enfermería**.

La **red** de atención comunitaria proporciona un abanico de prestaciones que integran **aspectos de tratamiento biológico y psicosocial, rehabilitación, cuidados y apoyo** en colaboración con otros departamentos sanitarios y no sanitarios para una población determinada. Las **características** de la atención que contribuyen a un resultado positivo, son entre otras:

- Actuación sobre los aspectos **psicológicos y sociales** que **influyen** en el **curso evolutivo**.
- Mantenimiento de la **continuidad** de la atención.
- Buscar la **necesidad**, no mera atención de la **demanda**.
- Intervención sobre **las familias**.
- Prestaciones de **rehabilitación**.
- Provisión de **cuidados comunitarios**.
- Provisión de **apoyo para la vida normalizada**.

Convenio de colaboración entre la Comunidad y el Ayuntamiento de Madrid para la coordinación de la atención de personas con enfermedad mental

Hay que hacer mención de este convenio firmado por el Ayuntamiento y la Comunidad de Madrid el 13 de noviembre de 2006 para establecer las bases de coordinación y seguimiento de las personas con enfermedad mental.

En dicho convenio se establece que, haciendo referencia a la legislación vigente, se deben desarrollar diferentes programas que den respuesta a las necesidades de Salud Mental en la población, estimando de gran interés la coordinación social y sanitaria en el ámbito asistencia, dirigido a distintos grupos como son, entre otros, la **Población Infanto-Juvenil**.

Dentro de este marco se establece el “Informe de derivación y propuesta” con el que desde los Servicios Sociales pueden derivar a Salud Mental sin pasar previamente por atención primaria.

Con todo lo anteriormente descrito y basándonos en la experiencia podemos señalar que solo con la intervención en salud mental, **no se garantiza la continuidad de tratamiento:**

- Porque los menores **dependen** de los adultos.
- Porque los menores **no tienen conciencia** de enfermedad.
- No siempre sufren con lo que les pasa, ni tienen conciencia de las **consecuencias de los síntomas en su futuro.**
- Y/o tienen una **situación familiar que no funciona** como sostén y proveedor de los recursos necesarios para desarrollarse.

El trabajo que se realiza con los menores en los centros de salud mental está enfocado básicamente hacia la patología psíquica que presentan, aunque puntualmente haya que intervenir en los colegios o desde los servicios sociales cuando la situación lo requiere.

Dentro de la problemática tratada en los centros de salud mental aparece un 10% de casos que tiene unas características muy específicas y que requieren un tipo de abordaje e intervención diferente. El proyecto de Continuidad de Cuidados dentro del Programa Infanto-juvenil nace precisamente para la atención de este 10% de niños. **Se crea pues para la atención de niños/as y adolescentes en riesgo psíquico, social y/o familiar y cuyo cuadro clínico va a requerir acompañamiento terapéutico prolongado a la vez que será necesaria la intervención y colaboración con Servicios Sociales, Colegios, Equipos de Orientación Educativa, Atención Primaria y otros dispositivos del distrito.**

Para que un **menor pueda recibir tratamiento** en determinados casos, como serían los de continuidad de cuidados, haría falta intervenir en varias áreas:

- Puesto que el menor desbordado, ha hecho fracasar su medio familiar, escolar y de relación con sus iguales,
- habrá que ir creando un tejido a modo de red que le sostenga cuando sus trastornos pongan en peligro su crecimiento armónico.

Guiados por el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008 y para poder desarrollar el proyecto de continuidad de cuidados consideramos imprescindible que en cada Programa Infanto-Juvenil de cada distrito se cuente con el recurso básico definido por este plan como **“equipo de atención multidisciplinar”** al que ya nos hemos referido.

Los menores incluidos en este proyecto tienen unos déficits que les han impedido ir adquiriendo habilidades para enfrentarse a las tareas de crecimiento, y posteriormente a la vida adulta, con un aparato psíquico organizado y los recursos necesarios para ser independientes en el futuro.

El proyecto está diseñado para procurar, a través de la relación terapéutica continuada, bien en forma de psicoterapia o acompañamiento y con ayuda de medicación si fuera necesario, que los menores adquieran esa estructura y/o la consoliden y se vayan independizando progresivamente de sus figuras de referencia psíquica para finalmente **pensar con su propia cabeza, tras abandonar en la adolescencia las identificaciones con los padres.**

Cuando llegan al Servicio de Salud Mental, el medio que les rodea no ha podido proporcionarles una estabilidad que les permita cumplir esos objetivos. **El Proyecto de Continuidad de Cuidados pretende crear un medio alrededor de los menores que les proporcione estabilidad y les permita acceder al tratamiento con una garantía de continuidad.**

Este proyecto pretende convertir el despacho en un espacio terapéutico, usándolo como un lugar del tratamiento.

Por todo lo anteriormente descrito, podemos señalar varias ideas básicas que se repiten constantemente:

- La salud mental de los niños está afectada de múltiples causas, con lo que hay que abordar el problema desde **distintas instancias** como salud, servicios sociales, justicia, educación, etc. Parece que la mejor manera de trabajar con menores es **coordinando** con todas las instituciones implicadas, para dar **respuesta global y consensuada al problema.**

El trabajador social tiene entre sus funciones la de coordinar y conocer los recursos que puedan necesitar para hacer frente a las necesidades del menor y su familia.

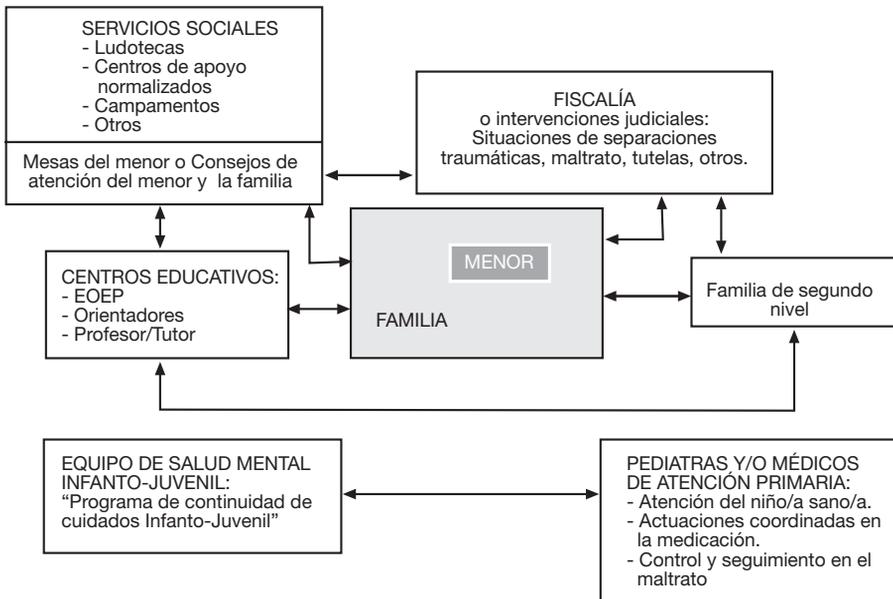
- El niño vive dentro de un **entorno familiar**; parece razonable que los problemas que se derivan de su entorno perjudican o favorecen su salud, con lo que habría que trabajar con toda la problemática familiar para ser eficaces en los tratamientos con menores.

Los trabajadores sociales son los encargados de atender a las necesidades de la familia para así favorecer al menor en su tratamiento y mejoría.

- El niño crece y con él las dificultades y necesidades varían en función de su proceso natural de crecimiento con lo que parece imprescindible acompañar a los niños en situación de riesgo psíquico y social con un **“Proyecto que dé continuidad a su cuidado”** y **prevenir** las situaciones de riesgo que pueden ir apareciendo en el transcurso de su vida.

Los trabajadores sociales debemos ser garantes de esta continuidad y apoyar a las familias en su crianza y en las necesidades cambiantes en el proceso del crecimiento del menor.

Con estas ideas planteamos el siguiente esquema, en el que se coloca a la salud mental y al menor en medio de la atención global de multitud de recursos, para que den respuesta coordinada y que la intervención sea terapéutica y no caótica con los menores.



OBJETIVOS DEL PROYECTO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

Objetivo general

Favorecer, contribuir y garantizar la atención integral a los menores en situación de riesgo psíquico, social y/o familiar y así prevenir los riesgos que comprometan el desarrollo integral de los menores durante su etapa infantil y adolescente y tengan la capacidad de organizar sus vidas satisfactoriamente.

Objetivos específicos

Con el menor:

- **Iniciar el tratamiento** indicado; psicoterapia, acompañamiento terapéutico y/o psicofarmacológico.
- Garantizar la **continuidad** en el tratamiento.
- Garantizar la **intervención global** con el menor en la consecución de **objetivos comunes**, tanto en el ámbito educativo, como en el clínico, como en cualquier otro recurso en el que el niño esté inmerso.
- **Seguimiento de las necesidades cambiantes** en la evolución del menor para dar respuestas apropiadas y consensuadas con el resto de los recursos que intervienen en el proceso.
- **Apoyar a las familias** para afrontar la **situación clínica del menor**.
- Dar **apoyo y pautas** de intervención con los menores en los recursos en que esté inmerso.

Con la familia:

- **Apoyar a las familias** para mejorar la **situaciones** que podrían ser de **riesgo** para la salud global, tanto familiar como del menor (situación económica precaria, de desempleo, de vivienda, de conflictiva de pareja, etc.).
- **Coordinación y cooperación** con los dispositivos que precise la familia para hacer frente a sus necesidades cambiantes y así prevenir situaciones de riesgo.
- Establecer los **criterios de intervención** conjunta con la **familia**, con otros **recursos** y con estos dispositivos para la consecución de **cambios de ésta** a corto, medio y largo plazo.

Con las instituciones que intervienen en el proceso:

- Dar **pautas** de actuación con el menor **para favorecer su integración** en los recursos así como prevenir recaídas.

- **Crear un programa de actuación conjunta con los mismos objetivos**, tanto con el menor como con la familia, dando así respuestas consensuadas y comunes en todas las instituciones que intervienen con el menor y su familia, respetando las parcelas de cada institución y sin duplicar actuaciones.

DESARROLLO DEL PROYECTO

En los centros de salud mental se hace imprescindible el seguimiento de los menores así como garantizar la atención ordenada y eficaz hacia ellos.

Se plantea un modelo de ficha que podría garantizar la recogida de información de forma eficaz y que sea un instrumento de trabajo que sintetice los objetivos planteados con el menor y la familia así como la recogida eficaz de la información de la multitud de recursos que intervienen con estos menores.

Ficha de continuidad de cuidados

Esta ficha fue creada tomando como base la que se está utilizando en estos momentos en el Proyecto de Continuidad de Cuidados de adultos en los Servicios de Salud Mental en la Comunidad de Madrid y también la que, desde el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcalá de Henares se estaba diseñando para su proyecto específico.

Posteriormente, desde estos dispositivos, hemos ido haciendo las modificaciones que se han considerado oportunas para ajustarlas a este Proyecto, que se ha ido diseñando con la experiencia de la implantación del mismo y con las peculiaridades específicas del equipo de Ciudad Lineal.

Presentación de la ficha de continuidad de cuidados

La ficha es un **instrumento** donde se recogerán los **datos** que vamos a ir utilizando de guía en el proceso y recogida de información, así como un documento resumen de la historia que va a permitir en un breve espacio de tiempo, ver la evolución, los objetivos y los datos básicos que pudiéramos necesitar en cualquier momento.

Este documento estará siempre en la **historia clínica** aunque lo realmente eficaz es que estuviera en la **red informática de documentos internos que maneja todo el equipo en tiempo real** y se revisará periódicamente, especificando las

modificaciones y consecución de objetivos así como los previstos a corto, medio y largo plazo para que pueda ser de utilidad a todo el equipo. En las áreas de intervención tanto de la familia como con el menor irán claramente indicadas las fechas de las intervenciones así como las modificaciones que vayan surgiendo.

Con este proyecto intentamos unir la atención en salud mental de forma global, tanto en los aspectos relacionados con la posible patología como en los aspectos sociales que rodean al menor y así dar respuesta de forma integral y mantenida en el tiempo a sus necesidades en su desarrollo evolutivo (VER ANEXO 2).

Indicación para la inclusión en el proyecto:

Por parte del **menor**:

- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Autismo, Asperger y los cuadros con una constelación de este tipo.
- Trastornos de personalidad.
- Depresiones.
- Crisis de adolescencia con graves trastornos de conductas y/o conductas de riesgo, alcoholismo, toxicomanías, anorexia, conductas sexuales promiscuas, etc.
- Psicosis.
- Retrasos madurativos.
- Otros casos con patología menos grave pero con familias desorganizadas.

Por parte de la **familia**:

- Familias con cargas no compartidas en riesgo.
- Padre, madre o ambos con patología psiquiátrica.
- Padres con problemas económicos y/o de trabajo y/o de integración.
- Padres inmigrantes con dificultades de adaptación.
- Padres desbordados con la crianza de sus hijos que requieren múltiples recursos comunitarios para el apoyo familiar.

Nuestra experiencia clínica indica que **muchos de estos casos se pierden o no reciben la atención adecuada** por no poder sostener el Centro de Salud Mental la coordinación y seguimiento de todos los dispositivos que intervienen en el caso.

Posteriormente, muchos de **estos menores de riesgo vuelven al Centro de Salud Mental con una patología más cronificada**, donde la intervención va a ser menos eficaz.

Desarrollo del proyecto basado en la ficha de continuidad de cuidados

La mencionada ficha consta de los siguientes apartados:

1. Datos sociodemográficos con datos de identificación, datos asistenciales, datos socioeconómicos familiares y personas relevantes en la red familiar.
2. Datos clínicos, ingresos, tratamiento.
3. Recursos específicos del distrito.
4. Áreas de intervención familiar y del menor así como el genograma familiar.

- 1. En cuanto a los datos sociodemográficos**, se hace imprescindible conocer los datos de identificación claros para no perder tiempo a la hora de la intervención, así como los datos asistenciales que nos facilitarán la coordinación con los profesionales de los recursos implicados lo más estrecha y eficazmente posible desde el primer contacto con el paciente y su familia.

Por este motivo se plantea desde la derivación al proyecto recoger los siguientes datos:

- Médico o pediatra.
- Colegio, equipo de atención especializada.
- Contactos con Servicios Sociales.
- Contactos con otros servicios comunitarios.
- Etc.

Con este fin se ha ido trabajando desde la coordinación mantenida con Educación un **Protocolo de derivación** aún en proceso de consenso, en el que consten los máximos datos posible o conocidos por el centro educativo. Esto nos va a facilitar un contacto más eficaz con los recursos que conocen el caso para tener una visión más global del problema.

Este **Protocolo de derivación** nos hizo pensar que deberíamos tener el **Consentimiento de los padres** para poder coordinarnos con otros recursos, por ello pactamos que, junto con el protocolo de derivación o en su defecto, Salud Mental, en entrevista con éstos, nos dieran dicha conformidad para lo cual se ha diseñado un documento específico.

- 2. En cuanto a los datos clínicos**. El primer dato que aparece en la ficha en lo que se refiere al tratamiento, es el diagnóstico clínico. Dejamos tres espacios, uno para la clasificación de las enfermedades con los criterios de la **CIE 9**, que aunque es muy inespecífico y no refleja en muchos casos la patología real del menor, es el único que se puede codificar en las fichas de asistencia de los

centros de salud. En los otros dos espacios se escribiría el diagnóstico de acuerdo con los criterios de la **clasificación francesa** de los trastornos mentales de niños y adolescentes revisada en el año 2000, que tiene una equivalencia diagnóstica con la **CIE 10** y es mucho más específica y adecuada a la situación real del menor.

El resto de los datos clínicos reflejados en la ficha pretendan dar idea de tratamientos anteriores y del que tiene en la actualidad. Especificando ingresos, si los ha habido, tratamientos farmacológicos, dosis que está tomando y que tipo de terapia está realizando, individual, acompañamiento terapéutico, grupo y hospital de día. En este apartado aparece también un ítem sobre problemas físicos o médicos añadidos y sobre la colaboración del paciente y la familia en la enfermedad y el tratamiento.

- 3. En cuanto a la utilización de recursos específicos** del distrito se describe el uso de estos recursos y las funciones que cumplen. Como ya se ha planteado anteriormente, uno de los objetivos prioritarios tanto para el menor como para la familia es dar respuesta a sus necesidades de forma coordinada y consensuada entre los recursos, ordenando intervenciones y respuestas comunes en las dificultades cambiantes a lo largo del desarrollo del menor y la vida diaria de las familias.
- 4. En cuanto a las áreas de intervención** tanto **familiar** como con el **menor** se establecen las **necesidades prioritarias y las acciones** que se pretenden desarrollar desde la evaluación de **la problemática que presentan**. Cada área pretende establecer intervenciones para dar respuesta de forma ordenada, con fecha de evaluación o revisión de las mismas, así como establecer nuevas acciones en función de las necesidades en el proceso de intervención. Estos objetivos pueden ser tan a largo plazo como el tiempo de intervención que se precise, que en muchos casos se pueden extender a lo largo de muchos años de seguimiento.

Hemos visto la necesidad de incorporar la denominada **"HOJA DE RUTA"**. Con dicha hoja se pretende anotar cada intervención o situación que merece la pena resaltar para que lo recoja el resto del equipo y esté informado de las últimas incidencias en el caso.

Sería muy interesante que estuviera en la red informática puesto que se pueden anotar las intervenciones a tiempo casi real con los pacientes y sus familias.

Responsable del proyecto y profesional de referencia o coordinador de cuidados

El equipo multidisciplinar básico para poder desarrollar este proyecto sería el que se establece desde el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid para 2003-2008 “Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social y Enfermería”.

El responsable del proyecto sería el Psiquiatra o Psicólogo encargado del caso y como personal de referencia o **coordinador de cuidados** aparecería el **trabajador social**, que tiene entre sus funciones prioritarias la de coordinar y cooperar con los distintos operativos tanto sanitarios, educativos, sociales y jurídicos que estén o vayan a estar implicados en la intervención global con el menor y su familia.

Las **funciones** del **trabajador social** de los equipos de salud mental Infanto-Juvenil dentro del Proyecto de continuidad de cuidados responde claramente a la labor que se viene desarrollando desde hace muchos años en los equipos de salud mental en general:

- Incorporación al enfermo en su medio comunitario, apoyo familiar y social del paciente y la familia.
- Coordinación con las instituciones que puedan aportar acciones encaminadas a la mejora de la calidad de vida del paciente.

Se podría hacer especial hincapié en que trabajando desde la infancia se establece uno de los objetivos prioritarios del Trabajo Social que es “**La Prevención**” tanto en la aparición de patologías como para la integración lo más normalizada posible del menor en el entorno comunitario, atajando así situaciones de riesgo en su futuro.

No debemos olvidar que si un paciente no está integrado en la sociedad la incidencia de la enfermedad será más alta y las crisis más graves y continuadas. La experiencia en Trabajo Social en este campo deja claro que cuanto más protegido esté el paciente dentro de su entorno y con más apoyos, tendrá menos crisis y la calidad de vida del paciente mejorará notablemente, independientemente de la gravedad o incidencia de la enfermedad en su vida.

En el Proyecto de Continuidad de Cuidados dentro del Programa infanto-juvenil el trabajador social asume las siguientes funciones:

Con la familia y el menor:

- **Elaboración junto con la familia de la ficha de continuidad de cuidados** así como la explicación y puesta en común de los **objetivos** que se persiguen con el proyecto. En el momento de la elaboración de la ficha se firma el llamado **Consentimiento Informado**. Esto favorece que no haya malos entendidos cuando se establezcan las coordinaciones y se limen susceptibilidades a la hora de transmitir información. (Se debe ser muy cuidadosos en este punto y dar sólo la información referente al caso y eliminar cualquier otra con carácter privado y que corresponda al campo de la vida personal de la familia, a no ser, claro está, que sea imprescindible para la intervención).
- El trabajador social es el **profesional de referencia** para que las familias puedan contactar y preguntar las dudas y aclaraciones que durante el proceso de intervención con el menor y la familia vayan surgiendo. En ocasiones, la multitud de recursos y profesionales hacen que las familias no tengan claro a quién deben acudir y cuando, con lo que el trabajador social del centro de salud mental infantil debería ser el **“coordinador de la red de recursos”** encaminado a dar una respuesta terapéutica a las acciones que desde estos recursos vayan surgiendo.
- **Apoyar a la familia para la resolución de sus necesidades** como empleo, precariedad económica, situaciones de violencia, etc. En muchas ocasiones, el tipo de familias que se someten a este programa son familias multiproblemáticas y esto genera desorden y angustia que no permiten tratar al menor en las condiciones más óptimas para que tenga un desarrollo saludable.
- **Evaluación periódica** de los objetivos con las familias que hemos establecido en las áreas de intervención.

Con las instituciones:

- **Información, derivación y en ocasiones acompañamiento a los recursos** que desde el proyecto se crean necesarios para el desarrollo del menor y la familia. Con respecto al **menor** serían ludotecas, recursos de ocio normalizado de la zona, deportivos, educativos, etc.; y con respecto a **la familia**, cualesquiera que sean necesarios para cubrir sus necesidades como entidades de apoyo al empleo, mujer, vivienda, servicios sociales, etc.
- **Coordinación, trabajo en red y toma de decisiones consensuadas** para que, desde el punto de vista terapéutico, se den respuestas adecuadas al tratamiento del menor. Es importante que el trabajador social **recopile la in-**

formación de los recursos que intervienen en el proceso, puesto que el **objetivo** del uso de la red es **favorecer la salud del menor y la familia**, y el uso de esta información es primordial para tratar y analizar los problemas que se generan durante la vida diaria del menor en la consulta con los responsables del caso (psiquiatra o psicólogo). Cuanta más información tengamos sobre la vida del menor, mejor análisis y respuesta se podrán dar en la consulta clínica.

