

ENERO 2014. 1^{er} cuatrimestre
ISSN 1134-0991 / www.comtrabajosocial.com

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA
EDITADA
POR EL
COLEGIO
OFICIAL
DE
TRABAJADORES
SOCIALES
DE
MADRID

71

LAURA PONCE DE LEÓN ROMERO | SERGIO ANDRÉS CABELLO
M^a. CARIDAD FUENTES FERNÁNDEZ | LOURDES MORO GUTIÉRREZ
LUIS MANUEL ESTALAYO MARTÍN | NATALIA RODRÍGUEZ VALLADOLID
PATRICIA FERNÁNDEZ MONTAÑO | YOLANDA ANTÓN GALLEGÓ

TRABAJO SOCIAL HOY | Primer Cuatrimestre de 2014 | número 71

Directora/Executive Editor

Laura Ponce de León Romero
lponcedeleon@comtrabajosocial.com

Secretaria/Publishing Editor

María de Gracia Ruiz López
publicaciones@comtrabajosocial.com

Consejo de Redacción/Review Editors

Concepción Castro Clemente (A3TS)
Marta Escudero Iglesias (Asociación Española Contra el Cáncer)
José Luis Fernández-Pacheco Sáez (Universidad Tecnológica Equinoccial de Ecuador)
Francisco Javier García Castilla (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
Yolanda García Fernández (Ayuntamiento de Madrid)
Susana González Chacón (Hartford)
Eduardo Gutiérrez Sanz (Provienda)
María Rosario Luis-Yagüe López (Asociación Española de Trabajo Social y Salud-AETSYS)
María Concepción Vicente Mochales (Universidad Complutense de Madrid)

Comité Científico Asesor/Advisory Board

Andrés Arias Astray (Universidad Complutense de Madrid)
Blanca Azpeitia García (Ayuntamiento de Madrid)
Tomás Fernández García (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
Manuel Gil Parejo (Universidad Pontificia Comillas)
Puerto Gómez Martín (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología SEGG)
Gregoria Hernández Martín (Universidad Complutense de Madrid)
Eva Margarita Moya (Universidad de Texas en El Paso)
Darío Pérez Madera (Samur Social)
Xiomara Rodríguez de Cordero (Universidad de Zulia -LUZ- Venezuela)

Evaluable durante el año 2013/Reviewers 2013

El Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid agradece la colaboración de las siguientes personas que, durante el año 2013, han evaluado los originales que se han recibido para su publicación:

Rubén Arriazu Muñoz	Anna Sroka	Rosa María Rodríguez Rodríguez
Fernando Cuevas Álvarez	Nelia Tello Peón	María Acracia Núñez Martínez
Susana de Lucas Martínez	Rubén Torres Kumbrián	Raúl Bonilla Herrador
Laura Langa Martínez	Eloy Virseda Sanz	Andrea Antonia Oliva
Ángeles Martínez Boyé	Mark W. Lusk	Carmen Meneses Falcon
Osiris Josefina Morales Rojas	Eva M ^a Miguélez Lorenzana	Elena Andres del Pozo
Marta Montouto Velasco	Jorge Uroz Olivares	Silvia López Bueno
Eloina Nogal Martín	Issam Telahigue	Laura M ^a . Díaz Fuente
Adriana Ornelas Bernal	Esther Rodríguez López	Javier García Bresó
María José Romero Ródenas	Raquel del Horno Castro	Guadalupe Vázquez Rodríguez

Junta de Gobierno/Governing Board

Decano: Manuel Gil Parejo
Vicedecana: Mar Ureña Campaña
Secretaria: Agustina Crespo Valencia
Tesorera: María Isabel López Serrano
Vocales: Gema Gallardo Pérez, Daniel Gil Martorell, Ruth Mendoza García, María José Planas García de Dios, Laura Ponce de León Romero, José Ignacio Santás García

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID

Gran Vía, 16. Madrid 28013. España
publicaciones@comtrabajosocial.com
Teléfono 91 521 92 80 - Fax 91 522 23 80 - www.comtrabajosocial.com

Diseño y maquetación: Carmen de Hijes
Impresión: Afanías Industrias Gráficas y Manipulados. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)
Editada en Enero 2014
Depósito Legal: M-36315-1993
ISSN: 1134-0991
ISSN electrónico: 2340-2539
D.O.I. prefix: 10.12960

sumario contents

Presentación | Presentation **[5]**

Artículos | Articles **[7-114]**

Dossier: Dependencia | Dossier: Dependence

Metodología, modelos, técnicas y habilidades del Trabajo Social durante la valoración de la dependencia
Methodology, models, techniques and social worker skills during the assessment of dependency levels
Laura Ponce de León Romero y Sergio Andrés Cabello 7-42

Trabajo Social y cuidadores informales: Análisis de la situación actual y propuesta de intervención
Social Work and informal caregivers: analysis of the current situation and suggested actions
M^a Caridad Fuentes Fernández y Lourdes Moro Gutiérrez 43-62

Interés profesional | Professional interest

La invisibilidad del Trabajo Social como profesión sanitaria
Social Work's invisibility as a health profession
Luis Manuel Estalayo Martín 63-72

La medicalización de la violencia de género
The medicalization of gender violence
Natalia Rodríguez Valladolid 73-86

Intervención profesional | Professional intervention

Aproximación al Modelo Nórdico de Estado de Bienestar: La experiencia de una trabajadora social española en Finlandia
Taking a look at the Nordic Model of the Welfare State: A spanish social worker's experience in Finland
Patricia Fernández Montaña 87-96

Trabajo Social en los Juzgados de Familia
Social Work in the family courts
Yolanda Antón Gallego 97-114

Reseñas | Reviews

[115-118]

Título del libro: Trabajo Social con Comunidades y Mujeres Musulmanas:
Premisas de la intervención para la plena pertenencia social
Book title: Social Work with Communities and Muslim Women: Premises of the
intervention for social membership
Autor: Rubén Darío Torres Kumbrián
Reseña realizada por Laura Martínez Murgui

Información profesional | Professional information

[119-132]

Congreso Estatal de Trabajo Social 2013
National Conference of Social Work 2013 119

Presupuesto 2014 de la Comunidad de Madrid de la Consejería de Asuntos
Sociales y actualizaciones de los datos del Sistema de información
de la Dependencia en el año 2013 de la Comunidad de Madrid
2014 Budget Community of Madrid 120-129

El Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid ante los procesos de revisión de
requisitos de la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid
*Professional Association of Social Workers of Madrid. Minimum Guaranteed Income
Benefit revised* 130-132

Desde que el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid decidiera adaptar su revista, *Trabajo Social Hoy*, a los requerimientos internacionales de calidad para las revistas científicas, ya han pasado dos años; y en 2014 todo el esfuerzo y trabajo realizado por el equipo de la revista se han visto finalmente recompensados.

En 2012 se inició el proyecto de renovación de la revista *Trabajo Social Hoy*, realizándose numerosas modificaciones con la finalidad de mejorar su calidad y visibilidad. Debido a todos estos cambios en el año 2013 la revista ha conseguido estar dentro del catálogo Latindex (Sistema de Información sobre revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal), cumpliendo con todos los criterios de calidad exigidos en el mismo.

Actualmente también se encuentra indexada en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: ISOC del CINDOC del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España, Compludoc, Dialnet, Latindex (Catálogo y Directorio) y Psicodoc. Además ha sido valorada como revista científica Grupo C, y se puede encontrar en las siguientes plataformas de evaluación de revistas: CARHUS Plus+; DICE: <http://dice.cindoc.csic.es>; MIAR: <http://bd.ub.es/miar/>; IN-RECS: <http://ec3.ugr.es/in-recs/>; y RESH: <http://resh.cindoc.csic.es>. Desde 2012 *Trabajo Social Hoy* es miembro de CrossRef: www.crossref.org, lo que ha permitido a los artículos publicados disponer de un identificador digital que facilita la localización de los mismos a través de la red.

Todos estos avances nos han permitido ofrecer a nuestros/as colegiados/as, y a la comunidad de trabajadores/as sociales en general, una herramienta útil y actualizada para la difusión del conocimiento. Cada día va creciendo el número de artículos, nacionales e internacionales, que recibimos en la revista, lo cual evidencia que la revista resulta atractiva para publicar contenidos relacionados con la profesión, especialmente vinculados con la práctica profesional.

Siguiendo esta línea nos gustaría presentar el primer número del año 2014. El *Dossier* del número 71 lo hemos dedicado nuevamente a la Dependencia, que parece ser uno de los temas más recurrentes en este apartado. En esta sección se analizarán los elementos metodológicos que utiliza el trabajador social durante el proceso de valoración del grado de dependencia, y la situación de los cuidadores informales. En el apartado de *Interés profesional* podremos conocer en qué situación se encuentra actualmente el Trabajo Social como profesión en el ámbito sanitario, y se tratará el tema de la medicalización en la violencia de género. Terminaremos con el apartado de *Intervención profesional*, en el que se narra la experiencia de una trabajadora social en Finlandia y comentaremos cómo se está desarrollando el Trabajo Social en los Juzgados de Familia.

No queremos despedir este número sin agradecer antes la colaboración de todo el Equipo que conforma esta revista, con su dedicación, esfuerzo y tesón hemos conseguido convertirnos en una revista científica de calidad. Seguiremos construyendo entre todos nuestro *Trabajo Social Hoy*..., así que ya podéis mandarnos vuestros artículos.

METODOLOGÍA, MODELOS, TÉCNICAS Y HABILIDADES DEL TRABAJO SOCIAL DURANTE LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

METHODOLOGY, MODELS, TECHNIQUES AND SOCIAL WORKER SKILLS DURING THE ASSESSMENT OF DEPENDENCY LEVELS

Laura Ponce de León Romero (1) Sergio Andrés Cabello (2)

(1) Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

(2) Universidad de La Rioja (UR)

Resumen: En este artículo se analizan los elementos metodológicos que utilizan los profesionales del Trabajo Social durante la valoración de la dependencia. Con esta finalidad se pidió la colaboración a un grupo de trabajadoras sociales de la Comunidad de Madrid y se llevaron a cabo dos reuniones de supervisión, una primera para indicar el contenido metodológico que se debía observar durante un mes de trabajo, y una segunda para poner en común el material registrado. Los resultados obtenidos evidencian la importancia del desarrollo de habilidades informáticas, de observación, directividad y confidencialidad durante la intervención; la utilización al unísono de los modelos humanistas y centrados en la tarea; el uso de las técnicas como la entrevista y la observación; y un cambio inminente que se producirá en las asignaciones de las funciones profesionales para proceder a la valoración de la dependencia.

Palabras Clave: Valoración de la Dependencia, Metodología, Modelos, Técnicas, Habilidades profesionales.

Abstract: This paper analyses the methodological elements used by the social worker during the assessment of dependency levels. We asked for the collaboration of a group of social work professionals in Madrid and held two meetings, the first to indicate the methodological content that we wanted them to observe for one month, and a second to share the findings. The results refer to the development of computer skills, observation skills, directiveness and confidentiality; to the simultaneous use of humanistic models and task-based models; to the use of techniques such as interviews and observation; and to an imminent change that will soon be taking place in the assignment of professional functions pertaining to the assessment of dependency levels.

Key Words: Assessment of dependency levels, Methodology, Models, Techniques, Professional Skills.

| Recibido: 11/10/2013 | Revisado: 09/12/2013 | Aceptado: 21/12/2013 | Publicado: 31/01/2013 |

Correspondencia: Laura Ponce de León Romero. Facultad de Derecho. Departamento de Trabajo Social. Despacho 028. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Avda. Obispo Trejo 2. Despacho 028. Madrid. 28040. España. Correo electrónico: lponce@der.uned.es; Teléfono 34 91 398 92 22. Fax 34 91 398 80 15.

Referencia normalizada: Ponce de León, L., y Andrés, S. (2014). Metodología, modelos, técnicas y habilidades del trabajador social durante la valoración de la dependencia. *Trabajo Social Hoy*, 71, 7-42. doi: 10.12960/TSH.2014-0001.

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAAD), fue aprobada por el Consejo de Ministros el veintiuno de abril de 2006; y el treinta de noviembre de 2006 fue ratificada de forma definitiva en el Pleno del Congreso de los Diputados con una amplia mayoría, entrando en vigor en enero de 2007.

Desde entonces la Ley se está llevando a cabo con el compromiso de las diferentes administraciones, no sin problemas presupuestarios y de gestión, y con diferencias significativas en su evolución histórica atendiendo a la delimitación territorial. En este artículo analizaremos concretamente cómo se está llevando a cabo la valoración de los expedientes de personas dependientes en la Comunidad de Madrid y cuáles son los aspectos metodológicos desarrollados por los profesionales del Trabajo Social durante su actuación.

Esta Ley fue elaborada para atender la incipiente demanda de cuidados para el colectivo de personas mayores. Las previsiones que se vaticinaron y que justificaron su aprobación siguen su curso, incrementándose día a día el número de personas dependientes atendidas en España. Según la última encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008) el número de personas con discapacidad alcanza los 3,8 millones, lo que supone el 8,5 % de la población. En general la discapacidad aparece a edades más tardías, pero ha aumentado el período de exposición al riesgo de la dependencia como consecuencia del aumento de la esperanza de vida. En 2008 la edad media de las personas con discapacidad era de 64,3 años, mientras que en 1999 era de 63,3. En el grupo de edad de 65 y más años, la edad media se situaba en 78,8 años, frente al 77,1 en 1999.

El aumento de estas cifras en España es debido al denominado “envejecimiento del envejecimiento” y al desarrollo tecnológico en el sector sanitario. Los cambios acontecidos en el seno familiar han restado horas de cuidado a las personas dependientes, especialmente si los familiares tienen que trabajar. Los perfiles de la figura del cuidador están en permanente cambio y se adaptan a las necesidades socio-económico-laborales de las familias. En algunas ocasiones estas renuncian a los servicios (por ejemplo, entornos residenciales) para no tener que hacer frente al gasto que conllevan, retornando las personas mayores a los hogares de los/as hijos/as para ser cuidados por estos en el entorno familiar.

Ante esta situación y para poder atender las necesidades de las personas dependientes la Ley se apoya en un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), configurándose una red de utilización pública, diversificada, que integra de forma coordinada, centros y servicios, tanto públicos como privados. El desarrollo de

este sistema ha sido gradual, intentando desarrollar una infraestructura sólida. Tiene como finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a todas las personas en situación de dependencia, sirviendo de cauce tanto para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, como para la optimización de los recursos públicos y privados disponibles.

La financiación ha correspondido durante estos años a la Administración General del Estado, a las Comunidades Autónomas y a las Corporaciones Locales. Este sistema en principio contó con una dotación económica de doscientos millones de euros (Villa, 2006), destinados a incrementar los servicios para la atención de personas dependientes.

Otro aspecto que también ha contemplado la Ley durante estos años ha sido apoyar las funciones de los/as cuidadores/as en el ámbito familiar en la atención a las personas dependientes. Entre las medidas adoptadas están: los programas de información, asesoramiento y orientación, los grupos psicoeducativos (ofrecen conocimientos para el cuidado de la dependencia y sistemas de protección para el cuidado de la persona cuidadora), los grupos de autoayuda (grupos que se encuentran en una misma problemática pueden compartir sus experiencias y aprender de ellas), creación de asociaciones de familiares de personas en situación de dependencia y las ayudas económicas a las familias cuidadoras. Este último punto tiene como finalidad propiciar la permanencia por más tiempo en el hogar, evitando la institucionalización. El apoyo informal prestado por la familias cuidadoras cuenta a su vez con programas de respiro familiar, cuya pretensión es la de mitigar los efectos adversos del cuidado diario de la persona mayor dependiente. Pero estas medidas de apoyo a cuidadores/as en el ámbito familiar presentan diferencias atendiendo a los distintos municipios de la Comunidad de Madrid en los que se desarrollan.

Durante los seis primeros años de la Ley se ha contemplado la posibilidad de que los/as cuidadores/as familiares cotizaran a la Seguridad Social. Todas estas medidas han ofrecido el reconocimiento social a las tareas de la persona cuidadora en el hogar, ya que mencionar dependencia no es solamente mencionar persona dependiente, en la mayoría de los casos es también hacer referencia a la familia cuidadora, que al igual que el anterior, debe ser tenida en cuenta en cualquier programa de intervención. Facilitar condiciones dignas de vida para la persona mayor dependiente y su cuidador ha sido uno de los objetivos básicos de la Ley, que ha permitido cumplir con los principios de justicia e igualdad social.

Los recursos disponibles pueden ser *Servicios y Prestaciones económicas*, los primeros tienen carácter prioritario. Los servicios que se detallan en el artículo 15 de la Ley de Dependencia se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios

públicos o privados concertados debidamente acreditados. La prioridad en el acceso a los servicios viene determinada por el grado de dependencia y, a igual grado, por la capacidad económica del solicitante. Se contemplan los siguientes Servicios: prevención de situaciones de dependencia (asesoramiento profesional, orientación y formación); Teleasistencia (uso de las nuevas tecnologías de la comunicación para atender telemáticamente a la persona en su domicilio y derivar a los servicios de emergencia si fuera necesario), Servicio de Ayuda a Domicilio (profesional de apoyo para las tareas diarias y necesidades domésticas), Centro de Día y de noche, y atención residencial. En cuanto a las Prestaciones se destacan: la prestación económica vinculada al servicio, prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores/as no profesionales, y la prestación para asistente personal, que tiene como objetivo contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario/a el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria (IMSERSO, 2013b).

Para acceder a estas prestaciones y servicios previamente la persona dependiente debe solicitar la valoración de la dependencia y, en función de la resolución, se asigna el servicio o prestación más apropiados para cada caso.

Los informes estadísticos relativos al 2012, publicados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2013a), muestran un crecimiento moderado, sin muchas variaciones en este procedimiento durante los dos últimos años. Esto es debido a que nos encontramos ante un sistema de protección con seis años de implantación, de modo que el gran número de personas ya se ha incorporado paulatinamente al sistema, lo que motivó que el crecimiento de solicitudes fuera especialmente llamativo durante los primeros años.

Según los datos publicados por el IMSERSO (2013a) durante el año 2012 en la Comunidad de Madrid se recibieron 173 061 solicitudes de valoración, se llevaron a cabo 165 914 resoluciones de valoración de dependencia, y 81 275 personas fueron asignadas como beneficiarios/as con derecho a prestación, lo que supone el 48,99 % de las solicitudes presentadas.

Los datos generales de dependencia, actualizados con fecha de 30 de septiembre de 2013 (IMSERSO, 2013a), indican que desde el inicio de este año y hasta la fecha se han recibido un total de 1 607 185 de solicitudes nuevas en España. Las comunidades más copiosas en cuanto al número de solicitudes son Andalucía con 391 739, Cataluña con 278 509 y en tercer lugar Madrid con 173 339. Según las estadísticas publicadas en el portal de dependencia del IMSERSO de las Comunidades Autónomas han continuado durante estos meses del año con la gestión del SAAD, en las que el número de solicitudes recibidas, resoluciones de valoración, y personas beneficiarias se han mantenido estables, reflejando un volumen de gestión muy similar al de me-

ses anteriores. Además, a lo largo del mes de septiembre se han presentado 10 782 nuevas solicitudes, encontrándose ya valoradas en 93,64 % del total de solicitudes presentadas. Esta cifra resulta similar a la de meses anteriores, lo que refleja agilidad en la gestión en cuanto a las valoraciones de dependencia. Pero no existe la misma agilidad en cuanto a la concesión de las prestaciones reconocidas, ya que todavía existen personas esperando el reconocimiento de la prestación asignada (IMSERSO, 2013a), lo que puede ser debido a los recortes presupuestarios que están sufriendo las administraciones (Fernández, 2012).

En el caso de la Comunidad de Madrid (2013), en lo que llevamos de año, y hasta el 30 de septiembre de 2013, de las 173 339 solicitudes recibidas se han valorado 170 266, es decir, el 98,23 %. Tras las valoraciones un total de 98 589 personas resultan beneficiadas con derecho a algún tipo de prestación, a fecha 30 de septiembre de 2013. Durante el 2013, un total de 82 363 personas en la Comunidad de Madrid son beneficiarias con prestación, siendo 13 460 para teleasistencia, 21 678 para ayuda a domicilio, 12 065 para centro de día, atención residencial 18 649; 6202 para prestación vinculada al servicio, 23 555 para prestación por cuidados familiares, y por último 24 para asistente personal.

La Ley de la Dependencia supone un esfuerzo conjunto entre las diferentes administraciones. Concretamente en el artículo 10 de la Ley de Dependencia se establece la cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas se acuerda el marco de cooperación interadministrativa que se desarrolla en los correspondientes convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas.

Atendiendo a las partidas presupuestarias, en el Proyecto de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014, en el apartado de Servicios Sociales y Promoción Social se puede apreciar de nuevo una considerable reducción presupuestaria con respecto al año anterior, de los 2845 millones de euros destinados en 2013, se ha pasado a 1810 millones (Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas, 2012), un descenso del 36,38 %.

En el proyecto del presupuesto 2013 de la Comunidad de Madrid, la partida destinada para Asuntos Sociales es de 1249 millones, un 5,30 % menos que en el año 2012, representa el 7,95 % del total del presupuesto regional, con un gasto por habitante de 192 euros, disminuyendo respecto a los 207 euros del año 2012 (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, 2013). Haciendo un análisis del presupuesto desglosado por programas, se puede alegar que en materia de dependencia se ha reforzado la financiación, ya que el aumento experimentado ha sido de un 25 % con respecto al

2012. Pero estos recortes están afectando principalmente a la Red Básica de Atención Primaria, lo que se traduce en una coordinación deficitaria entre las resoluciones de las valoraciones realizadas y la concesión de los servicios asignados, cuyo seguimiento y gestión se suele realizar desde la Red Básica de Atención Primaria.

La actual crisis económica ha ralentizado el cumplimiento de los objetivos inicialmente planificados por la Ley. Además, la escasez de presupuesto en las Administraciones Públicas ha motivado la necesidad de aprobar sucesivas modificaciones en los planteamientos iniciales. Como hemos visto en las estadísticas de septiembre de 2013, en la Comunidad de Madrid las valoraciones de la dependencia se están realizando en tiempo, pero la concesión de los servicios tras el dictamen está siendo más lenta de lo programado.

Durante estos años sobre el texto inicial de la Ley de Dependencia se han realizado algunos cambios. Se han llevado a cabo modificaciones en determinados preceptos introducidas en su articulado y en particular por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, la Ley 2/2012, de 29 de julio, el Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre y el Real Decreto-ley 8/2010 de 20 de mayo. Eludiendo un análisis en profundidad de estos preceptos, se podría decir que estos cambios han afectado a las cuantías de las ayudas, a la clasificación de los grados de dependencia (se suprimen los niveles I y II), a la compatibilidad de servicios y han provocado la eliminación de la cotización a la Seguridad Social para los cuidadores, entre otras medidas.

Los órganos gestores encargados de la tramitación de los expedientes de la Dependencia son las Comunidades Autónomas y las Direcciones territoriales del IMSERSO. En el siguiente apartado se va a analizar cómo se realiza este procedimiento, concretamente en la Comunidad de Madrid.

1.2. TRAMITACIÓN DE EXPEDIENTES PARA LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

El procedimiento general que se sigue en cada expediente está guiado por una serie de etapas generales que son las siguientes (IMSERSO, 2013b):

1. Los Órganos gestores (Comunidades Autónomas, Diputaciones Forales Vascas y Direcciones Territoriales del IMSERSO) recibirán la solicitud (ver Anexo 1) y la documentación requerida para la misma de los/as usuarios/as que estimen encontrarse en situación de dependencia.
2. Una vez presentada la solicitud, comprobado el cumplimiento de los requisitos exigidos y examinada la documentación aportada o, en su caso, subsanado el expediente, los Servicios Sociales correspondientes a la Administración competente

- elaborarán un informe social, que incluirá, entre otros datos, los antecedentes sociales, los datos de convivencia y las características de los apoyos que recibe y de la vivienda.
3. Informe de salud. Es requisito previo a la valoración y forma parte de la información básica que se debe aportar. El informe debe recoger los principales datos de diagnósticos médicos relacionados con la realización de actividades de la vida diaria (ver Anexo 2).
 4. Valoración de la Dependencia. Los órganos de valoración de las Comunidades Autónomas emitirán un dictamen sobre el grado de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir.
 5. Reconocimiento del grado de dependencia.
 6. Elaboración de una Programa Individual de Atención (PIA).
 7. Resolución del procedimiento de reconocimiento de prestaciones.
 8. Posibles recursos.
 9. Revisiones. El grado de dependencia asignado podrá ser revisado atendiendo a la evolución de cada caso. Se suelen realizar cuando se produce un agravamiento de la situación, y casi siempre por petición del usuario/a.

El artículo 11 de la Ley de Dependencia otorga a las Comunidades Autónomas la planificación, ordenación y la coordinación, en el ámbito de su territorio de los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, así como gestionar los recursos necesarios para ello.

El preámbulo de la propia Ley reconoce, también, que las necesidades de las personas en situación de dependencia han sido atendidas, fundamentalmente, desde los ámbitos autonómico y local, por lo que la colaboración entre las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales es determinante para lograr una mejor gestión de los servicios, conforme a las competencias que la legislación vigente atribuye.

En el caso de la Comunidad de Madrid, este proceso ha quedado regulado en la Orden 625/2010, de 21 de abril de 2010, en la que se recogen los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención, publicado en el *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid* de 30 de abril BOCM-20100430-2. En la Orden 1123 bis/2012 de 26 de septiembre y la Orden 1513/2012 de 21 de noviembre, que modifica a la anterior, se añade además la aplicación de la tasa por solicitud de revisión de grado de dependencia, pudiendo la persona interesada estar exenta previa solicitud de declaración de exención y devolución de tasa.

El itinerario administrativo que se sigue en la Comunidad de Madrid para llevar a cabo la valoración de la Dependencia, y los profesionales que intervienen en cada paso se muestran en la Figura 1.

PROCEDIMIENTOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

SOLICITUD

El usuario presenta el modelo de solicitud (ver Anexo 1) y la documentación necesaria (DNI, empadronamiento, informe médico de un profesional sanitario colegiado de la sanidad pública madrileña (ver Anexo 2) y el informe social emitidos por los trabajadores sociales de Atención Primaria) en los Centros de Servicios Sociales (ver Anexo 3), registros autorizados o en Internet, mediante el registro telemático de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.



CITACIÓN

Completado el expediente, el órgano competente de la Comunidad de Madrid (CM), se pone en contacto con el usuario para concretar día, franja horaria y lugar donde realizar la valoración. Profesional: Empresa contratada.

* Existen convenios de colaboración entre CM y algunos ayuntamientos en los que el proceso de citación se realiza ya desde las/os trabajadoras/es sociales de zona, concretando a través de llamada de teléfono día y hora exacta de la visita.



VALORACIÓN Y APLICACIÓN DEL BAREMO

Las valoraciones de dependencia las realizan diferentes profesionales: trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, DUE (Diplomado Universitario en Enfermería) y médicos. Cada uno dará a la valoración su enfoque profesional.

Los trabajadores sociales se centran en la problemática social del usuario, y en cuál puede ser el recurso social más adecuado para mitigar su situación. Con esta finalidad se desplaza al entorno habitual del usuario para proceder a la aplicación del baremo de Valoración de los Grados de Dependencia (BVD) y de la Escala de Valoración específica para menores de tres años (EVE), conforme a la normativa vigente. Para ello se ayuda de soporte informático, portátil y tablet en el que la programa informático Sidema on line ha sido instalado previamente, lo que permite guardar la valoración realizada in situ.

Tras la visita el trabajador social en el despacho analiza la información recopilada, la coteja con los documentos, se coordina con los trabajadores sociales del ayuntamiento para pedir más información si fuera necesaria y completa finalmente la aplicación del baremo.



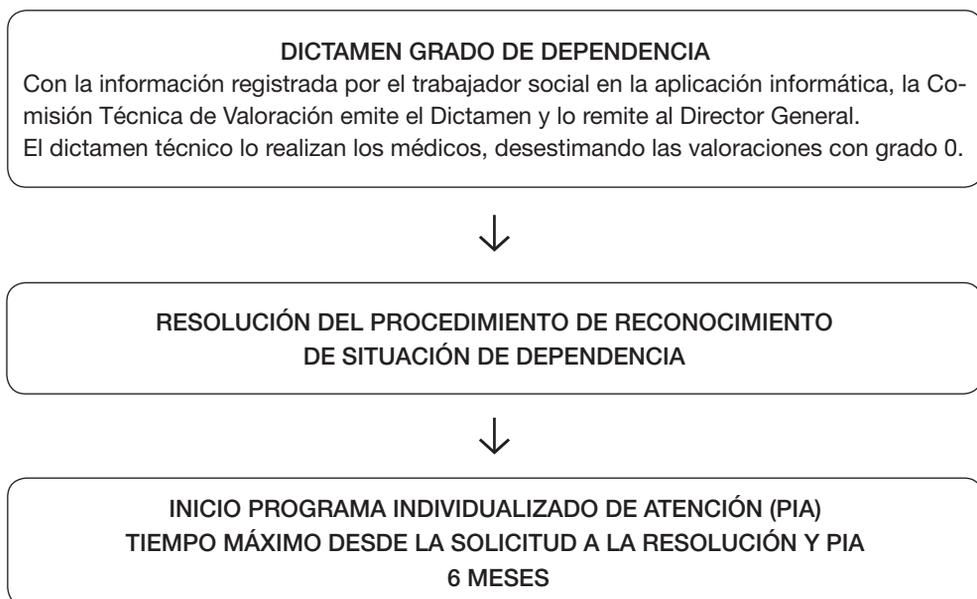


Figura 1. Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia.