- Como miembros de las Comisiones de Apoyo Familiar (CAF) y/o Equipos Técnicos de Menores y Familia (ETMF), en los casos en que se detecte o exista una situación de riesgo social, desamparo o conflicto, **las funciones del trabajador social en el proyecto, serían aportar la información, los acuerdos y propuestas que desde nuestro servicio sean necesarias para elaborar el “Proyecto de apoyo familiar”**. El trabajador social debe informar al equipo e incorporarlo a nuestro Proyecto de Continuidad de Cuidados, marcando así, las acciones que se puedan derivar de nuestro trabajo específico en cuanto a la salud mental.
- El trabajador social será el **punto de referencia** del equipo para las instituciones que intervengan en el caso encargándose de las coordinaciones periódicas o puntuales que se precisen.

Con el equipo:

- **Participar en la programación, ejecución y evaluación** del proyecto.
- **Participación en las decisiones, acciones y acuerdos** que se tomen con el equipo multidisciplinar para que se recojan en el proyecto de continuidad de cuidados de cada caso.
- **Coordinar** de forma intensa con el responsable del menor para actualizar la información e incorporar nuevas acciones.
- **Informar de las coordinaciones con la red** de recursos así como de los contactos puntuales que se vayan sucediendo.

Coordinación institucional como objetivo básico en el Programa de continuidad de cuidados infanto-juvenil en salud mental

Justificación en el marco legislativo y los planes vigentes

En el Plan de Salud Mental diseñado en 1989 se establecía como prioritario el “Programa de apoyo y coordinación con los Servicios Sociales” para favorecer la integración de los menores en su medio socio-comunitario.

El Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid para 2003-2008 establece, a su vez, como propuestas de objetivos específicos “potenciar la prevención y atención de los trastornos mentales de la población de niños y adolescentes”; y como objetivos operativos “definir los criterios básicos para el desarrollo de la atención de niños y adolescentes”. A su vez se plantean entre otros sobre la atención a menores y adolescentes los siguientes objetivos:

- Establecer la “coordinación y cooperación” con los dispositivos sanitarios, educativos, sociales y jurídicos que trabajen en el campo infanto-juvenil.
- Desarrollar una atención integral, llevada a cabo por parte de un equipo multidisciplinario que provea “la continuidad de cuidados”.
- Desarrollar, implantar y evaluar protocolos asistenciales que aseguren la calidad de la asistencia de los pacientes.

Para poder desarrollar estos planteamientos se establece como recurso básico e indispensable el “equipo de atención multidisciplinar” que contará con Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social y Enfermera y como actividades a desarrollar, entre otras, la coordinación interinstitucional tanto con los Servicios Sanitarios, con Servicios Sociales, Administración de Justicia y con otras Instituciones en los casos en que sea necesario.

El II Plan de Atención a la Infancia y la Adolescencia del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (2002-2006) hace balance de las necesidades y desarrolla una serie de propuestas que pasan por establecer por Ley los “Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid”, de obligado cumplimiento para todas las instituciones.

Los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid responden a un modelo de trabajo que se caracteriza fundamentalmente por:

- La coordinación.
- El trabajo en red.
- La toma de decisiones consensuadas.

En cuanto a sus **objetivos** entre otros está:

Impulsar la coordinación entre las diferentes administraciones públicas y ámbitos funcionales (Servicios Sociales, Salud y Educación, fundamentalmente) que actúan en el campo de la Infancia.

Cuando se habla de Coordinación Específica con otras áreas para la planificación conjunta de actuaciones, se establece como propuestas de futuro la “Coordinación con los Servicios de Salud Mental Infantil”.

Estas actuaciones coordinadas van a dar respuesta sobre todo a dos Objetivos Generales:

1. Favorecer y contribuir al bienestar general de la infancia, a la defensa de sus derechos y a la consolidación de su papel dentro de la sociedad.
2. Prevenir los riesgos que comprometan el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes en su etapa infantil y adolescente. Este objetivo se enmarca dentro del programa de “Prevención del maltrato” y como proyecto específico, la detección de situaciones de riesgo desde el ámbito de la salud mental entre otros. Como estrategia, una vez más aparece la Coordinación Institucional.

LEY 18/1999, DE 29 DE ABRIL, reguladora de los Consejos de Atención a la infancia y adolescencia de la Comunidad de Madrid

Desde hace años, la necesidad de los profesionales de poner en común la problemática y propuestas para la atención integral de la infancia, ha ido constituyendo pequeñas organizaciones con carácter voluntario para tratar de dar respuesta global a esta población.

Como reconocimiento formal de esta necesidad se celebraron las Primeras Jornadas sobre Coordinadoras Territoriales de Atención al Maltrato en la Infancia en 1994.

El trabajo y conclusiones de dichas jornadas fueron recogidas en los artículos 86 y 89 de la Ley 6/1995 de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid (CM), por lo que se crearon las Coordinadoras de

Atención a la Infancia y la Adolescencia. En ellas se propone la regulación posterior de esta Ley, que es elaborada teniendo en cuenta la experiencia de los profesionales y que da respuesta a las necesidades de coordinación eficaz expresada por éstos.

En el preámbulo de la Ley se dice expresamente que la sectorización de los recursos, garantes y gestores de derechos y prestaciones, provoca que en ocasiones no se alcancen los fines generales en relación al bienestar de la infancia y adolescencia, al producirse una **descoordinación** de actuaciones tanto en el marco de la definición de políticas globales como en el ámbito más concreto del funcionamiento cotidiano de los servicios.

Desde esta perspectiva, los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la CM, pretenden constituirse como un espacio que facilite:

- El intercambio de información.
- La aportación de recursos.
- La coordinación de actuaciones.
- La prevención del riesgo social.
- La recuperación de aquellas situaciones en las que se haya apreciado el desamparo de los menores entre las Administraciones Públicas, estatal, autonómica y local, implicadas en el bienestar de los menores, a la vez que contribuyan a la participación de la iniciativa social.

La Ley establece tres niveles territoriales de coordinación:

- Los Consejos de la Comunidad de Madrid.
- Los Consejos de Área
- **Los consejos Locales:**

Dentro de los Consejos Locales se crean dos órganos colegiados con carácter obligatorio y permanente:

- **Comisión de participación de la Infancia y Adolescencia:** “se constituye como un foro de encuentro, debate y propuesta de los niños, niñas y adolescentes de los barrios, las ciudades y los pueblos de nuestra región, con el objetivo de articular el conocimiento directo sobre los intereses y necesidades de los menores”.
- **Comisión de Apoyo Familiar:** “se crea para el estudio de las situaciones de conflicto social de los jóvenes utilizando para sus funciones un instrumento técnico, EL PROYECTO DE APOYO FAMILIAR (PAF), mediante el cual establecer una adecuada evaluación y objetivos de intervención con los menores y sus familias”.

Consejos locales de atención a la infancia y la adolescencia:

Merece una especial mención ya que por Ley participamos como miembros permanentes en los distritos a dichos consejos.

Es el órgano en donde se van a establecer las siguientes **funciones**:

- **De coordinación institucional:**
 - Crear **programas** y proponer actuaciones.
 - Elaborar el **inventario de recursos** y proponer sugerencias.
 - Canalizar las **propuestas y sugerencias** de la iniciativa social e institucional.
 - Propiciar la **coordinación institucional** en lo referente a la implantación de políticas orientadas a las familias.
- **De fomento de la participación, de la sensibilización y de la formación:**
 - Ofrecer a los **menores** un cauce de **participación**.
 - Impulsar la **unificación de criterios** y formas de actuación así como la formación de los profesionales.
 - Promover **el interés y la participación** comunitarias en aspectos generales de la infancia.
- **De promoción de derechos:**
 - **Impulsar el cumplimiento de los derechos** de la infancia y adolescencia.
 - Promover **actuaciones** que contribuyan a la **superación de las causas de las infracciones** de la vulneración de los derechos de los menores (absentismo escolar).
- **De prevención:**
 - Promover **el estudio** de la situación de la infancia.
 - Ordenar **las necesidades** según prioridad.
 - **Elaborar, implantar y evaluar** los **programas** que atiendan a las **necesidades**.
- **De detección de la dificultad social:**
 - Desarrollar e implantar **protocolos** de detección, derivación e intervención.
 - Establecer **canales de comunicación** eficaz con el objeto de disponer de un **Sistema de Información para la Protección**.

- **De intervención:**

- **Conocer** el número de propuestas sobre **medidas legales** de protección, con el objeto de **crear programas** para la supresión o reducción de factores de riesgo.
- Garantizar la **colaboración** entre profesionales.

Dentro de los Consejos Locales de Atención de la Infancia y adolescencia se establecen **dos Comisiones específicas** y otras que se crearán según las necesidades estimadas del Consejo Local:

1. Comisión de participación de la Infancia y la Adolescencia.
2. Comisión de Apoyo Familiar.

1. **La Comisión de participación de la Infancia y Adolescencia** se constituye con carácter obligatorio y permanente en todos los Consejos Locales como **órgano de participación de los menores** residentes en el ámbito territorial que corresponda, con el **objetivo** de articular el **conocimiento directo de los intereses** y las necesidades de los menores. Sus **funciones** son fomentar la **participación de los menores**, contribuir a la integración social y al desarrollo de la participación de los menores, entre otras.

2. **Comisión de Apoyo Familiar:** Es el **órgano técnico**, con carácter **obligatorio y permanente**, destinado a **valorar las situaciones de riesgo social, desamparo o conflicto social** en la que puedan encontrarse los menores, así como para la **coordinación y seguimiento** de las actuaciones que se deriven de dichas situaciones.

Sus funciones son entre otras:

- **Valorar** las situaciones de **riesgo social, desamparo o conflicto**.
- Orientar y asesorar la **elaboración** y revisión de los **PROYECTOS DE APOYO FAMILIAR**.
- Facilitar la **coordinación** de las actuaciones que se puedan derivar de los **Proyectos**.
- Elaborar periódicamente los **estudios** que, con fundamentación estadística, nos permitan **conocer** la naturaleza y los **factores de riesgo**.
- **Elaboración de programas** y su implantación, para cuya realización se podrán constituir COMISIONES ESPECÍFICAS conforme a lo expuesto anteriormente.

En cuanto a su composición:

Lo formarán como **máximo siete miembros** permanentes nombrados por el Presidente o, en su caso, la Presidencia del Consejo Local a propuesta de los Vocales de dicho consejo, entre profesionales de los servicios sociales, de salud y de educación, entre ellos, los Servicios Sociales especializados, un técnico de la Residencia Infantil del distrito o centro donde esté el menor y un **técnico de Salud Mental**, entre otros.

También participarán como vocales, solamente en los casos en que sean competentes, los coordinadores de los Proyectos de apoyo familiar.

En los casos de especial complejidad podrán designarse en la Comisión, con voz pero sin voto, hasta un máximo de tres profesionales.

Desde las instituciones implicadas en esta Ley se facilitará la disponibilidad de los técnicos que les representen para cualquier actuación que se derive de dichas comisiones.

El Proyecto de Apoyo Familiar

Será el **instrumento técnico de carácter personalizado** cuyo **objetivo** es establecer las condiciones necesarias que **aseguren el bienestar de los menores**, incidiendo singularmente en las siguientes **situaciones**:

- Familias con menores en riesgo sobre los que se haya **elevado una propuesta de medidas legales de protección**.
 - **El proyecto** tenderá a la reducción, supresión o atenuación de los factores de riesgo para **favorecer la integración social y familiar de los menores**.
- Familias con menores sobre los que la **Entidad pública haya asumido una medida legal de protección**.
 - **El proyecto** dará cumplimiento a los objetivos que la entidad pública determine con el fin de permitir que los menores puedan **retornar al núcleo familiar o en su defecto se adopte una nueva situación convivencial**.

- Familias con **menores en situación de conflicto social**.
 - **El proyecto** desarrollará **medidas preventivas** y, asimismo, **contribuirá al cumplimiento** de lo estipulado **judicialmente** o por **derivaciones de Fiscalía**. Su finalidad es que los menores no recaigan, disponiendo los medios para su plena integración social.

El proyecto de Apoyo Familiar **se redactará por escrito** en un **modelo unificado** para toda la Comunidad de Madrid y deberá especificar lo siguiente:

- El **coordinador del Proyecto** (será un técnico de los Servicios Sociales locales y se encargará de redactar el proyecto, recabar las medidas a tomar por todos los servicios y velar por su cumplimiento).
- **Valoración de la situación** personal, social familiar.
- Los **objetivos** de integración tanto personal como familiar.
- Las **actuaciones** que deban llevarse a cabo.
- La **estimación temporal**.
- Los **indicadores** de evaluación.
- Los **profesionales y los servicios** que tengan responsabilidad de prestar asistencia al menor y a su núcleo familiar (que están **obligados** a colaborar en el ámbito de sus competencias **cuando sean requeridos** por el coordinador).

En caso de tener que **tomar medidas urgentes** por situaciones de riesgo grave, los servicios que puedan tener conocimiento de dicha situación lo **notificarán a la Entidad Pública** con competencia en protección de menores y, en su caso además **al juzgado que corresponda**.

La custodia de la información referida a los Proyectos de Apoyo Familiar será competencia de los **Servicios Sociales** de referencia (VER ANEXO 1).

EL EQUIPO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL

Componentes:

- Psiquiatra.
- Psicólogo.
- Trabajador Social.
- Enfermería.

Procedimientos terapéuticos:

- Evaluaciones.
- Psicoterapia.
- Acompañamiento terapéutico.
- Tratamientos farmacológicos.
- Grupo de madres.
- Grupo de adolescentes.
- Programa de enfermería para los menores que necesitan medicación y no cumplan el tratamiento.

Tareas del equipo:

- Reunión semanal para el estudio de casos.
- Asistencia a las reuniones de área (trimestrales).
- Coordinación con el Equipo de Orientación Psicopedagógica (EOEP) (trimestrales).
- Coordinación con atención primaria (mensuales).
- Asistencia a las CAF o ETMF de los distritos.

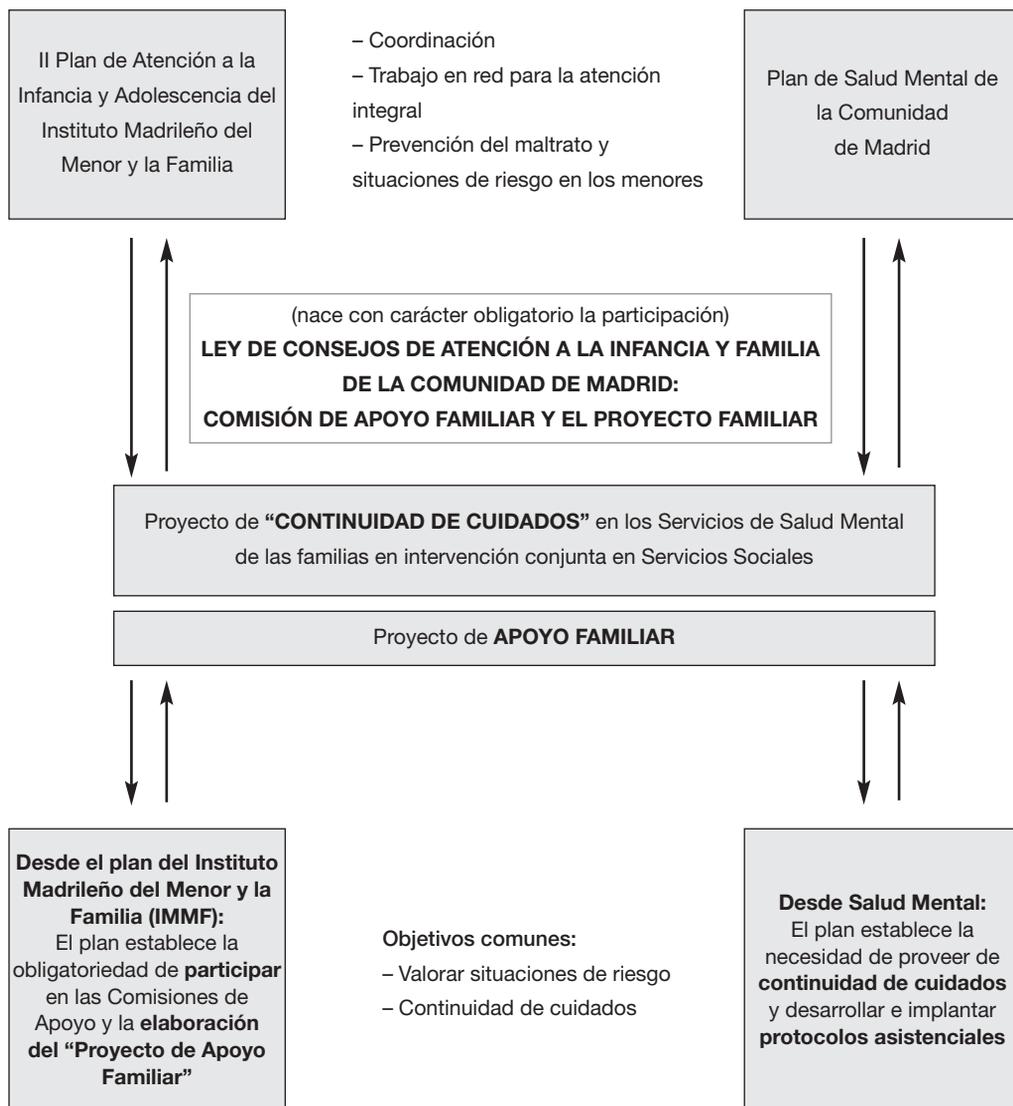
CONCLUSIÓN Y RESULTADOS

Aunque desde que se puso en marcha el proyecto, no ha pasado suficiente tiempo para sacar conclusiones definitivas sobre su eficacia, la experiencia trabajando con el proyecto y la ficha de continuidad de cuidados nos demuestra que esta forma sistemática de abordar los casos facilita la labor de los profesionales y el seguimiento de los pacientes a largo y medio plazo, evitando además el deterioro y/o abandono de los niños y adolescentes atendidos en los centros.

El proyecto es una herramienta muy útil para el tratamiento y seguimiento de los casos más graves y que podría generalizarse como método de trabajo en los Programas de Infancia y Adolescencia en los Centro de Salud Mental.

ANEXO 1

Modelo de trabajo y objetivos comunes



ANEXO 2

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nº Historia
Clínica

Nº Seguridad
Social

Fecha de
presentación

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento: Lugar:

Dirección:

Teléfono1: Teléfono 2:

Localidad: DNI/Tarjeta de residencia:

Nombre de los padres y/o tutor que ejerza la guardia y patria potestad:

.....
.....

DATOS DE ASISTENCIALES

Psiquiatra o Psicólogo: Coordinador de cuidados:

Trabajador social: Enfermero: Otros:

Servicios sociales: Trabajador social: Teléfono:

Centro de salud: Pediatra o Médico A.P.: Teléfono:

Centro educativo:

EOEP¹, E. Atención Temprana, otros:

Curso: Tutor/Profesor:

1. Equipos de orientación y Educación Psicopedagógica

DATOS SOCIOECONÓMICOS FAMILIARES

Estado civil de los padres:
Estudios de los padres:
Profesión de los padres:

OTRAS PERSONAS RELEVANTES DE CONTACTO

.....
.....
.....
.....
.....

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Diagnóstico clínico:
CFTMEA-R-2000:
C.I.E. 9ª: C.I.E.10ª:

Tratamientos anteriores:
.....
.....
.....

INGRESOS

Hospitalizaciones: SI NO Visitas a urgencias: SI NO

Descripción de la hospitalización/urgencias:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO

Consultas terapéuticas: Psicoterapia:

Tratamiento farmacológico:

.....

..... Pauta:

Grupo de madres: Grupo de adolescentes:

Hospital de día:

Profesional de referencia: Teléfono:

Otros problemas añadidos:

.....

.....

.....

Colaboración del paciente y familia ante la enfermedad y tratamiento:

.....

.....

.....

UTILIZACIÓN DE RECURSOS ESPECÍFICOS DEL DISTRITO

RECURSO.....

Servicios sociales:

Centro abierto

Ludoteca 1-2

Implicación F.

Centro de día

Otros

Tiempo Libre:

Otros (...)

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

ÁREA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

“FECHA, OBJETIVOS, PLAZOS, FECHA DE REVISIÓN”:

.....
.....
.....
.....

ÁREA FAMILIAR

Genograma:

Antecedentes psiquiátricos familiares:

ÁREAS DE INTERVENCIÓN CON EL MENOR

“FECHA, OBJETIVOS, PLAZOS, FECHA DE REVISIÓN”:

.....
.....
.....
.....

Coordinador de cuidado asistencial

.....

Responsable

.....

BIBLIOGRAFÍA

NACIONES UNIDAS-CENTRO DE INFORMACIÓN. México, Cuba y República Dominicana.
<http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/org/ops.htm>.

LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 20. de la Salud Mental, pag. 6, puntos 1,3 y 4.
http://www.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.tl.html.

ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo, 12 de Diciembre de 2006. Aspectos generales.
[http://www.msc.es/organizacion/sms/plan de calidad](http://www.msc.es/organizacion/sms/plan_de_calidad).

PLAN DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2003-2008.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA COMUNIDAD DE MADRID Y EL AYUNTAMIENTO DE MADRID PARA LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL. Madrid, 1 de septiembre de 2006.

CONSEJOS DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Ley 18/1999 de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SOBRE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Trabajadores Sociales de las Áreas 6 y 7
de Atención Primaria de Salud de la Comunidad de Madrid

RESUMEN

La atención primaria es la puerta de acceso al sistema sanitario de toda la población; por este motivo los profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP) ocupan un lugar privilegiado para detectar y abordar problemáticas socio-sanitarias.

Una de las demandas es la solicitud de información sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE), circunstancia que tiene importantes repercusiones bio-psico-sociales en la salud de la mujer, por lo que es necesario que se garantice una atención INTEGRAL Y SEGURA desde este dispositivo de salud. En ocasiones, se hace difícil abordar la situación debido a la complejidad de los aspectos que se ven implicados en ella.

El trabajador social es un referente en el contexto sanitario dentro de la Atención Primaria de Salud en la atención a mujeres que solicitan información sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se trata de una situación que genera especial angustia en la mujer que se plantea esta decisión, siendo el malestar psico-social que experimenta el objeto específico de la disciplina de Trabajo Social.

PALABRAS CLAVE

Mujer. Salud. Prevención. Seguimiento. Acompañamiento.

OBJETIVO GENERAL

- Garantizar a la mujer una atención integral en el planteamiento de su demanda.
- Disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Prevenir las complicaciones de las IVEs practicadas de forma insegura.
2. Acogida, valoración y acompañamiento, en el proceso de toma de decisiones.
3. Garantizar a las mujeres el conocimiento de los supuestos legales admitidos para la interrupción voluntaria de embarazo. (Normativa)
4. Información para la revisión post-IVE en el Centro donde se le practicó la IVE.
5. Coordinación con el Equipo de Atención Primaria.

ACTIVIDADES

1. Información. Derivar prioritariamente al trabajador social del Centro de Salud.
2. Entrevista según protocolo Trabajo Social en OMI:
La intervención del profesional debe ir dirigida a:
 - Contener, calmar la ansiedad, ayudar a disipar los temores, etc.
 - Detectar riesgo de IVE en la práctica clandestina e insegura.
 - Informar claramente sobre las alternativas y acompañar en el proceso.
3. Tramitación de solicitud:
La información debe ser completa, precisa y fácil de comprender.
 - Entrega de los supuestos legales. (Normativa):
 - Información del protocolo desde el Instituto Madrileño de la Salud: Anexo II y listados.
4. Valoración del estado emocional, seguimiento del proceso y detección de posibles secuelas. Información de una necesaria planificación familiar.
5. Coordinación con los profesionales del Equipo de Atención Primaria, para la planificación familiar post-IVE.

1 Registro informático sistema de salud

NORMATIVA LEGAL

- Ley Orgánica 9/1985 de 5 julio (BOE 12 julio). De reforma del artículo 417 bis. del Código Penal.
- Real Decreto 2409/1986 aborto. Centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo.

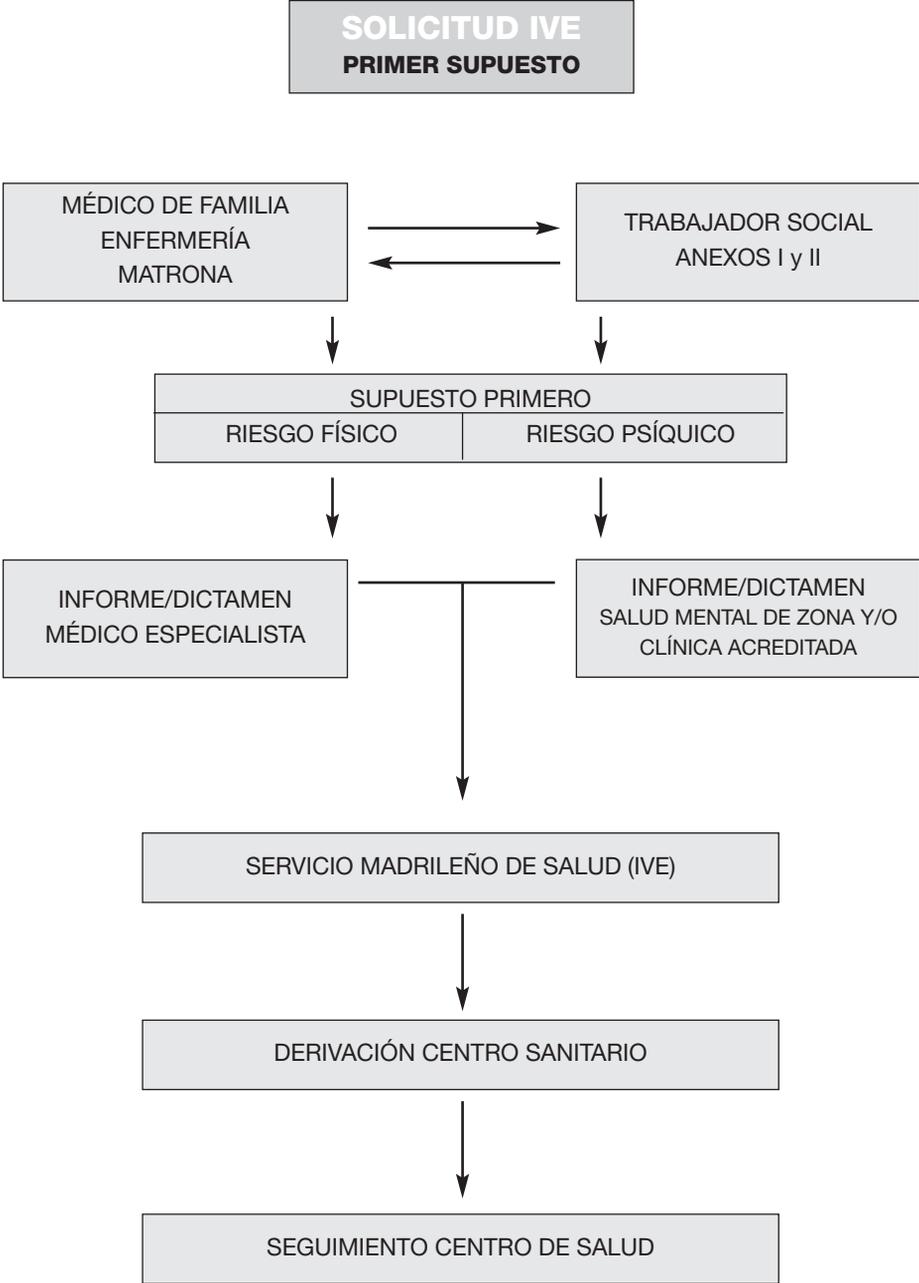
Ley Orgánica 9 de 5 de julio de 1985 que modifica el Art. 417 bis del Código Penal. (B.O.E. núm. 166. de 12 de julio de 1985)

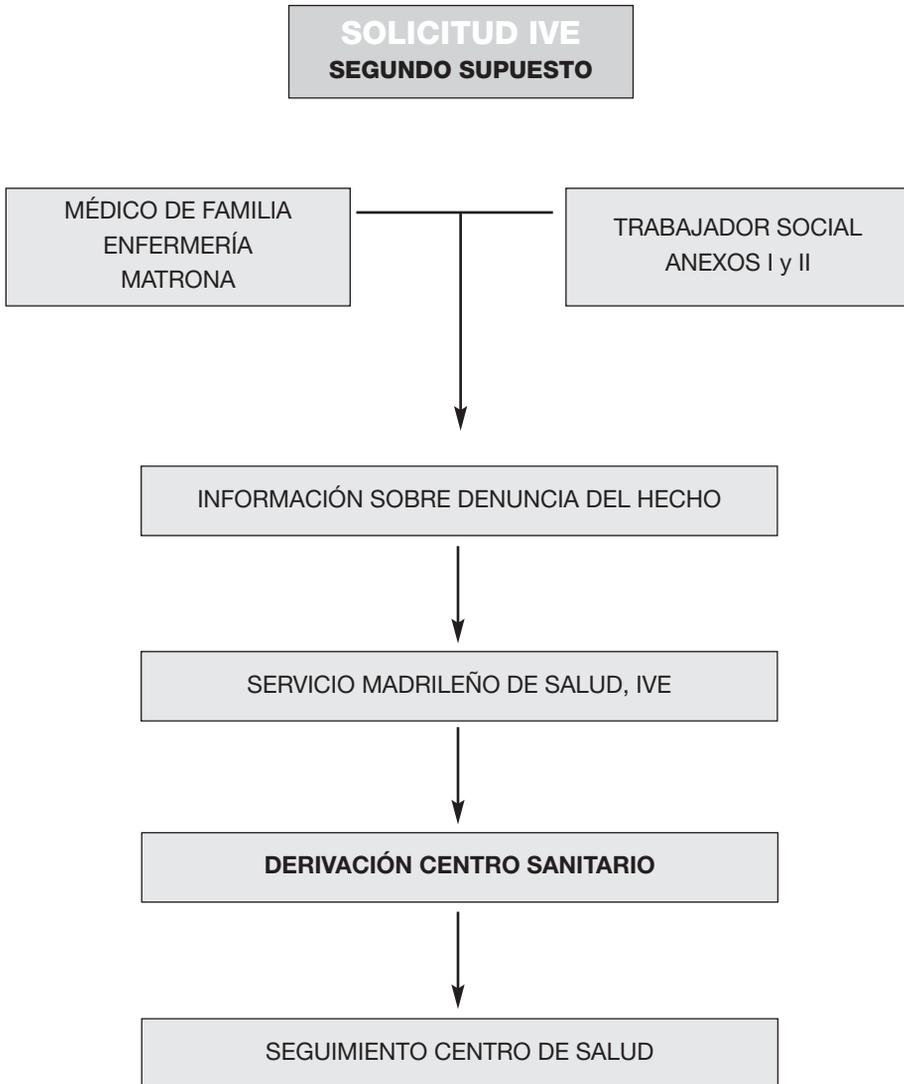
Artículo único.

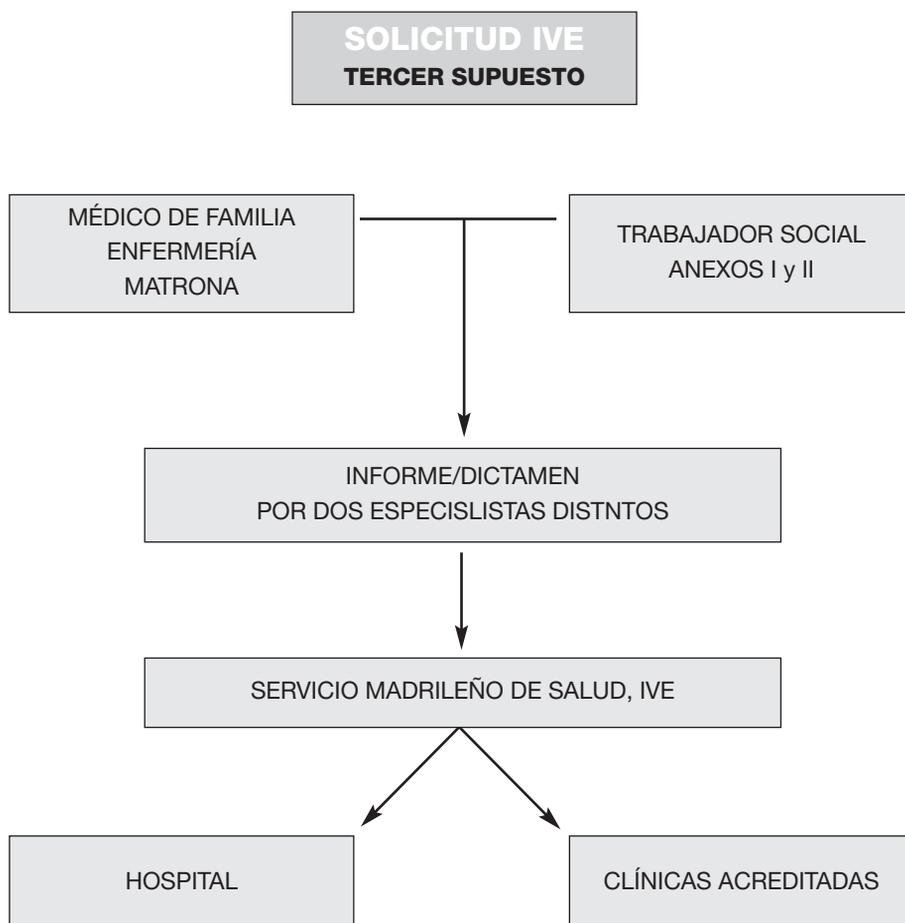
El artículo 417 bis del Código Penal queda redactado de la siguiente manera:

1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:
 - a. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.
 - b. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.
 - c. Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.
2. En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aún cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

ALGORÍTMOS SEGÚN SUPUESTOS:







RECURSOS

DEPARTAMENTO DE Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE):

Servicio Madrileño de Salud.

C/ Sagasta, nº 6 - Madrid.

Tfno.: 913387738. Horario: De Lunes a Viernes de 9 a 14 horas

DOCUMENTACION:

DNI o pasaporte no caducados.

Dictamen o dictámenes médicos.

Tarjeta sanitaria ó solicitud de la misma.

Las menores de edad deben ir acompañadas de la persona que ejerce su tutela.

Se facilita a las mujeres listados actualizados de centros de Salud privados concertados.

BIBLIOGRAFÍA

Trabajo Social en Atención Primaria,
Trabajadores Sociales de Atención Primaria de
Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
Salud Pública. Prevención y Promoción. TVE
13/4/07. Dirección general de atención al
Paciente y Relaciones Institucionales, Cap. IV.

Ponencias y Jornadas sobre aborto y salud
reproductiva. Sevilla, Mayo 2000.

Neomatalla, G.S. y Harper, P.B. (1990): Family y
planning counselling and voluntary. Esterilización.
1990.

Martín-Menasalvas, María. (2002): "Atención
psico-social en la demanda de IVE". Revista
Entorno social nº 43. Enero-febrero 2002.



El Retiro (Madrid), 1984
Luis C. Zamora

ONG

KRECER, UNA ASOCIACIÓN DE BARRIO PARA EL BARRIO



www.krecer.org



RESUMEN

Krecer es una asociación laica sin ánimo de lucro que nació en Vallecas en 1990 con la intención de ofrecer un espacio educativo, abierto, cercano y comprometido con los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y familias del barrio Palomeras Sur este en el Distrito Puente de Vallecas. Con ese objetivo común continuamos creando y aunando esfuerzos por paliar las desigualdades sociales.

PALABRAS CLAVE

Prevención. Marginación. Educación en el Tiempo Libre.

ORIGENES DE LA ASOCIACIÓN KRECER

Kreker es una entidad sin ánimo de lucro que se fundó en 1990. Es un proyecto que nace en Vallecas y para Vallecas. En concreto, la Asociación se inserta en el barrio de Palomeras Sureste (La Villota, Los Geráneos y Sandi). La iniciativa surgió a raíz de un análisis sociológico que se hizo de la zona en 1989; en el que se detectaron ciertas carencias y problemas que rodeaban a la infancia. Esto movilizó a una serie de personas en el barrio que, para tratar de favorecer el desarrollo de los menores, constituyeron la Asociación con un proyecto socioeducativo para la prevención del riesgo de marginación y exclusión social. Prevención entendida como la promoción de todas las potencialidades de los/as niños/as y jóvenes del barrio, así como de sus familias. Para ello la intervención ha incidido en los ámbitos básicos de socialización: familia, colegio, entorno.

El trabajo de la Asociación Kreker hay que enmarcarlo dentro de la Educación en el Tiempo Libre, optando por un modelo en el que tengan especial atención los/as menores, jóvenes y familias de sectores sociales marginados, sea por razones económicas, sociales o culturales, ya que son los más indefensos en un sistema como el nuestro. Pero también tienen cabida chavales y chavalas con una situación normalizada, ya que se apuesta por la integración y no por la creación de “guetos”.

Kreker no se integra en el barrio con el ánimo de salvar a nadie. Pretendemos colaborar en descubrir e impulsar los propios recursos de todos los que formamos la Asociación dentro de un proceso de aprendizaje mutuo.

A través de su vida asociativa, que pronto alcanzará los 20 años, han existido varias transformaciones. Como se relataba anteriormente, es a partir de las necesidades detectadas en la infancia de la zona cuando Kreker comienza a funcionar. En sus primeros años, sólo existía un local y las carencias tanto de recursos humanos como materiales se suplían con el entusiasmo. Pero a medida que el proyecto se fue asentando se necesitaban cambios: la primera persona contratada (hasta los más de 10 en la actualidad, incluyendo a los educadores de Compensación Externa en colegios e institutos), el segundo local (para adolescentes, apoyo escolar y oficina) y otra serie de mejoras.

Habría que destacar como momento clave en la historia de la asociación cuando se establece una estructura organizativa que incide en la especialización y la profesionalización, que diferencia entre áreas educativas (Infancia, Adolescencia, Familia y Apoyo Escolar) y organizativas (formación, recursos humanos, econo-

mía...). Una estructura organizativa que mantiene a la Asamblea como órgano supremo de decisión pero que crea la Junta Directiva, supeditada a ésta, como una forma de mejorar la toma de decisiones.

PROYECTOS DESARROLLADOS POR LA ASOCIACIÓN KRECER

En la actualidad la asociación cuenta con varios proyectos de intervención directa con la población de la zona, que describimos brevemente a continuación:

- **PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON INFANCIA (Centro Krecer 2):** Desarrollado de Lunes a Viernes con actividades dirigidas a aproximadamente 80 niños/as, además de las actividades periódicas de fines de semana y el campamento de verano. Las edades de los niños/as están comprendidas entre los 5 y los 13 años, estableciéndose dos grupos de edad para facilitar la intervención: pequeños (entre 5 y 8 años) y medianos (entre 9 y 12 años).
- **PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENCIA (Centro Krecer 1):** Desarrollado de Lunes a Viernes, además de las actividades de fines de semana y el campamento de verano. Está dirigido a 50 adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y los 17 años, repartidos en tres grupos de edad (14-15/15-16/16-17). Dentro de este proyecto está comprendida la actividad de educación de calle en la que se trabaja con unos 15 chavales/as de forma habitual.
- **PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON JÓVENES (Centro Krecer 1):** Se desarrolla los lunes en horario de mañana y tarde, además de las actividades puntuales de fin de semana. Está dirigido a un grupo de 15 jóvenes de entre 18 y 21 años.
- **PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON FAMILIA (Centros Krecer 1 y 2):** Intervención con las familias de los niños, niñas y adolescentes que participan en Krecer. Se desarrolla cuatro días a la semana, destinados a la realización de talleres creativos, informática y asesoramiento legal y laboral.
- **PROYECTO DE APOYO ESCOLAR (Centros Krecer 1 y 2):** De carácter transversal se desarrolla con todos los chavales de la Asociación desde los diferentes espacios de los Proyectos y durante toda la semana, incluyendo el Apoyo más personalizado en el propio local y en algunos domicilios de los chavales.

- **PROYECTOS EN COLEGIOS PÚBLICOS (C.P.) E INSTITUTOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA (I.E.S.):** Desarrollo de Proyectos de Compensación Externa y de Acompañamiento Escolar en Colegios e Institutos del Distrito. Actualmente en C.P. Asturias, I.E.S Vallecas I, I.E.S. Numancia e I.E.S Palomeras Vallecas.

PROGRAMA GENERAL DE LA ASOCIACIÓN KRECER

Breve descripción del Programa:

El Programa dirige su acción a **niños, niñas, jóvenes y familias en situación de desventaja**, en prevención del riesgo de marginación y exclusión social. Su objetivo principal es conseguir el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia incidiendo en sus ámbitos básicos de socialización: familia, colegio y entorno.

Se trata de favorecer el desarrollo de un espacio educativo cercano para los chavales/as, para ofrecerles desde nuestra presencia cotidiana una referencia diferente, que apuesta por el valor de lo lúdico y lo creativo, que combina la afectividad con la adquisición de una adecuada socialización basada fundamentalmente en el respeto (a ellos mismos, a los demás y al medio que les rodea).

Objetivos del Programa

A partir del **objetivo general** de la Asociación :

Crear un recurso socio-educativo para los/as menores, adolescentes y jóvenes del barrio, que favorezca el desarrollo integral y los procesos de socialización, con especial compromiso con aquellos sectores que se encuentran en situación de desventaja y riesgo social.

Hemos planteado una serie de **objetivos específicos**:

- Que los/as niños/as, adolescentes, jóvenes y sus familias dispongan de un espacio educativo en el que descubrir mediante lo lúdico nuevas formas de socialización y relación grupal.
- Fomentar el desarrollo de las capacidades y habilidades propias de la inteligencia emocional: autoconocimiento, autoestima, autocontrol, motivación, empatía, habilidades sociales necesarias para la convivencia.
- Contribuir a que los/as niños, niñas, adolescentes, jóvenes y sus familias va-

yan valorando positivamente la enseñanza formal y el Centro Escolar, motivando su participación y disfrute en sus aprendizajes.