Fuente: Elaboración propia siguiendo la información publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 30 de abril BOCM-20100430-2. ORDEN 625/2010, de 21 de abril de 2010.

A lo largo de este procedimiento el Trabajo Social está presente desde la solicitud hasta la resolución final, bien desde los Centros de Servicios Sociales o bien desde la Comunidad de Madrid. Pero en este artículo nos centraremos en analizar cuáles son los aspectos metodológicos (técnicas, modelos y habilidades) que los/as trabajadores/as sociales utilizan durante la fase sombreada en la Figura 1, puesto que esta actividad profesional presenta peculiaridades metodológicas interesantes de abordar.

2. METODOLOGÍA

La información recogida en este trabajo se ha realizado utilizando dos técnicas principales: la supervisión profesional y la observación participante. Se llevó a cabo una reunión de supervisión inicial con las cinco trabajadoras sociales, que accedieron a colaborar en el estudio. Durante la misma se acordó la información que tenían que registrar (técnicas, modelos y habilidades profesionales), durante un mes de trabajo realizando sus valoraciones de dependencia. Posteriormente en la reunión final de supervisión, se puso en común toda la información cualitativa extraída.

3. RESULTADOS: ELEMENTOS METODOLÓGICOS DURANTE LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

A continuación se detallan las principales habilidades, modelos y técnicas utilizadas por las trabajadoras sociales durante el procedimiento de valoración de la dependencia. Los contenidos generales desarrollados en los apartados siguientes han sido elaborados a partir del consenso de las profesionales, teniendo en cuenta también algunas referencias teóricas que avalan y justifican su selección.

3.1. HABILIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL

Para desarrollar la valoración de la dependencia, el profesional previamente ha sido formado para saber manejar el programa informático *Sistema on line*, que permite aplicar el baremo establecido para la valoración de la dependencia rellenando in situ todas las áreas que se especifican en él. Por lo que se deberá disponer de unas *habilidades informáticas* mínimas para manejar ordenadores y tablet digitales, además de las habilidades específicas que exige la aplicación del programa informático.

Los/as trabajadores/as sociales por lo general van a emplear una sola visita a domicilio para establecer su valoración, por lo que desarrollan la *habilidad para observar el mayor número de datos en el menor tiempo posible*. La valoración de la dependencia se suele realizar en una sola cita, de 75 y 90 minutos de duración, pero evidentemente la duración de la visita dependerá de cada caso.

La valoración suele comenzar antes de entrar en el domicilio del usuario, ya que previamente en el despacho el profesional debe preparar el expediente y realizar la lectura exhaustiva del informe médico de salud, y además se deberán observar las barreras arquitectónicas existentes para acceder al portal y a la vivienda, antes de subir al domicilio. Una vez en él, presta especial atención al cuarto de baño, la distribución y el mobiliario con la finalidad de analizar el riesgo de caídas y accidentes. Durante la entrevista el profesional valora y registra a la vez todos los datos, por lo que también debe ser rápido con sus análisis y anotaciones. Cuando el usuario es autónomo en alguna tarea la valoración es rápida, pero cuando no es así, entonces es necesario buscar los motivos por los que no puede serlo, por lo que las valoraciones resultan más complejas y requieren más tiempo. La duración de la entrevista depende también de la destreza profesional para redirigir los contenidos de la entrevista, especialmente cuando el usuario se extiende demasiado en las contestaciones de las preguntas o cuando no contesta a lo que se le está preguntando.

Una parte decisiva para los/as trabajadores/as sociales que realizan esta tarea es el saludo y la presentación inicial, ya que durante la misma los miedos y temores del usuario tienen que ser neutralizados para facilitar la comunicación. Profesional y usuario no

tienen por qué conocerse previamente, pero ambos saben que el futuro de la familia depende de esa valoración y de los recursos que les puedan facilitar tras ella. Al trabajador social le interesa que la persona esté lo más relajada posible y confiada, para que esta pueda facilitarle la máxima información.

El usuario ha sido avisado previamente del día y la franja horaria de la cita. El profesional nada más llegar al domicilio:

- Se identifica, alegando la procedencia institucional y explicando el motivo de la visita.
- No entra en el domicilio hasta que el usuario no le ha invitado a pasar.
- En el saludo se muestra de forma cordial, educada, correcta y amable, pero no afectuosa.
- Espera a que la persona le indique dónde poder sentarse para comenzar la entrevista.
- No acepta ningún ofrecimiento, rehusándolo amablemente si esto ocurre.
- Antes de iniciar las preguntas del cuestionario, el profesional suele dedicar los minutos iniciales para la explicación de lo que va a hacer, calmando la ansiedad de la persona, ya que cualquier evaluación causa nerviosismo tanto en el interesado/a como en su familiar. Cuando se ha destensado el ambiente, el profesional comienza su trabajo, guiándose por las áreas del cuestionario.

En esta actividad la habilidad empática no adquiere tanta relevancia como en la intervención individualizada de casos. La habilidad empática ocupa un segundo plano, pero es igualmente necesaria para que el usuario sienta el compromiso del trabajador social para realizar una valoración lo más ajustada a la realidad cotidiana del interesado/a. El usuario/a tiene que notar el compromiso y la responsabilidad profesional durante la valoración. Por lo general el trabajador social suele ser directivo, guiando en todo momento la conversación y su contenido, aunque no rígido, ya que dotar de calidez y cordialidad la entrevista es necesario también. Por lo tanto el trabajador social tiene que tener la *habilidad de combinar su directividad profesional con la flexibilidad y la cordialidad*.

Por último, los profesionales coinciden en destacar la importancia que adquiere la confidencialidad y discreción de los datos facilitados, por lo que la *habilidad para ser discretos/as* es imprescindible. Siguiendo los contenidos de la guía de confidencialidad (Grupo Promotor del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias (2013: 29-30) los/as trabajadores/as sociales durante esta tarea profesional suelen: explicar para qué sirve la información facilitada (principio de finalidad, que obliga al profesional a explicar el uso que se hará de los datos facilitados); recoger solamente la información necesaria para la valoración (principio de proporcionalidad); y detallar dónde será almacenada y qué personas tendrán acceso a la misma (principio de auto-

nomía decisoria en el que la persona ofrece su consentimiento para que la información pueda ser gestionada). El/la trabajador/a social no facilita información de valoraciones de otros profesionales y suele ser muy meticuloso para no dejar a la vista documentos comprometidos o información relevante de los usuarios. La confidencialidad durante la valoración es uno de los elementos más decisivos, ya que se está tratando con la intimidad de las personas en su ámbito más cotidiano y personal.

3.2. MODELOS APLICADOS DURANTE LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

A lo largo de la historia del Trabajo Social han surgido diferentes modelos de intervención, cuyo sustrato teórico ha permitido entender y enfocar las problemáticas sociales. La diversidad de las teorías existentes muestra la complejidad de la naturaleza de los problemas sociales. Algunos autores han intentado organizar este abanico de posibles teorías, dando lugar a diversos modelos de intervención. Según Payne (2005) pueden destacarse los siguientes: psicodinámico (se centra en el estudio del inconsciente y la reflexión psicosocial para la resolución de los problemas sociales), cognitivo-conductual (enfocado hacia la interpretación de las conductas desde los diferentes tipos de aprendizajes y a la comprensión de los pensamientos, principalmente desde el análisis de las distorsiones cognitivas detectadas), de crisis (caracterizados por la consecución de una intervención rápida y efectiva que amortigüe los efectos del desequilibrio provocado por la crisis); centrado en la tarea (enfocado en la selección de un problema diana y en la responsabilidad mutua del profesional y el usuario); sistémicos y ecológicos (entendiendo el caso social como un sistema articulado mediante una estructura, necesidad y función; cuya permeabilidad le permite interactuar con un suprasistema superior); humanistas/existencialistas (centrados en los proyectos existenciales de vida y en el respeto al potencial que toda persona posee); y el modelo radical (basado en el cambio social y modificación de estructuras), entre otros (Ponce de León, 2012: 141-147).

Durante la valoración de la dependencia los profesionales relatan utilizar solamente dos de ellos: el humanista y el centrado en la tarea. El primero lo emplean para aplicar los valores del Trabajo Social, que son principalmente humanistas, sirviendo de complemento perfecto cuando se aplique cualquier otro modelo, en este caso el centrado en la tarea (Ponce de León y Fernández, 2012).

Con el modelo humanista la intervención profesional se dota de: honestidad, sinceridad, cordialidad, respeto, aceptación, comprensión y empatía (Carkhuff y Bereson, 1977), por este motivo, el respeto, la autodeterminación y la aceptación incondicional son tres principios básicos durante la valoración de la dependencia.

En el modelo centrado en la tarea, el profesional ha seleccionado un problema-diana concreto, en este caso realizar la valoración de la dependencia para que

el usuario pueda acceder a una serie de servicios y prestaciones. Es un modelo directivo, anclado en el presente y en la búsqueda de soluciones muy específicas para tratar los problemas percibidos, determinando con el usuario los objetivos para culminarlos en una fecha concreta, en este caso una sesión para la valoración y seis meses para la resolución final, desde el envío de la solicitud. El modelo consta de cinco elementos básicos: problema, objetivo, tarea, tiempo y acuerdos (Du Ranquet, 1996: 213).

La figura del profesional en este caso cobra especial relevancia por su trabajo, consensuado por su capacidad para asesorar, mediar, orientar y motivar a la persona hacia los objetivos previamente planificados, ya que durante la entrevista no solo aplica el baremo sino que vaticina el futuro de las gestiones para acceder a determinados recursos. Este modelo requiere dos cualidades en el/la trabajador/a social, método y sensibilidad (Du Ranquet 1996: 250), y tiene como objetivos principales (Payne 2002: 151):

- Ayudar a los usuarios a resolver los problemas concretos que les afectan.
- Realizar una intervención delimitada por objetivos precisos y elegidos en un tiempo prefijado anteriormente.
- Buscar un cambio en un problema concreto.

El modelo centrado en la tarea es el modelo direccional por excelencia, ya que tiene delimitados y consensuados los objetivos a cumplir, pero que combinado con el modelo humanista, resultan perfectamente complementarios y necesarios para realizar la valoración de la dependencia.

3.3. TÉCNICAS EMPLEADAS

Durante la valoración de la dependencia los/as trabajadores/as sociales aplican las siguientes técnicas: la entrevista domiciliaria y la observación. La primera permite al profesional completar la valoración del caso social empleando la información obtenida en el entorno habitual (domicilio particular, residencias, unidades de larga estancia en los hospitales, etc.). La información recogida utilizando esta técnica permite verificar la situación real del caso, ya que los datos facilitados por los informes de los/as trabajadores/as sociales y del personal médico tienen que ser contrastados con la realidad cotidiana del usuario.

Durante la visita domiciliaria el/la trabajador/a social registra los siguientes datos de interés: características de la vivienda (número de metros cuadrados, condiciones de habitabilidad, equipamientos, adecuación de los espacios), organización doméstica (limpieza, orden, salubridad), hábitos higiénico-sanitarios y de alimentación, conductas y comportamientos de la familia, normas, pautas, roles de funcionamiento, interaccio-

nes y comunicación entre los miembros, datos relativos al medio social, relaciones con el exterior y estilo de vida.

La visita domiciliaria exige una planificación para garantizar la agilidad y efectividad durante la misma, por este motivo previamente se ha preparado la documentación, se ha estudiado el caso, se han prefijado las hipótesis para contrastar, se ha avisado a los usuarios con antelación para consensuar horarios, y se ha evaluado el riesgo que pudiera tener el profesional durante la misma (p. ej. algunas visitas se realizan a usuarios que tienen trastornos de salud mental, con patrones de comportamientos agresivos). En los casos en los que el riesgo sea elevado, se podría realizar la visita con dos profesionales garantizando la integridad del trabajador social para evitar accidentes o agresiones.

El profesional durante su visita tiene especial cuidado para no intimidar al usuario con sus anotaciones, a veces si lo ve oportuno las explica para que la persona entienda los objetivos de la entrevista y se tranquilice.

La observación es la segunda técnica empleada por el/la trabajador/a social, ya que permite examinar, registrar, analizar y elaborar conclusiones. La observación es un proceso minucioso de investigación que puede contrastar hipótesis de trabajo, elaboradas previamente por el análisis de los informes realizados por otros profesionales. El programa informático y las escalas de valoración ofrecen objetividad, fiabilidad, validez y precisión para valorar la situación de dependencia de la persona, por lo que la observación está sistematizada, teniendo en cuenta la ocurrencia, frecuencia, orden, duración, apreciaciones subjetivas y dimensiones cualitativas de los hechos observados.

A continuación se detallan los contenidos básicos que el/la trabajador/a social tiene en cuenta durante la observación (ver Figuras 2 y 3) y que va rellenando conforme transcurre la entrevista.

DATOS:																			
EDAD:				FECHA:				EXP:											
DIRECCIÓN:				TLF:															
COMER Y BEBER				NIVEL DE DESEMPEÑO				PROBLEMA			APOYOS PERSONALES								
											TIPO		FRECUENCIA						
				P1 N1 N2 NA				F M A			SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos																			
Cortar o partir la comida en trozos																			
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca																			
Acercarse el recipiente de bebida a la boca																			
NOTAS																			
HIGIENE PERSONAL. MICCIÓN Y DEFECCACIÓN				NIVEL DE DESEMPEÑO				PROBLEMA			APOYOS PERSONALES								
											TIPO		FRECUENCIA						
				P1 N1 N2 NA				F M A			SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Acudir a un lugar adecuado																			
Manipular la ropa																			
Adoptar o abandonar la postura adecuada																			
Limpiarse																			
NOTAS																			
LAVARSE				NIVEL DE DESEMPEÑO				PROBLEMA			APOYOS PERSONALES								
											TIPO		FRECUENCIA						
				P1 N1 N2 NA				F M A			SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Abrir y cerrar grifos																			
Lavarse las manos																			
Acceder a la bañera, ducha o similar																			
Lavarse la parte inferior del cuerpo																			
Lavarse la parte superior del cuerpo																			
NOTAS																			
REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES				NIVEL DE DESEMPEÑO				PROBLEMA			APOYOS PERSONALES								
											TIPO		FRECUENCIA						
				P1 N1 N2 NA				F M A			SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Peinarse																			
Cortarse las uñas																			
Lavarse el pelo																			
Lavarse los dientes																			
NOTAS																			
VESTIRSE				NIVEL DE DESEMPEÑO				PROBLEMA			APOYOS PERSONALES								
											TIPO		FRECUENCIA						
				P1 N1 N2 NA				F M A			SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado																			
Calzarse																			
Abrocharse botones o similar																			
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo																			
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo																			
NOTAS																			
MANTENIMIENTO DE LA SALUD				NIVEL DE DESEMPEÑO				PROBLEMA			APOYOS PERSONALES								
											TIPO		FRECUENCIA						
				P1 N1 N2 NA				F M A			SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Solicitar asistencia terapéutica																			
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas																			
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio																			
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio																			
Pedir ayuda ante una urgencia																			
NOTAS																			
CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO				NIVEL DE DESEMPEÑO				PROBLEMA			APOYOS PERSONALES								
											TIPO		FRECUENCIA						
				P1 N1 N2 NA				F M A			SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Cambiar de tumbado a sentado en la cama																			
Permanecer sentado																			
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie																			
Permanecer de pie																			
Cambiar de estar de pie a estar sentado en una silla																			
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado																			
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado																			
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo acostado																			
NOTAS																			

Figura 2. Hoja de registro de la observación para la valoración de la dependencia. Baremo Valoración Dependencia (BVD).

Nota: P1. Desempeño positivo (capaz de realizar la tarea aunque sea con dificultad); N1. Desempeño negativo por dependencia; Problemas de desempeño F (físico), M (mental) y A (ambos); Tipos de apoyo personales SP (supervisión/orientación), FP (física parcial/preparación), SM (sustitución máxima), AE (apoyo especial si el cuidado es complejo); Frecuencia de apoyos personales F3 (la mayoría de las veces), F4 (siempre), N2 (desempeño negativo por otras situaciones: factores de índole cultural, social, familiar, de sobreprotección, etc. Condiciones de salud que tengan posibilidades razonables de restitución o de mejoría, o que la frecuencia de los apoyos no son F3 ni F4), NA (no se aplica por la edad); Frecuencia de los apoyos personales F0 (casi nunca), F1 (algunas veces), F2 (bastantes veces).

Fuente: Documentación disponible por los profesionales ante posibles problemas técnicos que dificulten el registro on line. Comunidad de Madrid.

4. CONCLUSIONES

En este apartado hemos querido añadir algunos comentarios que han ido surgiendo durante las supervisiones y que afectan al futuro metodológico de la valoración de la dependencia, es decir, ¿cómo se llevará a cabo, y lo más importante, quién lo realizará?

Con los datos facilitados por los profesionales durante este estudio y con las estadísticas institucionales, se puede alegar que actualmente se están cumpliendo los plazos del procedimiento de valoración de la dependencia, que establece un periodo máximo de seis meses desde la solicitud hasta la resolución y elaboración del PIA. Pero lo que parece alargarse en el tiempo son los plazos desde la resolución hasta la incorporación del servicio otorgado, es decir, existe carencia de recursos y no tanto de personal, por lo menos en la Comunidad de Madrid. Esto es debido en parte a los convenios de colaboración que se están firmando con algunos ayuntamientos, lo que descongestiona el trabajo en la Comunidad de Madrid, pero sobrecarga el de los municipios, que sumado a los recortes presupuestarios encarecen las condiciones laborales de los/as trabajadores/as sociales en los Centros de Servicios Sociales: falta de personal, sobrecarga de tareas y limitación de recursos.

La Comunidad de Madrid está firmando convenios de colaboración con algunos ayuntamientos para que estos puedan realizar sus propias valoraciones. En casi todo el área metropolitana de la comunidad, los trabajadores sociales de los municipios están ya valorando por su cuenta, previamente formados por los trabajadores sociales de la Comunidad de Madrid. De momento, Madrid capital no ha firmado convenio, por eso actualmente los profesionales de Trabajo Social de la Comunidad de Madrid valoran en Madrid capital y en contadas excepciones lo hacen en el extrarradio de la ciudad.

Las trabajadoras sociales consultadas creen que en un futuro muy próximo las valoraciones las podrán realizar los profesionales (previamente formados) más cercanos a los usuarios. Por poner un ejemplo, en una residencia de ancianos podría realizar la valoración el médico o el trabajador social de ese centro. Pero en este sentido se recalcó la necesidad de disponer de un equipo multiprofesional durante la valoración, como mínimo un médico o personal sanitario cualificado, y un trabajador social. El primero tiene conocimiento sobre las patologías y sus posibles consecuencias sobre la dependencia, y el segundo conoce los recursos sociales disponibles para contrarrestarla.

Otra posibilidad que podría plantearse en un futuro sería realizar la valoración desde centros especializados (centros base), formando equipos multiprofesionales (médicos, psicólogos y trabajadores sociales). Así se está planteando la posibilidad de que el porcentaje de discapacidad que valora el médico y el psicólogo, podría ser complementado por los informes sociales, siempre que la valoración de la discapacidad supere un 33 % mínimo.

Entre los profesionales existió consenso al afirmar que el trabajador social debe participar en la valoración de la dependencia, especialmente para realizar informes sociales que permitan delimitar el grado de dependencia del usuario y el recurso más idóneo para cada caso. Si bien en la valoración el/la trabajador/a social puede ocupar en algunos casos una posición complementaria a la médica o a la psicológica; en la elaboración del PIA (Programa Individualizado de Atención) se convierte en una pieza profesional primordial.

Metodológicamente los profesionales son conscientes de su excesiva directividad durante la valoración de la dependencia. Las tareas desempeñadas son principalmente burocráticas y de gestión, ya que estas forman parte de un procedimiento administrativo complejo y cerrado, que exige la utilización del modelo centrado en la tarea combinado con el humanista. Este último precisamente ha sido criticado por su aparente pasividad profesional y ausencia de directividad (Fernández y Ponce de León, 2012), pero en este caso, su combinación con el modelo centrado en la tarea, puede resultar pragmático.

Respecto a las técnicas empleadas, tanto en la entrevista domiciliaria como durante la observación, los profesionales destacan una habilidad clave para garantizar el éxito profesional, la confidencialidad.

Las trabajadoras sociales aludieron a las siguientes ventajas metodológicas utilizando los elementos comentados y siguiendo el procedimiento de actuación:

- Con una entrevista cerrada y dirigida, se evita olvidar algún punto en la valoración y la puntuación es más objetiva. La entrevista debe ser dirigida, pero no cerrada ni rígida, ya que las aportaciones de usuarios/as y familiares, con información y anécdotas, enriquecen los informes y ofrecen referencias que se deben considerar para aplicar el baremo.
- La realización de la valoración en el entorno cotidiano de la persona, permite analizar las necesidades reales del usuario en su día a día.
- El trabajador social tiene la opción de coordinarse con otros profesionales para ampliar más información sobre el usuario y completar aspectos de su valoración que no se hayan podido aclarar (Centros de Servicios Sociales y de Salud Mental). Incluso en ocasiones también se puede hablar con familiares que no han podido estar presentes en la valoración, para poder concretar ciertos aspectos. Durante la valoración siempre debe estar presente una persona que acompañe a la persona que se va a valorar. El procedimiento permite combinar la rigidez del contenido del cuestionario, con la flexibilidad para introducir los datos que se estimen oportunos en cada caso.

También comentaron las desventajas de este procedimiento, entre las que se destacan:

- La entrevista cerrada puede ofrecer cierta frialdad durante la interacción interpersonal de la entrevista, especialmente en los momentos iniciales.
- Aunque el baremo es el mismo cada usuario es distinto, y los profesionales manifiestan que a veces es difícil encajar el caso dentro del baremo.

Los contenidos, apreciaciones y anotaciones del artículo han sido elaborados a raíz de las supervisiones y experiencias profesionales de varias trabajadoras sociales de la Comunidad de Madrid, por lo que somos conscientes de las limitaciones metodológicas de esta investigación, cuyos resultados están basados en apreciaciones subjetivas de profesionales, que lógicamente no se pueden hacer extensibles a toda la comunidad laboral; pero que sin duda sí ofrecen un acercamiento para poder analizar el panorama al que se enfrentan los/as trabajadores/as sociales cuando valoran la dependencia. En futuras investigaciones se podría contemplar la posibilidad de realizar este estudio en otras Comunidades Autónomas.

5. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el asesoramiento profesional de la profesora Eva María Miguélez Lorenzana para la realización de este estudio.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Carkhuff, R. R., y B. C., Berenson. (1977). *Beyond Counseling and Therapy*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. (2013). Presupuesto Comunidad de Madrid 2013. *Trabajo Social Hoy*, 68, 139-141.
- Comunidad de Madrid. (2013). *Resumen de la gestión de la Dependencia en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Dependencia. Fecha de consulta 4 de noviembre de 2013. Disponible en PDF. <http://www.madrid.org>.
- Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos del Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Fernández, T. (2012). El Estado de Bienestar frente a la crisis política, económica y social. Volumen XII. Pág. 3-12. Edita: Portularia.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social individualizado: metodología de intervención*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Grupo Promotor del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias. (2013). *Confidencialidad en Servicios Sociales. Guía para mejorar las intervenciones profesionales*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2005). *Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2013a). *Informe anual 2012*. Madrid: IMSERSO. Disponible en http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/informes_anuales/2012/index. Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2013.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2013b). *Guía de prestaciones para personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia. Recursos estatales y autonómicos*. http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/33012_gprestaciones.pdf. Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2013.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2013c). *Datos mensuales de gestión más significativos*. Documento disponible en PDF. http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_063195.pdf. Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2013.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). Nota de prensa 4 noviembre 2008. Madrid: INE.
- Payne, M. (2005). *Modern Social Work Theory*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ponce de León, L. (2012). Teorizar la experiencia profesional del Trabajo Social. *Portularia XII*, 141-147. Doi: 10.5218/prts.2012.0015.
- Villa, J. M. (2006). "El Gobierno destina 200 millones de euros a la dependencia". *Setenta y más*, 248. 6-7.

7. ANEXOS

Anexo 1. Solicitud de valoración de Dependencia

Anexo 2. Informe de condiciones de salud

Anexo 3. Informe social para valoración de Dependencia

Anexo 4. Solicitud de revisión de grado de Dependencia

Anexo 5. Solicitud de revisión del Programa Individual de Atención (PIA)

Anexo 6. Declaración sobre el parentesco del cuidador con el beneficiario y de que los cuidados se prestan en domicilio familiar

ANEXO 1Solicitud de valoración de Dependencia (*continuación*)**BOCM****BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Pág. 46

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

B.O.C.M. Núm. 102

4.3.- Otra información relevante para la Administración:

A) PREFERENCIA ENTRE LOS POSIBLES SERVICIOS/PRESTACIONES QUE, EN SU CASO, PUEDA RECIBIR			
SERVICIOS			
<input type="radio"/> Atención Residencial			
<input type="radio"/> Servicio de ayuda a domicilio intensiva			
<input type="radio"/> Centro de Atención Diurna	<input type="radio"/> Atención Intensiva (de lunes a viernes)		
	<input type="radio"/> Atención No Intensiva (2-3 días de lunes a viernes). Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial.		
	<input type="radio"/> Atención Fin de Semana. Compatible con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar a tiempo parcial.		
<input type="radio"/> Servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal u otros servicios			
PRESTACIONES			
<input type="radio"/> Prestación económica para cuidados en el entorno familiar <i>(Cuando el solicitante esté siendo atendido en su domicilio por un familiar o persona de su entorno)</i>	<input type="radio"/> A tiempo completo (mínimo 160 horas mensuales)		
	<input type="radio"/> A tiempo parcial (hasta 159 horas mensuales). Compatible con el servicio de ayuda a domicilio no intensiva.		
<input type="radio"/> Prestación económica de asistencia personal <i>(sólo grado III)</i>			
<input type="radio"/> Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio <i>(Cuando el solicitante se encuentre atendido en un centro o recurso privado y no sea posible su traslado a un recurso público)</i>	<input type="radio"/> Atención Residencial		
	<input type="radio"/> Centro de Atención Diurna		
	<input type="radio"/> Atención domiciliaria (Ayuda a domicilio y/o teleasistencia)		
	<input type="radio"/> Servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal		
B) DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
¿Ha solicitado anteriormente el reconocimiento de la situación de dependencia?	<input type="radio"/> Sí	Año	<input type="radio"/> No
¿Tiene reconocido grado de discapacidad?	<input type="radio"/> Sí	Año	<input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de discapacidad y el porcentaje:			
<input type="radio"/> Física	%	<input type="radio"/> Intelectual	%
<input type="radio"/> Física-Intelectual	%	<input type="radio"/> Enfermedad mental	%
¿Tiene reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona?	<input type="radio"/> Sí	Año	<input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa, indique los puntos ATP que tiene reconocidos			
¿Tiene reconocida una incapacidad en grado de gran invalidez?	<input type="radio"/> Sí	Año	<input type="radio"/> No
C) DATOS SOBRE PRESTACIONES PÚBLICAS			
¿Percibe una pensión de gran invalidez?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Percibe una pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Percibe el subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Percibe una asignación económica por hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si la respuesta es afirmativa indique:			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERCEPTOR	NIF/NIE	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE
			<input type="radio"/> INSS <input type="radio"/> ISFAS <input type="radio"/> OMFUCE <input type="radio"/> OMUGEJU
¿Percibe algún otro tipo de prestación pública?			
			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa indique:			
	CUANTÍA MENSUAL	ENTIDAD QUE LA RECONOCE	
		<input type="radio"/> INSS <input type="radio"/> ISFAS <input type="radio"/> OMFUCE <input type="radio"/> OMUGEJU	

ANEXO 1Solicitud de valoración de Dependencia (*continuación*)**BOCM****BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

B.O.C.M. Núm. 102

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

Pág. 47

4.4.- Servicios recibidos:

<input type="radio"/> Está siendo atendido en su domicilio											
Si marca esta opción, señale los servicios que actualmente se le prestan en su domicilio, así como el Organismo o Entidad prestataria:											
<input type="checkbox"/> Teleasistencia				<input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio				<input type="checkbox"/> Otros (señalar cuál)			
Organismo/Entidad prestataria											
<input type="checkbox"/> Está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno											
Si marca esta opción, indique los datos de la persona que le atiende:											
NOMBRE Y APELLIDOS				NIF/NIE		NACIONALIDAD		FECHA NACIMIENTO		SEXO	
										<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M	
Dirección		Tipo vía		Nombre vía							
Nº		Bloque		Escalera		Piso		Puerta			
CP		Localidad		Provincia							
Teléfono fijo		Teléfono móvil		¿Desde qué fecha reside en esta localidad?							
¿Desde qué fecha atiende al solicitante?				Parentesco con el solicitante							
<input type="radio"/> Está siendo atendido en un Centro de Atención Diurna											
Si marca esta opción, señale si la plaza es: <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> Pública/concertada <input type="radio"/> Privada											
Denominación del Centro											
Nombre del organismo o entidad											
Dirección del Centro						Localidad					
<input type="radio"/> Está siendo atendido en un Centro Residencial											
Si marca esta opción, señale si la plaza es: <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> Pública/concertada <input type="radio"/> Privada											
Denominación del Centro											
Nombre del organismo o entidad											
Dirección del Centro						Localidad					
<input type="radio"/> No recibe ningún tipo de atención											

5.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF/NIE del solicitante en vigor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NIF/NIE del representante en vigor, en su caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certificado/s de empadronamiento que acredite/n que el solicitante reside en un municipio de la Comunidad de Madrid, así como que ha residido al menos cinco años en España, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	<input type="checkbox"/>	
En el caso de extranjeros no comunitarios, certificado del Ministerio del interior que acredite que el solicitante dispone de residencia legal en España, y que la ha tenido al menos por cinco años, los dos últimos inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud	<input type="checkbox"/>	
Certificado colectivo de empadronamiento o residencia que acredite los miembros que componen la unidad de convivencia	<input type="checkbox"/>	
Informe de salud actualizado y emitido por un médico colegiado	<input type="checkbox"/>	
Resolución de reconocimiento de grado de discapacidad (emitida por la Comunidad de Madrid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resolución de reconocimiento de grado de discapacidad (no emitida por la Comunidad de Madrid)	<input type="checkbox"/>	
Resolución de reconocimiento del complemento de gran invalidez	<input type="checkbox"/>	
Anexo de autorización para recabar datos económicos de la unidad de convivencia	<input type="checkbox"/>	

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar en mi nombre los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

ANEXO 1Solicitud de valoración de Dependencia (*continuación*)**BOCM****BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Pág. 48

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

B.O.C.M. Núm. 102

6.- Entidad bancaria (*):

Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta

(*) En la cuenta aportada debe aparecer como titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia.