- Posibilitar a los/as adolescentes y los jóvenes la adquisición de habilidades, capacidades y hábitos para participar de forma activa en la sociedad y, en concreto, acceder al empleo.
- Promover la adquisición de hábitos saludables con respecto a la alimentación, la higiene personal y la sexualidad.
- Apoyar y orientar a las familias para que adquieran hábitos, habilidades y recursos necesarios para afrontar de manera adecuada sus problemas.

Criterios educativos

Kreecer opta por los siguientes **criterios educativos**:

- **Los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y familias son los protagonistas** de su propia historia, siendo personas educadas para la libertad, siendo importantes para ellos mismos y para los demás.
- Se atiende a **lo individual y lo grupal**.
 - **Lo individual:** Teniendo en cuenta los ritmos, capacidades e intereses de cada uno/a.
 - **Lo grupal:** Creando grupos donde los niños, niñas, adolescentes y jóvenes se sientan integrados y acogidos tanto por sus iguales como por los educadores/as.
- **Compromiso con los chavales y chavalas**, con su realidad. Ofreciéndoles alternativas y siendo conscientes de que éstas se las transmitimos básicamente a través de nuestra actitud, nuestra relación con ellos y nuestros valores.
- Se establecen unos **límites claros en la relación educativa** y exigiéndoselos, desde el convencimiento de que son necesarios para su adecuado desarrollo, para lograr la seguridad básica, para convivir en sociedad.
- Se favorece gradualmente, según su momento evolutivo, **la participación de los chavales y chavalas**. Para ello nuestras herramientas básicas son el diálogo, la disposición de escucha y la confianza; éstas son claves en las que se cimienta nuestra relación educativa.

Sistema de planificación y evaluación

El proceso de planificación y evaluación en la Asociación Krecer se traduce anualmente en la existencia de tres momentos clave:

1. Análisis de la realidad: Durante el mes de **septiembre**, a través de la información obtenida con las evaluaciones, se realiza un diagnóstico de la situación, valorando la incidencia del proyecto sobre la realidad y el alcance de los cambios producidos.
2. Programación: A **finales de septiembre**, con los datos obtenidos desde el análisis anterior, se planifican las líneas generales de actuación para los meses comprendidos entre octubre y julio. En el mes de **abril** se revisa la marcha del proyecto del Centro entre todos/as. En estos dos momentos están presentes todos/as los responsables, educadores/as y otros/as voluntarios/as participantes en el proyecto.
(Para esta actividad de planificación se suelen emplear fines de semana fuera de Madrid, sirviendo también como momentos de convivencia entre el personal del proyecto).

Desde finales de septiembre y después de que queden establecidas entre todos/as las líneas de actuación generales, la actividad de la programación responde al siguiente esquema:

- Programación anual general de cada grupo (finales de septiembre o primeros de octubre).
 - Programación trimestral específica de cada grupo (al comienzo de cada trimestre: octubre, enero, abril).
 - Revisión semanal de la programación (los lunes).
 - Revisión diaria de las actividades a desarrollar y evaluación posterior (alrededor de 30 minutos antes y después de la sesión, respectivamente).
(Para la programación anual y trimestral de cada grupo se suele emplear la mañana y/o la tarde de un sábado).
3. Evaluación: Coincidiendo con cada momento de la programación, se realiza la evaluación de la marcha del proyecto, de la que se obtendrá la información necesaria para poder readaptarlo o reorientarlo si fuera necesario. Se realizarán **evaluaciones diarias, trimestrales y anuales**, coincidiendo con los momentos de la programación arriba descritos.

La evaluación es el proceso por el cual se recogen datos reveladores que, transformados en información, son el punto de partida para tomar decisiones. La evaluación refleja siempre la intención última del proceso educativo llevado a cabo.

Pensamos que la evaluación ha de ser un proceso permanente, claro y compartido entre: los chavales/as, los educadores/as del proyecto de adolescentes y el resto de las áreas de Krecer.

Resumiremos ahora los principales objetivos que ha de alcanzar la evaluación:

- a. **De cara al propio menor**, la evaluación ha de servir para conocer dónde se está, dónde se ha llegado, dónde no se ha llegado todavía. Para conocer mejor sus potencialidades y orientar el proyecto educativo individual.
- b. **De cara al equipo de educadores/as**, ha de servir para renovar, corregir, cambiar, métodos y sistemas, para elaborar recursos, materiales didácticos, para adaptar las intervenciones del proyecto a las necesidades e intereses del proyecto.
- c. **De cara a la Asociación**, ha de servir para elaborar con información precisa, el proyecto educativo de un año para otro, así como para mejorar los circuitos de coordinación y organización de los recursos humanos, financieros y materiales.

Recursos del Programa

Para el desarrollo de los proyectos que la asociación lleva a cabo, contamos con los siguientes recursos humanos y materiales:

Recursos humanos:

- Cuatro personas contratadas para los proyectos de intervención propios de la Asociación Krecer.
- Un gestor.
- Seis personas contratadas para los proyectos de Compensación Externa con Colegios e Institutos.
- Voluntarios/as desarrollando funciones de educadores en las distintas áreas y actividades.
- Voluntarios/as encargados de los aspectos organizativos y de gestión.
- Estudiantes en prácticas de Trabajo Social de la Universidad Complutense con funciones de educadores de familia e infancia, respectivamente.

- Estudiantes en prácticas de Educación Social, uno de C.S.E.U. Lasalle y uno de la Universidad Complutense, con funciones de educadores de infancia.
- Estudiantes en prácticas de los módulos de Formación Profesional de las modalidades de Técnico de Animación Sociocultural y de Integración Social.

Recursos materiales:

- Dos locales: uno alquilado al IVIMA y otro cedido por una congregación.
- Diversos materiales lúdicos, didácticos, plásticos, deportivos y de campismo.
- Equipos informáticos (9 ordenadores, 3 impresoras, scanner) y audiovisuales.

Recursos económicos:

- Subvenciones de entidades públicas: Ayuntamiento de Madrid, Comunidad Autónoma de Madrid...
- Colaboración de entidades privadas: Fundación La Caixa, Obra Social Caja Madrid, Cáritas, parroquias...
- Socios y donantes particulares.

COORDINACIÓN EXTERNA DE LOS PROGRAMAS

Consideramos importante para nuestro trabajo con los/as chavales/as estar coordinados con otras entidades que, de un modo u otro, trabajen con la infancia y la juventud en general. En ese sentido, participamos desde hace años en las siguientes estructuras sociales:

- Krecer, junto con otras veinticinco asociaciones infantiles y juveniles del barrio, es miembro de la Coordinadora Infantil y Juvenil de Tiempo Libre de Vallecas. Esto nos facilita y ofrece muchas posibilidades:
 - Encuentro con otras entidades que trabajan en el mismo ámbito.
 - Posibilidades de formación para los monitores/as.
 - Apoyo en la gestión y búsqueda de recursos.
 - Realización de actividades conjuntas: Día Infantil de Vallecas, Carnaval, Liga de fútbol sala y Coordinamaratón deportivo...
 - Ir avanzando en una línea educativa común.

Nos reunimos:

- Mensualmente en las Asambleas de Representantes.
- Quincenalmente en la Comisión de Adolescentes y Jóvenes.
- Quincenalmente en la Comisión de Familia.
- Miembros de **INJUCAM**: Federación de Asociaciones para la Promoción de la Infancia y la Juventud en la Comunidad de Madrid, con reuniones mensuales.
- Participamos en Equipo Técnico de Menores y Familia de **Servicios Sociales del Centro Pablo Neruda**, para la detección y seguimiento de situaciones de riesgo. Igualmente nos reunimos de forma mensual.
- Hemos comenzado a colaborar en las mesas de intercambio de experiencias y de conocimiento de entidades sociales del barrio organizadas por los **Servicios Sociales**.
- Mantenemos durante el curso contacto con los **Colegios e Institutos** de Vallecas donde acuden nuestros/as chavales/as, con el **Centro de Apoyo al Menor** (C.A.I. 4), **Centro de Apoyo a la Familia** (C.A.F. 4), para hacer un seguimiento de los menores, y para incorporar nuevos chavales/as en situación de riesgo. La periodicidad depende de las necesidades.
- Desarrollamos Proyectos de Compensación Externa con el **C.P. Asturias** y en el **I.E.S. Numancia** y el **IES Vallecas I** y Programas de Acompañamiento Escolar en los **I.E.S. Palomeras-Vallecas** y **Vallecas I**. Esto ha permitido a otros chavales/as del barrio conocer y participar en las actividades de la Asociación Krecer.
- Somos miembros promotores del **Foro Socioeducativo de Vallecas** para la prevención del absentismo escolar, con reuniones mensuales.

KRECER: EL COMPROMISO EN EL BARRIO

Desde que se fundase en 1990 Krecer, cientos de personas han pasado por sus locales; chavales y chavalas a disfrutar de su ocio, sus familias y aquellos educadores, profesionales, voluntarios o estudiantes, que han ofrecido algo de su tiempo y de su entusiasmo para que la asociación Krecer participase activamente en la vida del barrio.

Pese a que el tiempo hace que muchos nos hayan dejado, otros tantos continúan comprometidos con Krecer. Aún quedan unos pocos de los que fundaron la asociación y algunos que llevan unos cuantos años. Y gracias a este entusiasmo a lo largo del tiempo, los que llegan sienten el espíritu esencial de la asociación, la filosofía de trabajo: el compromiso en el barrio y para el barrio. Esta continuidad hace que Krecer conozca la zona, a sus gentes y su forma de ser, lo que permite intervenir sin ser un agente externo.

Esta es una de las claves para que esta asociación siga “Kreciendo”; continúa y seguirá en el barrio y para el barrio. El tiempo que llevamos, hace que la gente vea la asociación como un espacio abierto y una puerta a la que siempre pueden llamar. Así es como algunos de los chavales y chavalas que han pasado por Krecer, se acercan de vez en cuando a vernos, a contarnos sus éxitos y fracasos, a decirnos que han conseguido un trabajo, que lo han perdido, o que han tenido su primer hijo. Cercanía y compromiso de Krecer en Vallecas.

LO SIENTO MUCHO SEÑORA

Laura Caramés Gutiérrez

DTS Col. nº 1.810

Adjunta al Departamento de Servicios Sociales

Jefa de Sección de Coordinación Centros Sociales, Distrito de Hortaleza

RESUMEN

A raíz del artículo sobre el trato recibido por una señora en un Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid¹, además de la necesidad compartida de que las prestaciones finalistas no requieren intervención social, ni trámites innecesarios, se presenta este artículo a modo de respuesta a una usuaria, en el que se explica hipotéticamente a qué puede responder lo sucedido, reflejando la realidad diaria, que considero común a todos los centros de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid. Exponiendo los déficits y ventajas que plantea el Sistema de Servicios Sociales Municipales, así como la defensa de que sí se puede realizar intervención social, la instalación en la queja desde los aspectos cotidianos por parte de todos los profesionales y la necesidad de realizar un análisis sobre muchos factores que afectan a la gestión diaria de los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

PALABRAS CLAVE

Intervención social. Instalación en la queja. Duplicidad funcional. Descompensación en niveles estratégicos y operativos. Combinación de factores. Derivación interna.

1 Revista TSH nº53. Pag. 161

Estimada señora, en relación a la queja que usted formula a su vecino respecto al trato recibido en Servicios Sociales, tengo interés en exponerle a través de este escrito las peculiaridades, que como sistema de protección y colectivo de trabajadores sociales, mayoritario en el mismo, nos caracterizan, así como los aspectos positivos y negativos de esta red a la que tantos calificativos se le pueden atribuir, y en la que usted acaba de entrar.

Comienza su escrito exponiendo su derecho a la no intervención social, perfectamente lícito, y fácilmente argumentable basándonos en nuestros principios profesionales, tenemos por costumbre dividir los mismos en tres aspectos: Derechos Humanos y Dignidad humana; Justicia Social; y Conducta profesional, no estando en mi ánimo describirle todos, dado que no es objeto de este escrito, me basaré fundamentalmente en el que para nosotros es el más importante: “Respetar el derecho a la autodeterminación. Los trabajadores sociales deben respetar y promover el derecho de las personas a elegir por sí mismas y a tomar sus propias decisiones, sea cuales sean sus valores y opciones de vida”. A esto es necesario añadir que en ocasiones estamos obligados a realizar intervención social cuando preceptivamente lo establece la legislación, y como trabajadores de la administración pública y profesionales del Trabajo Social y tal como nos dicta nuestro Código Deontológico, somos concededores de situaciones que así lo requieren.

Hubiera deseado que este derecho a la no intervención que usted expone y su vecino defiende, hubiera estado argumentado en términos profesionales que sobrepasaran lo cotidiano, y me atrevo a decir que no habitual en nuestro sistema, sin embargo su vecino ha elegido argumentarla en base a los defectos que como tal sistema a veces todos sufrimos, tanto como usuarios como profesionales del mismo.

El proceso de intervención social por regla general comienza con una demanda, o bien con una detección realizada por el profesional, se basa en un proceso que se produce ante una situación-problema, conocido el problema por parte del trabajador social tras una demanda del cliente o por otras vías, es necesario establecer que la intervención social se produce en un contexto de ayuda, siendo la principal herramienta de esa intervención social, la relación que se establece entre profesional y cliente, entendida como interacción personal dado que ambos poseen valores, principios, costumbres y creencias que interactúan entre sí.

En relación a esta demanda que se produce por parte del cliente usuario, a los trabajadores sociales se nos entrena durante tres años, y posteriormente seguimos formándonos, al objeto entre otras muchas cosas, de: saber distinguir si la

demanda requiere intervención social o tan sólo gestión de una prestación, o cualquier otro aspecto. Dado que en nuestro sistema combinamos lo que es esencial en nuestra profesión, el proceso de intervención social, con otros muchos factores: la prestación, la atención sistematizada, los procesos propios establecidos en la institución, la gestión presupuestaria, la gestión de los distintos programas previamente establecidos, los mandatos políticos y nuestra propia estructura que en ocasiones también sería cuestionable.

Una de nuestras tristes peculiaridades es el estancamiento en la queja, de forma que todos nos quejamos de todos, de nuestros jefes, de nuestros subordinados, incluso nos quejamos de cómo se ponen en marcha las instrucciones y programas en los que previamente se ha participado. Una de nuestras quejas fundamentales, es el que no podemos hacer intervención social, no se lo crea señora, tan sólo el magnífico hecho que nuestra profesión y el desarrollo de nuestro trabajo nos ofrece, que es el trato directo con las personas, nos permite realizar intervención social, y le aseguro que existen experiencias magníficas realizadas con implicación, profesionalidad y con un resultado de consecución de los objetivos en todos los distritos, pero le repito no somos muy proclives a hacer autocritica desde el rigor técnico, más bien decidimos cuestionar desde lo cotidiano.

Tal es la dimensión que la queja ha tomado, que yo, que desgraciadamente recibo muchas, he desarrollado mi propia teoría: en ocasiones, no siempre, dado que no sería justo decir siempre, la queja es una actitud compensatoria, genera solidaridad y evita el compromiso, ello nos lleva a lo que ya he dicho anteriormente, a no analizar y no avanzar, sólo cuestionar.

Pero quizás me estoy extendiendo demasiado, y no le doy explicaciones sobre lo que usted desgraciadamente ha vivido, discúlpeme.

Si usted hubiera acudido hace dos años al centro de Servicios Sociales que le corresponde por su domicilio, le habríamos podido ofrecer para su madre un programa que antes teníamos, y que denominábamos terapia domiciliaría. Se trataba de un programa dirigido a personas que residían en viviendas con dificultades de accesibilidad, y que por sus circunstancias físicas, no podían salir de su casa, personas con alta dependencia. En él contemplábamos tanto a la persona objeto de ayuda como a sus familiares, pero desgraciadamente ha llegado tarde, dado que una persona con un cargo que sobrepasa lo técnico ha decidido que no era un programa rentable, hoy seguimos teniendo a esas personas sin poder salir de su domicilio, pero la ayuda que les podemos ofrecer no excede de la

ayuda a domicilio. Respecto a la ayuda a domicilio, también ha llegado tarde, usted como vecina de un distrito se preguntará cómo la vecina de su madre que está mejor que ella percibe este servicio y su madre entra en una lista de espera, lo sentimos pero no podemos explicarle que en estos momentos se está comenzando un nuevo contrato, ha cambiado el adjudicatario y ha subido el precio hora y tenemos que reajustar los servicios, por lo que sólo podemos dar de alta a los casos con un Barthel de 50 y un Lawton de 0, términos que a usted por supuesto no le tienen que importar, porque usted lo que quiere y yo lo entiendo, es lo que está solicitando.

A este respecto de la ayuda a domicilio le indico que, no deja de ser curioso tratándose de un programa enormemente consolidado en el Ayuntamiento de Madrid, que incluye aproximadamente 52.847 personas mayores², no cuenta a día de hoy, con un programa informático propio, de forma que para el control del mismo, nos valemos de hojas Excel que tienen a bien darnos las empresas, por lo que su gestión en ocasiones resulta enormemente difícil.

Respecto a las dos veces que usted tuvo que ir a dos centros de servicios sociales distintos, desearíamos enormemente poder haber realizado una difusión de nuestro servicio y nuestro Centro de Servicios Sociales a todos los vecinos que son de su ámbito de influencia, de hecho así se hace en otros departamentos municipales, pero en nuestro caso este tipo de cosas casi nunca ocurren, ello hubiera evitado que usted tuviera que ir a dos centros distintos.

Una vez que usted dio con el sitio exacto y se encontró con la bedel de ojitos inquisidores, que la trató de una forma tan impersonal, probablemente ese trato que no se puede calificar de adecuado, responde a que dicha bedel ha sido reubicada del puesto que llevaba ocupando quince años, y su figura ha sido sustituida por una auxiliar de control, lo siento mucho, he visto como el número de bedeles que había en mi centro se ha multiplicado por tres, pero no le puedo explicar a que responde dicho cambio.

Por la época que usted fue al centro, la señorita de información que la atendió era una auxiliar de la Agencia de Empleo, se trata de personal de distintas categorías que anualmente y durante periodos de seis meses ocupan los centros de servicios sociales, a los que tenemos que formar y cuando logramos que estén

2 Memoria Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales 2007, Dirección General del Mayor.

formados se van, usted dirá: ¿como es posible que pongamos a personal nuevo en atención al público?, concretamente en estos días, esta persona estaba sustituyendo una baja maternal de una auxiliar administrativa que no había sido cubierta, y el resto de los auxiliares estaba explicando al resto de personal nuevo, algunos procesos de la unidad administrativa que no requirieran del uso del ordenador, dado que no tenemos para todos los profesionales, por lo que tratamos de establecer tareas mas instrumentales como son archivo, información u otras.

Debo reconocer que no fue usted muy afortunada en **su atención**, dado que cuando **fue atendida** por la trabajadora social, la misma tampoco es una funcionaria, se trata de una profesional becaria, a la que aprovecho mediante este escrito a hacer una mención y reconocer su esfuerzo y trabajo, estas profesionales tendrían que estar continuamente supervisadas, pero la que a usted le atendió estaba sustituyendo una excedencia que no había sido cubierta en el plazo esperado.

Sí debo reconocer, que carece de sentido el que se le realizara una visita para la gestión de una plaza en Centro de Día, por regla general no lo hacemos así, quizá es bastante probable que unido a la plaza de Centro de Día se solicitara por parte de su madre una ayuda a domicilio que sí requiere visita. En el momento actual se produce gran celeridad en la gestión de estas plazas porque se ha incrementado notablemente el número de las mismas.

Me ha sido imposible consultar con la trabajadora social el motivo de la visita, dado que tal como le he explicado era una **profesional becaria** y ha finalizado su contrato, en el momento actual esa zona la tenemos repartida entre el resto de profesionales, y estamos deseando que por lo menos nos cubran las dos bajas maternales que se producirán en breve plazo porque si no, tendremos que repartir otras dos zonas. No obstante y en base a la experiencia, considero que el hecho de exponerle a su madre en la visita a domicilio que tenía una casa muy bonita, sólo se hacia con la simple intención de agradar y empatizar, para posteriormente poder realizarle un sinfin de preguntas que responden a una escala que nos es de gran ayuda y sirve de unidad de medida para el acceso a distintas prestaciones.

El hecho de que a su expediente no se le diera trámite hasta pasados seis meses obedece a otro análisis, en las Junta Municipales de Distrito existen cinco Departamentos: Departamento Jurídico, Departamento de Servicios Económicos, Departamento de Servicios Técnicos, Departamento Servicios Sanitarios, Calidad y Consumo, y Departamento de Servicios a la Ciudadanía, siendo a este último al que pertenece el Centro de Servicios Sociales, y no con dependencia

directa de las Juntas Municipales pero sí ubicados en las mismas, se encuentran las oficinas de Línea Madrid, es más que evidente que el mayor volumen de usuarios que se recibe en los distintos departamentos, se realiza por parte de las oficinas de Línea Madrid, y me atrevería a decir que en un segundo lugar en atención a usuarios se encuentra el Centro de Servicios Sociales, el volumen de gestión de prestaciones que se realiza en cualquier Centro de Servicios Sociales se acerca a un número de entrada en registro de unas 40 solicitudes diarias, sin embargo el volumen de personal administrativo en proporción a técnicos en unos y otros departamentos es muy dispar.