7.- Declaración del solicitante:

<input type="checkbox"/>	<p>(Marque la casilla si está conforme)</p> <p>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud. - Que autorizo a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia a verificar los datos consignados en este documento con los que obren en poder de las Administraciones Públicas, y a obtener de las mismas cuanta información económica se precise para el reconocimiento de las prestaciones económicas y servicios a los que se pueda tener derecho. - Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo respecto de los datos declarados.
--------------------------	---

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, 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.

En a de de

FIRMA

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/lapdcm). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Esparinas, nº 10, 28001 Madrid, 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.

DESTINATARIO	Consejería de Familia y Asuntos Sociales Dirección General de Coordinación de la Dependencia
---------------------	---

ANEXO 1Solicitud de valoración de Dependencia (*continuación*)**BOCM****BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

B.O.C.M. Núm. 102

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

Pág. 49

Instrucciones para la cumplimentación de la solicitud

- Antes de escribir, lea detenidamente los distintos apartados de la solicitud.
- Escriba con claridad y letras mayúsculas.
- Debe rellenar todos los apartados de la solicitud.
- Presente con la solicitud todos los documentos que se indican, con ello evitará retrasos innecesarios.
- Los Servicios Sociales del Ayuntamiento en donde esté empadronado le podrán orientar y ayudar con su solicitud.
- También puede informarse en el teléfono 012 y, en internet, por medio de la página "www.madrid.org".

1. DATOS DE EL/LA SOLICITANTE

En este apartado se consignarán todos los datos personales del posible beneficiario.

En caso de ser extranjero con residencia legal en España, en el apartado NIF/NIE, se consignará el número de su Tarjeta de Residencia.

Si ostenta doble nacionalidad, indique la segunda nacionalidad en el apartado correspondiente.

Si está ingresado en una residencia de forma permanente, señale como domicilio habitual el de la residencia.

El solicitante debe ser el titular de la cuenta bancaria que se indique en el apartado 6.

2. DATOS DE EL/LA REPRESENTANTE

Este apartado deberá cumplimentarse únicamente cuando la solicitud se firme por persona distinta al solicitante por ostentar la condición de representante legal, desempeñar la función de guardador de hecho, o asumir voluntariamente su representación.

3. MEDIO DE NOTIFICACIÓN.

En este apartado se podrá optar, bien por ser notificado/a por correo certificado o bien, si dispone de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid, por ser notificado telemáticamente

4. OTROS DATOS DE EL/LA SOLICITANTE

Este apartado se compone de varios sub-apartados, en los que se recoge diversa información necesaria para tramitar adecuadamente su solicitud.

4.1. Datos de residencia

Para cumplimentar este sub-apartado se tendrá en cuenta que, si el/la solicitante es menor de cinco años, los datos de residencia se referirán a la persona que ejerza su guarda y custodia.

4.2. Datos de convivencia

En este caso se consignará si el/la solicitante convive habitualmente con personas de su entorno familiar, expresándose, en su caso, los datos de éstas.

4.3.A. Preferencia entre los posibles servicios/prestaciones que, en su caso, pueda recibir

En este sub-apartado deberá marcar una sola opción de servicio o prestación, y una sub-opción en los casos que proceda. La preferencia se entenderá expresada a efectos informativos para la Administración, sin que ello implique la adquisición del derecho a los servicios/prestaciones señalados. En aquellos casos en que la preferencia coincida con el recurso disponible más adecuado a la situación de dependencia del solicitante, esta información se podrá considerar como trámite de consulta al beneficiario.

Leyenda del catálogo de servicios y prestaciones:

- Atención Residencial
- Servicio de Ayuda a domicilio intensiva
- Centro de Atención Diurna
 - Atención Intensiva
 - Atención No Intensiva
 - Atención Fin de semana
- Servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar
 - A tiempo completo
 - A tiempo parcial
- Prestación económica de asistencia personal
- Prestación económica vinculada al servicio o cheque servicio
 - Atención Residencial
 - Centro de Atención Diurna
 - Atención domiciliaria (Ayuda a domicilio y/o teleasistencia)
 - Servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal

ANEXO 1Solicitud de valoración de Dependencia (*continuación*)**BOCM****BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Pág. 50

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

B.O.C.M. Núm. 102

4.3.B. Datos sobre la situación de dependencia

Aquí deberá señalar las circunstancias que concurren en cada caso según proceda. Únicamente en el supuesto de que tenga reconocido grado de discapacidad por una Administración distinta de la Comunidad de Madrid tendrá que aportar, junto con la solicitud, copia compulsada de la resolución o certificado del IMSERSO u Organismo competente de la Comunidad Autónoma que lo acredite.

4.3.C. Datos sobre prestaciones públicas

Sólo deberá cumplimentar este sub-apartado si estuviera percibiendo otras prestaciones públicas.

4.4. Servicios recibidos

Si está siendo atendido en su domicilio por algún familiar o persona de su entorno, deberá consignar los datos personales de la persona que le atiende. De igual modo, si está siendo atendido en un Centro de Día o en un Centro Residencial, deberá consignar los datos del Centro.

5. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.

En este apartado deberá señalar aquella documentación que se aporta con la solicitud o, en su caso, aquella cuya consulta se autoriza a realizar a la Comunidad de Madrid.

6. ENTIDAD BANCARIA.

En este apartado se consignarán los datos de la cuenta bancaria de la que sea titular el solicitante cuando haya expresado su preferencia por una prestación económica.

7. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE.

En este apartado se marcará la casilla para realizar la declaración responsable que, con carácter general, ha de realizarse en todas las solicitudes.

ADVERTENCIA

No olvide firmar la solicitud y adjuntar a ésta toda la documentación necesaria que se relaciona en el apartado 5.

ANEXO 2

Informe de condiciones de salud

BOCM**BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

B.O.C.M. Núm. 102

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

Pág. 51

**INFORME DE CONDICIONES DE SALUD
PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
(MAYORES DE 3 AÑOS)**

1- Datos del solicitante:

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:

2- Problemas de salud en activo, de carácter permanente o crónico, que inciden sobre la situación de dependencia del solicitante (ordenar por importancia en relación a la incidencia sobre dicha situación):

ORDEN	DIAGNOSTICOS PRINCIPALES	CIE-9 / CIE-10	FECHA
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			

- Enfermedad mental
 Discapacidad intelectual
 Trastornos graves del comportamiento
 Limitaciones sensoriales
 Enf. infecciosas activas
 Afección de la capacidad perceptivo-cognitiva

3- Tratamientos que tiene prescritos actualmente (señalar los que tienen relevancia):

FARMACOLOGICOS	
PSICOTERAPEUTICOS	
REHABILITADORES	
AYUDAS TECNICAS	
CUIDADOS	
ENFERMERIA	
OTROS	

4- Marcar lo que proceda (poner una X o un círculo donde corresponda):

1. SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN BASAL	SI	NO
2. PRESENTA DISMINUCION DE VISIÓN Y/O AUDICION	SI	NO
3. PRESENTA INCONTINENCIA URINARIA	SI	NO
4. PRESENTA INCONTINENCIA FECAL	SI	NO
5. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMII	SI	NO
6. PRESENTA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LOS MMSS	SI	NO
7. PRESENTA ALTERACION DE CONDUCTA	SI	NO
8. TIENE CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	SI	NO
9. SE RESPONSABILIZA DE SU TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	SI	NO
10. SE PREVE MEJORIA EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES	SI	NO

ANEXO 2

Informe de condiciones de salud (continuación)

BOCM BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Pág. 52

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

B.O.C.M. Núm. 102

5- Valoración de las ABVD

Se valorará (de 0 a 3) la capacidad que tiene el/la solicitante para desempeñar por sí mismo/a las actividades anteriormente mencionadas, así como la necesidad de apoyo:

0 - INDEPENDIENTE: No precisa ninguna ayuda

1 - SUPERVISIÓN/PREPARACION: Solo necesita una preparación, por parte del cuidador/a habitual, de los elementos necesarios para realizar la tarea, o bien se le proporciona vigilancia, se le anima o se le da indicaciones para que la ejecute.

2 - AYUDA PARCIAL O LIMITADA: La persona participa en la realización de la tarea. Comprende cómo tiene que hacerlo y se implica en la ejecución /desarrollo de la misma.

3 - AYUDA TOTAL: Realización por parte del cuidador de la totalidad de la actividad. Inmovilizado/encamado o ausencia de capacidad de comprensión.

ACTIVIDAD	Autonomía / Apoyo
COMER: Hacer uso correcto de los cubiertos, llevarse los alimentos a la boca. Incluye la ingesta de alimentos a través de otros medios (sonda, nutrición parenteral total)	
MICCIÓN/DEFECACIÓN: Acudir al baño, usar el retrete (adoptar la postura adecuada), limpiarse correctamente y ajustarse la ropa. Incluye cambiarse el absorbente y el manejo de la sonda o ostomía.	
ASEO PERSONAL: Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del mismo. Incluye acceder a la bañera o plato de ducha por sí solo.	
VESTIDO: Ponerse/quitarse todas las prendas de vestir y el calzado. Incluye abrochar botones/cremalleras así como ponerse las prótesis y órtesis prescritas.	
TRANSFERENCIAS: Como se mueve entre superficies hacia o desde: la cama, la silla. Incluye sentarse/levantarse de la silla, la cama.	
DESPLAZAMIENTOS DENTRO DEL HOGAR: Andar/moverse en el domicilio habitual: dentro de una habitación o entre diferentes estancias.	
DESPLAZAMIENTOS FUERA DEL HOGAR: Acceder al exterior de la vivienda. Caminar y/o moverse cerca o lejos de la propia vivienda.	

6- Otras observaciones de interés relacionadas con el estado de salud de el/la solicitante y su situación de dependencia.**7- Identificación del profesional que emite el informe:**

Dr / Dra: _____
 N° de Colegiado: _____

Sello y firma:

En _____, a _____ de _____ de 2010

ANEXO 2Informe de condiciones de salud (*continuación*)**BOCM BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

B.O.C.M. Núm. 102

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

Pág. 53

**INFORME DE CONDICIONES DE SALUD
PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA
(DE 0 A 3 AÑOS)**

1- Datos del solicitante:

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
D.N.I.:	FECHA DE NACIMIENTO:

2- Antecedentes personales solo rellenar si la persona es menor de 6 mesesPeso al nacer (en gramos): **3- Problemas de salud en activo, de carácter permanente o crónico, que inciden sobre la situación de dependencia del solicitante** (ordenar por importancia en relación a la incidencia sobre dicha situación):

ORDEN	DIAGNOSTICOS PRINCIPALES	CIE-9 / CIE-10	FECHA
1º			
2º			
3º			

4- Tratamientos que tiene prescritos actualmente (señalar los que tienen relevancia):

FARMACOLOGICOS	
PSICOTERAPEUTICOS	
REHABILITADORES	
CUIDADOS ENFERMERIA	
OTROS	

5- Cuidados y medidas de soporte para funciones vitales (marcar lo que proceda con una X).**1- ALIMENTACION**

- Sonda nasogástrica exclusiva Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral
 Parenteral exclusiva Parenteral complementaria de la vía oral
 PEG exclusiva PEG complementaria de la vía oral
 Estoma permanente

ANEXO 2Informe de condiciones de salud (*continuación*)**BOCM BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Pág. 54

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

B.O.C.M. Núm. 102

2- RESPIRACION

- Respirador mecánico Aspiración continuada
 Oxigenación de mas de 16 horas Monitor de apneas

3- FUNCION RENAL Y/O URINARIA

- Diálisis Sondaje vesical permanente Estoma permanente

4- FUNCION ANTIALGICA

- Bomba de perfusión continua Catéter epidural permanente

5- FUNCION INMUNOLÓGICA

- Aislamiento Semiaislamiento/mascarilla permanente

6- MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD (PARA NIÑOS DE 6 A 35 MESES)

- Fijación vertebral externa Fijación pelvipédica
 Fijación a la cintura pélvica Tracción esquelética continúa
 Prótesis /órtesis de MMII/MMSS Vendaje compresivo (> 50% superficie corporal)
 Casco protector Protección lumínica permanente
 Procesador de implante coclear

7- OTROS CUIDADOS

- Adaptaciones por déficit sensorial Adaptaciones de movilidad

6- Otras observaciones de interés relacionadas con el estado de salud de el/la solicitante y su situación de dependencia.**7- Identificación del profesional que emite el informe:**

Dr. / Dra: _____

Nº de Colegiado: _____

Sello y firma:

En Madrid, a de de 201

ANEXO 3

Informe social para valoración de Dependencia

BOCM**BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Pág. 56

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

B.O.C.M. Núm. 102

INFORME SOCIAL
PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y EL ACCESO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Trabajador/a social D/Doña _____
 Centro de Servicios Sociales _____
 Entidad Local: Ayuntamiento / Mancomunidad de _____

I. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:	APELLIDOS	EDAD
DNI/NIE	DOMICILIO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
OCUPACIÓN: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabaja cuenta propia <input type="checkbox"/> Trabaja cuenta ajena <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Sin ocupación		

II. SITUACIÓN DE CONVIVENCIA

A. Reside de forma permanente/temporal en un Centro (centro residencial, viviendas comunitarias, pisos tutelados, hospital de larga estancia)

Denominación del Centro Nº Localidad CP

Dirección: C/ Plaza Nº Localidad CP

A.1. Apoyos familiares:

- No tiene familiares directos (hijos/padres)
- Los tiene, pero no pueden/no se hacen cargo de la persona.
- Visitan a la persona regularmente
- Se implican en los cuidados y en la atención de sus necesidades

A.2. Opinión de la persona o familiares sobre la atención recibida en el centro:

- Excelente
- Buena
- Regular
- Deficiente
- Muy deficiente

A.3. Posibilidades de retorno al domicilio: En el supuesto de que la persona regresara a su domicilio (o al de algún familiar), y teniendo en cuenta los apoyos (servicios y prestaciones) que puede recibir en el mismo, ¿reúne éste las condiciones necesarias para adecuada atención de la persona?

*Buenas condiciones en el entorno físico (condiciones de habitabilidad y accesibilidad, barreras en el interior y exterior de la vivienda) Si No

*Buenas condiciones entorno convivencial (apoyos familiares, cuidados básicos, ausencia de relaciones conflictivas) Si No

B. Reside en domicilio particular**B.1. Situación de Convivencia**

- La persona vive sola La persona reside de forma itinerante en varios domicilios
- La persona convive de manera habitual y/o permanente con:

Nombre y Apellidos	Edad	Relación o parentesco	Cuidados que presta	Intensidad/frecuencia (horas/mes)*

Identificación del cuidador principal:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 TRABAJO FUERA DEL HÓGAR No Si HORARIO: _____ OTRAS RESPONSABILIDADES _____

B.2. Apoyos informales**B.2.1. Caracterización general de apoyos:**

- Recibe apoyo familiar regularmente con carácter: diario semanal otros
- Recibe apoyo vecinal regularmente con carácter: diario semanal otros
- Recibe apoyo esporádico
- No recibe apoyos

B.2.2. Consistencia/Fragilidad del apoyo familiar

- Estado de salud del cuidador principal.**
- Cuidador mayor de edad y en plenas facultades para el ejercicio de la tarea
- Cuidador con situación de dependencia reconocida con grado: _____
- Signos de agotamiento físico y/o emocional

B.2.3. Dinámica familiar. Indicadores de posible maltrato

- Existencia de relaciones deterioradas/conflictivas:
- Si No No observables
- Incidencia de la unidad de convivencia en la persona solicitante:
- Positiva Negativa

Otros aspectos:

- Falta de cuidados básicos
- No se le permite hablar/dar su opinión
- Se insiste ante él/ella en los problemas que causa
- La persona pasa sola varias horas al día
- Permanece encamado/a, sin necesidad

Conocimientos del cuidador sobre la adecuada prestación de cuidados y el proceso de la enfermedad (valorar del 1 al 5): _____

Otras circunstancias:

Concurrencia de enfermedad/ discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia No Si

Periodos de descanso del cuidador No Si (especificar _____)

ANEXO 3Informe social para valoración de Dependencia (*continuación*)**BOCM BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

B.O.C.M. Núm. 102

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

Pág. 57

III. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO**A. Situación de la vivienda**

Régimen de tenencia: Propia Alquilada Cedida En casa de familiares
 Tipo: Piso en altura: con ascensor sin ascensor
 Unifamiliar: de planta baja varias plantas sin mecanismos de elevación
 Otros (chabola, vivienda prefabricada, especificar: _____)

Condiciones de habitabilidad	Buena	Regular	Mala	Observaciones
Higiene				_____
Ventilación				_____
Iluminación				_____
Mantenimiento				_____

*** Equipamiento de la vivienda:**

Agua caliente Calefacción Electrodomésticos básicos Teléfono
 -Dispone de ayudas técnicas y adaptaciones del hogar Sí No
 -Barreras arquitectónicas Sí No
 -Elementos de protección (detección y/o protección de incendios, gas, agua) Sí No

B. Entorno del domicilio habitual

*Condiciones de Accesibilidad: ¿existen de barreras arquitectónicas para acceder al domicilio? Sí No
 *Comunicaciones y servicios: ¿existen transportes y servicios públicos próximos? Sí No

IV. APOYOS INSTITUCIONALES QUE ESTÁ RECIBIENDO

DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES			
Servicio/Centro	Modalidad	Tipo de plaza (pública/privada)	Aportación del usuario
Teleasistencia		€/mes
Ayuda a domicilio:	<input type="checkbox"/> Atención necesidades hogar <input type="checkbox"/> Cuidados personales		Nº horas / mes:.....€/mes
Centro de atención diurna:	<input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Menores de 65 años <input type="checkbox"/> Atención especializada		Nº días / semana:.....€/mes
Centro Ocupacional		€/mes
Centro de Atención Temprana		€/mes
Servicio de atención residencial:	<input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad	€/mes
Otros (especificar):		€/mes

OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL (Educación, Sanidad, Empleo)

Servicio/Centro/Prestación	Denominación, titular y provisión (privada, mutualidad)	Aportación del usuario
	€/mes
	€/mes

V. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y PROPUESTA
 (teniendo en cuenta el catálogo de servicios y prestaciones del SAAD, así como el régimen de compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos)

.....

En....., a.....de.....de 2010

Fdo: Trabajador/a Social

BOCM-20100430-2

ANEXO 4

Solicitud de revisión de grado de Dependencia

BOCM**BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Pág. 58

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

B.O.C.M. Núm. 102

Etiqueta del Registro

Solicitud de revisión del grado y nivel de dependencia**1.- Datos de el/la solicitante:**

NIF / NIE		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Nº expediente			

2.- Por favor, marque lo que corresponda:

2.1 - ¿Ha sido previamente valorado/a?

Sí. En este caso, indique la fecha de esa valoración: .../.../....

No, se resolvió en función de los puntos ATP (Asistencia de Tercera Persona) que ya tenía reconocidos

2.2 - Si ha señalado "Sí" a la pregunta anterior, indique el motivo de su solicitud de revisión (marque sólo una opción)

Se ha producido un agravamiento en la situación de dependencia del/ de la solicitante (un empeoramiento significativo en su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria)

Se ha producido una mejoría en la situación de dependencia del/ de la solicitante (un restablecimiento significativo en su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria)

Ha existido un error en el diagnóstico o en la aplicación del baremo, consistente en

2.3 - Si se trata de un agravamiento, ¿qué motivo lo ha ocasionado? (marque sólo una opción)

Empeoramiento de las enfermedades que el/la solicitante ya presentaba en el momento de la última valoración de dependencia

Aparición de una nueva enfermedad no relacionada con las previas (nuevas patologías, secuelas de intervenciones quirúrgicas, de accidentes, etc.)

2.4 - En el caso de aparición de una nueva enfermedad o secuela, indique la fecha de aparición: .../.../....

En cualquier caso, para que se pueda realizar la revisión del grado y nivel de dependencia debe aportar **informe del médico** donde se indiquen los diagnósticos que acreditan el agravamiento/mejoría del/ de la solicitante, se certifique que su situación de salud es estable, y se especifique la ayuda que precisa para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

En Madrid, a de de

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/apdcm). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 Madrid, 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.

DESTINATARIO	Consejería de Familia y Asuntos Sociales Dirección General de Coordinación de la Dependencia
---------------------	---

ANEXO 6

Declaración sobre el parentesco del cuidador con el beneficiario y de que los cuidados se prestan en domicilio familiar

BOCM**BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

B.O.C.M. Núm. 102

VIERNES 30 DE ABRIL DE 2010

Pág. 55

**DECLARACIÓN SOBRE EL PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL BENEFICIARIO
Y DE QUE LOS CUIDADOS SE PRESTAN EN EL DOMICILIO FAMILIAR**

Beneficiario de la Prestación:D/D^a.

DNI/NIE:

D/D^a _____, con DNI / NIE/ PASAPORTE N.º _____,
cuidador del beneficiario arriba indicado, DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

a. Que tiene con el beneficiario el siguiente parentesco:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de Hecho | <input type="checkbox"/> Hermano/Hermana | <input type="checkbox"/> Tío/Tía | <input type="checkbox"/> Yerno/Nuera |
| <input type="checkbox"/> Padre/Madre | <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela | <input type="checkbox"/> Sobrino/Sobrina | <input type="checkbox"/> Cuñado/Cuñada |
| <input type="checkbox"/> Hijo/Hija | <input type="checkbox"/> Nieto/Nieta | <input type="checkbox"/> Primo/Prima | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

b. Que desde la fecha de solicitud de reconocimiento de la dependencia hasta la fecha actual, los cuidados se han estado prestando ininterrumpidamente y de forma adecuada en el entorno familiar del beneficiario, sito en la C/ _____, n.º _____, en la Localidad _____, Código postal: _____.

c. Que la prestación de los cuidados se realiza con la siguiente dedicación horaria:

- Completa (160 horas o más al mes)
 Parcial (hasta 159 horas al mes)

d. Que se compromete a prestar en el futuro a la persona en situación de dependencia los cuidados que precisa, salvo que se determine, tras variación en las condiciones de salud o en la situación de su entorno social, una nueva modalidad de intervención distinta en su programa individual de atención.

e. Que se destinará la totalidad del importe de la prestación a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona en situación de dependencia.

Y para que así conste y surta efectos ante la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, firmo la presente Declaración

En Madrid, a _____ de _____ de _____.

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sistema de Información de Dependencia de Madrid (SIDEMA)", cuya finalidad es el reconocimiento de la situación de dependencia y su valoración y la gestión de las prestaciones y servicios derivados de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org/apdcm). Los datos podrán ser cedidos a otras Administraciones Públicas, exclusivamente en el ámbito de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la citada Dirección General, sita en la C/Espartinas, nº 10, 28001 Madrid, 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.

DESTINATARIO

Consejería de Familia y Asuntos Sociales
Dirección General de Coordinación de la Dependencia

TRABAJO SOCIAL Y CUIDADORES INFORMALES: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

SOCIAL WORK AND INFORMAL CAREGIVERS: ANALYSIS OF THE CURRENT SITUATION AND SUGGESTED ACTIONS

M.^a Caridad Fuentes Fernández (1) y Lourdes Moro Gutiérrez (2)

(1) *Trabajadora Social. Servicios Sociales del Ayuntamiento de Salamanca* (2) *Universidad de Salamanca*

Resumen: Los cambios sociales que afectan a la población española en las últimas décadas conllevan importantes modificaciones en los sistemas de relaciones interpersonales. A ello se añade el acelerado envejecimiento de dicha población que propicia la aparición de nuevas enfermedades y la cronificación de las existentes y por tanto el aumento de la dependencia funcional de estas personas debido al incremento en la esperanza de vida. Muchas eligen ser atendidas por un familiar que se convierte así en su cuidador. Esta labor de cuidador limita su actividad laboral, social y familiar e influye en su proyecto vital, afectando a su estado de ánimo y a su salud. Por ello, desde los Servicios Sociales es necesaria la creación y gestión de recursos y programas de intervención destinados a apoyar a los cuidadores. En el artículo recogemos la propuesta de intervención “*El cuidador también tiene vida*” con la que pretendemos capacitar a los cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias para asumir esta tarea en mejores condiciones físicas y psicológicas y conseguir una mejora en la calidad de vida del cuidador que a su vez tendrá efectos positivos sobre la persona a la que cuida.

Palabras clave: Cuidadores informales, Trabajo Social, Dependencia, Intervención.

Abstract: The social changes affecting the Spanish population in recent decades have led to some significant modifications in the systems of interpersonal relations. In addition, the aging of the Spanish population is resulting in the appearance of new diseases and the growing incidence of existing ones, and thus to an increase in the functional dependency levels of these individuals due to increased life expectancy. Many individuals choose to be cared for by a family member who thus becomes a caregiver. This task of caregiving limits these relatives professional, social and family life and has a significant impact on their life as a whole, affecting both their state of mind and their health. For this reason social services must create and manage resources and programs aimed at supporting caregivers. In the article we discuss the intervention “*The caregiver has a life too,*” with which we hope to empower people who care for patients with Alzheimer’s and other types of dementia, so that they can perform their task in better physical and psychological conditions, achieving a better quality of life for the caregiver, which will in turn have positive effects on the person receiving the care.

Key Words: Informal caregivers, Social Work, Dependence, Intervention.

| Recibido: 4/11/2013 | Revisado: 20/11/2013 | Aceptado:15/01/2014 | Publicado: 31/01/2014 |

Correspondencia: Lourdes Moro Gutiérrez. Doctora en Psicología por la Universidad de Salamanca. Profesora Titular de Universidad en la Facultad de Psicología. Docencia en los Grados de Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Psicología. Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología. Dirección Postal: Avenida de la Merced, 109-131. 37005 Salamanca. Tfno. 923-294500 (ext. 3321). Email: moro@usal.es.

Referencia normalizada: Fuentes, M. C., y Moro, L. (2014). Trabajo Social y cuidadores informales: análisis de la situación actual y propuesta de intervención. *Trabajo Social Hoy*, 71, 43-62. doi:10.12960/TSH.2014.0002.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la población española ha registrado grandes cambios sociales, que comportan a su vez notables modificaciones en los sistemas de relaciones interpersonales. Con la incorporación de la mujer al mercado laboral, la generalización del control de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, asistimos a un evidente envejecimiento de la población. En 1991 las personas mayores de 64 años representaban el 13,8 % de la población, proporción que se elevó en 2001 hasta el 17 % y que en 2011 creció hasta el 17,2 % (Instituto Nacional de Estadística (INE), 1991, 2001 y 2012). Más significativo es el hecho de que, para las mismas fechas, los mayores de 80 años hayan aumentado desde el 2,8 % hasta el 4,6 % y el 6,1 %, respectivamente, lo que implica un acelerado envejecimiento del propio envejecimiento. Como consecuencia de esta longevidad, surgen nuevas enfermedades y se agravan y cronifican las ya existentes, aumentando las limitaciones de las capacidades funcionales asociadas a la edad y constatándose una relación directa entre esta y la dependencia funcional.