Concretamente en el centro de la Esperanza al que usted acude es de, un auxiliar administrativo por cada cuatro técnicos, trabajadores sociales, podría ser considerado suficiente, pero a ello se añaden otros factores, como la inexistencia de un soporte informático adecuado que contabilice el registro de entrada y salida en el centro y el reparto en el mismo unificado a toda la institución, de forma que, en cada Centro tratamos de controlar el registro con métodos arcaicos de lo más variado, y a día de hoy siglo XXI, cuando en toda la institución se utiliza el SIGSA para el control de los expedientes, nuestros auxiliares ni siquiera han sido formados en el mismo, ello evitaría que se traspapelaran los expedientes y tuviéramos siempre controlada la ubicación de los mismos, si le digo la verdad, a veces me sorprende que no se pierdan más cosas.

Ante esas carencias los Servicios Sociales, que somos muy imaginativos, empleamos a técnicos en labores que perfectamente podrían ser suplidas con personal administrativo y tecnologías, y caemos en algo que reconocemos no es lo más apropiado y es la derivación interna. De esa forma en cualquier Centro de Servicios Sociales se encuentra usted con siete profesionales entre Jefaturas, Direcciones, y responsables de programa dedicados a labores de gestión, planificación, supervisión, control y coordinación y catorce aproximadamente dedicados a la atención al público, gestión e intervención social, es cierto que el número en sí no está muy compensado, lo que da lugar a una duplicidad funcional y a una devaluación de lo que es esencial en nuestro sistema, la atención al ciudadano, desde mi punto de vista sí sería necesario realizar un análisis sobre estos parámetros.

Otra de nuestras graves carencias y que nos paraliza enormemente es la gestión telefónica, no logro entender como hay otros servicios en nuestra institución tan avanzados al respecto, y nosotros seguimos teniendo tantos problemas para el acceso del usuario a nuestros servicios telefónicamente.

Ya finalizando Señora, creo que mediante el presente escrito le he explicado nuestra gran ventaja como trabajadores sociales que es el hecho de que sí que podemos realizar intervención social, dado que trabajamos con personas en situación de necesidad, y ello es la esencia de nuestro trabajo y también nuestras carencias.

Desearía explicarle que tras todo sistema organizativo siempre hay un deseo de atender bien y realizar una buena práctica profesional, pero nuestro sistema ya es muy grande y necesitamos del apoyo y supervisión de aquellos que nos planifican, de actuaciones coordinadas, medios técnicos y humanos, coherencia y por último compromiso tanto en los niveles estratégicos como en los niveles operativos.

Por último agradecerle su queja, y exponerle que aunque deseo que su caso sea un caso aislado, todo queja formulada por los usuarios-clientes ayuda a la reflexión.



El Retiro (Madrid), 1984
Luis C. Zamora

CUANDO EL SÍNTOMA ES EL MALTRATO A UN MENOR O DEL PROCESO DE CAMBIO TERAPÉUTICO EN EL CONTEXTO DE SERVICIOS SOCIALES (*)

Inmaculada Porta Carrasco

DTS Col. nº 6.643

RESUMEN

En este artículo, he tratado de describir y ordenar el proceso de tratamiento llevado a cabo en el contexto de Servicios Sociales, a partir de una demanda formulada por un Instituto de Enseñanza Secundaria (IES), ante la sospecha primero y posterior confirmación y denuncia, de un caso de malos tratos físicos a un menor.

Me voy a referir al contexto de la demanda, al proceso de evaluación y a todos los elementos y factores tenidos en cuenta; al contexto de colaboración que se establece con la familia, a partir de la comprensión de su problema, y con la red de servicios que intervienen. A las primeras hipótesis explicativas, al tratamiento y al cambio terapéutico que se produjo en la familia y al cierre, final del tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Síntoma. Contexto. Proceso. Cambio terapéutico. Trabajo en red.

(*) Este caso fue presentado en las IV Jornadas de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP) "El cambio en Psicoterapia" celebradas en Segovia los días 31 de marzo y 1 de abril de 2006, y en las Jornadas sobre Terapia Sistémica celebradas el 16 Junio de 2006 en Albacete.

INTRODUCCIÓN

El “síntoma”, es un término y un concepto asociado al contexto sanitario. Me he servido de él por tratarse de una expresión que conduce a mirar lo que hay detrás, a buscar una explicación de lo que parece evidente: el dolor, la fiebre, la irritación... En el caso que nos ocupa, las señales, los hematomas y otras manifestaciones y comportamientos en el niño.

Para ver qué había detrás, de las manifestaciones del niño, de las señales en su cuerpo, y en su modo de comportarse, -los síntomas-, me he basado en las aportaciones de los modelos estratégico y sistémico, lo que representa *otro modo de mirar*, de comprender el comportamiento humano y de abordar lo que hay detrás de las demandas que llegan a los Servicios Sociales.

El modelo estratégico de Crozier y colaboradores, aporta a lo que ya sabemos del modelo sistémico, entre otros conceptos el de “juego”, entendido este como instrumento de la acción organizada, mediante el cual los hombres estructuran sus relaciones de poder, conciliando libertad y constricción. El individuo debe, si quiere triunfar, adoptar estrategias ganadoras en función de la naturaleza del juego¹. Entendemos así la demanda como una jugada en un juego familiar (o institucional) en curso, a partir de la cual, se nos invita a participar. Podemos, a partir de la comprensión del problema, intentar cambiar el juego en el sentido de devolver la competencia a la persona que demanda, o por el contrario, mantener su dependencia institucional.

El “cambio” no se va a producir si no logramos saber y comprender que hay detrás de la petición de ayuda. Si no logramos saber qué está pasando en ese preciso momento en el entorno, en la familia, cual es el problema, como se ha gestado, y en cuanto tiempo, quién o quienes participan del mismo, (miembros de la familia e instituciones...) qué otras soluciones se han intentado etc. Si no logramos conectar con su malestar, en ocasiones con su dolor, no vamos a poder descubrir sus capacidades para resolver, por ellos mismos, con nuestra participación por supuesto, y en ocasiones movilizándolo recursos propios del sistema, devolverles la competencia.

1 Sánchez López M.; Á. Mullor Abad A.; Porta Carrasco I. “Un modo alternativo de confrontarse al usuario de Servicios Sociales”. *Revista Servicios Sociales y Política Social* N° 18, 2º trimestre 1990 (70-75). Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Sabemos que el maltrato, se da en todas las capas y estratos sociales, que no es un “síntoma” exclusivo, aunque es fácilmente asociado a contextos marginales y familias multiproblemáticas, o “multicarenciadas”, principales usuarias de los Servicios Sociales y/o Sanitarios en un sentido amplio, donde se sitúan por otro lado, las funciones o competencias protectoras, en primera instancia y de manera subsidiaria con las Comunidades Autónomas.

Una característica de las familias con multitud de carencias es que sus miembros, no presentan una patología concreta, sino que, entre las múltiples carencias, sobre todo en el terreno de los afectos y de la personalidad (...son poco, nada o malqueridos), encubren patologías importantes, (tales como, trastornos borderline de la personalidad, depresiones, descontrol de impulsos...) que en ocasiones, no han sido diagnosticadas previamente y que en el mejor de los casos, difícilmente se dejarían tratar o derivar a un servicio especializado de Salud Mental. No si antes, y tras la evaluación y comprensión del problema, se les ha podido devolver la relación que existe, entre “ese posible trastorno” y el motivo de intervención, que en casos como el que nos ocupa, es la falta de atención y protección de los menores, de sus hijos.

Como en otros síntomas, *sólo cuando ampliamos la mirada, nos deja de parecer extraño el comportamiento de la persona o personas que lo sufren*, la manera particular que tienen de expresar el malestar y de pedir ayuda. Solo entonces, podemos entender y dar sentido a lo que está pasando.

En el caso de esta exposición, intervinieron otros factores a los que se hace referencia, pero sin duda, fue también el modelo comprensivo basado en la complejidad, en la estrategia de los actores, en la interacción entre sistemas, lo que favoreció el abordaje del problema en el contexto relacional en el que emergió el “síntoma”, con la red de intervinientes y con la familia.

EL CONTEXTO DE LA DEMANDA

El caso llega a Servicios Sociales en noviembre del 2001 primero como sospecha y más tarde de confirmación de malos tratos físicos. La orientadora del instituto, comunica su preocupación por un chico, Salva (nombre supuesto) de 13 años, que asiste al aula de integración. Proviene de un centro de Educación Especial. Se muestra violento y agresivo con los compañeros, falta a menudo a clase (gran absentismo) y cuando llega, se fuga. Se sabe que el chico en tratamiento en el Servicio de Salud Mental Infantil (supuestamente) y que la familia no lo controla. Alguna vez ha mencionado que le pegan.

Cree que está en riesgo y quiere valorar con servicios sociales la posibilidad de poner en marcha alguna medida de protección.

En ese momento, se la orienta en el procedimiento a seguir en estos casos, y se le pide, cumplimenten y envíen el Protocolo de Detección de Malos Tratos que utilizan todas las entidades, que en el municipio configuran la Red de Atención a la Infancia y Adolescencia, a partir del cual podemos empezar a intervenir.

Cuatro días más tarde (es martes, y el lunes el chico no fue a clase) llama de nuevo, por que el niño ha ido a clase con hematomas en la cara, ojos y oreja y se queja de dolor de espalda. Se orienta para llevarlo al hospital, y llamar a los padres.

El chico es acompañado al hospital por la jefa de estudios. El parte médico de la urgencia dice "Contusiones torácicas, renal abdominal, ocular derecha y auricular derecha e izquierda, golpes en cabeza, cara y tórax. Presenta tos con expectoración hemática....".

A la espera de pruebas y para asegurar bien la exploración, le dejan ingresado y en observación.

En el momento del alta, el médico, ha hablado con el padre, que se hace cargo del chico y este quiere volver con él.

La psiquiatra que trata al niño, ha planteado en el hospital la posibilidad de ingresarle directamente en un "hogar", porque teme que la violencia del padre se repita. En ese momento ya no es posible, y le propongo hacerme cargo del caso, y ocuparme de los padres. Está de acuerdo, y quedamos en coordinarnos.

Antecedentes institucionales

La familia había sido vista y tratada con anterioridad, por distintas entidades del ámbito educativo, social y sanitario. Se les consideraba incapaces de controlar y cuidar adecuadamente al chico. El padre impulsivo y violento, la madre sin autoridad, deprimida y ansiosa, incapaces ambos, de hacerse cargo de un hijo, hiperactivo, con tics nerviosos con problemas de conducta, asmático, difícil de controlar, y de una hija que también había presentado sintomatología psiquiátrica (trastornos de la alimentación), pero que su mayoría de edad le autorizaba a no aceptar el tratamiento ofrecido.

En servicios sociales, constaba una demanda de la madre (1999), que no generó expediente, y que se resolvió con la información y orientación de la trabajadora social de primera atención. Se recogió como “demanda inespecífica” pero tenía que ver con la preocupación expresada por la madre, por el tratamiento farmacológico que recibía el niño en el centro de Educación Especial (E.E) al que asiste, y en el que, en algún momento, se han referido a una situación de malos tratos en casa... En este Centro, permaneció cerca de cuatro años y de aquí, salió para incorporarse al Instituto (curso 2001-2002).

En 1999 la hija, fue atendida por Salud Mental de un trastorno alimentario. En esa ocasión se entrevistó a toda la familia y a la siguiente cita para ella sola no acudió. Su mayoría de edad, le permitía no aceptar el tratamiento.

La madre había sido orientada a tratamiento por depresión. Sufre crisis de ansiedad, en ocasiones con desvanecimiento, que requieren la intervención de los servicios de urgencia.

En esos momentos, y ante la constatación de maltrato, tanto los profesionales del instituto como los del hospital, tenían la consigna de transmitir claramente a los padres, la obligación que tienen de comunicar estos casos a Servicios Sociales (en protocolo al efecto e independientemente de la obligación de comunicar al Juzgado), desde donde se pondrían en contacto con ellos.

Con esta consigna se consigue transmitir por un lado, firmeza frente a la obligación de proteger al menor, y por otro lado, la disposición por encima de todo, para ayudarles a recuperar las condiciones de cuidados para todos los miembros de la familia.

EVALUACIÓN DE LA DEMANDA

G. Prata, dice del síntoma "...que no es una expresión gratuita del "paciente designado" desarticulada del contexto donde emerge. Indica que algo anda mal, pero es un mensaje cifrado... en todo caso es evidente que el síntoma tiene un significado y un propósito"².

En este caso, había ciertas huellas. Tenía que ver y explorar qué se escondía detrás del desvelamiento que el muchacho hace mostrando en el instituto las marcas de la paliza que le proporciona el padre el domingo anterior, cuando apenas asistía a clase y era considerado "un gran absentista". ¿Por qué lo hace en este momento?, ¿qué estaba pasando en casa? Tenía que averiguar el "mensaje cifrado".

Por un lado, parecía bastante "comprensible", que un chico que acaba de salir de un Centro de Educación Especial, en el que había permanecido más de tres años (de noviembre 1996 a julio del 2000), no tuviera el más mínimo interés por asistir al instituto, cuando no sabía apenas leer ni escribir.

Por otro, nos mostraba a unos padres que no controlaban sus impulsos violentos, para poder controlarse y controlarlo a él.

De entrada, se desvelan unas pautas de interacción entre sus miembros y desmascara una situación de violencia dentro de la familia, con pérdida de control por parte de los adultos, y un efecto de entorpecimiento del desarrollo normal del chico.

Tenía que conocer el funcionamiento y las reglas de esta familia y la participación de cada uno de sus miembros en el juego.

O. Masson refiere que "la circularidad de los intercambios negativos en una familia pueden ser fomentados por los niños mismos, a los cuales no podemos considerar siempre como víctimas y siempre inocentes. Atrapados en un círculo transaccional de intercambios non-gratos, los niños pueden tomar actitudes provocadoras y exasperar a los padres"³.

2 Prata, G. "Un Arpón sistémico para juegos familiares". *Intervenciones preventivas en Terapia*. Editorial: Amorrortu editores (1990).

3 Masson, O. *Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional*. Revista A.E.N. Vol. VIII N°. 23 (1978).

La Familia: acude al completo a la primera entrevista, tal como se les había transmitido en el hospital. Nunca faltaron a ninguna cita y siempre sorprendió su puntualidad. Compuesta por el padre (51 años), la madre (52 años) una hermana de 23 años y el chico (Salva) de 13.

La pareja se conoce en Madrid y tras un año de noviazgo, se casan el 10 de junio de 1975. Ambos proceden de Extremadura, y de familias muy carenciadas. A los dos años de casados (1977) tienen un primer hijo varón, que nace muerto.

El padre (1950): Es el mayor de dos hermanos. El mismo día que cumple los cinco años su padre muere en un accidente mientras trabaja de albañil. Bebedor y daba mala vida a la madre. Fue a la escuela hasta los doce años en que empieza a trabajar en una fragua. Sabe leer y escribir. De profesión soldador y cerrajero, trabajó algún tiempo en la construcción y durante tres temporadas, coincidiendo con los periodos de desempleo, fue adjudicatario por el Ayuntamiento, de un kiosco de helados, contando con la ayuda de la esposa y la hija. Actualmente trabaja como conserje con horario continuado de 8 de la mañana a 8 de la tarde. El descanso para comer, le permite venir a casa para que el chico no esté solo. Impresiona como persona rígida, muy controladora, irritable, y retardora, "ustedes dirán como hay que tratarlo, ...tendrán que decirme cómo hacer para no matarlo"Era todo un reto.

La madre (1949): La cuarta de cinco hermanos, el segundo varón y el resto chicas. Todos casados, viven en pueblos cercanos. De aspecto sencillo, algo descuidado (le faltan varias piezas dentarias) y apenas se la entiende al hablar. Nunca fue a la escuela. Su padre era pastor y toda la familia se dedicaba al pastoreo, viviendo fuera de los núcleos de población. Impresiona como una persona límite, desconfiada y recelosa, a la defensiva, muy poco estimada. Desde hace tres años trabaja como empleada de hogar desde las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde.

La hermana (1979): Con 23 años presenta un aspecto aniñado y frágil. No terminó la escolaridad, y no ha mantenido los trabajos eventuales que le ofrecen. Se observa mucha tensión entre ésta y el padre. No quiere que hablemos de ella, aludiendo a su mayoría de edad. En los últimos años, sobre ella han descargado la responsabilidad del cuidado y control de Salva, sobre todo desde que la madre hace tres años, empieza a trabajar fuera de casa.

En el momento de iniciar esta intervención, se encuentra de baja por “depresión ansiosa”, y ha sido explorada de nuevo en Salud Mental y derivada al Servicio de Toxicomanías, cuando reconoce cierto consumo de hachís. Nunca acudió a esta derivación.

Se mostraba dolida, reivindicativa y acusaba a los padres, de haberla descuidado y no haberle dado la oportunidad de estudiar. Era mayor de edad, empezaba a salir con un novio y quería soltar amarras, pero ellos no la creían capaz. Hubo que emplearse a fondo para contar con su presencia. Era muy importante contar con su participación para entender que estaba pasando en casa y accedió a permanecer, hasta que me quedé con los padres.

El chico - Salva (1988): Después de un aborto y con la recomendación médica a la madre de no volver a quedar embarazada, nace Salva. Su nacimiento a pretérmino precisó reanimación y veinte días de incubadora. Dio muchos problemas a la madre para la crianza, muy llorón e inquieto. Coincidiendo con su embarazo, muere la abuela materna en el pueblo, y a los pocos días de nacer, muere la abuela paterna en una residencia, donde había permanecido los últimos cuatro años.

Comienza la escolaridad a los seis años y a los ocho, le ingresan en un centro de Educación Especial donde le diagnostican (según consta en el informe de alta del propio centro) “síndrome de hiperactividad con déficit de atención y síntomas obsesivo-compulsivos con conductas ansiosas y pérdida de control”, motivo por el que fue derivado al Programa Infanto-Juvenil de Salud Mental.

Tiene pecas y una cara “traviesa”, cabizbajo pero no triste. Apenas contesta con monosílabos, mirando antes a sus padres y hermana. Entre ellos dos se observa cierta complicidad y apoyo frente a los padres.

El incidente: que provocó la paliza dos días antes de la denuncia, se produce el Domingo anterior, en el que el chico (como casi siempre), estaba castigado a no salir y los padres le llevaron a ver a unos familiares. Por la noche viendo la televisión el chico con el movimiento del tic nervioso que tenía en ocasiones, escupía en el suelo hasta que la madre tuvo que pasar la fregona. Continuó haciéndolo, y como quiera que el padre no le decía nada, la madre llamó su atención y fue entonces cuando se desató la furia de éste, con patadas, insultos y acusaciones mutuas.

A estas se sumo la hermana que llegó en ese momento con su novio, a quien no dejó entrar al escuchar los gritos. Para los vecinos, el escándalo no era nuevo.

El Lunes no fue a clase... Como no era la primera vez que ocurría, nadie se alertó, pero nunca la paliza había sido tan fuerte, y las marcas eran muy evidentes.

El problema: los padres, coinciden en que Salva es desobediente e inquieto, en ocasiones se enfrenta y falta al respeto a la madre, falta o se escapa del instituto y les han tenido que llamar en varias ocasiones e incluso avisar a la policía. Siempre les ha dado problemas.

Ninguno compartía con el otro el origen del problema. Para el padre, era porque la madre no ha sabido llevar al chico y le consiente todo. Para la madre, era porque el padre demasiado exigente, se metía mucho con el chico. Para la hermana era porque el padre y la madre siempre se estaban peleando y no se ponían de acuerdo. El chico, compartía en parte con la hermana pero decía, que siempre le tenían castigado.

La secuencia: se repetía cada vez más a menudo. El desencadenante podía ser cualquier comportamiento del chico como: una mala respuesta a la madre, llegar tarde a casa, la llamada del instituto diciendo que no ha asistido a clase... Si estaba el padre presente la emprendía con él con golpes o insultos. Si no estaba presente, ella se lo contaba (también lo que hacía la chica, si a ella no le parecía bien) e igualmente la emprendía con el chico. La madre entonces se asustaba, le recriminaba y se ponía de parte del chico. Todos estaban desbordados.

Otros factores que intervienen:

Fue en ese momento, vital y de crisis de la familia:

- El dolor expresado del niño (13 años. En el IES después de cerca de cuatro años en un centro de E.E.).
- El estupor que produce en los profesionales.
- La obligatoriedad de denunciar (comunicar) y proteger que tienen los Servicios Sociales y socio-sanitarios en sentido amplio.
- La crisis que hace la familia ante el desvelamiento del chico en el instituto (se asustan, esta vez se han pasado).
- La firmeza ante los padres de la actuación protectora.

CONTEXTO DE COLABORACIÓN

- **Con la familia:** a pesar de la actitud retadora y de los temores iniciales, a partir de la comprensión de su problema, aceptan la propuesta de ayuda. Parece que por primera vez alguien les mira diferente.
- **Con la Red de servicios que intervienen:** equipo educativo del IES, psiquiatra infantil, y más adelante una educadora del Proyecto de Actuación con Adolescentes de Servicios Sociales: dando cuenta y proyectando en el tratamiento la intervención y participación de cada una de las entidades.