Muchos de estos mayores prefieren vivir solos, aunque precisan ayuda para la realización de gran parte de las actividades de la vida diaria. Quieren envejecer en su domicilio, para mantener la independencia y evitar a la vez la soledad y el desarraigo social y familiar. Sin embargo, para ello necesitan apoyos externos de tipo personal y técnico que, en ocasiones, no cubren la totalidad de sus necesidades, dado que están prestados por familiares para quienes esta atención supone una fuerte carga de trabajo. En otros casos, es la persona dependiente quien se marcha al domicilio del familiar para ser atendida con mayor comodidad. En cualquier caso, este entramado social ha de protegerse porque estamos hablando de una atención natural entre miembros de la familia que prestan sus cuidados y desean seguir haciéndolo, aún con todos los inconvenientes generados.

Los procesos relacionados con la dependencia suelen ser largos, marcados por cuidados permanentes, e inciden negativamente en el estado de salud de la persona que cuida, porque sus atenciones requieren constantes esfuerzos físicos de movilización del enfermo y porque se enfrenta con frecuencia a enfermedades como la demencia senil, el Alzheimer y los trastornos de personalidad, que generan mayor estrés. Las consiguientes limitaciones en la actividad laboral, social y familiar de estos cuidadores influyen en su proyecto vital y perjudican su estado de ánimo y de salud (ver Figura 1).

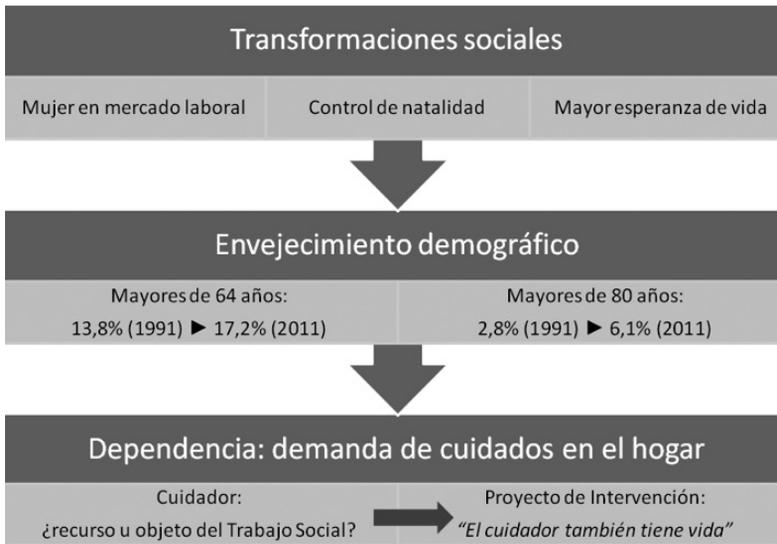


Figura 1. Justificación del Proyecto de Intervención.

Fuente: Elaboración propia.

Las políticas públicas vigentes presuponen que las familias proveen a sus miembros de los cuidados requeridos. Esto dificulta la creación y gestión de recursos destinados a ayudar a los cuidadores e impide una apropiada confluencia entre los sistemas de apoyo formal e informal que alivie la carga asociada al cuidado. Las propuestas actuales continúan tratando a las personas cuidadoras como recursos en sí mismas y no como potenciales demandantes de actuaciones preventivas o de intervención. Garantizar cuidados al cuidador es la mejor manera de que este realice su tarea durante más tiempo, retrase los procesos de institucionalización de su familiar y disfrute de mejor calidad de vida. Este trabajo presenta una propuesta de intervención que incide sobre este problema.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

En el marco teórico, analizamos en primer lugar la normativa vinculada al fenómeno de la dependencia, para definir después el concepto de cuidado informal. A continuación señalamos los riesgos que afectan a los cuidadores y la evaluación que precisan como requisito previo a la intervención. Finalizamos esta fundamentación presentando algunos de los recursos formales disponibles para las personas dependientes que revierten en la intervención con cuidadores (ver Figura 2).

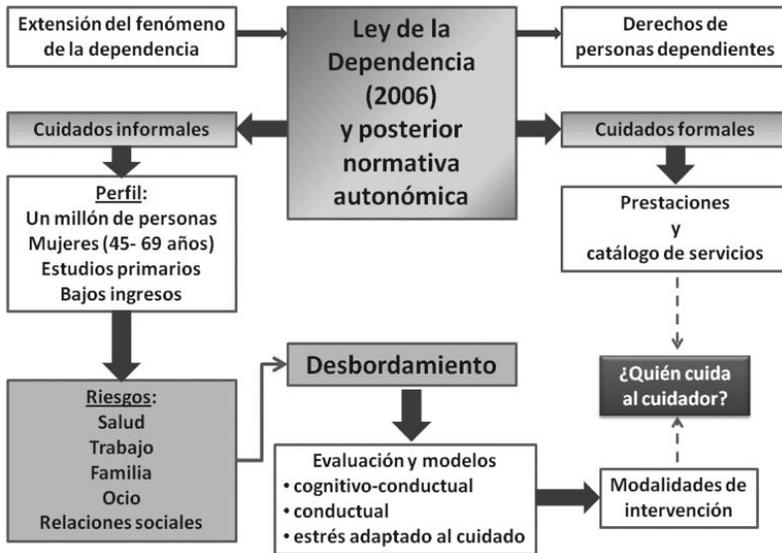


Figura 2. Fundamentación teórica.

Fuente: Elaboración propia.

2.1. EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA Y LOS CUIDADOS INFORMALES

El Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2005b) atribuye el incremento de la demanda de cuidados a tres factores: el envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas que padecen enfermedades congénitas, accidentes graves o patologías crónicas, y la crisis de los modelos tradicionales de apoyo informal.

Este contexto justificó la promulgación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, fundamental en la determinación de los niveles de cobertura que los servicios públicos deben ofrecer a las personas dependientes. Esta ley reconoce el nuevo derecho de las personas mayores, o con alguna discapacidad que limita su autonomía y no pueden valerse por sí mismas, a recibir atenciones por parte del Estado (Caballer, Ramiro y Vivas, 2009).

Esta Ley ha sufrido posteriormente importantes modificaciones, especialmente durante 2011, con el Real Decreto 175/2011 sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas reguladas en la Ley 39/2006 y que también modifica el Real Decreto 615/2007, que regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. Al-

gunos de los aspectos más significativos que se modifican son: reducción a tres de los grados de dependencia, reducción de un 15 % en la prestación por cuidador familiar y cambios en la cotización a la Seguridad Social. También se ha incluido a personas con necesidades especiales en el denominado copago farmacéutico. Por otra parte, el Real Decreto 174/2011 aprueba un nuevo baremo de valoración de la situación de dependencia. A esto se añaden las variaciones aprobadas en cada Comunidad Autónoma. Por ejemplo, Castilla-La Mancha (Ley 9/2012 de Tasas y Precios Públicos de Castilla-La Mancha y otras medidas Tributarias) ha impuesto una serie de tasas que se cobrarán al ciudadano por ciertos trámites del sistema de dependencia: cuarenta euros en caso de discrepar con la valoración realizada y solicitar una revisión, quince euros en caso de discrepar con la cantidad concedida y solicitar una revisión, o treinta euros por pedir la revisión del grado de discapacidad, cuando es evidente que los dependientes no suelen mejorar, sino que empeoran y a veces rápidamente, por lo que no es injustificada esta revisión.

Según la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (INE, 2008), el número de personas con discapacidad era de 3 847 900, de los cuales 2,30 millones eran mujeres y 1,55 millones eran hombres. En 3,3 millones de hogares reside una persona con discapacidad y en 608 000 de ellos la persona vive sola, aunque la situación más frecuente es el hogar de dos miembros donde uno de ellos presenta alguna discapacidad. Delicado, Copete, Barnés y García (2011) ratifican el perfil de las personas atendidas, al identificar a las mujeres pensionistas, mayores de 80 años y con patologías crónicas degenerativas como el núcleo principal de las personas objeto de cuidados informales en el hogar.

Por tanto, y conforme planteábamos en la introducción, el cuidador doméstico debe recibir especial atención si se pretende abordar el problema de la dependencia de forma comprensiva. La Ley 39/2006, en el artículo 2.5, define los cuidados no profesionales como *“la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”*.

Según distintos trabajos (La Parra, 2001; Nieto, 2002; IMSERSO, 2005a; IMSERSO, 2005b), el perfil mayoritario de estas personas cuidadoras, cuyo número se estimaba en 950 000 para 2010 (Fernández de Larrinoa, Martínez, Ortiz, Carracos, Solabarrieta y Gómez, 2011), es el de una mujer de entre 45 y 69 años, casada, con estudios primarios, bajo nivel de ingresos, sin empleo y cuyos cuidados son prestados por iniciativa propia durante un período de cinco a nueve años. Este perfil básico no ha variado en la última década a pesar de los avances normativos y de los cambios sociodemográficos. Las mujeres continúan ejerciendo el rol de cuidadoras, papel que se perpetúa de generación en generación como demuestra el elevado número de nietas que asumen este papel (Do Muiño, Vidal, Rodríguez, Hermida y Hervés, 2009).

No obstante, hay diferencias entre los cuidadores en función de variables como la calidad de las relaciones familiares previas al comienzo de los cuidados, el entorno inmediato en que se prestan, las creencias o el número de cuidadores disponibles (Losada, Peñacoba, Márquez y Cigarán, 2008). También surgen diferencias dependiendo de si viven en un entorno rural o urbano, del grado en que creen necesitar ayuda, de cómo utilizan los recursos, del rechazo hacia estos o de la información que tengan sobre la enfermedad y los recursos. Peeters, Van Beek, Meerveld, Spreeuwenberg y Francke (2010) concluyen que la variable que determina claramente las necesidades del cuidador es la relación con la persona enferma. Apuntan que los cuidadores demandan asesoramiento sobre la forma de abordar los problemas de comportamiento de su familiar y sobre la trayectoria de desarrollo de la enfermedad.

El nivel educativo y económico del dependiente y su familia da lugar a diferentes prácticas en la prestación de cuidados y se plasma en distintas actitudes hacia las tareas de cuidado. Los cuidadores de más alta posición socioeconómica señalan con mayor frecuencia que el principal coste de los cuidados es el tiempo que les dedican porque va en detrimento del ocio y de las relaciones sociales (Langa y Martínez, 2011). Por tanto, cualquier medida de apoyo a cuidadores debe tener en cuenta esta desigual situación de partida en cuanto al género y la clase social (García Caliente, 2004).

Brodaty y Donkin (2009) y García, Jiménez y Vilaplana (2011), entre otros autores, coinciden en identificar a la familia como proveedora fundamental de los cuidados que reciben las personas dependientes. Otras redes de apoyo serían los compañeros de trabajo, amigos, vecinos y otras organizaciones como el voluntariado, los grupos de autoayuda o las asociaciones de afectados y familiares. Estas redes sociales pueden incidir en la salud de los cuidadores induciendo a desarrollar conductas saludables, proporcionando autoestima, apoyo emocional, ayuda material y sentido de pertenencia. Como constatan Delicado *et al.* (2011), las personas con más redes sociales de apoyo padecen menos estrés y síntomas depresivos y muestran mayor capacidad de afrontar situaciones difíciles. Estas redes no familiares también prestan apoyo a las personas dependientes, mejorando su bienestar y sus expectativas vitales, lo que a su vez repercute positivamente en la calidad de vida del cuidador.

2.2. LOS RIESGOS DE LOS CUIDADORES

Los cuidadores informales realizan tareas domésticas y ayudan al dependiente en su cuidado personal y actividades cotidianas. Emplean gran parte de su tiempo en la realización de todas estas labores, en perjuicio de sus actividades profesionales, tiempo de ocio y estado de salud (Crespo y Martínez, 2007; López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona y Alonso, 2009), por lo que desarrollan estrés crónico y padecen

más problemas psicológicos y físicos que el resto de la población, teniendo un 63 % más de posibilidades de morir en el plazo de cuatro años (Losada, Moreno-Rodríguez, Cigarán, Peñacoba y Montorio, 2006).

Losada *et al.* (2008) añaden posteriormente otras consecuencias negativas del cuidado, como los problemas personales en la relaciones de pareja o de amistad. Argumentan que los cuidadores tienen menos comportamientos relacionados con la salud, menores sentimientos de autoeficacia, peor estado de salud, mayores niveles de las hormonas relacionadas con el estrés y mayor riesgo de sufrir infecciones, a la vez que manifiestan más irritabilidad y mayor sintomatología depresiva. El cuidador puede optar por conductas poco saludables como no descansar lo necesario o rechazar actividades de ocio.

En suma, las personas cuidadoras están sometidas al *peligro de desbordamiento y agotamiento de sus recursos personales que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales* (Bonafonte, 2009: p. 114), especialmente una incidencia significativa de depresión (Vázquez, Torres, Otero, Hermida y Blanco, 2012). El hecho de que los cuidadores no reciban un salario por sus cuidados no significa que los presten gratuitamente, pues un 62 % señalan que su salud se ha deteriorado, un 50 % considera que su vida laboral también se ve afectada y 7 de cada 10 afirman que su ocio, tiempo libre o vida familiar se han resentido (García *et al.*, 2011), siendo especialmente estresante el cuidado de personas con demencia.

2.3. LA EVALUACIÓN DE LOS CUIDADORES COMO REQUISITO PARA LA INTERVENCIÓN

La evaluación inicial de los cuidadores permitirá decidir cuál es la intervención posterior más conveniente. La *Family Caregiver Alliance* publicó las conclusiones de varios encuentros científicos sobre la evaluación de los cuidadores (Canga, Vivar y Naval, 2011) y recomienda que esta se haga desde la perspectiva de la familia, como unión formada por la persona cuidada, la cuidadora y los demás miembros de la unidad familiar. Dicha evaluación debería desembocar en un plan de intervención multidimensional elaborado conjuntamente con el cuidador, cuyos objetivos habrían de ser concretos, evaluables y actualizables.

Existen distintos modelos teóricos de evaluación de cuidadores:

- A. Modelo cognitivo-conductual (Losada, Knight, y Márquez, 2003). Pretende identificar pensamientos y creencias disfuncionales que obstaculizan la adaptación a la situación de cuidado e influyen negativamente en la forma de afrontar las emociones.
- B. Modelo conductual o modelo ABC (Teri *et al.*, 1998). Propone evaluar variables relativas a la frecuencia e intensidad de los comportamientos problemáticos asociados a la demencia y a la reacción de estrés del cuidador vinculada a es-

tos comportamientos. Modificando las condiciones antecedentes, disminuirá la probabilidad de aparición de estos comportamientos problemáticos y mejorará el clima de cuidado. Se ha observado una forma de interactuar del cuidador con la persona dependiente en la que es frecuente que las conductas independientes sean ignoradas y los comportamientos problemáticos reforzados.

C. Modelo de estrés adaptado al cuidado. Losada *et al.* (2008), basándose en las aportaciones de William Haley, Leonard Pearlin y Bob Knight, proponen un modelo multidimensional según el cual para comprender el malestar psicológico y físico del cuidador hay que considerar el estrés como un proceso donde influyen diversos factores:

- Contextuales: variables sociodemográficas, personales (parentesco con la persona cuidada y relación que mantenía con ella antes del cuidado) y culturales (valores predominantes de una sociedad).
- Estresores primarios: situaciones asociadas al cuidado que demandan una respuesta por parte del cuidador y que han surgido como consecuencia de la situación del cuidado.
- Estresores secundarios: los cambios producidos en la vida de los cuidadores como consecuencia de la situación de cuidado.
- Recursos del cuidador: variables que median en la relación entre los estresores y los resultados del proceso (valoración del estrés, grado en que la persona cuidadora interpreta el cuidado como estresante, estrategias de afrontamiento y habilidades que tiene para el cuidado).
- Consecuencias: efectos que tiene el proceso de estrés en el funcionamiento psicosocial y físico en relación con el cuidado.

El conocimiento previo de estas variables y de sus interrelaciones es el paso previo para desarrollar intervenciones adecuadas a cada situación. Pinqart y Sörensen (2006) clasifican las intervenciones con cuidadores en los siguientes tipos: psicoeducativas, psicoterapéuticas, autoayuda, apoyo mutuo, programas de respiro, formativas, de consejo y gestión de casos y multidisciplinarias.

En conjunto, se posee escasa evidencia de los resultados obtenidos con estos modelos porque no se ha realizado una valoración científica de la eficacia de las intervenciones (Torres, Ballesteros y Sánchez, 2008). Según Losada *et al.* (2008), las revisiones sistemáticas de estas intervenciones muestran que las que obtienen mejores resultados son las psicoeducativas y las psicoterapéuticas. López y Crespo (2007) señalan que, para evitar abandonos, las intervenciones deben adecuarse a las necesidades y características de las personas cuidadoras, principalmente a su disponibilidad de tiempo y a la acumulación de tareas, ofertando programas breves, que no añadan estrés ni sobrecarguen más al cuidador.

En España, la Ley 39/2006, en sus artículos 13 a 25, regula las prestaciones y el catálogo de servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, reconociendo como tales los de prevención y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día, centro de noche y atención residencial. Respecto a las prestaciones económicas, incluye las de asistencia personal, las vinculadas a alguno de los servicios citados y las asignadas para cuidados en el entorno familiar. En otros países, sin embargo, la ayuda a los cuidadores no solo se centra en prestaciones económicas o en servicios para el dependiente. En Francia y Alemania se ofrecen, respectivamente, tres y seis meses de baja laboral para cuidados, sin perder derechos. En Dinamarca, cuando una persona cambia de domicilio para atender a una persona dependiente, el Ayuntamiento debe proporcionarle otro empleo. En Grecia, los cónyuges de personas dependientes pueden jubilarse anticipadamente o con menos años de cotización. En Finlandia, los cuidadores tienen derecho a tres días de descanso al mes (García *et al.*, 2011).

Concluimos con Fernández *et al.* (2011) que los servicios comunitarios no deberían orientarse únicamente a las personas dependientes, sino que también deberían centrarse en las personas cuidadoras. Es necesario poner en marcha programas multidisciplinares que den soporte a los cuidadores porque las propuestas actuales continúan tratándolos como recursos y no como pacientes (López *et al.*, 2009; Brodaty y Donkin, 2009).

3. «EL CUIDADOR TAMBIÉN TIENE VIDA»: PROPUESTA DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Enlazando con el planteamiento teórico, presentamos a continuación el diseño de nuestra propuesta de intervención. Como hemos señalado, numerosos autores y la práctica profesional del Trabajador Social, entre otros técnicos, ponen de manifiesto la necesidad de considerar al cuidador como un paciente y no solo como un recurso. Somos conscientes de la existencia de diversos protocolos de intervención de las instituciones públicas que abordan desde distintas perspectivas los problemas de los cuidadores. Sin embargo, nuestro trabajo cotidiano en Servicios Sociales pone de manifiesto que los problemas continúan sin resolverse por lo que creemos necesario concebir propuestas de actuación para los cuidadores que puedan llegar a ser más eficaces (ver Figura 3).

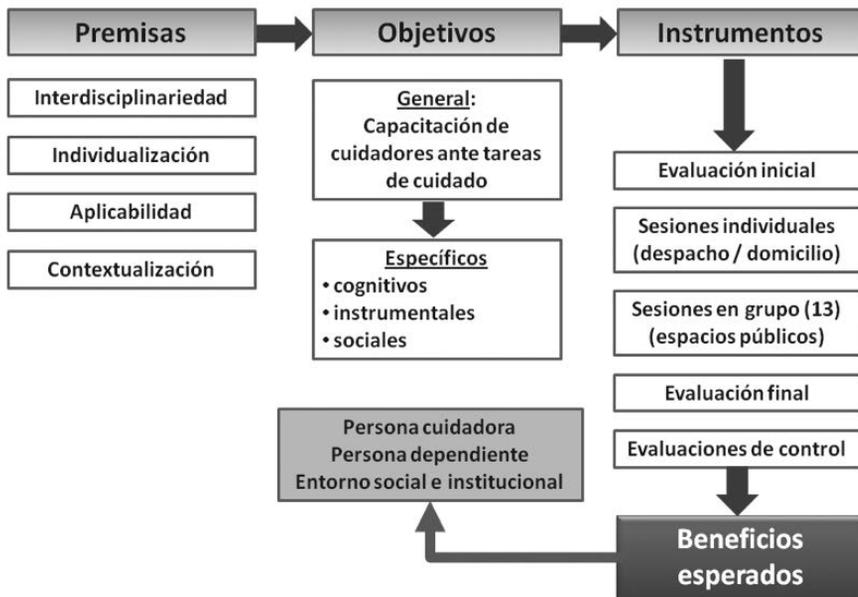


Figura 3. “El cuidador también tiene vida”. Proyecto de Intervención.

Fuente: Elaboración propia.

3.1. OBJETIVOS

Como objetivo general, pretendemos capacitar a las personas cuidadoras de enfermos de Alzheimer y otras demencias para asumir el cuidado de su familiar en mejores condiciones físicas y psicológicas, aprendiendo a reducir los niveles de carga y malestar que genera el cuidado. El fin último de nuestro proyecto es contribuir a mejorar la calidad de vida del cuidador, lo que a su vez tendrá efectos positivos sobre la persona a la que cuida.

Objetivos específicos:

- Dotar de conocimientos nuevos sobre la enfermedad, sus cuidados y las maneras de afrontar las situaciones de crisis.
- Aprender técnicas de relajación, estrategias de afrontamiento para controlar situaciones disfuncionales y posturas idóneas para la movilización de la persona dependiente que permitan aumentar la calidad de los cuidados y dotar de recursos al cuidador para afrontar el cuidado en mejores condiciones físicas y psicológicas.
- Trabajar en el entorno de la persona dependiente y de su cuidador buscando vías que permitan compatibilizar la vida personal y profesional del cuidador con el cuidado de la persona dependiente.

3.2. DESTINATARIOS

Serán las personas cuidadoras que puedan padecer problemas físicos y psicológicos derivados del papel de cuidador. Las personas susceptibles de formar parte del programa podrán venir derivadas desde los centros de salud, las asociaciones de afectados y los Centros de Acción Social. Los grupos no podrán estar integrados por más de ocho cuidadores.

3.3. DISEÑO METODOLÓGICO

Establece tres modalidades de interacción entre profesionales y cuidadores:

- A) *Evaluación inicial* de los cuidadores mediante entrevistas semiestructuradas.
- B) *Sesiones individualizadas* de intervención. Estas sesiones no tienen una duración y frecuencia previamente establecidas.
Las modalidades A y B serán responsabilidad del trabajador social que coordina el programa, aunque puede necesitar la colaboración de otros profesionales.
- C) *Sesiones de grupo*. Estarán dirigidas por dos profesionales: un trabajador social y otro profesional que variará en función del tema y las actividades planteadas (psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, abogado y neurólogo).

Al objeto de no saturar al cuidador, pero dando a la vez continuidad al programa, lo más adecuado sería realizar una sesión cada dos semanas, con una duración aproximada de dos horas, hasta completar trece intervenciones.

Las intervenciones se desarrollarán en dos espacios: (a) espacios de las instituciones públicas (centros municipales, Centros de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, asociaciones de familiares) y (b) el domicilio de la persona cuidada.

3.4. ACCIONES Y MEDIDAS

Se llevarán a cabo trece sesiones, que serán explicadas a continuación.

■ *Primera Sesión: Presentación del Programa*

En esta toma de contacto, se explicará a los cuidadores la estructura del programa, las normas de funcionamiento, lo que se espera de ellos y qué puede aportarles el programa. Se indicará que deben asistir al mayor número de sesiones posibles y la importancia de que realicen las tareas que se asignan para casa.

Los objetivos y contenidos son los siguientes:

- Presentación del programa y breve introducción de las sesiones.
- Presentación de los profesionales.
- Presentación de los participantes: cada uno de ellos dirá quién es, a qué persona cuida, qué dificultades tiene a la hora de cuidarla y cómo se siente.
- Descripción de las normas de funcionamiento.
- Exposición de las expectativas de cada uno ante el programa.

Profesionales: Trabajador social. Sería interesante que pudieran participar todos los profesionales que van a colaborar, para ofrecer una visión global del programa

■ *Segunda sesión: La importancia del cuidado del cuidador*

Esta sesión pretende abrir el debate sobre la necesidad de cuidarse y de evaluar las creencias sobre el cuidado, los obstáculos y las barreras de tipo cognitivo que impiden tomar conciencia de la necesidad de cuidarse. La manifestación continua de agotamiento y estrés es un signo evidente de que el cuidador no se encuentra bien y requiere ayuda. Objetivos y contenido de la sesión:

- Resaltar la necesidad de cuidarse y de modificar las barreras de tipo cognitivo que impiden darse cuenta de la necesidad de cuidarse.
- Motivar hacia el propio cuidado.
- Atender a signos de alarma en el cuidador como problemas con el sueño, aislamiento, consumo excesivo de medicamentos, irritabilidad, trastornos del apetito o problemas de memoria.
- Aportar pautas para el cuidado del cuidador.
- Proporcionar una plantilla de ejercicios físicos de estiramiento, tonificación, relajación y posturales, para prevenir y minimizar la sobrecarga física del cuidador.

Profesionales: Trabajador social y psicólogo.

■ *Tercera sesión: Planificación del tiempo del cuidador*

Cuidar de una persona con Alzheimer implica realizar distintas actividades, que deben compaginarse con las que el cuidador ya realizaba. La persona cuidadora puede verse abrumada por la cantidad de actividades y no saber cómo planificar su tiempo. Una planificación realista, adaptando las actividades de forma flexible al tiempo disponible e incluyendo momentos para la realización de tareas placenteras para el cuidador, influirá positivamente en la percepción que este tiene del cuidado. Los objetivos y contenidos serán:

- Enseñar criterios de planificación y organización de las actividades diarias, incluyendo todos los aspectos de la vida y reduciendo el malestar que provoca la falta de tiempo.
- Transmitir los beneficios que proporciona la búsqueda de ayuda para la realización de algunas tareas. Aprender a pedir ayuda cuando se necesite y a delegar tareas.
- Entrenar técnicas de comunicación asertiva para pedir ayuda y para la promoción de relaciones personales.

Profesionales: Trabajador social y psicólogo.

■ *Cuarta sesión: Normas y sentimientos de culpa*

Es conveniente aprender a identificar las normas y reglas del cuidador en relación al cuidado de su familiar y a su propio cuidado y buscar el equilibrio entre ambas. En la sesión se presentan razonamientos para diferenciar entre las reglas más adaptativas y las que no lo son. Cuando las normas no son adecuadas, se puede tratar de hacerlas más flexibles para no sentirse mal en caso de no poder cumplirlas en alguna ocasión y así minimizar la sensación de malestar. Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Identificar las normas y reglas de cada persona en los ámbitos del cuidado personal y de su familiar.
- Reflexionar sobre la relación existente entre las normas y las pautas marcadas por la sociedad.
- Diferenciar entre normas y reglas adecuadas y las que influyen negativamente en el malestar del cuidador.
- Trabajar criterios de rigidez y flexibilidad en relación con las normas y reglas. Analizar sentimientos de culpa.
- Conocer los derechos del cuidador.

Profesionales: Trabajador social y psicólogo.

■ *Quinta sesión: Tiempo libre y realización de tareas agradables*

En esta sesión se trabaja la importancia de que el cuidador tenga tiempo libre y este sea convenientemente aprovechado. Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Fomentar el tiempo libre y la realización de tareas agradables del cuidador.
- Promocionar las relaciones sociales y el tiempo de ocio y personal como cuidados para el cuidador.
- Trabajar la vinculación entre las relaciones sociales y el estado emocional.
- Aportar consejos prácticos para cuidar mejor de sí mismo.

Profesionales: Trabajador social y terapeuta ocupacional.

■ *Sexta sesión: Pensamientos disfuncionales*

Los sentimientos de las personas cuidadoras no dependen solamente de las situaciones que afrontan a diario, sino también de su interpretación de la realidad y de sus pensamientos sobre las situaciones que tienen que vivir. Los pensamientos negativos son prácticas adquiridas, así que pueden y deben ser identificados para diferenciar entre los que provocan emociones positivas y aquellos que les hacen sentir mal. Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Trabajar el manejo de diferentes estrategias para reducir el malestar generado por los pensamientos disfuncionales y desadaptativos.
- Explicar la relación entre situación, pensamiento y emoción.

Profesionales: Trabajador social y psicólogo.

■ *Séptima sesión: Manejo de la frustración o enfado*

La frustración y el enfado son síntomas comunes en los cuidadores de personas con Alzheimer. Pueden estar provocados por: desconocimiento de la enfermedad, pensamientos poco realistas o disfuncionales sobre cómo debe cuidar o por la falta de habilidades para afrontar los pensamientos negativos y para comunicarse. Se enseñarán técnicas de comunicación asertiva y se promoverá el conocimiento de las causas que provocan tensión. Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Entrenar habilidades para el manejo de la frustración o enfado en los cuidadores.
- Conocer y analizar las causas que pueden generar frustración o ira.
- Explicación del modelo cognitivo-conductual: importancia de los pensamientos positivos y de la realización de actividades agradables.

Profesionales: Trabajador social y psicólogo.

■ *Octava sesión: Características de las demencias. La enfermedad de Alzheimer*

Esta sesión pretende poner una base para la comprensión de la enfermedad, combatiendo algunas ideas que puedan tener los cuidadores en relación, por ejemplo, con conductas no deseadas de sus familiares y que les suponen una mayor carga de estrés y una fuente de conflictos, como pensar que sus familiares intentan fastidiarles o están aburridos por el hecho de que pueden pasar buena parte del día persiguiéndoles. La sesión se desarrolla en este momento, y no al principio de la intervención grupal como cabría esperar, porque el objetivo del programa se centra sobre todo en el bienestar del cuidador. Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Trabajar el concepto de demencia y específicamente de la demencia tipo Alzheimer.
- Proporcionar conocimientos sobre las características de la enfermedad y su evolución: fases, cronicidad y brotes.
- Reconocer conductas que se asocian a la enfermedad y que son responsables de la mayor sobrecarga de las personas cuidadoras, como la agresividad, el vagabundeo o la agitación.
- Conocer las deficiencias más frecuentes en las distintas áreas:
 - *Cognitiva*: pérdida de memoria, problemas de lenguaje, desorientación, praxias, gnosias, alteraciones en el razonamiento y en el cálculo.
 - *Motora*: conocer las posibles afectaciones en las tres fases: autónoma, dependencia parcial y dependencia total.
 - *Conductual y psicológica*: alteraciones del estado de ánimo, aplanamiento afectivo, alteraciones conductuales como desvestirse en público o gritar, trastornos neurovegetativos y disfagia.

Profesionales: Trabajador social y neurólogo.

■ *Novena sesión: Conductas no deseadas*

Se analizará brevemente la teoría de Linda Teri sobre la reducción de comportamientos problemáticos. Según la autora, estos comportamientos se mantienen porque los suscitan determinadas situaciones antecedentes o bien porque, tras la conducta no deseada, ciertas situaciones provocan que dicha conducta se repita.

Se explicarán estrategias para prevenir o manejar mejor las conductas conflictivas de la persona cuidada. Se insistirá en que muchos de los inconvenientes que surgen en el cuidado de un enfermo de Alzheimer son debidos a la falta de comunicación por los problemas de comprensión del afectado. Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Trabajar el modelo ABC de los comportamientos problemáticos (antecedente, comportamiento y consecuentes).
- Dar pautas de actuación para minimizar las conductas no deseadas en la persona cuidada e identificar los comportamientos problemáticos que tratar: depresión, agresividad, agitación, insomnio, ansiedad, vagabundeo, acusaciones injustas, demandas excesivas, manifestaciones psicóticas, conductas repetitivas y ruidosas.
- Trabajar la comunicación con la persona cuidada:
 - Comportamientos comunicativos como antecedentes de conductas problemáticas.
 - Comunicación verbal y no verbal.
 - Estrategias para una comunicación efectiva.

Profesionales: Trabajador social y psicólogo.

■ *Décima sesión: Cuidados a la persona dependiente. Promoción de la autonomía*

Durante esta sesión se darán pautas para que el cuidador aprenda la mejor forma de vestir, asear, mover y proporcionar cuidados posturales a la persona dependiente, intentando facilitar su tarea a la vez que se proporciona seguridad a la persona cuidada. También se practicarán habilidades para acompañamiento en la marcha. Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Informar sobre técnicas de movilización y acompañamiento para minimizar los riesgos de salud de los cuidadores derivados de la movilización de personas dependientes y garantizar la seguridad en estas últimas.
- Promover la autonomía de la persona dependiente.
- Trabajar técnicas de acompañamiento en la marcha: marcha guiada, marcha acompañada con bastón, marcha con andador, marcha acompañada de cara.
- Especificar técnicas para acompañamiento en silla de ruedas.
- Enseñar cuidados posturales, prevención de úlceras y cuidados de la piel.
- Plantear orientaciones prácticas para realizar las tareas de higiene y vestido.

Profesionales: Trabajador social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.

■ *Undécima sesión: Intervención en el entorno inmediato de la persona dependiente*

Las medidas de adaptación de la vivienda sería preferible adoptarlas cuando el enfermo tiene todavía capacidad de aprendizaje e ir introduciendo modificaciones a medida que las vaya necesitando. Las propuestas de remodelación de las distintas estancias de la casa son múltiples, por lo que, coincidiendo con esta sesión, se realizará una visita al domicilio para determinar las modificaciones y ayudas técnicas más adecuadas y explicar al cuidador la forma de aplicarlas. Siempre que se necesitara y fuera solicitado, se podrían realizar con la familia compras guiadas de las ayudas técnicas requeridas.

Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Informar y asesorar sobre las posibilidades de modificación del entorno inmediato para incrementar la autonomía en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona dependiente.
- Enseñar la supresión de barreras arquitectónicas y de comunicación. Dar información para la adaptación de los edificios y las viviendas.
- Mostar ayudas técnicas para la realización de adaptaciones en el entorno inmediato que favorezcan la realización de actividades de la vida diaria. Nuevas tecnologías y domótica.
- Prevención de accidentes.

Profesionales: Trabajador social y terapeuta ocupacional.

■ *Duodécima sesión: Apoyos formales e informales*

Los costes económicos del cuidado a personas con Alzheimer son elevados, por lo que se informará a los asistentes de los recursos formales existentes, de la solicitud de valoración de la situación de dependencia de su familiar y del acceso a las prestaciones. Se trata de mostrar que la ayuda a domicilio o los centros de día suponen un respiro para el cuidador y de salvar el miedo a usarlos. Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Informar de las prestaciones y catálogo de servicios proporcionados por la Ley 39/2006 y forma de acceso a ellos:
 - Servicios de prevención y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día, centro de noche y atención residencial.
 - Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, asistencia personal y prestación económica vinculada.
- Alentar el uso de servicios de respiro como ayuda al cuidador.
- Plantear el papel de los grupos de autoayuda y el asociacionismo.
- Informar de las ayudas en el entorno: transporte especial, servicios de asistencia en tren, avión y barco, adaptación del coche privado, utilización de autobuses adaptados y eurotaxi.

Profesionales: Dos trabajadores sociales.

■ *Decimotercera sesión: Información jurídica. Aspectos legales de la enfermedad*

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la progresiva pérdida de las facultades mentales, hecho que puede plantear implicaciones legales que pongan a los cuidadores en posición de tomar decisiones que no puedan asumir. A menos que la persona haya tomado medidas previas a la enfermedad para tratar estas situaciones, sus familiares se pueden ver abocados a resolverlas cuando la persona ya no tiene capacidad de decidir. Los objetivos y contenidos de la sesión serán:

- Información jurídica y aspectos legales de la enfermedad: informar sobre las variantes de legalización de la situación de la persona con demencia y cómo llevarlas a cabo.
- Conocer las posibles figuras legales: tutela, curatela y guarda legal.
- Analizar los deberes de los tutores legales.

Profesionales: Trabajador social y abogado.

3.5. MECANISMOS DE EVALUACIÓN

La evaluación tendrá cuatro momentos diferenciados: evaluación previa de los cuidadores, continua, final al terminar el programa y de control tras la finalización de la intervención.

El Alzheimer supone *una lesión en el cerebro del paciente y una estocada en la vida del cuidador*, por lo que consideramos necesario que los Servicios Sociales apoyen a las personas cuidadoras en el cumplimiento de su tarea en las mejores condiciones posibles para sí mismas y para sus familiares.

4. CONCLUSIÓN

Con este artículo hemos pretendido explicar las trece sesiones de una intervención multidisciplinar que pretende capacitar a los cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias para asumir esta tarea en mejores condiciones físicas y psicológicas y conseguir una mejora en la calidad de vida del cuidador que a su vez tendrá efectos positivos sobre la persona a la que cuida. Esperamos que esta iniciativa pueda resultar de utilidad para los profesionales que decidan abordar este tipo de acciones.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonafonte, F. (2009). Familia y dependencia: una mirada distinta, una respuesta diferente. En R. Sánchez Ordóñez (Coord.), *Psicología y Dependencia. De la ley a la intervención psicosocial*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Brodaty, H. y Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11 (2), 217-228.
- Caballer, V. (Ed.); Ramiro, P. y Vivas, D. (Coords.). (2009). *Valoración de la dependencia*, Madrid: Pirámide.
- Canga, A.; Vivar, C.; y Naval, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34 (3), 463-469.
- Crespo, M., y López Martínez, J. (2007). *El estrés en cuidadores mayores dependientes*. Madrid: Pirámide.
- Delicado, M.^a V.; Copete, M.^a T.; Barnés, A.; y García, S. (2011). Redes sociales y recursos de apoyo a cuidadores familiares y personas dependientes: Comparación 2001-2009. *Portularia*, 2(XI), 33-45.
- Do Muiño, M.; Vidal, M.; Rodríguez, E. y Hervés, E. (2009). "Perfil sociocultural de los cuidadores de pacientes inmovilizados en Atención Primaria". *Cuadernos de Atención Primaria*, 16, 280-283.

- Fernández de Larrinoa, P.; Martínez, S.; Ortiz, N.; Carrasco, M.; Solabarrieta, J. y Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 3 (23), 388-393.
- García Caliente, M. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 132-139.
- García, P.; Jiménez, S. y Vilaplana, C. (2011). Cuidados no profesionales y atención a la dependencia: los cuidados informales. *Papeles de Economía Española*, 129, 83-97.
- IMSERSO (2005a). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2005b). *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1991, 2001). *Censo de Población y Viviendas*. Madrid: INE. Recuperado de: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2008). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*. Madrid: INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2012). *Padrón Municipal de Habitantes 2011*. Madrid: INE. Recuperado de: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
- La Parra, D. (2001). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*, 15 (6), 408-505.
- Langa, D., y Martínez, D. (2011). Los cuidadores de familiares dependientes en Andalucía desde una perspectiva de clase. *Papeles de Economía Española*, 129, 66-82.
- López, J., y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familias mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19 (1), 72-80.
- López, M.^a J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., y Alonso, F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2 (7), 332-334.
- Losada, A., Knight, B., y Márquez, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(2), 116-123.
- Losada, A.; Moreno-Rodríguez, R., Cigarán, M., Peñacoba, C., y Montorio, I. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Informaciones Psiquiátricas*, 184 (2), 173-186.
- Losada, A., Peñacoba, C., Márquez, M., y Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Madrid: Ediciones Encuentro.
- Ministerio de Asuntos Sociales (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*. Boletín Oficial del Estado n.º 299 de 15/12/2006: 44 142-44 156.

- Nieto, M. (2002). *Ante la enfermedad de Alzheimer*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Peeters, J., Van Beek, A., Meerveld, J., Spreeuwenberg, P., y Francke, A. (2010). Informal caregivers of persons with dementia, their use of and needs for specific professional support: a survey of the National Dementia Programme. *BCM Nursing*, 9: 9. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/9/9>.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 11, 1-19.
- Teri, L., Logsdon, R., Whall, A., Weiner, M., Trimmer, C., Peskind, E., y Thal, L. (1998). Treatment for Agitation in Dementia Patients: A Behavior Management Approach. *Psychotherapy*, 35, 436-443.
- Torres, M.^a P., Ballesteros, E., y Sánchez, P. D. (2008). "Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España". *Gerokomos*, 19 (1), 9-15.
- Vázquez, F., Torres, A., Otero, P.; Hermida, E., y Blanco, V. (2012). La necesidad de la prevención de la depresión en los cuidadores informales. *Psicología.com*, 16:15. <http://hdl.handle.net/710401/5506>.

LA INVISIBILIDAD DEL TRABAJO SOCIAL COMO PROFESIÓN SANITARIA

SOCIAL WORK'S INVISIBILITY AS A HEALTH PROFESSION

Luis Manuel Estalayo Martín
Asociación Prisma

Resumen: Se defiende la necesidad de considerar al Trabajo Social como profesión sanitaria, recuperando y enfatizando una concepción biopsicosocial de la salud, que incluya una crítica activa a los efectos del capitalismo sobre la misma.

Palabras Clave: Biopsicosocial, Capitalismo, Trabajo Social, Invisibilidad, Profesión sanitaria.

Abstract: It is defended the need of consider the Social Work as a health profession, recovering an emphasizing a biopsychosocial conception of the health, including an active critique to the effects of capitalism over it.

Key Words: Biopsychosocial, Capitalism, Social Work, Invisibility, Health Profession.

| Recibido: 14/09/2013 | Revisado: 07/10/2013 | Aceptado: 27/11/2013 | Publicado: 31/01/2014 |

Correspondencia: Luis Manuel Estalayo Martín. Doctor en Psicología. Col. N.º M-5816
Asociación "Prisma. Orientación, Mediación y Terapia Familiar". C/ Estébanez Calderón 7-8.º J.
28020 Madrid. Tfno. 606 94 98 07. Email: lgestalayo@hotmail.com. Página web. www.asprisma.com.

Referencia normalizada: Estalayo, L. M. (2014). La invisibilidad del Trabajo Social como profesión sanitaria. *Trabajo Social Hoy*, 71, 63-72. doi: 10.12960/TSH.2014.0003.

1. INTRODUCCIÓN: LO SABIDO-OLVIDADO

La Organización Mundial de la Salud definía en su constitución (1948) el concepto de salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Se trata de una definición más que cuestionable porque al señalar la completud como posibilidad en el ser humano, inaugura una tendencia que va justo en contra de la salud. Es decir, se sabe que la completud es un ideal inalcanzable y posicionarla como meta posible solo puede crear insatisfacción por no ser capaz de conseguir ese ideal, abriendo al mismo tiempo las puertas a que numerosos profesionales se instalen imaginariamente como medios para conseguirla. Pero quiero destacarla en este momento porque al menos aludía con precisión a una necesaria concepción biopsicosocial de la salud que se viene olvidando en exceso.

La salud está determinada por la incuestionable interacción de distintos aspectos biológicos, psicológicos y sociales que actúan de manera indisoluble aunque para su descripción tengamos que separarlos. Curiosamente es una tesis tan conocida que parecería totalmente innecesario volver sobre ella pero en la práctica se olvida o los profesionales nos desenvolvemos como si no nos la creyéramos o no la tuviéramos suficientemente en cuenta. Así por ejemplo sabemos que el poder asistir a la escuela, tener una vivienda o un trabajo digno, o ser miembro de una familia estructurada que transmita una cultura, o de una comunidad que tenga suministro y depuración de aguas, un sistema sanitario adecuado y una justa distribución de la riqueza, son elementos claves para una adecuada salud. Sabemos que en épocas de crisis económica aumentan los suicidios. Sabemos que las dificultades económicas implican déficits en pautas alimenticias, prácticas deportivas, y pérdida de expectativas vitales. Sabemos que las clases bajas tienen menos longevidad que la clase alta y más enfermedades de todo tipo, además de más sufrimiento y dolor en los años de vida. Además sabemos que estas diferencias *“se ponen de manifiesto ya al nacer, pues el bajo peso al nacer es mucho más frecuente en la clase baja, y la vitalidad (...) del recién nacido es también mucho menor entre los pobres”* (Gérvás y Pérez, 2013: 73).

Y aun así la salud y la enfermedad parecen seguir siendo temas muy restringidos a la medicina, como si el ser humano fuera un organismo regido únicamente por la biología. ¿Seguiremos olvidando en la práctica lo que sabemos? Y si no lo olvidamos, ¿seguiremos conduciéndonos como si lo hiciéramos? Es decir, ¿seguiremos otorgando autoridad únicamente al discurso médico cuando se trate de hablar de salud, silenciando otras voces igualmente legitimadas para hacerlo?

Este olvido de “lo social” se da en un contexto sociopolítico concreto dominado por las tecnologías y el capitalismo, que producen otro tipo de malestares en relación al tema

analizado, afectando no solo a la población en general sino a los profesionales de la salud en particular, incluyendo a los trabajadores sociales y a la visión que tienen de sí mismos en relación a otras profesiones sanitarias.

*Abre los ojos,
oye:
nada ve,
nada escucha.
Como si al mundo entero
una nevada súbita
lo hubiese recubierto
de silencio y blancura.
(Ángel González, 2004: 458)*

Es por ello que parece necesario reflexionar sobre esta tendencia a olvidar la trascendencia de los aspectos directamente vinculados a la práctica del “Trabajo Social” en la salud y la relación de este hecho con la política en los estados capitalistas.

2. LA INVISIBILIDAD SOCIAL

Es sabido que existe invisibilidad social en distintos aspectos: Las mujeres parecen no existir en el androcentrismo, las minorías sociales en el racismo, las sexuales en la homofobia, o las culturas no occidentales en el etnocentrismo. Y ello a pesar de que la supuesta autoridad que pudiera tener el discurso racista, homófobo o androcéntrico no posee ya ninguna legitimidad. Es la misma ausencia de legitimidad que señala Craig Owens (1985: 93) en relación a la crisis de la autoridad conferida a la cultura de Europa occidental y sus instituciones cuando señala que *“por lo menos desde mediados de los años cincuenta hemos reconocido la necesidad de salir al encuentro de diferentes culturas por medios distintos a la sacudida de la dominación y la conquista”*.

Esta identidad de “ser-invisible” crea efectos precisos en la salud, que pueden ser descritos y analizados por el Trabajo Social. Sin embargo, como todos los determinantes sociales de la salud, tienden a ser eclipsados por un discurso biologicista que prospera en un preciso contexto sociopolítico, un contexto que se puede denominar “ciberespacio hipercapitalista”. Analicemos alguno de los elementos básicos de este contexto para acercarnos a la comprensión de este monopolio de la biología.

En la “Cultura-Mundo” definida por Lipovestky (2010) se difunde por todo el planeta la cultura de la tecnociencia, del mercado, los medios de comunicación, el consumo, y la preponderancia del individuo sobre lo grupal o comunitario; y con ello un gran grupo de problemas nuevos con repercusiones tanto globales (ecología, inmigración, crisis

Luis Manuel Estalayo

económica, pobreza del Tercer Mundo, terrorismo...) como existenciales (identidad, creencias, crisis de sentido, trastornos de personalidad...).

En este “nuevo mundo” la eficacia de la información ha experimentado un avance excepcional en tanto que cada vez es más rápida, abundante e inmediata. Sin embargo, no puede decirse lo mismo de la comprensión que tenemos del mundo ni del entendimiento entre las personas.

En la actualidad existen más posibles relaciones que nunca gracias a numerosas redes de comunicación, pero simultáneamente nunca han existido tantas experiencias de aislamiento. En opinión de Lipovestky (2010: 62), este estado de soledad y desamparo subjetivo es parcialmente responsable de la escalada consumista, *“que permite darse pequeños placeres para compensar la falta de amor, de vínculos o de reconocimiento”*. Habitamos una especie de “cultura ligera” que se nutre de navegar por internet, de espectáculos deportivos y de cualquier otro tipo, y que exime de leer, de reflexionar, de analizar, de pensar.

Es en este tipo de cultura donde el imperio de las marcas cobra toda su potencia, porque la marca permite diferenciar o clasificar a los grupos, y exhibir un logotipo, sobre todo para un joven, equivale a no parecer menos que los otros. Esta es la razón por la que la sensibilidad a las marcas se aprecia tanto en los medios desfavorecidos, porque la marca vendría a obturar imaginariamente el miedo al desprecio y al ofensivo rechazo de los demás. En este sentido, la marca otorga cierta visibilidad, recubre de determinados signos que maquillan la realidad, homogeniza a sus portadores como grupo. Aunque todo ello no sea sino un despliegue imaginario llamado a la más absoluta frustración.

J. Baudrillard (1985) también describe los efectos que implican para la subjetividad los cambios en la comunicación humana trasladada a una pantalla y una red, generando una apariencia de comunicación o, en todo caso, otro tipo de comunicación distinta a la que el ser humano mantenía desde siempre, pero sintiendo que no es ahí (en esa pantalla) donde realmente suceden las cosas.

En la nueva forma de comunicación en red, lo esencial parece ser mantener un escenario relacional con numerosos términos comunicados continuamente entre sí, estando informados de la posición de los demás y del sistema como conjunto.

Ello hace que cada vez sea más difícil vivir como actores protagonistas de la historia siendo reducidos a una terminal más de múltiples redes, relegando a una inutilidad total todo lo que solía llenar la escena de nuestras vidas. En esta encefalización electrónica de la que habla J. Baudrillard, lo real puede aparecer como un gran cuerpo inútil, y se llega a cuestionar la libertad aunque de forma paradójica: porque parece que la

libertad es prácticamente ilimitada en la red pero en la práctica uno no se siente más libre porque ya ni sabe lo que quiere, en un espacio tan saturado por todos los que quieren hacerse oír.

La tecnología puede crear así otro tipo de soledad e invisibilidad, donde el cuerpo real no tiene ni que aparecer pudiendo permanecer escondido frente a una pantalla. Esta invisibilidad forma parte de una globalización que en opinión de Marc Augè (2013) corre el riesgo de uniformar espacios, aniquilando el tiempo y la Historia.

Se pretende crear un espíritu global de consumo inmediato a desarrollar en un mundo convertido en espectáculo. Como si la Historia, efectivamente, hubiera terminado y el mundo-espectáculo no hiciera sino escenificar su fin. Incluso los políticos se conducen sin rubor como meros actores o personajes que dificultan ver la diferencia entre lo real y la ficción. Porque en este nuevo mundo del espectáculo lo prioritario es la imagen que viene a sustituir a los mitos y a cualquier relato con sentido, como si todos tuviéramos que ser meros emisores y receptores de informaciones superficiales.

En este contexto, como opina M. Augè (2013: 53) sería necesario “*volver a disponer de tiempo para creer en la historia*”, porque todos necesitamos poder imaginar nuestra relación con los otros e inscribir tal relación en una perspectiva temporal. Es decir, necesitamos relatos de nuestra propia historia, textos que otorguen sentido, y para ello deben inscribirse en otros relatos de la Historia.

Bastan estas pocas referencias para acotar un “nuevo mundo” caracterizado por una apariencia de libertad, que en realidad sería libertad únicamente para consumir de manera inmediata, compulsiva e ilimitada. Un nuevo mundo donde se intensifican las desigualdades sociales, tanto como los sentimientos subjetivos de soledad y desamparo. Un nuevo mundo donde las imágenes globalizadas tienden a negar la Historia y con ello la propia historia de cada cual, que solo puede cobrar sentido en relatos simbólicos.

Es evidente que todos estos factores sociales generan notables efectos en los procesos de salud/enfermedad y que su análisis puede ser muy fructífero desde el Trabajo Social. Es necesario otorgar la importancia que merecen a las relaciones sociales y a la reflexión personal y compartida. Es imprescindible luchar por conseguir una política de solidaridad que priorice la lucha contra las discriminaciones sociales, la desigualdad de oportunidades y la falta de integración. Y todo ello, variables trascendentes para la salud, ¿no son alguna de las bases prioritarias del Trabajo Social?

3. EL DISCURSO MÉDICO

El arte es un camino imprescindible para acercarnos a lo más genuino del ser humano, y la soledad y la invisibilidad no son una excepción. Por tomar solo tres ejemplos pertinentes a la reflexión previa consideremos alguna de las creaciones de Romain Gary, Camile Claudel y Salvador Dalí.

En la novela *Mimos* de Romain Gary (2007), el Sr. Cousin, o Mimos en su otra piel, sufre fundamentalmente de soledad. Soledad conectada a una infancia sin afecto, sin abrazos, esos que incansablemente buscará en su situación actual. En el relato se va describiendo cómo la pitón Mimos abraza al protagonista, le da calor, afecto, y cómo él se va mimetizando cada vez más con la serpiente hasta que se desencadena la psicosis.

La soledad de este personaje también se conecta en la novela con todo el contexto social en una gran ciudad, París, donde el ser “normal” equivale en buena medida a estar solo, ser anónimo, hacer todo lo que los demás esperan de uno para pasar inadvertido.

En este sentido, ser invisible, anónimo, no existir para el otro, pudiera ser sinónimo de “salud”. Por el contrario, si te haces visible sería por ser excéntrico, vagabundo o loco, de tal manera que la invisibilidad pudiera ser una suerte de ideal. Y cuando uno se hace visible ahí estaría esperando un discurso médico que a base de pastillas procuraría hacernos de nuevo invisibles.

Camile Claudel, extraordinaria escultora de finales del siglo XIX (1864-1943), representa en su bellísima *L'implorante* a una juventud (ella misma) que implora al adulto que la guíe, que no la abandone. Adulto arrastrado por “otra”, quizá otra amante de Rodin o quizá y al mismo tiempo la vejez que arrastra al hombre alejándole de esa juventud anhelante. En cualquier caso, en el horizonte de este destino, se puede apreciar otra escultura de esta autora *Cloto* (1893) que como se sabe es una de las tres diosas que en la mitología griega regían el destino humano. En esta representación una melena gigantesca va enredando a la anciana de forma inexorable, formando parte de ella misma, agonizando dentro de ese tiempo/melena, arrugando sus formas, muriendo. Camile Claudel sabía que la soledad más absoluta del ser humano es la separación de algo pleno de sentido, el reconocerse mortal aislado, y enfermo de amor, cuando el objeto de amor se imagina como algo que evitaría justamente ese sentimiento de soledad.

Salvador Dalí pinta *El hombre invisible* entre 1929 y 1933, siendo la primera vez que utiliza imágenes dobles. Se trata de crear una imagen a partir de otros objetos como hiciera Arcimboldo (1527-1593), pero Dalí utiliza también sombras para formar la imagen. Como se sabe esta generación de imágenes múltiples será una de las características de su método paranoico-crítico.

Dalí crea un ser para ser encontrado, a partir de sus iconos estéticos y un maravilloso color. La cabeza se forma con algunas sombras y relieves de construcciones y esculturas, las nubes simulan el pelo, dos esferas azules los ojos...

Pero lo que quiero destacar en este momento es la subjetividad a la que alude esta invisibilidad. A la experiencia de fragmentación inherente al ser humano. A la construcción de la subjetividad por la mirada del otro.

El arte nos muestra aspectos nucleares del ser humano. Un ser fragmentado, creado por la mirada de los demás, habitante de sueños, con experiencias de desamparo y soledad, con necesidad de otros que acompañen en el camino. Esta es la realidad del ser humano en cualquier época y lugar, pero los condicionantes actuales en el ciberespacio capitalista generan nuevos malestares y dan a estos peculiaridades precisas. La experiencia vital de cualquier ser humano es compleja, densa y contradictoria, y el contexto social en el que se desenvuelve es trascendente para que sea más o menos satisfactoria. Es a este ser humano complejo en su contexto social al que está llamado a atender el trabajador social.

Frente a estas realidades de la experiencia humana, frente a toda la complejidad de ser humano, el discurso médico propugna sencillamente la medicalización de la vida. Se pretende conseguir estados psicológicos armónicos con sustancias químicas, es decir, arreglos desde el exterior que necesariamente crean impotencia subjetiva, puesto que el sujeto renuncia a todo esfuerzo personal y se abandona a la omnipotencia de productos químicos que trabajan en él, pero sin él, sin su participación activa. El discurso médico permite que el sujeto utilice su libertad para dejar de pensar, para no preocuparse de su historia, para que no analice las posibles vinculaciones entre su malestar y su vida. Y es por ello que este discurso puede ser preeminente en la sociedad actual, en tanto que supone un retorno del pensamiento mágico del hiperconsumidor, demandante de remedios milagrosos, rituales y encantamientos que garanticen la felicidad incluso a pesar de uno mismo.

Este conjunto de variables está generando una verdadera mutación en el ser humano que A. Baricco denomina *barbarie*. Antes de la aparición de los bárbaros el acceso al sentido de las cosas implicaba tiempo y esfuerzo, ir al fondo. Pero los bárbaros navegan por la superficie de las cosas, y en su devenir pierden el alma, porque sin profundidad no puede existir alma: *El bárbaro no pierde el alma por azar, o por ligereza, o por ser un error de cálculo, o por una simple miseria intelectual: es que está intentando prescindir de ella* (Baricco, 2012: 122).

En este sentido, cabe recordar que en las facultades de medicina se recibe una enseñanza basada en la tiranía del diagnóstico, en el uso de la tecnología y en la visión de un cuerpo fragmentado como campo de batalla contra la enfermedad; un cuerpo, precisamente sin alma, como recuerdan Gèrvas y Pérez (2013).

Un cuerpo, cabría añadir, útil para las empresas farmacéuticas. Un cuerpo hiperconsumidor, infantilizado, que no puede demorar nada, que ha aprendido a consumir de manera inmediata, que no puede ni quiere pensar. Un cuerpo que solo quiere consumir salud, de la misma manera como consume cualquier otro producto. Un consumo bulímico de pastillas que no interroga en ningún sentido al sujeto.

Incluir en este mercado del placer infantil variables más complejas, hablar de la necesidad de pensar, de recrear vínculos sociales, de precisar la influencia del sadismo de los gobernantes en la salud, sería complicar mucho las cosas, sería cuestionar el espejismo del capitalismo. Pero dicho cuestionamiento es imprescindible si pretendemos hablar de salud de manera rigurosa. Se trata, ni más ni menos, que de recuperar el pensamiento y el alma.

Es en esta compleja dialéctica donde considero necesario e imprescindible el compromiso del Trabajo Social.

4. EL TRABAJO SOCIAL COMO NECESIDAD

El ser humano no es un ente aislado, mero receptor y emisor de precisos paquetes genéticos. Muy al contrario, es un organismo vivo en constante interacción con su entorno. Y, en este sentido, cualquier aspecto significativo de dicho entorno va a condicionar su salud. La vivienda y barrio donde habite, su estatus socioeconómico, su grado de autonomía/dependencia, la calidad de sus relaciones familiares y sociales, su capacidad para incluirse en el mercado laboral, su nivel educativo o la cantidad y tipo de violencia psicosocial que le involucre, son aspectos que van a condicionar, entre otros muchos y en buena medida, la salud de este “organismo humano”. Y todos ellos son aspectos nucleares en el ejercicio cotidiano del Trabajo Social.