PRIMERAS HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

- El chico denunciaba para que nos hiciéramos cargo de sus padres completamente devaluados e incapaces de controlarse y controlarlo sin violencia.
- Procedente de un centro de E.E., no tenía el más mínimo interés por el instituto.
- La hermana, de gran apoyo para el chico frente a los padres, aún sin muchas habilidades, intentaba independizarse de la familia.
- Ambos denunciaban el desencuentro entre los padres y les confrontaban permanentemente a su desacuerdo, lo que aumentaba su distancia y su violencia.

EL TRATAMIENTO

Se desarrolla a lo largo de dos años y medio, con un intervalo entre sesiones de quince a veinte días las primeras y de un mes las siguientes, espaciándose hasta dos meses al final.

Con la Familia:

Objetivo: restablecer unas relaciones entre ellos funcionales y adecuadas a las necesidades de desarrollo de cada uno de sus miembros.

- Se mantuvieron siete entrevistas con toda la familia para conocer la participación de cada uno en el juego relacional, sus reglas, sus pautas de relación, sus límites. El dolor de cada uno y las reivindicaciones que se hacían.
- El resto de entrevistas hasta la última, la del cierre, que de nuevo se convoca a los chicos, se hicieron con el padre y la madre solos. Salva y su hermana, a

través del relato que se produce en las primeras entrevistas sobre los acontecimientos acaecidos en la familia desde su constitución, habrían podido percibir y comprender el sufrimiento, el dolor de los padres y sus dificultades para hacerse cargo de la función parental. Los chicos quedaron en casa cuando la reconstrucción de los acontecimientos acaecidos en la familia desde su constitución, y que tenían que ver con el problema actual, no pudieron percibir el sufrimiento, el dolor de los padres y sus dificultades para hacerse cargo de la función parental.

Con los profesionales de la red:

- La psiquiatra mantenía el tratamiento y apoyo al chico. El padre le acompañaba a las citas, a las que gradualmente dejó de asistir (se aburría). La psiquiatra empezó a observar que su aburrimiento, tenía que ver con los cambios que se estaban produciendo en la familia y un trato distinto del padre hacia el hijo.
- En el IES se creó un equipo con la orientadora, la profesora de apoyo y la jefa de estudios, capaz de contener y acompañar al muchacho cuando asiste a clase ante la imposibilidad de acceder a otro recurso más adecuado para su nivel.
- Desde Servicios Sociales, con el apoyo de la educadora, del proyecto para adolescentes, se le brindaba un contexto de relación con sus iguales, en actividades formativas y de ocio.
- Entre todos, se organiza un contexto alternativo de competencia parental que le protege y le cuida.

Con los padres:

El padre mantenía una fuerte lealtad hacia su propia madre (muy dominante) que nunca vio con buenos ojos la elección que hizo de esposa. La ponía en evidencia y descalificaba continuamente. En ocasiones la comparaba con su propia madre, a la que todos, consideraban muy rara y al chico, con la esposa.

- Ella, percibía el poco aprecio y consideración que le tenía e insidiaba a los hijos, contra el padre, mostrándole cuando llegaba cansado a la casa todo lo mal que hacían.
- La madre comienza a trabajar tres años antes de la aparición del síntoma, en un intento de que el padre se haga cargo del control de los hijos. Los dos tratan de delegar en la hija el cuidado del hermano con el que se solidariza, al tiempo que reivindica y ejerce una pseudo-autonomía.

- A través de la reconstrucción de su historia, y apoyado con tareas entre sesiones para los dos, pudieron legitimarse mutuamente, visualizar el origen de su desencuentro y construir una manera de hacer diferente entre ellos primero y con los hijos después.
- Se les reconoció y connotó positivamente el esfuerzo que estaban haciendo, aún en momentos en los que el ritmo de la intervención, hubo de adecuarse a su proceso de cambio (a lo largo del tratamiento no dejó de sorprender la extrema puntualidad a las citas, a las que no faltaron nunca a pesar de las fuertes tensiones que se produjeron).

EL CAMBIO

- Pudieron reconocerse mutuamente, encontrarse como pareja y empezar a ejercer de padres.
- Reconocieron las particularidades y el sufrimiento de cada uno de los hijos.
- A Salva lo resarcen y lo reconocen en su esfuerzo de demostrar que no es retrasado (el padre acaba incluso reconociendo que el chico tiene cierto parecido con él).
- Superado el periodo de educación obligatoria, el chico inicia su formación profesional y la búsqueda de empleo.
- Respetan la decisión de la hija de ir a vivir con el novio, a pesar de no ser de su agrado, poniendo límites y condiciones en su ir y venir.

EL CIERRE

El tratamiento se llevó a cabo durante tres años prolongado a propósito toda vez que, a las dificultades iniciales, se unían las de asumir y reconocer un hijo en plena adolescencia y la salida de casa de la hija mayor.

Se hizo con los padres y convocando a cada uno de los hijos por carta, junto con la educadora del Programa de Adolescentes, con quien el chico había establecido una relación de confianza muy importante.

La convocatoria se ajustó a los horarios del chico que estaba haciendo un curso de Carpintería y no podía faltar a las clases.

Faltó la hermana, sin dar razones, pero contamos con su “ausencia” y la incorporamos en nuestros comentarios y despedida.

Ellos, los tres, estaban muy agradecidos y nosotras también por haber contado con el gran esfuerzo, que para poder llegar a este momento, habían tenido que hacer todos y *el chico* en particular que *pudo denunciar lo que pasaba en casa para pedir ayuda*.

Nos había demostrado que era competente y que, si se lo proponía (...solo si él se lo proponía), podría llegar a obtener el Graduado en Educación Secundaria, lo que parecía era un reto para él.

A los seis meses se hizo una llamada de control. La chica seguía fuera con ese novio que no le convenía mucho. El chico había encontrado un trabajo de reponedor en un supermercado y le habían ofrecido otro de carpintería. Los padres continuaban con sus trabajos respectivos y con sus propios “achaques”. Estaban bien.

A modo de conclusión: Destacar la importancia que tiene en estos casos:

- Aprovechar la crisis de la familia.
- Comprender el problema que encierra el síntoma.
- Afrontar y transmitir con firmeza la competencia de intervenir en estos casos, unida a la propuesta de ayuda.
- Trabajar con todos los integrantes, profesionales de la “red” en la misma dirección.

Son elementos clave, para enfocar una intervención hacia un “cambio terapéutico”, en el contexto donde emerge y se presenta el problema.

Recojo y suscribo la idea de M Coletti y J. Linares cuando dicen que *“toda actividad humana dirigida a disminuir, aliviar o suprimir el sufrimiento de otros induciendo o facilitando cambios físicos, psicológicos o relacionales es terapéutica ... el sufrimiento no es exclusivo de los medios Sanitarios, si no que surge en cualquier espacio de vida, cuando los sistemas biológicos o relacionales bloquean sus capacidades evolutivas de los modos más diversos”*⁴.

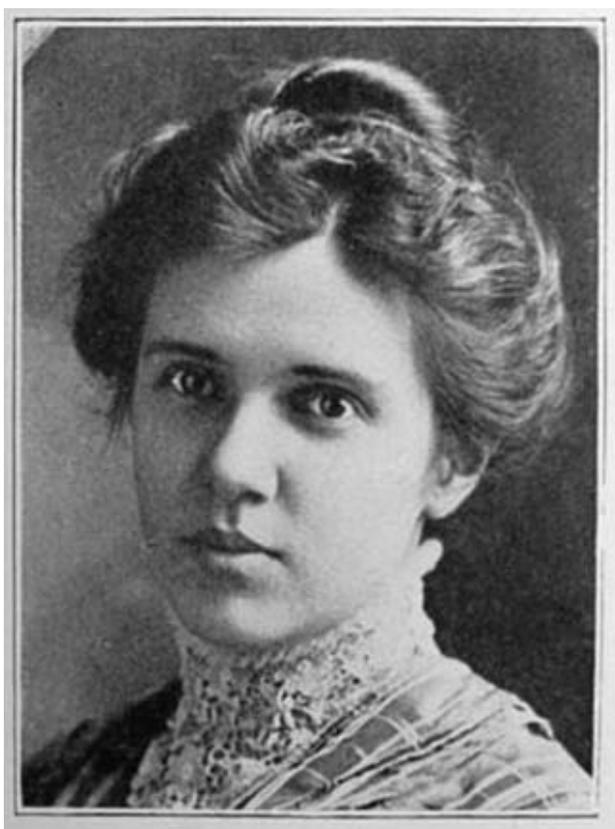
4 *La Intervención Sistémica en los Servicios Sociales, ante las familias multiproblemáticas*. M. Coletti y J. Linares. Ed. Paidós T.F (2004).



El Retiro (Madrid), enero 2009

JESSIE TAFT. **Interaccionismo simbólico,** **teoría feminista y trabajo** **social clínico**

Silvia García Dauder
Universidad Rey Juan Carlos



Recuperar la memoria perdida de las mujeres en la ciencia no debería limitarse a una historia *compensatoria* que rescite nombres olvidados, ni a una historia de *contribuciones* según los cánones *main/malestream* que definen lo que es o no es ciencia desde una perspectiva lineal y ahistórica, cargada de grandes h/nombres, grandes fechas y grandes teorías; es necesario también escribir una historia “*en sus propios términos*”, reconstruir cómo sus experiencias genéricamente diferenciadas afectaron a sus trabajos y a sus identidades profesionales (Gerda Lerner, 1992). Ello supone problematizar la visión del científico como sujeto neutro, incorpóreo, y por lo tanto de-sexualizado, aislado del contexto social. De ahí la necesidad de situar los comienzos académicos de Jessie Taft en un período, principios de siglo XX en EEUU, donde se estaba debatiendo la idoneidad física, moral y social de la educación superior para las mujeres, y donde algunas pioneras, impulsadas por los movimientos de reforma social y los movimientos sufragista y feminista, comenzaban a revelarse contra un destino sexual que las recluía en el ámbito doméstico con los roles exclusivos de esposas y madres. Esta incorporación de la “Nueva Mujer” al ámbito público coincidió con la institucionalización y profesionalización de las ciencias sociales (la sociología, el trabajo social, la psicología, etc.), de tal forma que para algunas como Taft el empleo académico y el trabajo de reforma social fueron espacios privilegiados para romper con las restricciones que imponía una rígida segregación sexual de esferas. Si bien la mujer científica de la época era percibida como “una contradicción en sus propios términos” (Margaret Rossiter, 1992), las científicas sociales pudieron negociar sus identidades de género y sus identidades profesionales a través de la reforma social, un ámbito tradicionalmente considerado como “femenino”.

Los orígenes de la teoría social de Jessie Taft se sitúan en la ciudad y Universidad de Chicago. En 1892, cuando se fundó, las principales universidades estadounidenses prohibían la entrada a mujeres o las admitían en calidad de estudiantes especiales sin sentar precedentes oficiales (García-Dauder, 2005). En Chicago, las mujeres fueron admitidas porque proporcionaban una financiación necesaria. Ello permitió que desde 1908 a 1913 Taft realizara allí sus estudios de doctorado formándose en el interaccionismo simbólico de George H. Mead y en el pragmatismo de la Escuela de Chicago. También asistió a los cursos de William Isaac Thomas, sociólogo crítico con la situación inhibitoria a la que se empujaba a la mujer moderna, defensor del sufragio femenino y de la nueva mujer profesional¹. Como Taft, la mayoría de pioneras que se graduaron en ciencias sociales terminó empleada en puestos de reforma fuera de la academia, en centros sociales o en agencias gubernamentales (o, dentro de la academia, en puestos marginales en departamentos “femeninos” –como *Economía Doméstica*– o en

colleges de mujeres). Ante este panorama, una fuente muy importante de generación de empleo fue la red de mujeres creada desde las conexiones entre la Universidad de Chicago (vía Marion Talbot decana de mujeres) y la *Hull House* (el centro social liderado por Jane Addams y espacio neurálgico donde emanaron acciones investigadoras, políticas y de reforma) (Deegan, 2000). En gran parte, fruto de dicha colaboración surgió la denominada “Escuela de Chicago de Mujeres” (Lengermann y Niebrugge-Brantley, 1998; Deegan, 2000) de la que formaron parte, entre otras, Jane Addams, Marion Talbot, Florence Kelley, Annie M. McLean, Julia Lathrop, Frances Kellor, Edith Abbott, Sophonisba Beckinridge o Grace Abbot. Este colectivo heterogéneo de mujeres trabajó aunando teoría, investigación y reforma social, fundiendo lo profesional y lo personal, lo público y lo privado, lo teórico y lo aplicado². A través de dicha red Taft consiguió sus primeros empleos y conoció a Virginia Robinson, su principal influencia y su compañera durante más de cuarenta años –y con la que adoptó dos hijos³.

Para comprender los desplazamientos en la trayectoria profesional de Taft es necesario conocer algunos cambios producidos en la Universidad de Chicago, donde el intercambio inicial entre los ámbitos universitarios y de reforma -con figuras puente como Addams o Talbot-, se vio debilitado a través de dos medidas de segregación sexual y disciplinar impulsadas por su presidente William R. Harper (Rosenberg, 1982). Una, en 1902, la construcción de un *college junior* sólo para mujeres, segregando por sexo la educación universitaria, tras diez años de exitosa coeducación, bajo el argumento del desprestigio que suponía la feminización creciente de su estudiantado. La segunda, la segregación disciplinar, vía especialización, escindiendo de la Sociología las actividades de reforma y creando en 1920 la Escuela de Trabajo Social. Este doble proceso de segregación produjo un progresivo distanciamiento entre mujeres reformadoras y varones académicos, estableciendo una distinción institucional entre una masculinizada sociología teórica –a cuya profesionalización universitaria accedieron muy pocas mujeres como consecuencia de las políticas discriminatorias-, y su cara práctica desde los ámbitos de reforma, feminizada y desprestigiada. Como hemos señalado, Taft no fue ajena a esta segregación sexual disciplinar que afectó de forma evidente a sus oportunidades de empleo, desplazándola progresivamente desde la sociología y la psicología académicas al trabajo social clínico. Reflejo de ello, la obra de Taft se puede dividir en dos partes diferenciadas: una primera, que se encuadra dentro de la “teoría sociológica o filosófica” -producto de la cual fue su tesis doctoral-, donde aunó el interaccionismo simbólico de Mead con la teoría feminista del momento (la obra de Addams o de Perkins Gilman); y una segunda etapa, producto de los obstáculos que la academia le impuso, donde trabajó en

ámbitos aplicados o de reforma, para finalmente terminar dentro del trabajo social en la Universidad de Pensilvania, realizando una propuesta personal clínica y educativa que integraba el pensamiento de Mead con el de Otto Rank.

Interaccionismo simbólico y teoría feminista: el conflicto psicológico de las mujeres como motor de progreso social

Dirigida por Mead desde la Universidad de Chicago, escrita en 1913 y publicada en 1915, la tesis doctoral de Jessie Taft, *The Woman's Movement from the Point of View of Social Consciousness*⁴, es probablemente la primera tesis filosófica sobre el movimiento de las mujeres en los EEUU (Charlene Seigfried, 1993), con la particularidad de que analizó -vía Mead- los procesos psicosociales de su emergencia, enfatizando el papel de los conflictos psicológicos y de la conciencia social en la mujer moderna. Según Deegan “es el tratado más innovador sobre feminismo e interaccionismo simbólico jamás escrito” (1991:387).

En el primer capítulo, Taft analizó los conflictos que justificaron el movimiento de las mujeres: la elección intolerable experimentada por las mujeres entre el aislamiento doméstico o la “monstruosidad” profesional, el conflicto entre la ética familiar y la ética del trabajo, la doble moral en la sexualidad y la prostitución, la responsabilidad materna sobre el cuidado de futuros ciudadanos y las restricciones para participar en la vida política, o la dificultad para reconciliar las ropas ultrafemeninas con los espacios y demandas laborales. Basándose en Mead, defendió que la “especificidad” del carácter femenino no derivaba de sus cualidades innatas o del entorno físico, sino de actitudes y expectativas sociales –“reacciones sociales”- que se asumen hacia las mujeres desde la más temprana infancia. De este modo, las mujeres desde niñas aprenden a anticipar cuáles van a ser las reacciones sociales a sus actos y en función de ello conforman su comportamiento: “se ajustan a los objetos sociales anticipando sus respuestas”. Es en esta interacción con los otros que se conforma su personalidad y la conciencia de sí mismas. Así, en el contexto de un entorno social muy simple, donde el rango de posibles actitudes sociales sea muy estrecho, construirán sus roles de forma indiferenciada y con escasa conciencia de sí mismas. Esta teoría social del yo, relacional y dinámica, la utilizará para analizar el movimiento de la mujer dentro del contexto histórico y social de los cambios acontecidos con las nuevas relaciones industriales.

Para Taft, lo que motivaba y vitalizaba al movimiento de las mujeres iba más allá de la consecución del voto, e incluso más allá de otros cambios legislativos, políticos

o económicos, tenía su raíz en conflictos psicológicos de las mujeres que veían sus deseos de emancipación frustrados por los constreñimientos sociales. Unos constreñimientos influidos por la ideología victoriana de la segregación sexual de esferas y por un ideal romántico que se empeñaba en conservar en el formol de los muros domésticos a la “mujer medieval” en un nuevo orden industrial despersonalizado e individualista. En contraste con la mayoría de versiones tradicionales, neutras y universalistas, que han explicado los cambios acontecidos desde los modelos de producción gremiales y domésticos al modelo industrial, Taft no fue ajena a las diferencias de género y nos describió en el segundo capítulo de su tesis qué significaron estos cambios en las relaciones sociales para las mujeres y para los varones de la época. Influida por Jane Addams y su demanda de una “ética social” frente al “imperativo familiar”, Taft criticó el individualismo “doméstico”, enfatizando la necesidad de cambios de conciencia social acordes con las nuevas y complejas relaciones sociales introducidas con la industrialización.

Frente a posiciones vinculadas al marxismo -como la de la socióloga Charlotte Perkins Gilman- que enfatizaban la independencia económica como base de la liberación de las mujeres, Jessie Taft sostenía que los problemas de las mujeres no eran sólo políticos o económicos sino fundamentalmente psicosociales, “de conciencia social”. Defendía un cambio en la situación “material” de las mujeres, pero también creía que los cambios más profundos no llegarían desde reformas legislativas, sino mucho más despacio, a través de cambios en actitudes y la experimentación con nuevos roles sociales (Rosenberg, 1982).

En concreto Taft se refería a un “doble conflicto” en las mujeres: el conflicto del yo con el entorno social más amplio; y el conflicto de los métodos, normas y valores del mundo medieval -preservados particularmente a través de la mujer y el hogar-, con los métodos, normas y valores que gobernaban el mundo moderno industrializado -coto exclusivo de varones- regido por las leyes impersonales de la economía y los negocios. Pero Taft veía en este doloroso conflicto psicológico una fuente de progreso social -siguiendo las ideas de Mead y Thomas- que crearía las condiciones de posibilidad para perspectivas y conciencias más amplias. Y era en este sentido que las mujeres con educación -como ella y otras científicas sociales- podían desempeñar un rol especial en el movimiento de la mujer. Atrapadas entre dos mundos e impulsos conflictivos, el mundo femenino de la ética del cuidado y el mundo masculino del racionalismo e individualismo, las mujeres científicas ocupaban una posición privilegiada para una búsqueda de integración y ajuste. Siguiendo a Mead y desde una perspectiva hegeliana, para Taft la reforma sólo se conseguiría cuando se desarrollasen yoes complejos

conscientes del carácter social de las nuevas relaciones abstractas y despersonalizadas desarrolladas con la industrialización moderna:

«El grado de conciencia social que la humanidad debería ser capaz de conseguir depende directamente del número de individuos que logren alcanzar la conciencia del significado completo de todas sus relaciones sociales, que reconozcan en su totalidad su dependencia de una situación social para la forma del yo que desarrollan, y que crecientemente multipliquen el número de actitudes sociales y de yoes que son capaces de sostener hacia estas complejas relaciones. Cuando una mayoría de los miembros de una sociedad alcance semejante conciencia social, tendremos condiciones favorables para el control de los problemas sociales ya que todos los elementos implicados estarán explícitamente presentes en la conciencia de la mayoría de los individuos. Pero este estadio de desarrollo social nunca podrá ser alcanzado mientras a una amplia clase de gente, tales como sus mujeres, se les permita, anime, o fuerce a existir en un mundo irreal deliberadamente mantenido con ese propósito. Tampoco los yoes de los varones, en la medida en que están formados en sus relaciones con las mujeres, alcanzarán nunca las posibilidades completas de la personalidad mientras las mujeres permanezcan sólo parcialmente auto-conscientes.» (Taft, 1913/1993: 229).

Una propuesta terapéutica y educativa de trabajo social con influencias de George Mead y Otto Rank

Como la mayoría de sus coetáneas, Taft tuvo muchos problemas para encontrar un trabajo como científica social. Gracias a Marion Talbot, y contratada por Katherine Bement Davis, consiguió en 1912 su primer empleo, realizando entrevistas a mujeres delincuentes en el *Bedford Hills Reformatory for Women* de Nueva York. De vuelta a Chicago, y tras haber presentado su magnífica tesis doctoral en 1913, experimentó cómo la universidad le cerraba sus puertas profesionales. Consiguió un puesto como ayudante de dirección en el *New York State Reformatory for Women*, pero los objetivos, ideales y la formación requerida en dicho centro distaban mucho de lo que Taft había aprendido en Chicago. Consideraba “rehabilitables” a la mayoría de las reclusas si se producían cambios en sus condiciones sociales -si se les ofrecía educación y condiciones económicas adecuadas-, y se negaba a utilizar términos estáticos como “deficiencia mental” que marcaban de por vida a estas mujeres sin recursos (Rosenberg, 1982). Tras

abandonar su empleo en el reformatorio, Taft se desplazó del campo de la delincuencia al nuevo campo de la higiene mental como directora del *Mental Hygiene Committee of the State Charities Aid Association* de Nueva York. En 1918 se mudó a Filadelfia donde trabajó como directora del Departamento de Estudios Infantiles en la *Children's Aid Society* de Pensilvania, allí se dedicó a la asistencia social de niños con problemas y fue pionera en la modernización de las prácticas de adopción.

Durante décadas, Taft intentó sin éxito encontrar un empleo académico en sociología. «Estaba atrapada en una situación donde las mujeres sociólogas experimentaban cómo su poder disminuía en la disciplina, mientras las trabajadoras sociales estaban ganando legitimidad como profesión» (Deegan, 1986: 34). Ocupó durante diez años –desde 1919– un puesto marginal y muy inestable como instructora de Psicología, a tiempo parcial, en cursos supletorios de la Universidad de Pensilvania. Pero a partir de 1926, tras su encuentro y análisis con Otto Rank, Taft cambió su teoría, su práctica y sus redes profesionales. Tradujo e introdujo a Otto Rank en EEUU e integró sus ideas en una versión propia de terapia y educación en el trabajo social. En 1934 se convirtió en directora de la Escuela de Trabajo Social en la Universidad de Pensilvania –casi dos décadas después de terminar su doctorado y hasta su jubilación en 1950– convirtiéndose en una figura clave como representante del “modelo funcional”⁵.

Taft publicó en diferentes revistas profesionales como *The Publications of the American Sociological Society*, *Mental Higiene*, *The American Journal of Psychiatry*, *School and Society* y en otras de “divulgación general”. Tradujo varios libros de Otto Rank y escribió su biografía en 1958. Entre otros libros, formuló sus ideas clínicas en *The Dynamics of Therapy in a Controlled Relationship* (1933) y en *Family Casework and Counseling: A Functional Approach* (1948), y cofundó la revista *The Journal of Social Work Process* (Deegan, 1986, 1991). Durante esta segunda etapa profesional, desarrolló una versión particular de “trabajo social clínico” combinando el interaccionismo simbólico y la teoría de la génesis del yo de Mead con la “voluntad de ser libre y creativo” de Otto Rank. Extendió sus ideas teóricas sobre las relaciones entre la sociedad, el *self* femenino y el movimiento de las mujeres (desarrolladas en su tesis doctoral a partir de fuentes bibliográficas), al análisis de casos clínicos de problemas prácticos en la vida de mujeres individuales, fundamentalmente chicas adolescentes.

La propuesta clínica de Taft aunaba el trabajo social con la psicología: según ella, el trabajo social no podía basarse sólo en la asistencia de recursos materiales

externos, sino también en el proceso de ayuda para el entendimiento práctico del significado de las conductas, una comprensión que provocara cambios psicológicos para un mejor ajuste personal y social. “La trabajadora social combina su experiencia en psicología humana con la habilidad práctica de proporcionar recursos sociales que respondan a necesidades” (Taft, 1920: 1). En su práctica terapéutica defendía el tratamiento con niños al igual que con los adultos, con el mismo respeto, ya que también podían ser agentes de su propio crecimiento. Además advertía del peligro de juzgar sus conductas desde el punto de vista racional adulto: frente al juicio de conductas infantiles, defendía un tratamiento adecuado para el ajuste que tuviera en cuenta las emociones y lo irracional (1920). Además Taft fue pionera en el trabajo social en procesos de adopción, gracias a sus propuestas de evaluación psicológica infantil -más allá de criterios económicos- para un ajuste adecuado con las familias de acogida⁶.

Sus historias de caso con clientes mujeres han sido recuperadas como ejemplo de “terapia feminista” (Deegan, 1986): su orientación terapéutica fue pragmática y psicosocial, individualizada, crítica con los diagnósticos estáticos y los juicios moralistas, con el control científico y la intelectualidad y defensora de la aceptación y tolerancia de las emociones (Taft, 1933). Su propuesta se caracterizó además por la igualdad entre cliente y terapeuta, asumiendo como fenómenos similares el dar y recibir ayuda en un proceso recíproco creativo y de crecimiento (Deegan, 1986). Para Taft, el objetivo de la terapia era ayudar al cliente a dirigir su voluntad hacia la tarea del cambio. Frente a visiones internas patologizadoras, Taft “normalizaba” a los clientes, los entendía no como personas enfermas que deben ser clasificadas, sino como seres humanos, como el trabajador social, con problemas que requieren un servicio específico (Taft, 1948). Bajo la influencia de Rank, enfatizó “la resistencia y la voluntad del cliente, el hecho de que cada cliente aceptará la ayuda desde su propio camino individual y la centralidad de la relación de ayuda como vehículo de cambio” (Furman, 2008: 201). Partiendo de que el crecimiento humano ocurre en un contexto social, en relación con el otro, destacó la importancia de la comprensión y la empatía del trabajador (siguiendo el concepto de Mead de “ponerse en el rol del otro”). Aunque hoy en día estos principios parezcan obvios, su defensa de la dignidad del cliente y su derecho a la auto-determinación, constituyeron un cambio en los valores terapéuticos del momento (Furman, 2008).

Situar la figura de Jessie Taft dentro de las científicas sociales de principios de siglo XX en EEUU supone introducirse en un pensamiento y en unas prácticas transfronterizas: en las fertilizaciones cruzadas que emanan de itinerar por dife-

rentes disciplinas (la filosofía, la sociología, la psicología, el psicoanálisis y el trabajo social), en las confusiones entre academia y reforma, entre la teoría social y la práctica clínica, entre los diferentes espacios sociales producto de la segregación sexual de esferas. Pero, según la propia Taft, es precisamente desde la conciencia bifurcada de habitar mundos diferentes y sus conflictos que puede surgir el cambio social y las posibilidades de crecimiento; también la riqueza de una obra que no se adhiere a patrimonios disciplinares. Pero esta transdisciplinariedad –“obligada” por circunstancias sociales- también ha contribuido a su olvido, junto con políticas de género y re-conocimiento que excluyen a las mujeres como sujetos científicos, y construyen una artificial división jerárquica entre una teoría social masculina y su cara práctica o aplicada, desvalorizada por feminizada y excluida de los circuitos oficiales de reconocimiento histórico.

Notas:

-
- ¹ La influencia de las científicas sociales de la *Hull House* en la obra de Thomas y Mead ha sido analizada por Rosalind Rosenberg (1982) y Mary Jo Deegan (2000). En su clásico *The Unadjusted Girl*, Thomas cita los estudios de caso de Taft en sus “documentos de historias de vida” (Deegan, 1991: 388).
 - ² En su libro *De la caridad a la ciencia*, Miguel Miranda (2004) sitúa los orígenes del trabajo social científico en la Escuela de Chicago resaltando el papel relevante de mujeres reformadoras como Jane Addams.
 - ³ En 1962 Virginia Robinson escribió la biografía de Taft –*Jessie Taft: Therapist and Social Work Educator*. Información más accesible de su vida y obra se encuentra en Deegan (1986) y en la página web escrita por dicha autora “Jessie Taft: psychologist, sociologist, social work educator. 1882-1960” (<http://www.harvardsquarelibrary.org/unitarians/taft.html>). Algunas historiadoras han incluido a Taft dentro de la Escuela de Chicago de Mujeres. No obstante, a diferencia de Edith Abbott o Sophonisba Beckinridge (que contribuyeron a la creación de la Escuela de Trabajo Social en Chicago), Taft desarrolló su carrera como trabajadora social en Pensilvania y su orientación, tras descubrir la obra de Otto Rank, fue más clínica.
 - ⁴ El capítulo I de la tesis de Taft ha sido incluido en una compilación de Deegan y Hill (1987) sobre las mujeres y el interaccionismo simbólico. Bajo el título “The Woman Movement as part of the Larger Social Situation”, la revista *Hypatia* publicó en 1993 el capítulo II. Este capítulo ha sido presentado y traducido también al castellano en García-Dauder (2004). El análisis que aquí se presenta aborda solo ambos capítulos.
 - ⁵ Taft tuvo un papel importante en la controversia dentro del trabajo social entre la aproximación “funcional” de Rank y la aproximación “diagnóstica” de Freud. La escuela funcional rechazaba la idea determinista de Freud de que la personalidad se fija durante la temprana infancia, y enfatizaba, en cambio, la capacidad de las personas para hacer cambios y crecer. Además establecía estrategias de tratamiento por etapas y con tiempo limitado (Rich Furman, 2008).
 - ⁶ Ver *The adoption history project* en <http://darkwing.uoregon.edu/~adoption/people/taft.htm> donde se incluyen algunos de sus textos al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas:

Deegan, Mary Jo (1986). The clinical sociology of Jessie Taft. *Clinical Sociology Review*. 4, 30-45.

Deegan, Mary Jo y Hill, Michael (1987). *Women and Symbolic Interaction*. Boston: Allen & Unwin.

Deegan, Mary Jo (1991). *Women in Sociology. A Bi-Bibliographical Sourcebook*. Westport, CT: Greenwood Press.

Deegan, Mary Jo (2000). *Jane Addams and the Men of the Chicago School, 1892-1928*. New Brunswick: Transaction Books.

Furman, Rich (2008). Jessie Taft and the Functional School. En Ram A. Cnaan, Melissa E. Dichter, y Jeffrey Draine (eds.), *A Century of Social Work and Social Welfare at Penn* (200-206). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

García Dauder, Silvia (2004). Conflicto y conciencia social en Jessie Taft (Presentación y traducción de "El movimiento de la mujer como parte de la situación social más amplia" de Jessie Taft (1915)). *Revista Athenea Digital*, 6. <http://antalya.uab.es/athenea/num6/Taft.pdf>

García Dauder, Silvia (2005). *Psicología y Feminismo. Historia olvidada de mujeres pioneras en Psicología*. Madrid: Narcea.

Lengermann, Patricia Madoo y Niebrugge-Brantley, Jill (1998). *The Women Founders. Sociology and Social Theory, 1830-1930*. Boston: McGraw Hill.

Lerner, Gerda (1992). Placing Women in History: Definitions and Challenges. En Janis S. Bohan (ed.), *Re-placing Women in Psychology. Readings Toward a More Inclusive History* (31-43). Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.

Miranda, Miguel (2004). *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social*. Zaragoza: Mira Editores.

Rosenberg, Rosalind (1982). *Beyond Separate Spheres: Intellectual Roots of Modern Feminism*. New Haven: Yale University Press.

Rosser, Margaret W. (1992). *Women Scientists in America. Struggles and Strategies to 1940*. (3ªed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Seigfried, Charlene H. (1993). Introduction to Jessie Taft's "The Woman Movement from the point of view of Social Consciousness". *Hypatia*. 8 (2), 215-218.

Taft, Jessie (1913/1993). The Woman Movement as part of the Larger Social Situation. *Hypatia*. 8 (2), 219-229.

Taft, Jessie (1920). Problems of social case work with children. *Family*. 1, 1-8.

Taft, Jessie (1933). *The Dynamics of Therapy in a Controlled Relationship*. Macmillan Company.

Taft, Jessie (1948). *Family Casework and Counseling: A Functional Approach*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

PUBLICACIONES RECIBIDAS EN EL COLEGIO PARA CONSULTAR

LIBROS

EMOCIONES Y ENVEJECIMIENTO

Autores: Daniel Prieto Sancho, Cristina Buiza Bueno, Igone Etxeberria Arritxabal; Mari Feli González Pérez, Nerea Galdona Erquiza, Elena Urdaneta Artola y Javier Yanguas Lezaun (Director).
Edita: Fundación Viure i Conviure de la Obra Social de Caixa Catalunya.
Edición: 2008.

¿SE PUEDE? TRABAJO SOCIAL EN DOMICILIOS DE ANCIANOS

Autor: Lola Toledano González.
Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes sociales de Catalunya.
Edición: Diciembre 2008.

EL TRABAJADOR SOCIAL COMO PERITO JUDICIAL. EL INFORME PERICIAL SOCIO- FAMILIAR

Autora: Pilar Ruiz Rodríguez.
Edita: Libros CERTEZA Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.
Edición: 2003.

EL INFORME SOCIAL CUESTIONES A DEBATE

Autores: Ana M^a Fernández y Antonio M. Jiménez.
Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga.
Edición: 2006.

MEMORIA CIUDADANA Y MOVIMIENTO VECINAL. MADRID 1968-2008.

Autores: Varios - Vicente Pérez Quintana y Pablo Sánchez León (EDS).
Edita: Libros de la Catarata.
Edición: 2008.

CASOS CLÍNICOS EN PSIQUIATRÍA RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE CANNABIS

Coordinadores: Francisco Arias Horcajadas y José Antonio Ramos Atance
Edita: Sociedad Española de Investigación en cannabionides (SEIC). Departamento Bioquímica. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Observatorio Regional de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid.
Edición: 2009.

TIPOLOGÍA Y EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS REGIONALES DE INNOVACIÓN. UN ESTUDIO APLICADO AL CASO EUROPEO

Autora: Mónica Martínez Pellitero.
Edita: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid.
Edición: 2009.

CALIDAD DE VIDA Y ESQUIZOFRENIA

Estudio realizado con la población perteneciente a las Asociaciones de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

Autores: M^a Teresa Ruiz Jiménez, Juan Pedro Núñez Partido, Rafael Jódar Anchía y Rufino Meana Peón.
Edita: AMAFE (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia) y la Universidad Pontificia Comillas Madrid y Obra Social de Caja Madrid.
Edición: 2008.

YO TAMBIÉN ESTUVE AQUÍ

Texto: Carmen de Manuel Vicente.
Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
Edición: 2008.

FUERZA Y VIOLENCIA EN EDUCACIÓN SOCIAL

Colección Cuadernos de Ética Aplicada a la Intervención Social, nº 2.
Edita: Observatorio de Ética Aplicada a la Intervención Social.
Edición: 2008.

LA LECTURA JUVENIL DE LOS RIESGOS DE LAS DROGAS: DEL ESTEREOTIPO A LA COMPLEJIDAD

Autores: Elena Rodríguez San Julián, Juan Carlos Ballesteros Guerra, Ignacio Megías Quirós y Miguel Ángel Rodríguez Felipe. Eusebio Megías Valenzuela (Dir).
Edita: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
Edición: 2008.

CONSTRUYENDO RELACIONES. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS SIN HOGAR

Edita: Asociación Realidades y Fundación RAIS.
Edición: 2007.

REVISTAS

REV. DE TRABAJO SOCIAL PORTULARIA. VOL. VIII, n. 1 y 2

Edita: Universidad de Huelva
Edición: 2008.

REV. ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIA. VOL. 33. ns. 1, 2 y 4

Edita: Asociación Española de Estudios en Drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Edición: 2008-2009.

REV. ESPAÑOLA DEL TERCER SECTOR. n. 10 y 11

Edita: Fundación Luis Vives.
Edición: Septiembre-Diciembre 2008 y Enero-Abril 2009.

REV. EDUCACIÓN SOCIAL DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA.

– MONOGRÁFICO SOBRE “LA EDUCACIÓN SOCIAL EN EL NUEVO HORIZONTE DE BOLONIA”. Nº 40

– MONOGRÁFICO SOBRE “LA INSERCIÓN LABORAL COMO PROCESO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA”. Nº 41

Edita: Escuelas Universitarias de Trabajo Social y Educación Social Pere Tarrés. Universidad Ramón Llull.
Edición: Enero-Abril 2009.

REV. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, SOBRE IGUALDAD Y CALIDAD DE VIDA. VOL. 17. ns. 2 y 3

Edita: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
Edición: 2008.

REV. ACCIONES E INVESTIGACIONES SOCIALES. Nº 26

Edita: Escuela Universitaria de Estudios Sociales. Universidad de Zaragoza.
Edición: Julio 2008.

REV. CUADERNOS DE TRABAJO SOCIAL (CTS). VOL. 21

Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.
Edición: 2008.

REV. TRAZOS HORIZONTES Y ALISIOS. Nº 1 EXTRAORDINARIO

Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Las Palmas.
Edición: Abril 2009.

REV. SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL. CONTIENE MONOGRÁFICO SOBRE "INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN Y PROGRAMACIÓN". Nº 83

Edita: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.
Edición: Tercer trimestre 2008.

REV. SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL. CONTIENE MONOGRÁFICO SOBRE "MIRADAS AL TRABAJO SOCIAL". Nº 86

Edita: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.
Edición: Tercer trimestre 2008.

REV. TRABAJO SOCIAL (RTS). Nº 185

Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya.
Edición: Diciembre 2008.

**DOCUMENTOS/INFORMES/
GUÍAS/BOLETINES/JORNADAS
/CUADERNOS/PROYECTOS/
INVESTIGACIÓN/
/ESTUDIOS/PLANES**

LA SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2007 Y ESTADÍSTICA DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2007

Edita: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.
Edición: 2009.

CUADERNOS MUJER Y COOPERATIVISMO. Nº 10

Edita: Confederación Española de cooperativas de Trabajo Asociado (COCETA) Departamento de Mujer.
Edición: Octubre 2008.

ESTADÍSTICA BÁSICA DE MEDIDAS IMPUESTAS A LOS MENORES INFRANTORES. BOLETIN Nº 6

Edita: Secretaría General Técnica. Subdirección general de Información y Publicaciones. Observatorio de la Infancia. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaria de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Subdirección General de Infancia Gobierno de España.
Edición: 2008.

ESTADÍSTICA BÁSICA DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. BOLETIN Nº 9

Edita: Secretaría General Técnica.
Subdirección general de Información y Publicaciones. Observatorio de la Infancia. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaria de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Subdirección General de Infancia Gobierno de España. Edición: 2008.

BOLETÍN DE INFORMACIÓN SOCIOLABORAL INTERNACIONAL. Nº 152, 153 Y 154, 155 Y 156

Edita: Secretaria General Técnica. Subdirección General de Informes Socioeconómicos y Documentación. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Edición: Diciembre 2008, Enero, Marzo, Abril y Mayo de 2009.

BOLETÍN DEL REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD. Nº 65 Y 66

Edita: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Gobierno de España. Edición: Diciembre 2008 y Abril de 2009.

BARÓMETRO DE EMPLEO DE LA CIUDAD DE MADRID. Nº 2

Edita: Agencia para el Empleo. Observatorio Económico. Ayuntamiento de Madrid. Edición: Septiembre 2008.

BALANCE ANUAL DE GESTIÓN DE LA RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID 2008. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DE LA RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN

Edita: Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Edición: 2009.

III Y IV INFORME DE APLICACIÓN DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO EN ESPAÑA

Edita: Dirección General de las Familias y la Infancia. Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Gobierno de España. Edición: Enero 2008.

INFORME 2009 DE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS REFUGIADAS EN ESPAÑA

Edita: Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). Edición: 2009.

MILHISTORIAS:

DOSSIER: ¿DERECHO A LA VIVIENDA?

Edita: fundación RAIS (Red de Apoyo a la Integración Sociolaboral). Edición: Primer trimestre 2009.

GUÍA “DÓNDE ACUDIR SI QUIERES TRAMITAR UNA ADOPCIÓN INTERNACIONAL: RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS EN ESPAÑA

Edita: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Información y Publicaciones. Subdirección General de Infancia. Secretaria de Estado, de Política Social, Familia y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Edición: 2008.

GUÍA RÁPIDA Y HERRAMIENTA DE APOYO PARA LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LAS PYMES. UN MODELO DE REFERENCIA PARA LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Autor: Santiago Rivero Rodrigo. Edita: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid. Edición: 2009.

II DICTAMEN DEL OBSERVATORIO SOBRE “DESARROLLO E IMPLANTACIÓN TERRITORIAL DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Redactores del Documento: Luis A. Barriga Martín, María Jesús Brezmes Nieto, Gustavo García Herrero y José Manuel Ramírez Navarro. Edición: Enero 2009.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PARA ADMINISTRACIONES LOCALES

Edita: Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. Edición: 2008.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PARA SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS

Edita: Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. Edición: 2008.

CUADERNOS DEL OBSERVATORIO NAVARRO DE EMPLEO. Nº5 Y Nº 6

“LOS/AS BECARIOS/AS; UNA FIGURA AL LÍMITE ENTRE LA FORMACIÓN Y EL EMPLEO”

“TRABAJO NO DECLARADO EN NAVARRA”

Edita: Observatorio Navarro de Empleo, Inafre y Comisiones Obreras de Navarra. Edición: 2009.

LA CALIDAD DE LAS UNIVERSIDADES EN ESPAÑA. ELABORACIÓN DE UN ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL

Autores: Mikel Buesa, Joost Heijs y Omar Kahwash. Edita: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid y Minerva Ediciones. Edición: 2009.

MATERIAL DIDÁCTICO AUTOEMPLEO E INSERCIÓN LABORAL. VOL. IV. PARA LA IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS ACTITUDINALES PARA LA EMPLEABILIDAD DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES

Autor: Javier Jiménez Segura. Unión de Cooperativas Madrileñas de Trabajo Asociados. Edita: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Edición: 2008.

DEBATE EN DROGODEPENDENCIAS “INMIGRACIÓN Y DROGAS”

Autores: Claudia Morales Manrique y Benno Herzog.