La invisibilidad de las variables sociales en los procesos de enfermar es un síntoma del estado capitalista. Si el ser humano es un mero cuerpo descontextualizado que busca placer en el consumo, la medicina podrá erigirse como oráculo de salud dispuesto a satisfacer cualquier demanda. Con esta recurrente invisibilidad, el propio Trabajo Social como profesión corre el riesgo también de invisibilizarse, y no solo para la población en general sino para los propios profesionales, lo que no deja de ser llamativo. Como si la enorme potencia de una profesión tuviera que verse reducida a gestionar recursos de manera mecánica y administrativa. Triste e injusto destino para una profesión que se vería amputada, alejada de sus fundamentos, preocupante invisibilidad.

En la película *El hombre invisible*, dirigida por James Whale y protagonizada por Claude Rains y Gloria Stuart en 1933, el hombre invisible vuelve a ser visible únicamente en el momento de su muerte. Es tras su desaparición cuando se hace más presente a nivel

físico. ¿Qué es lo que se pone de manifiesto en la muerte? El rostro del personaje, quieto. Cuando estaba vivo, en movimiento, no se le veía, solo sus actos testificaban de su presencia potencialmente peligrosa. Como si la mirada del ser humano, esa “*mirada simbolizada*” de la que habla Slavoj Žižek (2011: 98) solo pudiera ver objetos mortificados, petrificados.

Haciendo un paralelismo entre este hombre invisible y el Trabajo Social, es posible imaginar al espíritu de esta profesión diciendo algo así: “Solo cuando esté muerto me veréis, solo entonces seré el centro y hablaréis de mí, solo entonces seré realmente alguien único, tema de conversación significativa para todos vosotros. Mientras tanto vivo, como vosotros, invisible en una ciudad en la que mejor es pasar inadvertido. Yo sufro, como tú, pero nadie lo sabe, y si lo sabe, no se queda conmigo, tiene sus quehaceres, su propia invisibilidad”.

En la muerte, esa vida que tenemos invisible, somos como fragmentos de Dalí, incoherentes, inventados por quien nos mira, sueños. Y por dentro, en ese espacio que a veces tememos mirar, retazos de soledad y desamparo tal y como los refleja por ejemplo Camille Clodet, o R. Gary.

Soledad y fragmentos en un universo tecnológico, de mercado medicalizado que no tiene en cuenta la realidad del sujeto ni su contexto. Pero la salud se inscribe con precisión en dicho contexto, y el Trabajo Social es la disciplina que puede abordarlo con absoluta autoridad y legitimidad, como profesión sanitaria.

*De pronto hallo en mí mismo el instrumento
que irá remunerándome de todo lo perdido:
es la conflagración de la esperanza.
Oh pasajero vaticinio, arma ciega de nadie,
que en el nocturno estrago deposita
la imposible renuncia de los años.
(J. M. Caballero Bonald, 2013: 49)*

5. CONCLUSIONES

La salud es un concepto amplio y complejo que incluye la interacción de numerosas variables de tipo biopsicosocial. La salud es el resultado de tal interacción aunque para su estudio sea imprescindible diferenciar los distintos aspectos que la constituyen de manera que la interdisciplina surge como necesidad irrenunciable.

Así por ejemplo, la Medicina estudia prioritariamente al ser humano como organismo y es cuando este enferma cuando puede reivindicar su protagonismo y eficacia. Pero

Luis Manuel Estalayo

en la salud de ese organismo van a influir de manera notable numerosos elementos de su entorno que condicionarán y cuestionarán el monopolio del discurso organicista.

En este artículo se ha pretendido destacar alguno de ellos que reclaman la participación prioritaria del Trabajo Social:

- El estatus socioeconómico.
- La salubridad de la vivienda, barrio y comunidad donde se habite.
- La disponibilidad de recursos educativos y sociosanitarios adecuados.
- La posibilidad de acceder a un trabajo digno.
- El grado de pertenencia a una familia suficientemente estructurada.
- La calidad de las relaciones sociales que se establezcan.

Si todas estas variables son trascendentales para la salud del ser humano, es imprescindible valorar al Trabajo Social como profesión sanitaria. No hacerlo supondría invisibilizar la importancia de los aspectos mencionados reforzando la creencia de que la farmacología es la única ciencia capaz de acercarnos al paraíso soñado de la salud.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Augé, M. (2013). *El tiempo en ruinas*. Barcelona: Gedisa.
- Baricco, A. (2012). *Los bárbaros. Ensayo sobre la mutación*. Barcelona: Anagrama.
- Baudrillard, J. (1985). "El éxtasis de la comunicación". En J. Habermas y otros, *La postmodernidad* (pp. 187-198). Barcelona: Kairós.
- Caballero Bonald, J. M. (2013). *Sombras le avisaron. Antología poética 1952-2012*, Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Gèrvas, J. y Pérez Fernández, M. (2013). *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)*. Barcelona: Los libros del lince.
- González, A. (2004). *Palabra sobre palabra*. Barcelona: Seix Barral.
- Lipovetsky, G. y Serroy, J. (2010). *La cultura-mundo. Respuesta a una sociedad desorientada*. Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2013). *La felicidad paradójica*. Barcelona: Anagrama.
- Owens, C. (1985). El discurso de los otros: las feministas y el posmodernismo. En J. Habermas y otros. *La postmodernidad* (pp. 93-124). Barcelona: Kairós.
- Zizek, S. (2011). *El acoso de las fantasías*. Madrid: Akal.

LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

THE MEDICALIZATION OF GENDER VIOLENCE

Natalia Rodríguez Valladolid
 Universidad de la Rioja

Resumen: En las páginas siguientes se describirá el fenómeno de la violencia de género, como una problemática con gran prevalencia en España y sin embargo cabe señalar una invisibilidad del fenómeno en el sistema sanitario, debido fundamentalmente al proceso histórico de la medicalización que aún afecta en nuestros días. Comenzamos realizando una conceptualización breve de la violencia de género para contextualizar histórica y culturalmente este fenómeno, como premisa fundamental para comprender, en sentido amplio, los factores causales de la violencia. Posteriormente se realiza un contrapunto entre: *la visibilidad del fenómeno en su dimensión social por una parte y la invisibilidad de la violencia en su individualidad, exponiendo, de forma breve, las consecuencias que el maltrato produce en las mujeres* para comprender posteriormente la medicalización del fenómeno, teniendo presente como guía los argumentos de Foucault (1980). Aunque la crítica en las fundamentaciones expuestas acerca del abordaje de la violencia de género es manifiesta, la intención última es exponer una problemática social muy grave y los efectos de la medicalización y sus resquicios históricos sobre ella. Con esperanzas de que el cambio que ya se está produciendo continúe y otros cambios que serán venideros.

Palabras Clave: Violencia de Género, Medicalización, Sistema Sanitario.

Abstract: The following pages examine the phenomenon of gender violence as a prevalent problem in Spain but also as one that is largely invisible in the healthcare system, due mainly to the historical process of its medicalization, which remains influential even today. We begin with a brief conceptualisation of gender violence, providing a historical and cultural context to the phenomenon, because we believe that doing so is of fundamental importance in order to understand, in the broadest manner possible, the factors that cause violence. We then contrast the visibility of the phenomenon in its social dimension, on the one hand, with the invisibility of violence in individual cases, on the other. We briefly put forward the consequences that abuse has on women, so as to be able to subsequently understand the medicalization of the phenomenon, guided by the arguments of Foucault. While there is clearly a critique present in our discussion about how gender violence is addressed, our final intention is to describe a very serious social problem and the effects that medicalization and its historical impact have had on this problem. Our hope is that the changes now underway continue and that further changes are on the way.

Key Words: Gender Violence, Medicalization, Healthcare System.

| Recibido: 23/10/2013 | Revisado: 10/12/2013 | Aceptado: 09/01/2014 | Publicado: 31/01/2014 |

Correspondencia: Natalia Rodríguez Valladolid. Grupo de Investigación de Género de la Universidad de la Rioja. Dirección Postal: Edificio de Rectorado, Avda. de la Paz, 93, 26006 Logroño, La Rioja.
 Email: alitana@ono.com pagina web: www.unirioja.es/genero/.

Referencia normalizada: Rodríguez, N. (2014). La medicalización de la violencia de género. *Trabajo Social Hoy*, 71, 73-86. doi: 10.12960/TSH.2014.0004.

1. INTRODUCCIÓN: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993) adoptó la Declaración de Viena y el Programa de Acción donde se reconocen los derechos humanos de las mujeres como parte de los derechos humanos universales, y se señaló que las violencias por razón de sexo deben ser eliminadas. Se expuso además que son el resultado de prejuicios culturales incompatibles con la dignidad y el valor de la persona (OMS, 2002).

Durante siglos la violencia ha servido para controlar, dominar, someter a personas y grupos sociales. La violencia se ha basado en la supuesta superioridad de una raza o un pueblo sobre otro, de una clase social, económica o política sobre otra, de una religión, cultura o ideología frente a otra.

Pero existe además una violencia específica contra las mujeres que se ha utilizado como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad, las relaciones jerárquicas y de poder de los hombres sobre las mujeres. Lo que diferencia este tipo de violencia de otras formas de agresión es que el principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

La violencia de género procede de la desigualdad entre hombres y mujeres, siendo el resultado de la creencia, alimentada por la mayoría de las culturas, de que el hombre es superior a la mujer. El género es una categoría más amplia que la sexual, por lo tanto va más allá de las características biológicas y reproductivas. Se trata de un constructo social e histórico, es decir, que está sometido a cambio según las características de cada sociedad; por lo tanto define el conjunto de características diferenciadas que cada sociedad designa a hombres y mujeres.

2. CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA Y CULTURAL

En la construcción de la personalidad y de la identidad particular de cada individuo, existe un peso crucial de la tradición cultural a la que pertenece, de los paradigmas, valores y creencias que son asimilados de forma temprana e inconsciente. Un aspecto decisivo que también interviene es la estructura social en la que se vive, su organización jerárquica y el sexo que se tiene al nacimiento, porque este marca de manera definitiva la pertenencia a una de las dos subculturas perfectamente diferenciadas y ligadas entre sí, la subcultura femenina y la subcultura masculina.

Nuestra tradición judeocristiana tiene una estructura social patriarcal, la estructura de nuestra sociedad occidental es jerárquica, es decir, su funcionamiento se basa en estratificar los grupos sociales imponiendo jerarquías. Y es patriarcal porque las rela-

ciones humanas no son igualitarias, son relaciones de poder del varón, de dominio, sumisión, que se dan no solo en el campo social y económico, sino también en el de las relaciones personales.

Mediante el proceso de socialización se adquiere la identidad femenina y masculina, estas subculturas, corresponden a roles de género, es decir, a cómo socialmente se espera que actúen y sientan las mujeres y los hombres según su sexo.

Estos procesos de socialización son diferentes para hombres y mujeres, se desarrollan en lo microsociedad, a través de vínculos o relaciones personales cargadas de afecto, lo que produce una importancia emocional profunda, que se establece en los primeros años de vida, cuando la capacidad cognitiva aún no se ha desarrollado.

La subcultura masculina es dominante, al varón se le educa para la fortaleza, la autonomía, la valentía, la seguridad, la agresividad, la objetividad, la actividad, la rapidez, etc., y a las mujeres para ser el contrapunto, la complementariedad del varón, es decir para la debilidad, la dependencia, la inseguridad, la ternura, la subjetividad, la pasividad, la lentitud, la cobardía...

Si una mujer se comporta con valores masculinos, como sucede ahora sobre todo en el espacio social donde demuestran ser autónomas, independientes, valientes, etc., son castigadas socialmente desde lo afectivo, su castigo es estar solas.

Paloma Andrés Domingo (2004) señala que *la violencia es aprendida socialmente, no es innata a la biología o genética del varón, es una forma de ejercer poder mediante el empleo de la fuerza física, psíquica, económica o política.*

El varón ha aprendido social y culturalmente a situarse en la posición de dominio y ha incorporado la violencia como una forma más de relacionarse con las mujeres, para conseguir sus objetivos y para resolver sus conflictos. En el polo opuesto se encuentra la mujer, que ha aprendido social y culturalmente a situarse en una posición de sumisión, prestando obediencia a quien la ama (padre, esposo, novio...), interioriza la superioridad por naturaleza del varón y su derecho a ser cuidado por ella, incorpora pues la violencia como una forma de relación naturalizada y cuando esta es de intensidad tiende a sentirse culpable.

3. LA VISIBILIDAD DE LA VIOLENCIA EN SU GLOBALIDAD

En las tres últimas décadas, la violencia contra las mujeres ha comenzado a hacerse visible y a adquirir un reconocimiento social. En la actualidad es un tema de gran preocupación social. Los medios de comunicación junto con las asociaciones de mujeres han sido los impulsores de la sensibilización social.

Natalia Rodríguez

Como expone Inmaculada Romero (2004), en su artículo titulado *Desvelar la violencia una intervención para la prevención y el cambio*, este tema constituye una preocupación para los distintos países, cada vez más conscientes de esta problemática: *Gracias al movimiento feminista, a partir de los años setenta, en EE.UU. y en algunos países de Europa, también en España, se inicia de forma colectiva y organizada, acciones contra la violencia que comienzan a tener un impacto social.*

Actualmente las instituciones encargadas de las políticas para las mujeres, tanto estatales como autonómicas y municipales, recogen entre sus objetivos y actividades planes de acción y prevención contra la violencia que sufrimos las mujeres.

4. LA INVISIBILIDAD DE LA VIOLENCIA EN SU INDIVIDUALIDAD

En la sociedad actual la sensibilidad, el grado de conciencia, la visibilidad o el umbral de percepción de la violencia contra las mujeres es muy diverso. Probablemente la mayoría estaría de acuerdo en calificar un puñetazo o una bofetada como una manifestación de maltrato físico, o una humillación brutal como violencia emocional, pero, al disminuir la gravedad de los hechos violentos, tal vez, el acuerdo no estaría tan generalizado. Esta situación la observamos también con muchas de las mujeres maltratadas que se atienden desde el ámbito sanitario. Hay una perspectiva subjetiva que no siempre coincide con la evaluación objetiva del trato que reciben en sus relaciones de pareja.

Esta paradoja se pone claramente de manifiesto en las encuestas que se realizan para evaluar la incidencia de este problema en la sociedad. Una de las encuestas más ambiciosas, la Macroencuesta -La violencia contra las Mujeres- (Instituto de la mujer, 2011, 2001a, 2001b), ponía de relieve que un 2,2 % de las mujeres encuestadas declaraban sentirse maltratadas en sus relaciones de pareja (el número era mayor si el causante de la violencia se extendía a otros miembros de la familia). Sin embargo, atendiendo a criterios técnicos, la encuesta detectaba un 9,2 % de mujeres que sufrían agresiones por parte de su pareja. Es decir, una enorme cantidad de mujeres estaba siendo maltratada en su hogar “sin saberlo”, sin considerarlo como tal.

Mujeres que viven en condiciones de desprecio, de humillación, de abuso, controladas, acosadas, también agredidas física o sexualmente, que asumen estas situaciones con la “normalidad” que produce la habituación. Otras mujeres perciben con toda claridad la situación de violencia que están padeciendo y, sin embargo, no pueden abandonarla, por la cantidad de obstáculos y de dificultades de todo tipo que se van a encontrar: económicas, personales, sociales, jurídicas, etc.

Vemos por tanto que una gran parte de la violencia que sufren estas mujeres queda invisible para todos, incluso para quienes la padecen. Esto se debe a que el abuso

que aparece en una pareja, lo hace de forma insidiosa, indetectable, con primeros incidentes de baja intensidad, que no pueden codificarse como violentos por “normales” y por incidentes aislados. Consisten inicialmente en un encadenamiento de silencios, reproches, descalificaciones, amenazas veladas, humillaciones ambiguas, difíciles de advertir. Una a una, estas conductas, aisladas, toleradas por naturales, van aumentando sutilmente su intensidad, alternando con manifestaciones amorosas, considerándolas banales e inofensivas, pero poco a poco, sin que se tome conciencia de ello, van creando un clima emocional de temor y coacción, en el que todo adquiere otro significado.

Por habituación, entendemos la exposición repetida a cualquier grado de violencia, incluso las muy débiles; esta habituación afecta y disminuye la conciencia crítica de percepción y de rechazo a la misma, distorsionando el umbral de tolerancia y constituyendo una especie de anestésico ante la violencia. Circunstancia agravada si además ha existido previamente una socialización infantil en un ambiente familiar violento, con una exposición anterior a situaciones de abuso. En estos ambientes, los niños y las niñas aprenden cómo cierto grado de violencia puede estar legitimado como método para resolver conflictos, y adquieren de una forma natural la asimetría de la relación entre sus padres, la desigualdad entre los hombres y las mujeres. La niña, en este caso, crece “acostumbrada” a determinadas actitudes hacia ella en cuanto a su condición de mujer desde la infancia hasta la edad adulta, y esto le hará percibir como normales situaciones que no lo son, y que ya ha interiorizado en su personalidad.

Esta habituación, esta naturalización de los primeros incidentes violentos impide a las mujeres, por un lado, detectar la violencia que están padeciendo, y por tanto, poder abandonar la relación, y por otro lado, expone a la mujer, sin tener conciencia de ello, a graves secuelas sobre su salud física y psicológica, tal y como se ampliará posteriormente.

Con todo lo dicho acerca de la idea de proceso de instauración de la violencia, de su visibilidad y naturalización, podemos imaginar un modelo con forma de pirámide, que tendría los siguientes escalones: en la base se situarían las actitudes y los comportamientos de desigualdad, de asimetría y abuso, y, en progresión ascendente, en el segundo escalón aparecerían los comportamientos confusos que podrían parecer amorosos, en el tercero, la violencia psicológica, y por último, la violencia física, aumentando en gravedad los episodios violentos a medida que avanza la relación y se asciende en la pirámide. Desde el interior de esta pirámide, la mujer no percibe la progresión y el agravamiento de la situación y gran parte de ella, la parte inferior, queda oculta e invisible para ella misma y para los demás (ver Figura 1).

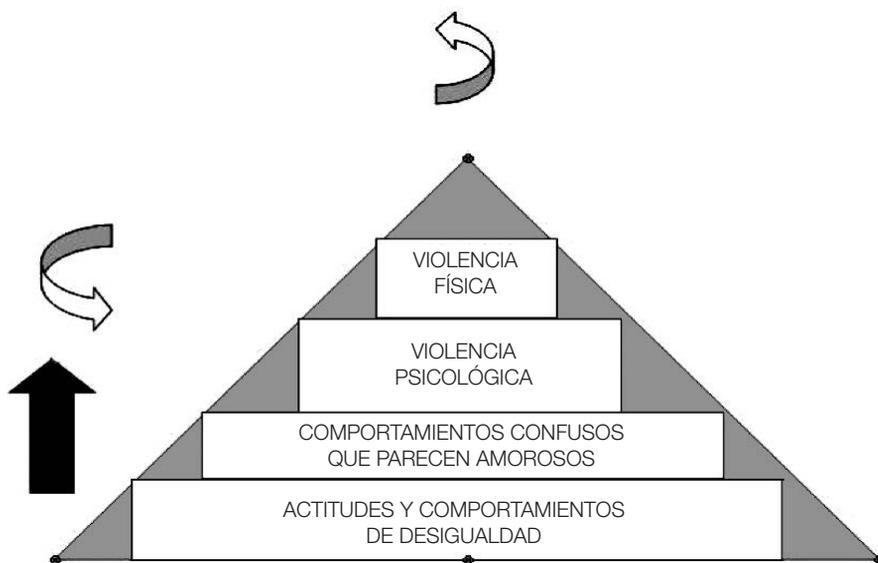


Figura 1. Proceso de instauración de la violencia.

Fuente: Elaboración propia.

Lorente (2001) en su obra nos manifiesta lo siguiente: *De esta forma, la reflexión crítica debe ir, precisamente, a destacar esa "anormalidad", no debemos dejar que se instauran en las relaciones entre hombres y mujeres ese tipo de conductas impositivas que, en un principio, parecen ser totalmente inocuas, pero que, por ese modelo de relación basado en un desequilibrio de fuerzas a favor del hombre, son consideradas como territorio conquistado al que nunca se renunciará.*

Vemos, por todo lo dicho, que una necesidad prioritaria para las mujeres que sufren violencia en sus relaciones de pareja, consiste en desvelar todo aquello que se les ha mantenido oculto, inadvertido, que han creído "normal", pero que en realidad ha funcionado como peldaños de la progresión ascendente de la violencia. De esta manera, pueden trabajar acerca de sus sentimientos de culpa, de su sensación de estar "enloqueciendo". Solo así pueden entender cómo han llegado a esta situación y encontrar respuestas, causas, a lo que les está pasando, empezando a atribuir su malestar emocional, sus trastornos inespecíficos de salud, toda su sintomatología a los efectos de una relación perversa, y no a sí mismas, a su personalidad, o a su forma de ser.

Esta visibilización supone para ellas una poderosa herramienta de prevención y de cambio, por lo que es necesaria una toma de conciencia de las mujeres de su situación (clarificación como técnica de intervención en Trabajo Social), lo que les posibilita poder detectar riesgos que no conocían, y de los que por lo tanto no se defendían.

Su campo cognitivo comienza a modificarse, comienzan a entender la concepción de la violencia y cómo les afecta. Inician una comprensión de cómo es su contexto más próximo, su análisis se torna más negativo y, a su vez, lo desnaturalizan. Y esta función de abrir las miras de las víctimas de violencia, de sentir la propia problemática servirá de factor movilizador para iniciar una nueva etapa, desde el empoderamiento, para salir de esta situación de violencia: en definitiva, de evitar esta violación grave de los derechos humanos. Y nos concierne a todos los agentes sociales que intervenimos desde los distintos ámbitos de intervención (sanitario, servicios sociales, jurídico, educativo y policial) atajarlo como una función primordial y esencial que nos compete.

5. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD EN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Los síntomas que aparecen, se pueden clasificar de forma didáctica, en síntomas psíquicos y físicos. De forma resumida se reflejan en la siguiente tabla, que se ha elaborado a partir de la recopilación de las señaladas por varios autores (ver Tabla 1).

Tabla 1. Principales síntomas de la violencia

FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos, sobre todo, en cuello, espalda, pecho, y brazos, habitualmente bilaterales. • Heridas y traumatismos maxilofaciales, dentales, rotura de tímpano, desgarró del lóbulo de la oreja por arrancamiento del pendiente. • Quemaduras. • Sistema inmunológico deficiente, mayor vulnerabilidad a la enfermedad. • Obesidad. • Hematomas en diferentes estadios evolutivos. • Cefalea crónica, dolores lumbares crónicos, síntomas gastrointestinales, colon irritable, problemas dermatológicos, palpitaciones, astenia, fibromialgia, muerte. • Enfermedad de transmisión sexual (ETS), embarazos de riesgo, embarazos no deseados, abortos, dolores pélvicos crónicos, dispareunia, infecciones urinarias de repetición.
PSÍQUICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos por estrés postraumático. • Baja autoestima, ansiedad, depresión, hipocondría, fobias, crisis de pánico. • Abuso de drogas, psicofármacos, alcohol. • Trastornos de alimentación (bulimia, anorexia). • Trastorno por somatización. • Influencia en la subjetividad. • Tentativas de suicidio.

Natalia Rodríguez

SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Dificultad para establecer relaciones sociales. • Pérdida de empleo. • Absentismo social. • Absentismo laboral. • Cese de actividades culturales, deportivas, políticas, y de ocio.
----------	--

Fuente: Elaboración propia.

Muchas veces no se precisa llegar a la violencia física grave para destruir la salud y el bienestar de la mujer.

La violencia de género afecta tanto a la vida de la mujer, como a la de los hijos y a la del resto del entorno familiar, tanto a nivel físico, psicológico, como a nivel cultural por la “carga del código patriarcal”, esta situación puede perpetuar la violencia en los hijos e hijas.

Señalaremos a continuación algunas de las consecuencias sobre los hijos:

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral.
- Sentimientos de amenaza.
- Dificultad de aprendizaje.
- Dificultades en la socialización.
- Comportamientos violentos con compañeros.
- Enfermedades psicosomáticas.
- Víctimas de maltrato.
- Alta tolerancia a las situaciones de violencia.

La violencia tiende a ser más frecuente y grave con el paso del tiempo. No se trata solamente de un gravísimo problema de salud para las personas que lo padecen. Es además un problema sociosanitario con unas repercusiones económicas difíciles de calcular. Y analizando las consecuencias, la mujer ocupa posiciones en el desarrollo de su rol como cuidadora, organizadora y de crianza; por lo tanto si su capacidad está mermada y minimizada hace que las funciones que desempeña se tambaleen ocasionando dificultades en el ámbito familiar y social de forma clara y directa.

6. MEDICALIZACIÓN DEL FENÓMENO

La dinámica de la violencia de pareja se caracteriza, entre otras cosas, por agresiones cíclicas, pero también por el aislamiento de la víctima y el menoscabo de su autoestima. Esto dificulta que la mujer exprese la situación de vulneración de derechos en que se encuentra. Especialmente, porque a pesar del daño psíquico ocasionado, presenta un grado elevado de control interno como mecanismo de defensa para tolerar la situación abusiva.

Estos mecanismos de defensa no evitan la necesidad de que la mujer trate las dolencias físicas y emocionales asociadas a su situación, acudiendo a consulta con el personal de Atención Primaria de Salud. Sin embargo, no suele referir espontáneamente la situación de violencia en la que vive. Incluso es probable que ella misma no sea capaz de identificar el nexo de causalidad entre sus dolencias y las agresiones reiteradas recibidas.

Entendiendo que el maltrato en todas sus modalidades: físico, psíquico, económico y sexual se materializa con diversa sintomatología anteriormente descrita. La paciente no entiende el proceso en el cual está inmersa, por lo que es necesaria una intervención, sobre todo, dirigida en un inicio a la realización de un estudio exhaustivo sobre la situación. Con mecanismos de escucha activa y contemplando otros aspectos sociales o dimensiones (el familiar y social en el caso que nos ocupa) como contextos originarios de una serie de síntomas, que no tienen su raíz en una causa biológica. Las dolencias manifiestas como la hipertensión o la ansiedad que sufren algunas de estas mujeres, y que reflejan en la consulta se tratarán con fármacos, pueden pasar años y la paciente es posible que prosiga con su tratamiento, permaneciendo el fenómeno invisible a los ojos de los profesionales.

El proceso de medicalización afecta a la vida en general y es necesario hacer partícipe al paciente independientemente de la enfermedad o del riesgo que tiene de sufrir una enfermedad. Es imprescindible que se cuestione la opción médica y que el paciente opine sobre lo que cree que le está sucediendo, porque en el fondo, una víctima de violencia de género reconoce que es infeliz, que no ríe, que está sufriendo y reacciona con tensión cuando se le pregunta si tiene problemas en casa.

Se continúa dudando sobre que algún síntoma físico provenga de una causa psicológica, o de que un fenómeno social produzca tantas consecuencias físicas y psíquicas en una persona de forma sistemática y no puntual o causalmente.

No sirve con medicar a estas mujeres; es necesario comenzar una relación de ayuda, una vinculación que posibilite un proceso de recuperación, de clarificación del diagnóstico social operativo, que, como profesionales, observamos una vez analizadas las variables de su situación. Necesitan tiempo de escucha, un tratamiento a largo plazo, y además, si fuera preciso, tratamiento farmacológico, pero conociendo las causas que lo provocan. Y no desde una concepción puramente biologicista y paliativa.

Es imprescindible que desde el ámbito sanitario se visibilice el fenómeno, y que se utilice el espacio privilegiado que el sistema sanitario ofrece para paliar la vulneración de estos derechos fundamentales.

Kishore (2002) conceptualiza la medicalización como *la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos*

Natalia Rodríguez

problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. La medicalización de la vida con el objetivo explícito de atraer la atención sobre la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente (la violencia contra las mujeres en el caso que nos ocupa).

Foucault (1980) ha puesto el acento en demostrar la relación entre la reclamación biomédica sobre el carácter “verdadero” y “neutral” del conocimiento sobre el cuerpo y los procedimientos de poder y prácticas discursivas. El modo en que se percibe el cuerpo y sus procesos no tienen mucho que ver con una pretendida realidad objetiva, siendo esta una construcción social.

Existe una creencia, posiblemente promovida desde el sistema sanitario, de que la medicina es omnipotente, que puede solucionar cualquier problema y que la tecnología avanza a pasos agigantados para hacernos vivir más y mejor y que la salud no tiene precio. Pese a este evidente progreso Foucault (1980) alude que no mejora el bienestar sanitario.

¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada?, (por ejemplo: empujones, golpe de puños, quemaduras, zamarreos, mordeduras, ahorcamiento, pellizcos, palizas, golpes con objetos, tirón de pelo, patadas, daño con armas, cachetadas, otra forma), ¿sucede actualmente?