Edita: Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). Concejalía de Sanidad y consumo. Ayuntamiento de Valencia.

Edición: 2009.

MEMORIAS

MEMORIA 2007 DE LA AGENCIA ANTIDROGA

Edita: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Edición: 2008.

MEMORIA DE ACTIVIDADES 2008. PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

Edita: Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia. Colabora la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana Valenciana.

Edición: 2008.

MEMORIA 200 DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID

Edita: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Edición: 2009.

MEMORIA 2008 DE PROYECTO ESPERANZA

Edita: Adoratrices Proyecto Esperanza.

Edición: 2009.

AHORA QUE ESTAMOS MUERTOS

Miguel Rubio Aguilera

Edita: Carena, 2008.



Historia clara, contundente, directa, a veces visceral, de calidad para un retrato social, pero que sobrepasa con creces, como se verá, esta pretensión.

El comienzo es un despertar para los personajes, pero también para el lector un acierto, normalmente se enfrenta uno al comienzo de una novela medio dormido, es misión de las primeras páginas (algunos sostienen que de la primera frase) introducir de la manera más rápidamente posible al lector en la historia, aquí el inicio es ciertamente brusco, visceral, cortante. El que la primera frase ya esté entre admiraciones viene a llevar al límite este supuesto, la sucesión de tacos y de elementos sensoriales desagradables, nos coloca de inmediato en el lugar, no mediante una puntualización topográfica, sino con una transmisión de sensaciones, con una sinestesia que remite a algo más profundo que la mera intelección del inicio. La excepción es la situación del albergue, del que se da la situación exacta, indicaciones descriptivas más generales, información seca. Más adelante se justifica esta salvedad.

Después leemos la precisión geográfica, la Avenida de Portugal. La referencia al tráfico nos sitúa sin dificultad en una historia que está al margen, aislada, bruscamente separada de la historia de una ciudad indiferente, que simboliza ese tráfico ruidoso que provocan unos seres completamente ajenos a los protagonistas que se mueven en una realidad paralela a la de una sociedad que los ignora.

Junto a la inquietud por la descripción de una suciedad mal oliente y viscosa, hay otra sinestesia fundamental, la que corresponde a la violencia, desde el principio omnipresente, al final determinante para su personaje principal, pero que se manifiesta en escenas vivas, donde predomina el movimiento sobre la descripción abstracta, la acción sobre la explicación, requisito indispensable para la eficaz visualización por parte del lector de la historia. La pelea entre el Picolo, la Sorda, los guardias y policías, es un buen ejemplo de esto, resaltando aquí la percepción del caos. La gratuidad de tanta violencia al principio de la novela nos pone en situación de valorar que las acciones de los personajes a los que vamos a seguir no van a estar regidas por la razón precisamente. Esta ausencia de razón, más allá de los cuadros psicopatológicos de cada uno (como la esquizofrenia de Joaquín), también entronca la novela dentro del marco sociocultural moderno, que desde el existencialismo nos asegura que no existe la posibilidad de amarrarse a argumentos sólidos que nos resguarden de una violencia que, efectivamente, parece apoderarse del mundo con hambre insaciable.

Por otro lado, y para no ponernos tan tremebundos, en ocasiones muchas expresiones de violencia extrema, tacos y maldiciones incluidos, acaban por derivar en una situación risible, de un humor que se repite sirviendo de necesarias válvulas de escape que una historia tan dura precisa sin duda. El absurdo, a veces, es un recurso para evitar un alejamiento que una dureza extrema pudiera provocar.

Pronto nos introducimos en la descripción de un Madrid plenamente reconocible, frío y gris, invernal y contaminado, que como marco espacial se identifica con la experiencia, experiencia negativa sin duda, pero como en muchos otros relatos que reflejan ciudades, transmiten el valor de lo que es propio, de un sentimiento ambiguo de raíces en suelos maltrechos, en el que el concepto de barrio cobra todo su sentido. Lejos de lo peor que una novela puede proporcionar al respecto, la imagen de una ciudad idílica que se preste a un catálogo de agencia de turismo.

Pero aparte de este marco espacial, quizás uno de los mayores logros sea el otro marco, el temporal. Se va narrando el transcurso del día cerrado, desde el amanecer al atardecer, de una forma suave, a veces marcando tajantemente las horas, (“a las ocho de la mañana y en el pabellón de Invierno”), otras veces el tiempo transcurre con ligeras indicaciones hilvanadas (el despertar, tras el transcurso de una mañana en vez de decir las tres de la tarde, “la plaza se fue quedando sin gente” para indicar una hora tardía pero también, en tan poco espacio nos acordamos del tiempo y de la soledad). Es inevitable remitirse a otras obras en el que

el día de principio a fin marca la historia, siendo el Ulises de Joyce el caso paradigmático, y aunque las peripecias de Bloom son ajenas en estilo e intenciones a esta, hay en el fondo como una especie de relación entre ambas, que quizás responda a una común sensación, transmitida al lector, de incómodo desasimien-to de la realidad, de igual pérdida de tranquilidad de conciencia.

Se revela en la construcción de los personajes un conocimiento de la identidad de cada uno sin un excesivo distanciamiento, pese a la realidad sin duda extraña de los retratados. Un colectivo como los sin-hogar, me temo, se prestan al error de ser expuestos mediante pinzas de taxidermista, alejados del autor lo más posible, especímenes a analizar que dejan de ser seres humanos con los que te puedas identificar. Buena parte de la literatura social cae en este pecado, pese a las buenas intenciones, en el fondo se reniega de esos personajes a los que ni si- quiera se concede la humanidad, convirtiéndose únicamente en objetos de lásti- ma o instrumentos ideológicos.

Aquí, sin embargo, todos los personajes, para empezar, tienen historia, un naci- miento, un pasado que indica que su situación actual no los constituye únicamente en sin-hogar, son personas que por determinadas circunstancias llegan a esa si- tuación extrema, pero que no pueden agruparse en un todo indiferenciado, siendo precisamente la historia personal de cada uno lo que les da una identidad plena.

Por otro lado, el conocimiento de quienes son estas personas se revela, además de por la reproducción de su lenguaje, por la descripción de su aspecto, por pe- queñas indicaciones que muestran como en un pequeño esbozo, que la realidad es compartida, que las diferencia entre autor y personajes no se basa en una arrogante superioridad, sino en un intento de comprensión basado tal vez en una excelente capacidad de observación, necesariamente entrelazada con un evi- dente entendimiento. Esta palabra es ajena por completo a la conmisericordia, que derivaría con facilidad, en sentimentalismo, riesgo que afortunadamente la obra rehuye con un acierto tal que se acerca a la maestría.

Un ejemplo de este grado de conocimiento es, al principio, cuando en la presen- tación de Antonio apunta que la gente de la calle no diferencia ni frío ni calor, y por eso llevan siempre abrigo, haciendo de este hecho no un motivo de locura, sino una consecuencia lógica de una percepción angustiada del frío.

También colabora a esta huída del sentimentalismo el hecho de presentar a per- sonajes moralmente ambiguos, o rematadamente perversos, sin juicio previo. Se declaran racistas o violentos, no se justifican ni se condenan sus posturas, son

así y punto, evitando tanto concederles la bondad como la maldad, juicio sumárisimo que constituiría grave error, porque, por ejemplo, tanto un juicio como otro bien podrían justificar políticas sociales amparadas en sentimientos. Tendencia evitable a toda costa, pero que no es cosa de filantropías decimonónicas, sino que hoy se corre este riesgo, disfrazado alguna vez de “políticas influenciadas por la opinión pública”. Está el ejemplo del “ministro”, personaje nefasto sin duda, pero que es presentado con la misma precisión de sentimientos que el resto de protagonistas. Hubiera sido más fácil crear de él un monstruo y apalearlo, pero se deja que sea como es. Lo mismo se puede decir de otros personajes, hay racismo y violencia, no son santos, ni siquiera Cristina es una víctima perfecta. Es un requisito que la verosimilitud exige.

Destacar el continuo uso del lenguaje callejero, sin filtros, plagado de tacos, que confieren a los personajes autenticidad. Esto pudiera parecer un negocio fácil, pero viendo ejemplos parecidos de intentar reproducir arcaísmos, dialectos, lunfardos y jergas, se puede comprobar que muchos intentos fracasan por tratarse de lenguajes demasiado ajenos al del narrador. Estos siempre parecen como traducidos, en este caso, en cambio, la naturalidad se mantiene. Además estas partes están perfectamente hiladas con la voz del narrador que emplea un lenguaje neutro sin que el salto provoque mareos. El resto de aciertos a la hora de crear este lenguaje no deja de ser uno de los puntos más fuertes de la novela, aun más destacable precisamente porque muchos acaban fastidiando su escritura en este intento. Aquí el éxito es asombroso.

Igualmente bien hilvanado con estas voces están las letras de las canciones que enuncian cada capítulo, aportando efectivamente un lirismo (nunca mejor dicho) necesario, una función musical y poética que realza la humanidad de la historia, a la par de que nos permite repasar algunos de los mejores ejemplos de una historia de la música española.

Como se suele decir, el escenario principal es un personaje más de la novela, en este caso el albergue, descrito con profusión de datos arquitectónicos. Cansan esas descripciones de lugar profusas en el que hay escritores que parece que intentan lucirse especialmente con su capacidad de observación, pero que no sirven para el desarrollo narrativo. Las descripciones que aquí se ofrecen (rectangular, salas, dos niveles, capacidad para alojar a 125 personas), sin embargo, se pueden justificar porque contrastan de una manera exagerada, con la vida de estos personajes. Rectas, niveles, planos del albergue frente a lo inabarcable, sinuoso y líquido de unas vidas cuya idiosincrasia es precisamente su incapacidad para ajustarse al “recto” modo de vida que socialmente aceptamos como “nor-

malizado”. En el capítulo XII se dice con justeza que en el albergue el tiempo no es un valor objetivo, que allí no transcurre de igual manera. No hay manera más certera de expresar la barrera que supone aquel lugar para una realidad que sea asimilable por la sociedad ajena a este mundo aparte.

La novela en general tiene un ritmo perfecto, bien marcados por el transcurso de los capítulos y lo bien hilvanada que está la voz del narrador con las partes de lenguaje directo. Se puede decir que hay dentro de todo texto varios recursos del ritmo (tiempo verbal, aliteraciones, puntuación) encontrar el contrapunto perfecto, pienso, por otro lado, nunca obstaculiza el libre fluir de la imaginación y de la historia.

Los personajes que no son sin-hogar, trabajadores sociales, auxiliares, directores, etc, tienen en común ser objeto de una crítica aguda, marcada por la incapacidad, la desidia o la desesperación con que afrontan una situación que se les escapa por entre los dedos sin que se atisbe una solución desde un plano institucional o político, pero, en este caso también, se les concede la humanidad. Al principio a Fernando, por ejemplo, vemos como lleva su frustración a casa. Sería más fácil demonizar a estos personajes absolutamente, alguno se presta especialmente a ello, pero se mantiene la norma que antes se comentó de no juzgar pero exponer la realidad como es. Es a partir de esta exigencia desde donde el Trabajo Social puede construir sus respuestas, este libro puede servir para motivar sentimientos y acciones que den nuevas maneras de emprender la intervención.

En cuanto al personaje principal, Cristina, he de reconocer que tanto su construcción, como su forma de hablar, su intento de mantener una actitud digna, su amabilidad, su fragilidad, su pasado terrible, así como la sugestiva descripción tanto de su aspecto (“el rostro partido por la mitad”) como de sus movimientos, de su dolor y su tragedia, bien merecen conceder que son magistrales, permitiendo ver a un personaje extraordinario, más allá de la bondad o la maldad. Y esto se consigue con pinceladas certeras, que parecen pasar desapercibidas, el resto de los personajes comparte esta técnica. En un momento dado, por ejemplo, se dice que a Cris le gustaban las canciones tristes. Su tristeza toma un carácter universal, entendible por todos, experimentada por muchos. Es solo una pequeña indicación, no se ha necesitado ninguna frase intrincada, parece fácil, pero en pequeños detalles como este se identifica al genio, a la diferencia entre lo vulgar y lo auténtico.

Pretendía evitar al comenzar esta reseña excesivos juicios de valor, pero es que aquí no puedo evitarlos, me parece de una dificultad extrema lograr todo esto.

Me conmovió este personaje, siendo alguien absolutamente ajeno a mí, pude identificarme con él. Igualmente me es ajeno el pasado de Cristina en el flash-back del Madrid de Rockola, de noches desenfundadas y heroína, pero en el genial retrato de esa época mitificada se puede decir también que me ha permitido tener la extraña sensación de conocerlo. Aquí no hubiera estado de más una mayor extensión para reconocerse en este escenario mítico, quizás sería mejor invitar a realizar una novela completa nueva basada en este tema. Otra de las cosas que intentaba evitar al realizar esta reseña es acudir a explicaciones metafísicas o demasiado líricas (“malos tiempos para la lírica”) y recurrir más a cuestiones técnicas, pero es un hecho raro, pasando ya a una hermenéutica muy sui generis de los textos literarios, este hecho inexplicado y agradabilísimo de encontrarte en un libro un personaje vivo, resistente a la desmemoria, y que emociona. La protagonista es uno de estos personajes, y se podrán olvidar las historias, las peripecias o las conclusiones filosóficas de las lecturas, pero a estas gentes salidas de una inexistencia difícil de aceptar, no se olvidan.

“Vivir consiste en construir futuros recuerdos” resume bien esto que digo. Como ésta, la novela rescata más perlas literarias y musicales ajenas, este recurso en general solo tiene una limitación, y es su precisión para ajustarse a lo narrado, en este caso, la precisión existe. Yo lo apruebo en general, la confianza en otras voces indica en el fondo una solidaridad íntima con otros autores que respetamos, y no hay mejor homenaje que introducir en nuestras obras las palabras de otro (ya sea gente tan variopinta como Sábato y Lou Reed).

La novela empieza y acaba con la misma frase. El viaje circular es un viaje sin salida, sin destino, carente de sentido. Se supone que todo esto que falta son condiciones de vida, el título de la obra es “Ahora que estamos muertos”. La moraleja la tendrán que buscar otros, porque creo realmente que la calidad última de esta obra sobrepasa un mero análisis sociológico o político. Entronca directamente con lo más profundo de unas conciencias que, si para algo sirve, es para exigir un cuestionamiento de lo que nuestras pobres vidas implican, abre un abanico para la reflexión, desde los sentimientos, desde lo hondo, desde lo que realmente importa.

Reseña realizada por **Mario Gómez Garrido**.

La obra fue presentada en el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid en Febrero de 2009.

EL País, 15 de enero de 2009



EL País, 15 de marzo de 2009

DERECHOS HUMANOS

EE UU firma en la ONU la declaración contra la homofobia

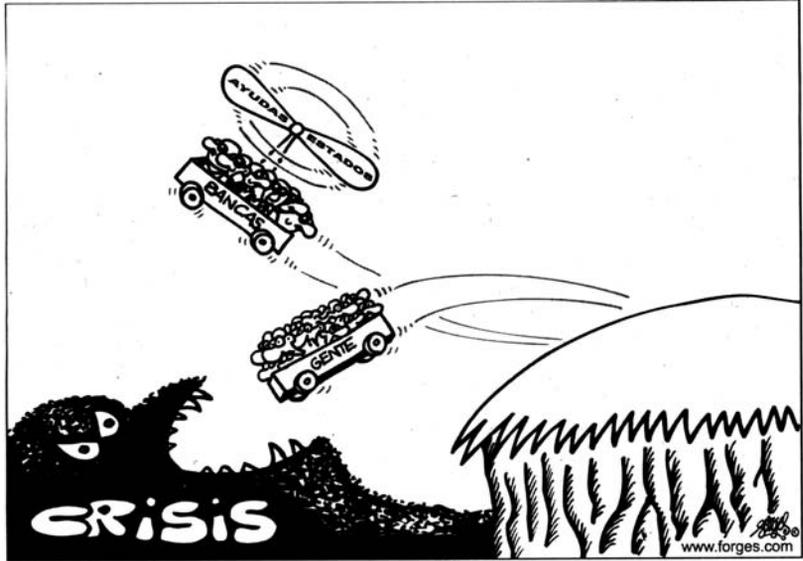
El presidente de Estados Unidos, Barack Obama, ordenó ayer la ratificación de una declaración de las Naciones Unidas que exige la despenalización internacional de la homosexualidad, según informó ayer el Departamento de Estado. George Bush se negó a firmar ese texto. "EE UU es un claro defensor de los derechos humanos y crítico con los abusos contra estos mismos derechos en el mundo", dijo el portavoz del Departamento de Estado.— D. ALANDETE

EL País, 25 de marzo de 2009

EL ROTO



EL País, 4 de febrero de 2009



EL País, 23 de septiembre de 2009





Hoja de suscripción

TRABAJO SOCIAL HOY y MONOGRÁFICO REVISTA 2009

NOMBRE (persona y/o entidad)

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FECHA

OBSERVACIONES

COSTE DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

3 números cuatrimestrales + 2 monográficos semestrales y un índice temático

Organismos:	44,00 euros	
Colegiados de otros Colegios:	29,50 euros	<i>Enviar copia del carnet de colegiado.</i>
Estudiantes:	21,00 euros	<i>Enviar copia carnet de estudiante</i>

FORMA DE PAGO

- **Transferencia bancaria a la cuenta del Banco Popular Español, Sucursal 0001 (Of. Principal) de la C/Alcalá, 26. 28014 Madrid.**

c.c.c. 0075-0001-88-0606440012

ENVIAR ESTE BOLETÍN, así como **copia de la transferencia bancaria** (en caso haber elegido esta forma de pago) a la siguiente dirección:

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID
C/ Gran Vía, 16, 6 Izda. 28013 Madrid

O por Fax al 91 522 23 80

Firma del suscriptor

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Suscriptores", cuya finalidad es gestionar las suscripciones a la revista del Colegio, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Gran Vía, 16, 6º Izq. Madrid 28013, correo electrónico: secretaria@comtrabajosocial.com, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal.

PAUTAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA TRABAJO SOCIAL HOY

1. Las páginas de la revista TRABAJO SOCIAL HOY, están **abiertas a todas las colaboraciones**: trabajos de reflexión, recopilaciones teóricas, experiencias prácticas, investigaciones, artículos (informativos, orientativos, ensayos), etc. que traten sobre Trabajo Social, Política Social o Servicios Sociales.
2. **Los artículos o trabajos deberán presentarse** en formato papel acompañado de disquete o en formato electrónico, **microsoft word o word perfect 6.0** e incluirán, en un documento aparte, los datos básicos del autor/es; nombre y apellidos, dirección, teléfono, e-mail, profesión, lugar de trabajo y puesto que ocupa; así como el número de colegiado.
Si el trabajo está realizado por varios autores, deberá indicarse el nombre del coordinador del grupo y el teléfono de contacto. El e-mail podrá publicarse si el autor lo expresa.
3. **La extensión de los artículos** no deberá superar las 20 páginas, mecanografiadas a doble espacio y con letra tamaño 12. Cada artículo deberá incluir unas palabras clave (entre 3 y 6) para realizar el índice anual y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas. En el caso de los trabajos de reflexión el número de páginas será de cinco, con las mismas características.
4. Los trabajos deberán remitirse por correo, a la **redacción de TRABAJO SOCIAL HOY, c/ Gran Vía 16-6º 28013 Madrid, o por e-mail a la dirección:**
publicaciones@comtrabajosocial.com
5. **Los cuadros, tablas, figuras y mapas** deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo.
6. **Las anotaciones y referencias bibliográficas** irán incluidas al final del texto y deberán ajustarse a algún criterio o normativa aceptado internacionalmente. En todo caso deberá incluir: APELLIDOS e inicial/es del nombre del autor/es, "Título del libro", nombre de la Editorial, ciudad o país donde se edita y año de la edición. En el caso de revistas: APELLIDOS e inicial del nombre del autor, "Título del artículo", nombre de la revista, mes, año y número de la misma 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.

De igual manera, las ilustraciones que se consideren incluir en un artículo deberán estar referenciadas correctamente (mínimo: Autor y fecha).
7. **Cuando se citen** en un trabajo organismos o entidades mediante siglas, deberá aparecer el nombre completo la primera vez que se mencione en el texto.
8. **El firmante del artículo** responde de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se tratase de un artículo publicado, esta circunstancia se hará constar en el trabajo y se remitirá acompañado de la autorización de la entidad correspondiente para su posible reproducción en TRABAJO SOCIAL HOY.
9. **El Consejo Asesor** se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al autor modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere necesario.
10. El Consejo Asesor de la Revista TRABAJO SOCIAL HOY y el Colegio de Diplomados en Trabajo Social de Madrid **no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los autores cuyos trabajos son publicados.**

SERVICIOS DEL COLEGIO

SECRETARÍA

Atención Personal y Telefónica:

Lunes a Jueves de 9.00 a 13.00 y de 16.00 a 18.30 h.

Martes de 9.00 a 18.30 h. ininterrumpidamente

SERVICIO DOCUMENTACIÓN

Cita previa

ASESORIA JURÍDICA

Martes de 16.30 a 18.30 h., previa petición de hora

SALA DE REUNIONES

Previa solicitud en la Secretaría del Colegio

madrid social

1x3000



Colegio Oficial
Trabajadores Sociales
de Madrid

www.comtrabajosocial.com



colegio oficial
de trabajadores
sociales