En el planteamiento que realiza Foucault (1980) con respecto al modelo de organización de la salud desde el siglo XVII, alude a que los partidos políticos incorporan la temática de salud a su programa, al asumir la ciudadanía la atención sanitaria como derecho. El Estado presenta intereses en actuaciones sanitarias, y es, en los últimos años, cuando ha comenzado en España la movilización en la creación de recursos destinados para mujeres víctimas de violencia de género, promulgando la Ley Integral de Violencia, sensibilizando con campañas publicitarias a la sociedad, obteniéndose que la sociedad sea consciente de este problema.

El autor ya mencionaba la capacidad de matar de la medicina, y con la invisibilización del maltrato en el ámbito sanitario ¿a cuántas mujeres se podría haber salvado la vida si el diagnóstico hubiese sido preciso? Y si se hubiesen activado los mecanismos de abordaje integral, ¿cuánta sintomatología podríamos haber evitado y minimizado? ¿Cómo se ha influido en la cronificación médica de la problemática? ¿Hasta dónde ha llegado la yatrogenia en estas mujeres?

Las consecuencias de la medicalización provocan en primer lugar, que se está etiquetando de enfermos a personas que podemos considerar sanas y se les está sometiendo a tratamientos que conllevan indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como “anormal”, como por los posibles efectos de las terapias, que nunca son absolutamente inocuas. En segundo lugar, las formas no médicas de

afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, y la capacidad de valerse por sí mismo y sentirse capaz de superar los problemas, se está reduciendo. El olvido de la dimensión social en el análisis de los síntomas de las mujeres víctimas de violencia de género que manifiestan, evita una intervención integral posterior.

La mujer, no tiene entonces, la percepción de víctima de violencia, sino de paciente del centro de salud, con cierta dependencia, (acuden en repetidas ocasiones), para lo que necesita un tratamiento integral de su padecimiento y no solo el farmacológico. Con este proceso, se está codificando, en términos de salud-enfermedad, comportamientos que anteriormente permanecían en otras áreas de la vida social.

El espacio social pasa a ser controlado en nombre de ciertos objetos que son traducidos como posibles de ser abarcados por el campo médico, Foucault (1980) plantea que:

La conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión cuando se trata de explicar. El conjunto de las dicotomías fundamentales que, en nuestra cultura, distribuyen a ambos lados del límite las conformidades y las desviaciones, encuentra así una justificación y la apariencia de un fundamento.

Cada cultura define:

El ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. En último término no existe un ámbito que pertenezca de pleno derecho y de modo universal a la medicina (...) la enfermedad es, una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra –práctica y teóricamente– medicalizado (Foucault, 1980).

A través de esta medicalización, el Estado y la sociedad se desresponsabilizan de la enfermedad de sus integrantes y, al transformar los conflictos sociales en patologías individuales, estos son tratados (medicalizados), pero no implementando estrategias de intervención global¹ que minimicen, en la medida de las posibilidades, el riesgo y se consigan objetivos de cambio en la situación-problema.

¹ Entendemos la intervención de forma global, la que aborda de forma integral, es decir, ahondando en los diferentes factores causales que intervienen en la mayoría de las problemáticas. En el caso del maltrato influyen factores: culturales, personales, familiares, sanitarios, sociales, económicos etc. Por lo que no solo debemos intervenir desde el campo sanitario desde una visión médica.

Si el sistema sanitario es capaz de detectar con tecnología punta enfermedades como por ejemplo de tipo neurodegenerativas y, sin embargo, presenta dificultades para descubrir y detectar el maltrato de tantas mujeres que visitan a su médico de cabecera, con el simple instrumento de la escucha activa, de la conexión de factores y de realizar una entrevista con empatía, sin distorsiones y en un ambiente de confianza, algo está fallando en su funcionamiento. Queda latente la autoridad médica, el pensamiento unilateral en la dispensa de fármacos o de la satisfacción de la emisión de un diagnóstico preciso, sin hacer partícipe al paciente en su opinión en lo que le sucede.

Es tan sencillo incorporar en la exploración de la paciente cuestiones como: ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico en forma repetida, por ejemplo, por medio de alguna de las siguientes situaciones: insultos, maltrato a sus hijos, hacerla sentir avergonzada o humillada, desprecio por las tareas que usted realiza, burlas, destrucción de objetos propios, amenazas, daño a mascotas, rechazo o desprecio, aislamiento de amigos o parientes, otras?, ¿sucede actualmente?

7. CONCLUSIONES

La violencia ha permanecido en años anteriores como un fenómeno del ámbito privado del que se conocía algún aspecto, pero no se reconocía como un problema social derivado de los patrones culturales tradicionales. En la actualidad, es un fenómeno reconocido, los medios de comunicación se han hecho eco del problema. Pero sin embargo las instituciones no se han adaptado a la realidad imperante. Las mujeres denuncian más, se han creado recursos específicos, redes de atención integral pero el sistema sanitario aún presenta déficits en la detección y tratamiento ulterior.

Y gracias a la presencia de la figura del trabajador social en el ámbito sanitario, encontramos entre sus funciones la de atención a las mujeres víctimas de maltrato. Una vez que se ha detectado el problema, se interviene desde una vertiente psicosocial, desde un vínculo profesional que posibilita su recuperación paulatina, su empoderamiento, se activarán mecanismos de la propia paciente, y se les hará simultáneamente partícipes de su propio cambio, como agentes activos. Modificando así, la relación médico-paciente existente en nuestros días como relación asimétrica donde las decisiones se toman unilateralmente y sin indagar de forma profunda en las causas o sin realizar la conexión sociosanitaria precisa.

En la actualidad, este abordaje está comenzando por los distintos profesionales sanitarios, la derivación hacia los trabajadores sociales cada vez es mayor, la formación permanente en este asunto es creciente, la publicación de obras que describen cómo debe ser la detección y el tratamiento desde la consulta médica son muy clarificadoras, y se han diseñado protocolos de actuación.

En este abordaje de la violencia de género se reflejan atisbos esperanzadores de que esta medicalización se vaya diluyendo para dar paso a lo relacional, al abordaje sistémico, a contextualizar los síntomas más allá de lo puramente médico, a entablar con el paciente relaciones bidireccionales desde la simetría y desde la confianza con los usuarios para superar entre todos esta lacra social.

Entendemos la violencia como un producto de la estructura patriarcal que históricamente ha imperado en todas las sociedades y la asignación de roles en función del género. La conclusión fundamental es que el médico que no investiga específicamente la causa de las dolencias que sufrimos las mujeres, medicará los síntomas. Esta medicación, si bien puede ser necesaria, no es suficiente, y para la mujer significa que la situación de vulneración de sus derechos finalice en intentos de autoeliminación (la cuarta parte de las víctimas de violencia de pareja suele referir intentos autolíticos) o suicidios consumados, es muy latente y constante.

Consideramos que el médico que no realiza ni analiza esta investigación, no solo contribuye pasivamente a la perpetuación de la violencia hacia la mujer, sino a la invisibilización del fenómeno y a la imposibilidad de intervenir de forma integral desde el ámbito sanitario y de los demás sectores (judicial, servicios sociales, educativo y policial). Si bien creemos que es muy difícil abordar de forma integral, coordinada y con calidad asistencial la situación de violencia si el médico es obligado desde la institución médica a atender a sus pacientes en escasos minutos.

Esta situación descrita se encuentra en contrapunto con la visibilización de la violencia de género en el espacio macrosocial, que se da tanto en los medios de comunicación, como en la esfera política, como en el tercer sector así como en la sociedad en general. No obstante, se ven atisbos esperanzadores de un cambio en la atención de esta problemática.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Andrés, P. (2004). Violencia contra las mujeres, violencia de género. En: La violencia contra las mujeres: prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. (págs. 17-38) Madrid: Díaz de Santos.
- Blanco (Coord.). *La violencia contra las mujeres. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas y gozosas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Foucault, M. (1980). *¿Crisis de un modelo en la medicina? Medicina tradicional*, vol. III, num. 9, (Págs. 5-18).
- Instituto de la Mujer. (2001a). *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Natalia Rodríguez

- Instituto de la Mujer. (2001b). *Los grupos de mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer. (2011). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Khisore J. (2002). *A dictionary of Public Health*. New Delhi: Century Publications.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Crítica. Ares y mares.
- OMS (2002). Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington: D.C.
- Romero, I. (2004). *Desvelar la violencia una intervención para la prevención y el cambio*. Mayo, n.º 88. Recuperado el 30 de septiembre de 2013 de <http://papelesdelpsicologo.es>.

APROXIMACIÓN AL MODELO NÓRDICO DE ESTADO DE BIENESTAR: LA EXPERIENCIA DE UNA TRABAJADORA SOCIAL ESPAÑOLA EN FINLANDIA

TAKING A LOOK AT THE NORDIC MODEL OF THE WELFARE STATE: A SPANISH SOCIAL WORKER'S EXPERIENCE IN FINLAND

Patricia Fernández Montaño
Universidad de Castilla-La Mancha

Resumen: El pasado mes de abril de 2013 participé en el Programa Internacional de Intercambio Profesional y Cultural en Finlandia, a través de la organización internacional CIF (*Council of International Fellowship*), y concretamente de su sede finlandesa, CIF Finland. Gracias a la participación en este programa, pude acercarme en primera persona al funcionamiento de los Servicios Sociales en Finlandia, así como a su sistema cultural a través de la convivencia con familias nativas. Ha sido amplio el nivel de conocimiento y experiencias adquiridas, que resulta indispensable la difusión de este tipo de programas para animar a los/as compañeros/as trabajadores/as sociales a participar en los mismos como medio para el enriquecimiento personal y profesional.

Palabras clave: Trabajo Social, Finlandia, Intercambio profesional, Servicios Sociales, Estado de Bienestar.

Abstract: In April of 2013 I participated in a professional and cultural exchange programme in Finland, through the Council of International Fellowship (CIF), more specifically through this international organisation's Finnish office. Participating in this programme gave me the opportunity to learn about how the social services in Finland work, and also to learn about their cultural system, by living with Finnish families. The experiences I had and the knowledge I acquired through this programme are extremely valuable. I believe this type of programme is very worthwhile and that my colleagues in the social work profession should be encouraged to participate in such programmes, as a means of both professional and personal enrichment.

Palabras clave: Trabajo Social, Finlandia, Intercambio Profesional, Servicios Sociales, Estado de Bienestar.

Key Words: Social Work, Finland, Professional Exchange, Social Services, Welfare State.

| Recibido: 02/09/2013 | Revisado: 20/11/2013 | Aceptado: 23/12/2013 | Publicado: 31/01/2014 |

Correspondencia: Patricia Fernández Montaño. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Castilla-La Mancha. Avda. Fábrica de Sedas s/n. 45 600. Talavera de la Reina. Email: patricia.fmontano@uclm.es. Página web: www.uclm.es.

Referencia normalizada: Fernández, P. (2014). Aproximación al Modelo Nórdico de Estado de Bienestar: La experiencia de una trabajadora social española en Finlandia. *Trabajo Social Hoy*, 71, 87-96. doi:10.12960/TSH.2014.0005.

1. INTRODUCCIÓN

CIF¹ (*Council of International Fellowship*) es una organización internacional sin ánimo de lucro fundada en 1960. Su objetivo fundamental es la promoción del intercambio de profesionales del ámbito de los Servicios Sociales, en especial del Trabajo Social. Cuenta con numerosas *National Branches* distribuidas por todos los continentes, que se encargan de promover los principios de esta entidad a nivel mundial. En el caso de Finlandia, no se exige el pago de ninguna tasa para la participación en este programa anual, y como requisitos se establecen tener un nivel fluido de inglés, encontrarse laboralmente en activo y tener más de tres años de experiencia en el ámbito de los Servicios Sociales. En el programa 2013 participamos cinco trabajadoras sociales y un psicólogo de diversa procedencia geográfica (España, Estonia, India, Francia y Grecia), algo que otorga a la experiencia una motivación extra de cara al intercambio de conocimientos, métodos y vivencias. Finlandia y CIF me ofrecieron la oportunidad de vivir esta maravillosa experiencia y de conocer de primera mano un modelo de Estado de Bienestar que siempre ha sido planteado como *cuasi* idílico.

Y sí, parece que después de un mes descubriendo cómo funciona el Sistema de Protección finlandés, se asemeja bastante a lo que siempre había entendido como Estado de Bienestar “puro”, en el que la tasa de desempleo no supera el 8 %, en el que la población inmigrante cuenta con un programa de integración de dos años en el que se le financia la formación lingüística y la manutención mientras consigue un empleo, en el que la mayor parte de los/as niños/as cuentan con un servicio de *Day Care* en el que poder pasar el día mientras sus padres trabajan o en el que la clase política siempre rema en la misma dirección cuando del Estado de Bienestar se trata. Al convivir con su población es fácil entender por qué funcionan bien tantas cosas en Finlandia: valores como la solidaridad, el respeto a las personas y al medio ambiente, la hospitalidad o la universalidad, empapan una sociedad que, no exenta de defectos y carencias, se sitúa a la cabeza en muchos ámbitos a nivel mundial. Costumbres como la extrema puntualidad, la sauna con la familia después de la cena, pasar los fines de semana en *Summer Cottages by the lake* o descalzarse para entrar en casa o en la escuela, están incorporadas en las familias finlandesas desde hace décadas, llamando la atención del resto de europeos.

Este artículo pretende acercar a los lectores a un país ejemplar en muchas cosas y a una experiencia muy enriquecedora, cargada de momentos irrepetibles. La convivencia con compañeros de otros países, con los miembros del CIF, con los profesionales de las entidades sociales receptoras o con las familias acogedoras, que procuran tu bienestar durante todo el tiempo que permaneces en el país, es sin duda inolvidable.

1 Puede ampliarse información sobre la entidad en su página web: <http://www.cifinternational.com>

A continuación trataré de explicar cómo funcionan a grandes rasgos algunos aspectos del Estado de Bienestar finlandés, no sin antes hacer varios apuntes sobre su sistema cultural, describiendo posteriormente los servicios y prestaciones que este sistema ofrece a su ciudadanía y centrándome por último en el ámbito del Trabajo Social.

2. MADE IN FINLAND

Una de las primeras experiencias que tuve en Lahti, una de las localidades en las que me alojé durante mi estancia en Finlandia, fue comprobar en primera persona como los/as niños/as de no más de nueve años utilizaban de manera independiente el transporte público para ir al colegio, teléfono móvil para confirmar a sus padres que han llegado al mismo y un juego de llaves para volver de manera autónoma a sus hogares una vez terminadas las clases, a esperar a que sus padres regresen del trabajo. El nivel de independencia que se otorga a los menores en Finlandia es sorprendente. Rutinas que serían inconcebibles en nuestro país, en Finlandia están naturalizadas de tal manera, que la ciudadanía no se inmuta ante hechos que a mi me dejaron impactada. Por no hablar de los carritos de bebés, con bebé incluido, aparcados en la puerta de un establecimiento sin supervisión alguna, mientras los padres se encuentran en una reunión de amigos en el interior. Nadie se sorprende, solo personas extranjeras como yo, acostumbradas a salvaguardar todas nuestras pertenencias con recelo, especialmente si se encuentran en la calle (y más aún si hablamos de nuestros hijos). Dar las gracias al conductor cuando te bajas del autobús, acudir en bicicleta al trabajo, reciclar sí o sí, respetar al prójimo como valor supremo y sentir lo colectivo como algo propio, son detalles de la sociedad finlandesa dignos de admiración. Con ello no quiero decir que nos hallemos ante una sociedad perfecta, ajena a las contrariedades, ni por supuesto que todos los finlandeses tienen los mismos hábitos y valores. Válganos como ejemplo de este último apunte que todas las asociaciones sin ánimo de lucro de Finlandia, que atienden a numerosos colectivos en riesgo de exclusión social, se financian íntegramente con el dinero obtenido de las *Slot Machines*, ubicadas en lugares poco comunes para nosotros como paradas de metro o supermercados. Por otro lado, Finlandia ha contado con una marcada “fama” vinculada a la alta tasa de suicidios y de consumo de alcohol. Durante la explicación que nos ofreció Mikaela Lindeman, investigadora del *National Institute for Health and Welfare*² (THL) en abril de 2013 en Helsinki, se hizo referencia a que este país ocupaba el número uno en el año 1991 en el *ranking* mundial de tasa de suicidio. Actualmente ocupa el número 13, por detrás de países como Rusia, Bélgica o Eslovenia, como consecuencia directa de las políticas preventivas que vino desarrollando el gobierno en las últimas décadas para paliar esta problemática. En cuanto al consumo de alcohol, el podio europeo de mayor índice de consumo por habitante lo ocupan, por este orden, Estonia, Francia y España. En cuarto lugar se si-

2 Puede ampliarse información sobre la institución en su página web: http://www.thl.fi/en_US/web/en

túa Finlandia. Bien es cierto que el tipo de consumo en este último país se caracteriza por ser más habitual durante los fines de semana, ingiriéndose cantidades elevadas de alcohol en cortos períodos de tiempo (Karlsson 2009: 15-16). Este fenómeno provocó 2584 muertes en el año 2011 en Finlandia, siendo una de las causas más comunes en el fallecimiento de mujeres y hombres de entre 15 y 64 años. Hay que destacar que el consumo por habitante en este país se sitúa en la misma línea que en el resto de Europa, aunque con una imperante política restrictiva, caracterizada por el monopolio en ventas, los altos impuestos y la restricción horaria para la adquisición.

3. EL MODELO NÓRDICO DE ESTADO DE BIENESTAR: EL CASO DE FINLANDIA

Los países nórdicos (Finlandia, Noruega, Suecia y Dinamarca) son los representantes del denominado modelo nórdico de Estado de Bienestar. Una de las características más representativas de este modelo es el compromiso gubernamental con la cobertura universal de las necesidades sociales de la ciudadanía. De hecho, se han de considerar estos países como “estados de Servicios Sociales” en lugar de estados de prestaciones sociales, lo que significa que los Servicios Sociales de carácter público están proporcionados en su mayoría por autoridades locales, desempeñando estas un papel fundamental en el desarrollo del Estado de Bienestar (Anttonen y Sipilä, 1996: 87-100).

Según palabras de Gøsta Esping-Andersen (1990: 28), los Estados nórdicos están comprometidos con “una pesada carga de Servicios Sociales”, que se sustenta en los altos impuestos que paga la ciudadanía. Al hablar de Finlandia, nos referimos a un país que ha sabido combinar la sociedad de la información con el Estado de Bienestar (Castells y Himanen, 2002: 12), con población homogénea en términos étnicos y religiosos, en la que el principio de Universalidad es el que debe guiar la política de su Estado de Bienestar: *Todos se benefician, todos apoyan*. El Estado se entiende como un “nosotros” y es el garante de justicia, equidad e imparcialidad, con una cultura política que abarca compromisos y coaliciones. Además, existe una alta participación y organización en un mercado laboral orientado al pleno empleo, en el que jóvenes y mujeres también tienen cabida. En el caso de las mujeres, el nivel de integración laboral queda reflejado en un alto porcentaje de actividad. El Estado finlandés cuenta con un fuerte compromiso con la igualdad de oportunidades, algo que se ha visto traducido en servicios y medidas de apoyo a la familia en general y a la mujer en particular, “desfamiliarizando” así las responsabilidades (Esping-Andersen, 2003: 35) y generando una mayor independencia individual. La disponibilidad de servicios de atención pública a familias ha mejorado las opciones vitales de las mujeres, favoreciendo su desarrollo a nivel profesional y familiar.

A continuación, vamos a ver algunas pinceladas sobre dos de los pilares más representativos del Estado de Bienestar finlandés: La Educación y los Servicios Sociales.

4. EDUCACIÓN EN FINLANDIA

Finlandia continúa estando a la cabeza en los resultados del informe PISA³ del año 2012, lo cual ha suscitado la admiración de muchos países a nivel mundial. Las claves del éxito de su sistema educativo, según establece el *Finnish National Board of Education*, están relacionadas con la alta cualificación y motivación de su profesorado, la atención individualizada al alumnado, la continuidad en los programas políticos en materia de educación, así como el apoyo gubernamental a alumnos/as y profesores/as. Aproximadamente el 6 % del presupuesto finlandés se destina a Educación, siendo esta gratuita en todos sus niveles, incluyendo material escolar, servicios de comedor y transporte e incluso alojamiento para cursar estudios universitarios. Resulta relevante que la tasa de abandono escolar en educación básica es del 0,3 % y el porcentaje de alumnado que repite curso es del 2 %. Los/as niños/as finlandeses/as tienen 190 días de clase al año y su carga lectiva diaria oscila entre 4 y 7 horas, siempre con descansos de 10 minutos cada 40. Así mismo, no existen apenas tareas escolares para realizar en el domicilio (los “deberes”) con el objetivo de reforzar la participación en actividades extraescolares al aire libre. Las clases suelen ser reducidas, para fomentar la atención individualizada del alumnado, con un mínimo de dos profesores/as por aula para no más de 15-18 alumnos/as. En las escuelas se aprenden idiomas como el finlandés, el sueco (también lengua oficial) o el inglés como obligatorias, no existiendo apenas obras traducidas y sí subtituladas para promover el aprendizaje de idiomas del alumnado. El fomento de la lectura y de valores como el esfuerzo, la responsabilidad, la igualdad de oportunidades, la creatividad y la autoexigencia, son otras características que intenta fomentar este sistema educativo.

Además, cabe destacar la importancia del papel de la familia en este ámbito, siendo los padres quienes se encargan de completar la labor del sistema en el domicilio. En cuanto a la profesión de maestro, hay que mencionar que el reconocimiento social es muy elevado, siendo un 10 % de cada 5000 aspirantes los que consiguen acceder a los estudios universitarios requeridos para el ejercicio de la profesión (*Master's Degree* de 5 años).

5. TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES EN FINLANDIA

Si algo llamó mi atención en Finlandia con respecto a nuestra profesión, fue el estatus social con el que cuentan los/as trabajadores/as sociales. Son vistos como profesionales de prestigio y cuentan con un amplio poder decisorio en su ámbito profesional. En cuanto a la formación universitaria para el Trabajo Social, podemos señalar la existencia de varias

3 Término utilizado para denominar al Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes (por sus siglas en inglés, *Program for International Student Assessment*), Información extraída de Informe PISA (2012). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Patricia Fernández

modalidades. Por ejemplo, si una persona quiere conseguir el título de Trabajo Social, debe cursar el *Master of Social Sciences* en la Universidad durante 5 años. Sin embargo, existen dos niveles de cualificación inferior, uno es el *Social Instructor*, que requiere estudios universitarios durante 3 años (*Bachelor of Social Services*) y otro es el *Practical Nurse*, que requiere cursar 2-3 años en formación similar a un ciclo formativo de grado medio en España. Se imparten estudios universitarios en Trabajo Social en seis universidades finlandesas, y al contar nuestra profesión con un reconocido prestigio en este país, el acceso a los mismos tiene un nivel de exigencia superior al español.

En Finlandia el 51 % de los/as trabajadores/as sociales trabajan en Servicios Sociales municipales, el 19 % en Salud, el 7 % en escuelas y el resto en diferentes ONG y otras instituciones. Los Servicios Sociales generales en Finlandia llegan a la población a través de las *Municipalities*, que reciben la subvención gubernamental para su desarrollo en base al ratio de población a atender. Hasta aquí no parece ser muy diferente a España, pero si indagamos de manera más profunda en su funcionamiento encontraremos diferencias palpables. Se tomará como referencia el Departamento de Servicios Sociales y Salud de la ciudad de Helsinki para explicar de manera general cómo se distribuye el trabajo en las *Municipalities*. Al igual que en España, en Finlandia procuran promover la coordinación socio-sanitaria, y es por ello por lo que sus instituciones ya cuentan con la doble terminología. Aunque ya se encuentran en un nivel más avanzado que nuestro país en este sentido, aún les queda un largo camino por recorrer. El Departamento de Servicios Sociales y Salud se subdivide en tres subdepartamentos: Familia y Servicios Sociales, Salud y Abuso de sustancias y Servicios Sanitarios. En todos ellos existen trabajadores/as sociales, pero si nos centramos concretamente en el primero de ellos, describiremos lo que en España conocemos como Servicios Sociales de Atención Primaria. Esta sección cuenta a su vez con varios departamentos: Bienestar y Salud para Familias (maternidad, escuelas...), Protección de Menores, Trabajo Social para Adultos (inmigrantes, desempleados, mayores, ayudas económicas...) y Servicios para Discapacidad (centros, salud mental...). Los/as trabajadores/as sociales suelen contar con una especialización y se dedican exclusivamente a un sector poblacional. Por ejemplo en Helsinki las personas con discapacidad pueden dirigirse a una de los/as trabajadores/as sociales expertos/as en recursos para este colectivo en su zona. Y si es una familia con menores, los/as ciudadanos/as acuden directamente a uno/a de los/as trabajadores/as sociales expertos/as en familia de su zona. Y si necesita ambos, se establece un único profesional de referencia y se les atiende procurando un protocolo de coordinación. En Finlandia no existe la figura del Educador Social como tal, sino que sus competencias las llevan a cabo los trabajadores sociales que cuentan con *Bachelor's Degree* (3 años) o *Practical Nurse* (2-3 años).

En cuanto a las prestaciones y servicios que ofrece el Sistema Público de Protección Social en Finlandia, sería imposible poder nombrar todos y cada uno de ellos, por lo que me centraré en aquellos que he visitado o que me han suscitado especial interés por su inexistencia o diferencias con respecto a nuestro país.

Es destacable la amplia cobertura de servicios para menores, familia y discapacidad, muchos de ellos prestados a través de la institución KELA⁴. Algunos ejemplos de recursos facilitados por esta entidad podrían ser: prestación por maternidad de 37 meses más posibilidad de excedencia voluntaria remunerada simbólicamente, ayudas por cada nacimiento de hijo o prestaciones económicas para discapacidad en función del grado de severidad que conlleve (por ejemplo, para el pago de taxis adaptados).

También cabría destacar uno de los centros públicos para tratamiento de niños/as con autismo, que dispone de sauna y salas de relajación, y además de una sección de viviendas tuteladas de manera individual por profesionales expertos para el entrenamiento en habilidades de jóvenes que tengan esta patología y en los que sea factible el paso a la vida independiente. Admirable el trabajo que realiza la comunidad de *Sylvia-Koti*⁵, un complejo de gestión privada, educativo y residencial para menores y jóvenes con discapacidad, generalmente intelectual, en el que se promueve la convivencia con los educadores y el aprendizaje a través de métodos didácticos relacionados con el arte y la creatividad. Otros ejemplos más a añadir en la lista de servicios es la existencia de centros públicos para personas con discapacidad psíquica en los que no hay más de 20 plazas, huyendo así de grandes centros residenciales que muchas veces despersonalizan a los usuarios, o dos centros que atienden urgencias sociales en Helsinki y Espoo las 24 horas, los 365 días y que cuentan con una amplia plantilla de trabajadores/as sociales. También visité una particular Asociación para Hombres, *Vieraasta Veljeksi*⁶, en la que solo trabajan hombres, que procura promover la cobertura de sus derechos como padres solteros, inmigrantes o jóvenes sin trabajo. Además, hay que mencionar que la red pública de recursos para la prevención y tratamiento de la adicción de alcohol es bastante amplia, así como los servicios de promoción de la inserción laboral de las personas con discapacidad. Sin duda alguna, una de las visitas más impactantes que realicé fue a la asociación *Kynnys*⁷ gestionada íntegramente por personas con discapacidad física, en la que el 100 % de sus trabajadores, incluido el director, cuenta con limitaciones en la actividad o restricciones en la participación⁸. La Trabajadora Social que me recibió, afectada con una parálisis física que le hacía requerir silla de ruedas automática, era beneficiaria de un servicio de asistencia personal que le apoyaba tanto en su trabajo como en casa. El servicio de asistencia personal está muy extendido en Finlandia. Bien es cierto que en España tenemos los primeros

4 Institución análoga a la Seguridad Social en Finlandia. Puede ampliarse información en su página web: <http://www.kela.fi>

5 Puede ampliarse información sobre esta organización en su página web: <http://www.sylvia-koti.fi>

6 Para ampliar información sobre esta entidad, puede consultarse su página web: http://www.miessakit.fi/toimintamuodot/vieraasta_veljeksi

7 Para ampliar información sobre esta entidad, puede consultarse su página web: <http://www.kynnys.fi/kynnys/kulttuuri/helsinki>

8 Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. IMSEERSO. Madrid, 2001.

Patricia Fernández

esbozos de este servicio, desarrollado en parte a través de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a personas en situación de dependencia, pero las consecuencias de la crisis económica imperante no ha permitido el avance íntegro de la misma. Por último, cabe mencionar a *Talentia*⁹, cuya cuota de colegiado/a asciende a 42 euros mensuales y entre cuyos servicios, además de los habituales, se encuentran las ayudas económicas por desempleo, carnet de socio/a para descuentos en gimnasios, cines, piscinas, etc., o ayudas para formación.

6. CONCLUSIÓN: ¿ES TODO TAN IDÍLICO EN FINLANDIA?

No, no lo es. Aunque bien es cierto que este artículo está basado en la opinión personal que he conformado sobre el sistema de protección de este país y que esta cuenta con un marcado carácter positivo, he de decir que resulta complicado poder ofrecer una visión pormenorizada sobre el mismo con tan solo un mes de inmersión. Por tanto, seguramente, he dejado muchas cosas fuera de este artículo, tanto buenas como mejorables. No obstante, a lo largo de las visitas institucionales que realicé se pudieron detectar problemáticas y demandas por parte de los trabajadores y usuarios de dichos servicios que ponían en tela de juicio el cumplimiento del principio de universalidad que sustenta el modelo nórdico de Estado de Bienestar. Por ejemplo, algunas de las familias con las que conviví hacían referencia a la existencia de listas de espera de dos o más meses para poder acudir a la consulta de un médico especialista del sistema público, a la lista de espera para ingreso en centros residenciales de mayores o a la baja cuantía que percibían mensualmente del gobierno las “madres en situación de excedencia voluntaria” para cuidado de sus hijos, que finalmente tenían que incorporarse a su trabajo habitual antes del fin del período de excedencia para poder sustentar a su familia. Otro ejemplo de ello sería la visita a una entidad sin ánimo de lucro para población extranjera, especialmente procedente de países del este y de etnia gitana, cuya situación de necesidad les lleva a pernoctar en las calles de Helsinki. No hay que olvidar que los derechos de ciudadanía giran en torno a los derechos del trabajo, los económicos, los de la salud, protección, educación y derechos culturales (Díaz y Salvador, 1999: 53) y que este sector de población al que se atiende, según referencia del trabajador social de la entidad, no dispone de la mayor parte de ellos. Además, y como agravante de la situación del colectivo, se añade el rechazo que muestra parte de la población hacia este nuevo perfil de personas transeúntes/sin techo y al único recurso de atención básica que se les ofrece. La tasa de inmigración en Finlandia apenas roza el 4 %, a pesar de las facilidades que el gobierno otorga a aquellos extranjeros que desean trabajar en Finlandia. Es posible que las condiciones climáticas, sumadas a la dificultad para aprender el idioma, hagan poco apetecible la idea de trasladarse

9 *Talentia* es el nombre con el que se conoce al Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Finlandia. Puede ampliarse información sobre el mismo en su página web: <http://www.talentia.fi>

a Finlandia. De hecho, si un/a trabajador/a social español/a quisiera trabajar en este país en atención primaria municipal, debería aprender finlandés y sueco de manera inexcusable. La mayor parte de los profesionales del Trabajo Social con los que traté eran políglotas, muchos de ellos portadores de una acreditación visible en la que se especificaban sus datos básicos, así como los idiomas que dominaban. No obstante, hay que tener en cuenta que lo verdaderamente importante es que detrás de cada placa identificativa haya profesionales cualificados que respeten los principios y valores de nuestra profesión, que actúen conforme a una metodología ejemplar y colaboren con su desempeño en el desarrollo del prestigio y del buen hacer de nuestra profesión: el Trabajo Social.

En definitiva, y para concluir con esta particular visión de mi experiencia en Finlandia, solo deseo haber conseguido despertar la curiosidad y el interés de mis compañeros/as trabajadores/as sociales en este tipo de experiencias, que logra de manera inevitable el crecimiento de nuestra profesión, el reconocimiento de su prestigio y el enriquecimiento personal hasta límites insospechados.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Anttonen, A., y Sipilä, J. (1996). Servicios europeos de atención social: Is it possible to Identify Models? *Journal of European Social Policy*, 6 (2), 87-100.
- Castells, M., y Himanen, P. (2002). *The information Society and the Welfare State. The Finnish Model*. New York: Oxford University Press.
- Díaz, J. A., y Salvador Pedraza, M. J. (1999). Las variables socioculturales de la exclusión social, en J. F. Tezanos (Coord.), *Tendencias de desigualdad y exclusión social*. Madrid: Sistema.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. (2002). *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- IMSERSO (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO.
- Informe PISA (2012). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Karlsson, T. (2009). Alcohol in Finland in the early 2000s: consumption, harm and policy. *Report/National Institute for Health and Welfare (THL) = Raportti/Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen: 47/2009*.

TRABAJO SOCIAL EN LOS JUZGADOS DE FAMILIA

SOCIAL WORK IN THE FAMILY COURTS

Yolanda Antón Gallego

Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. Col. nº 6247

Resumen: Este artículo es la experiencia de un año y medio de trabajo en los Juzgados de Familia de la Comunidad de Madrid. La elección del tema tiene que ver con la importancia que las disoluciones familiares están adquiriendo desde la promulgación de la Ley 15/2005, de 8 de julio, y el cambio de valores, que hacen que la familia española de este principio del siglo XXI sea una familia con más libertad en su interior, más tolerante y con una mayor democracia e igualdad entre sus miembros. A su vez trata sobre la aportación del Trabajo Social en los Juzgados de Familia y el papel de los y las profesionales del Trabajo Social como peritos en dichos juzgados. Se compone de dos partes: el marco teórico de referencia del Trabajador Social y la investigación realizada, consistente en entrevistas cerradas a Jueces en activo, Trabajadores Sociales y alumnos en prácticas de Trabajo Social.

Palabras Clave: Familia, Ruptura Familiar, Peritaje Social, Papel del Trabajador Social en los Juzgados de Familia.

Abstract: This paper is based on a one and a half year study in the family courts of Madrid. The topic chosen is related to the growing significance of family break-ups since the enactment of Spanish Law 15/2005, of 8 July [on divorce and separation] and the change in social values that has led to the Spanish family of today –the beginning of the 21st century– being a family with more freedom in it, with more tolerance and with greater democracy and equality among its members. It is also about the contribution of social work to the Family Courts and the role of social workers as experts called upon to testify in these courts. The paper has two parts: first it discusses the theoretical framework of the social worker and then it describes the research performed, which consisted of closed question interviews with active judges, social workers and social work students doing practicum.

Key Words: Family, Family break-ups, Social Workers providing expert testimony, Role of the Social Worker in the Family Courts.

| Recibido: 7/10/2013 | Revisado: 20/11/2013 | Aceptado: 03/12/2013 | Publicado: 31/01/2014 |

Correspondencia: Yolanda Antón Gallego. Trabajadora Social. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. Col. nº 6247. Email: myagcd@terra.com.

Referencia normalizada: Antón, Y. (2014). Trabajo Social en los Juzgados de Familia. *Trabajo Social Hoy* 71, 97-114. doi: 10.12960/TSH.2014.0006.

1. INTRODUCCIÓN

Hablar de la familia y de los conflictos familiares es algo difícil porque todo el mundo compara la familia o familias que ha formado con lo que escucha, y se siente identificado o juzgado con lo que se dice, o porque se evocan recuerdos de la familia de origen, siendo muy fácil culpabilizar a los padres de los fallos propios, del mal funcionamiento de las instituciones sociales a las crisis económicas o a todo lo que de desagradable nos acontezca en la vida.

Cuando sucede una crisis familiar, enfermedad, divorcio, fallecimiento, problemas relacionales, etc., se puede actuar de dos maneras: pidiendo ayuda externa cualificada o poniendo el problema en conocimiento de personas no preparadas. Esto a su vez puede desencadenar dos tipos de situaciones: el problema es asumido por todos los miembros de la familia y se ponen en funcionamiento los mecanismos internos de apoyo y protección para superarlo o bien se aíslan los miembros entre sí echando la culpa de lo sucedido a los demás o a una persona en concreto (familias patológicas).

Los miembros de una familia tienen su propia identidad personal y la familia tiene sus propias reglas, valores y mitos. Los miembros de los distintos subsistemas se comunican entre ellos lo que está permitido y lo que no. Los distintos subsistemas tienen ciertas reglas y límites más o menos flexibles que pueden favorecer o dificultar los cambios.

La separación matrimonial es uno de los factores estresantes más intensos en la dinámica interna de una familia. Se desencadena por una crisis en el subsistema parental o conyugal que no se puede resolver sin que la identidad personal salga reforzada, es mejor romper que seguir viviendo un estado de conflicto permanente o de insatisfacción, en el mejor de los casos, cuando no de violencia o de poder absoluto de uno sobre otro.

En esta dinámica no están al margen los hijos. Ellos no han desencadenado la crisis, pero se ven afectados por unas relaciones disfuncionales en el subsistema parental que no les permiten mantener la estabilidad emocional de la que venían disfrutando. Pueden mantenerse al margen del conflicto o ponerse a favor de uno de los progenitores para recobrar la homeostasis de la familia. Esta segunda opción es más disfuncional que el conflicto en sí, bien porque añaden más poder a uno de los progenitores en detrimento del otro o porque si el posicionamiento filial está dividido el conflicto se incrementa.

Cuando se llega a esta situación, ninguno de los cónyuges está dispuesto a ceder y la comunicación parental se bloquea, se produce la separación. Ambos progenitores, de mutuo acuerdo o de forma unilateral, plantean una demanda de divorcio o separación

asumiendo cada uno su parte de culpa o culpabilizando de la situación totalmente al otro. Aquí es cuando interviene el Juez de Familia que ha de restablecer las normas mínimas de organización de la familia separada.

Los Jueces de Familia son expertos en leyes, no en conflictos familiares, por lo que intentan ayudarse de personas expertas que les asesoren sobre las causas y consecuencias del conflicto y cómo afecta este a los distintos miembros del sistema familiar. No se trata de establecer un pronóstico ya que nadie sabe cómo va a evolucionar la situación de mantenerse el conflicto. Puede acabar porque uno de los cónyuges ceda, pueden acabar sin hablarse, en el mejor de los casos, incluso darse situaciones de violencia.

Los trabajadores sociales intervenimos en esta fase de enfrentamiento tratando de ver cuál es la verdadera motivación que presenta cada uno de los cónyuges para desear la separación, cuáles son las necesidades de cada uno de los miembros de la familia y cómo sería la organización familiar futura más viable para todos.

¿Qué podemos aportar los trabajadores sociales a la Justicia? El estudio y descripción de los factores sociales que rodean a las personas implicadas en un conflicto. Su situación económica, laboral y de vivienda, su red social y apoyos familiares, la descripción de su estado de salud, su nivel formativo y grado de comprensión del problema, la/s solución/es que aporta, cómo afecta el conflicto a otras personas implicadas, qué soluciones se han implementado y el resultado de las mismas, el conocimiento de la Red de Servicios Sociales, la intervención de otros profesionales que tengan conocimiento sobre el problema. En definitiva, el estudio de datos que relacionados permiten llegar a una síntesis del problema y cómo afectan estos a las personas implicadas, el diagnóstico social.

¿Cuál es el papel del trabajador social en los Juzgados de Familia? Asesorar a la Justicia sobre la importancia de los factores sociales en el desarrollo del bienestar social de las personas. Cuando una persona acude al Juzgado de Familia para resolver un conflicto es porque considera que en otras instancias no han podido ayudarle y necesita que el juez ponga límites al mismo.

Los conflictos no resueltos dañan el bienestar de las personas, menoscaban su autoestima y salud, generan tensión en su entorno y afectan a otras áreas de la vida y personas que se ven implicadas por el mismo. Se produce una escalada del conflicto en la que la tensión acumulada por las partes es dirigida y proyectada sobre su entorno.

¿Qué es más importante asesorar al Juez o ayudar a los padres? La definición del Trabajo Social en el Código de Ética del Trabajo Social aprobado en la Asamblea General del Consejo General del Trabajo Social del pasado 9 de junio del 2012, en su Art. 5 dice:

Yolanda Antón

“El Trabajo Social es la disciplina científico-profesional que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno¹”.

Una de las instituciones con las que interactúa el individuo es el Sistema Judicial, viéndose inmerso en procesos civiles en los que el conocimiento del contexto, circunstancias y sistema de relaciones en el que se ve envuelto, pueden ser importantes a la hora de valorar las medidas a adoptar en un procedimiento judicial.

¿Qué es ser perito? El perito es la persona que, sin ser parte, emite un informe con la finalidad de provocar la convicción judicial, en un determinado sentido. La Real Academia Española lo define como “persona que, poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos, informa, bajo juramento, al juzgador sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia”. Los informes periciales no son vinculantes, el Juez los valora conforme a las reglas de la sana crítica (Art. 349 Ley de Enjuiciamiento Civil), no valen las opiniones ni las interpretaciones y no se puede hacer intervención directa. La familia debe ser considerada como un todo funcional que se transforma en el tiempo: pareja, hijos, ruptura, organización después de la ruptura y nuevas familias.

Las técnicas más empleadas para el conocimiento de la organización y dinámica familiar, en el caso de los trabajadores sociales, son: estudio documental, entrevistas con los miembros de la familia y con otros profesionales que hayan intervenido con la familia, observación participante y visitas domiciliarias. El Código de Ética del Trabajo Social hace referencia al perito trabajador social en su Art. 32:

En las peritaciones el/la profesional del Trabajo Social [...] ciñéndose a los aspectos técnicos de la cuestión controvertida. Deberá limitarse a emitir contenidos de estricta índole técnica-profesional.

¿Cuál es el método utilizado por el trabajador social en los Juzgados de Familia? El método científico y el razonamiento lógico. A mayor cantidad de datos mayor probabilidad de validar o refutar las hipótesis de partida. Claude Bernard (citado en Du Ranquet, 1996) define las tres etapas de este razonamiento:

¹ Definición de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, FITS en Asamblea de Montreal de julio de 2001.

1. La investigación y observación de los hechos debe esforzarse por ser exacta, completa e imparcial. En Trabajo Social se reúnen los hechos significativos y se trata de determinar esta significación: el sentido de este hecho, con sus “porqués” y sus “cómos”, de manera que se obtenga una idea lo más objetiva de la realidad y de su significación subjetiva.
2. La hipótesis (o “idea”), establece una relación entre los hechos; imagina la existencia de una conexión hasta entonces desapercibida; persiste en que las cosas deben ocurrir de una cierta manera. En Trabajo Social esta fase puede revestir diferentes nombres: balance psicosocial, diagnóstico-evaluación, juicio profesional, hipótesis de trabajo, etc. Cada uno de estos términos pone el acento sobre uno de los aspectos de la “idea”, son más complementarios que opuestos.
3. La validación consiste en someter la hipótesis a una verificación. Un hecho no tiene sentido sino por una idea, pero una idea no tiene valor sin la verificación. Los conocimientos teóricos que posee el trabajador social le servirán para establecer “esta relación nueva e inesperada” entre los hechos, que dará nacimiento a toda una serie de hipótesis provisionales formuladas de manera libre y flexible. Las hipótesis tratarán sobre el problema dominante, los roles alterados, sobre las personas interesadas, los recursos disponibles, etc. Estas hipótesis podrán ser mantenidas, modificadas o reemplazadas por otras.

2. JUSTIFICACION DEL OBJETO DE ESTUDIO, RUPTURAS FAMILIARES

A continuación analizaremos el concepto de ruptura familiar.

2.1. CONCEPTO DE RUPTURA FAMILIAR

Ruptura familiar es la situación que se produce cuando la pareja decide romper la convivencia mutua definitivamente. Esto tiene consecuencias en la esfera afectiva, cognitiva, actividades, ocio y tiempo libre, trabajo, economía, relaciones con los hijos y resto de familia, amigos... Los miembros de la pareja por separado tienen necesidad de reorganizar todas estas áreas de su vida depositando sus afectos en otras personas, cambia su visión de las relaciones de pareja, sus amigos comunes han de repartirse o excluirse, tienen que buscar otras actividades o espacios de ocio, cambiar de domicilio, regular las visitas o convivencia con sus hijos, su economía se ve afectada, su trabajo..., en definitiva reorganizar su nuevo modo de vida.

2.2. RUPTURAS FAMILIARES: NULIDADES, SEPARACIONES Y DIVORCIOS

En España se registra una tendencia al aumento de los divorcios. Un total de 168 835 parejas contrajeron matrimonio durante el año 2012 y en este mismo año, 110 764 acabaron en disolución matrimonial.

Yolanda Antón

Tabla 1. Tasa bruta de nupcialidad y rupturas familiares

	2011	2012
Tasa bruta de nupcialidad. Unidades: matrimonios por mil habitantes	3,46	3,56
Nulidades, separaciones y divorcios. Unidades por mil habitantes	2,34	2,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

El aumento de la tasa de separaciones y divorcios debido a la Ley del “divorcio exprés” y el cambio en la concepción de las relaciones familiares más igualitarias y tolerantes, ha hecho de este fenómeno una etapa más del ciclo vital, en la que ya no existe la obligación de vivir juntos si uno de los progenitores no lo desea, una vez transcurridos tres meses desde la celebración del matrimonio (Art. 1.2 de la Ley 15/2005, de 8 de julio).

El número de separaciones, divorcios y nulidades sigue un incremento progresivo, con bajadas en los años 2007, 2008 y 2009 con variación interanual negativa de 6, 14 y 11% respectivamente. Los divorcios representaron el 94,1% del total, las separaciones el 5,8% y las nulidades el 0,1% restante, decayendo las separaciones en favor de los divorcios.

Tabla 2. Valores absolutos de nulidades, separaciones y divorcios

Nulidades, separaciones y divorcios. Unidades: valores absolutos	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	137 044	145 919	137 510	118 939	106 166	110 321	110 651	110 764
NULIDADES	168	174	150	142	127	140	132	133
SEPARACIONES	64 028	18 793	11 583	8 761	7 680	7 248	6 915	6 369
DIVORCIOS	72 848	126 952	125 777	110 036	98 359	102 933	103 604	104 226

Fuente: INE

Según la Nota de Prensa del INE sobre nulidades, separaciones y divorcios en el año 2012:

El 66,2 % de los divorcios y separaciones en el año 2012 fueron de mutuo acuerdo, porcentaje inferior al 67 % registrado el año anterior. Del total de divorcios, el 65,9 % fueron de mutuo acuerdo y el 34,1 % no consensuados. Por su parte, el 72,1 % de las separaciones fueron de mutuo acuerdo y el 27,9 % contenciosas [...].

El mayor número de nulidades, separaciones y divorcios en 2012 tuvo lugar en la franja de edad entre 40 y 49 años, tanto en hombres como en mujeres. La edad media de las mujeres fue de 42,2 años (42 años en los divorcios, 46,8 en las separaciones y 39,6 en las nulidades). En el caso de los hombres, la edad media fue de 44,8 años (44,5 años en los divorcios, 49,1 en las separaciones y 40,2 en las nulidades).

El 84,3 % del total de nulidades, separaciones y divorcios registrados en 2012 tuvo lugar entre cónyuges de nacionalidad española. En el 10 % uno de los cónyuges era extranjero y en el 5,6 % ambos cónyuges eran extranjeros.

La duración media de los matrimonios hasta la fecha de la sentencia fue de 15,5 años (15,7 en 2011).

Los matrimonios disueltos por divorcio tuvieron una duración media de 15,2 años, mientras que la de los matrimonios separados fue de 20,8 años. Por su parte, el tiempo medio transcurrido entre la fecha del matrimonio y la declaración de nulidad fue de 9,3 años.

Tres de cada 10 divorcios se produjeron después de 20 años de matrimonio y dos de cada 10, en uniones que duraron entre 6 y 10 años.

En el caso de las separaciones, el 47,7 % de los matrimonios tuvo una duración superior a 20 años y el 12 % entre 6 y 10 años.

Atendiendo al estado civil de los cónyuges cuando contrajeron el matrimonio, la mayoría eran solteros. En el caso de los varones, el 6,5 % eran divorciados y el 0,6 % viudos. Entre las mujeres, el 5,7 % eran divorciadas y el 0,4 % viudas.

El 42,5 % de los matrimonios correspondientes a las sentencias de nulidad, separación o divorcio en el año 2012 no tenían hijos, porcentaje similar al del año anterior. El 47,9 % tenían solo hijos menores de edad, el 4,3 % solo hijos mayores de edad dependientes económicamente y el 5,2 % hijos menores de edad y mayores dependientes. El 28,2 % tenía un solo hijo.

En el 57,5 % de los casos se asignó una pensión alimenticia, cifra similar a la del año anterior (57,2 %). En el 79,4 % el pago de la pensión alimenticia le correspondió al padre (85,9 % en 2011), en el 9,8 % a la madre (5,1 % en el año anterior) y en el 10,8 % a ambos cónyuges (9,0 % en 2011).

La custodia de los hijos menores fue otorgada a la madre en el 75,1 % de los casos, cifra inferior a la observada en el año anterior (81,7 %). En el 9,7 % de los procesos la custodia la obtuvo el padre (frente al 5,3 % de 2011), en el 14,6 % fue compartida (12,3 % del año anterior) y en el 0,6 % se otorgó a otras instituciones o familiares.

En el 11,4 % de las sentencias se fijó una pensión compensatoria. En nueve de cada 10 casos el pago de la pensión compensatoria fue asignado al esposo.

En lo que concierne a la presentación de la demanda, en el 48 % de los casos fue presentada por ambos cónyuges, en el 29,6 % por la esposa y en el 22,4 % por el esposo. Este orden de prelación se mantuvo tanto en los divorcios, como en las separaciones [...].

La duración media de los procedimientos fue de 5,1 meses (5 meses en 2011). En las separaciones fue algo menor (4,4 meses) que en los divorcios (5,2 meses).

Datos por comunidades autónomas:

[...] Por comunidades autónomas, las que registraron las mayores tasas por cada 1000 habitantes fueron Canarias (2,9) y Cataluña (2,7). Por el contrario, las comunidades autónomas con menores tasas fueron Castilla y León (1,7) y Extremadura (1,8).

3. TRABAJO SOCIAL EN LOS JUZGADOS DE FAMILIA

Se analizará en este apartado los principales objetivos de la profesión.

3.1. OBJETIVOS, PRINCIPIOS, EQUIPO DE TRABAJO Y PROCESO

Los objetivos del Trabajo Social en los Juzgados de Familia podrían resumirse en:

- Facilitar asesoramiento a la Justicia en los temas que nos plantean.
- Informar y valorar sobre las cuestiones planteadas.
- Emitir dictamen técnico sobre procedimientos de familia que se someten a consulta.

Los principios de actuación del Trabajador Social en los Juzgados de Familia son:

- *Interés superior del menor.* Las recomendaciones de los informes periciales sobre custodia afectan de manera trascendental al desarrollo personal de los menores. De este derecho no hay una definición concreta, pero se habla de él en la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Arts. 9, 18, 19 y 27), Constitución Española (Art. 39 puntos 1, 2 y 4), Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor (Art. 9) y Ley 6/1995 de Garantía de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid (Arts. 3 y 4).
- *Imparcialidad.* La Real Academia de Lengua define la imparcialidad como la *Falta de designio anticipado o de prevención en favor o en contra de alguien o algo, que permite juzgar o proceder con rectitud.* Cualquier evaluación sobre la idoneidad de los progenitores para ejercer la guarda y custodia de los hijos debe partir del criterio de que ambos padres son igualmente competentes para su ejercicio. En caso contrario, comprobar y justificar adecuadamente, y en términos positivos la prevalencia de uno de los progenitores sobre el otro. La evaluación que se realice debe incluir al grupo familiar en su conjunto.
- *Objetividad.* La Real Academia de la Lengua define la objetividad como “*cualidad del objeto*”, independientemente de juicios personales.
- *Método científico de investigación* (modelos teóricos, hipótesis de investigación, diseño de técnicas de investigación, contrastación de hipótesis, validación/rechazo de hipótesis, ampliación/finalización de la investigación, informe con expresión de las conclusiones y seguimiento de sentencias).

En los Juzgados de Primera Instancia/Familia, el equipo de trabajo está formado por trabajador social y psicólogo, cada uno tiene su campo de conocimiento y su área específica de investigación sobre una misma realidad, la familia.

En la Guía de Actuación de los Trabajadores Sociales en el ámbito de la Administración de Justicia de la Comunidad de Madrid se recoge detalladamente los pasos a seguir para realizar las evaluaciones familiares.

El proceso seguido es el vaciado de autos, lectura de los autos y extracción de la información relevante. Formulación de las hipótesis de trabajo que, desde el marco teórico disciplinar, nos orientan en la investigación. Diseño de la metodología de investigación aplicable que, normalmente, consiste en entrevistas abiertas o semiestructuradas con todos los miembros de la familia implicados en la cuestión planteada, observación participante, estudio documental, visitas domiciliarias, petición de informes complementarios o reuniones con otros técnicos que están interviniendo con la familia y finalmente la elaboración del Informe Social.

3.2. MARCO LEGAL Y TEÓRICO DE TRABAJO EN LOS JUZGADOS DE FAMILIA

El marco legal comprende dos importantes leyes:

- Ley 15/05, de 8 de julio por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio.
- Código Civil. Libro I de las personas.

En el marco teórico, se engloban todas las cuestiones relativas a Orientación Familiar y Rupturas Familiares: la familia, subsistemas, normas, límites, tipos de guarda y custodia; la organización familiar después de la separación; problemas más frecuentes que pueden darse en las dinámicas de las familias separadas (instrumentalización de los hijos, conflicto de lealtades en los hijos, síndrome de alienación parental, síndrome de la madre maliciosa, estilos educativos de los padres, problemas de apego, malos tratos a menores, violencia de género), sobre lo que existe amplia bibliografía para consultar.

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de tipo descriptivo que pretende clarificar cuál es el papel del trabajador social en los Juzgados de Familia. Para la realización de la misma se han utilizado técnicas cualitativas como la lectura y selección documental-teórica de diversos textos expuesta en los capítulos anteriores, la práctica profesional y entrevistas semiestructuradas a jueces y trabajadores sociales de la Administración de Justicia. Es una investigación de corte transversal, realizada en el año 2012.

La investigación de tipo descriptivo consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. Las técnicas cualitativas pretenden comprender la realidad social desde la perspectiva del entrevistado y desmenuzar los significados que este asigna a sus experiencias (Valles, 1999). Los objetivos de la investigación son:

- Estudiar el Trabajo Social Profesional en el campo de la Peritación Social en los Juzgados de Familia.
- Conocer la situación actual de Diagnóstico Social en el Trabajo Social Pericial.
- Explorar la metodología e instrumentos del Trabajo Social Pericial en los Juzgados de Familia.
- Aportar conocimientos para el desarrollo profesional de los Trabajadores Sociales en la Justicia.
- Las técnicas que se han empleado para realizar la misma han sido:
 - La lectura y selección documental-teórica de diversos textos.
 - La práctica profesional.
 - Tres entrevistas cerradas con Jueces de Familia y Violencia de Género.
 - Dos entrevistas cerradas con profesionales del Trabajo Social que trabajan en este ámbito.
 - Una entrevista con dos alumnos de Trabajo Social en prácticas en la Administración de Justicia.

5. RESULTADOS

A continuación expondremos las principales conclusiones extraídas de la práctica profesional. De la participación como miembro de dos Equipos Técnicos en los Juzgados de Familia de la Administración de Justicia de la Comunidad de Madrid, se ha podido observar que de los motivos de la separación y de la relación mantenida entre los cónyuges se van a derivar las consecuencias del divorcio. Una relación de respeto y cooperación minimiza las consecuencias del divorcio entre los esposos y para los hijos. Una relación instrumentalizada, manipulada o no colaboradora será fuente de continuos desencuentros incluso después de la separación.

Los motivos que argumentan los padres como causa de la separación suelen basarse en la combinación de dos o más de las siguientes cuestiones: dificultades económicas, control de uno sobre otro, problemas de salud mental, problemas de adicciones, malos tratos al cónyuge o a los hijos, aparición de nuevas parejas, intromisión de la familia extensa de uno o de otro, desacuerdo permanente entre los cónyuges, falta de dedicación a la familia, necesidad de escapar de una situación familiar alienante, desgaste de la relación y falta de interés entre ellos, diferencias en valores y creencias...

Cuando este desencuentro se produce y hay hijos comunes, seis son las cuestiones que debe resolver el juzgador (Art. 90 del CC):

- El cuidado de los hijos sujetos a la patria potestad de ambos, el ejercicio de esta y, en su caso, el régimen de comunicación y estancia de los hijos con el progenitor que no viva habitualmente con ellos.
- Si se considera necesario, el régimen de visitas y comunicación de los nietos con sus abuelos, teniendo en cuenta, siempre, el interés de aquellos.
- La atribución del uso de la vivienda y ajuar familiar.
- La contribución a las cargas del matrimonio y alimentos, así como sus bases de actualización y garantías en su caso.
- La liquidación, cuando proceda, del régimen económico del matrimonio.
- La pensión que correspondiere satisfacer, en su caso, a uno de los cónyuges.

Las cuestiones relativas a la guarda y custodia son especialmente delicadas porque además de implicar el bienestar de los menores, produce una situación de desequilibrio entre los cónyuges. En la legislación española *en defecto de acuerdo de los cónyuges aprobado por el Juez, el uso de la vivienda familiar y de los objetos de uso ordinario en ella corresponde a los hijos y al cónyuge en cuya compañía queden* (Art. 96 del CC), lo que deja al progenitor no custodio compartiendo las cargas económicas de la vivienda, la pensión de alimentos de los hijos y teniendo que asumir los costes de una nueva residencia, en el mejor de los casos.

La regla general es que el régimen económico del matrimonio será el que los cónyuges estipulen en las capitulaciones matrimoniales (es decir, a través de un pacto consensuado que deberá otorgarse en escritura pública y anotarse en la inscripción del matrimonio en el Registro Civil). A falta de dicho pacto el régimen económico del matrimonio será el que corresponda según la ley aplicable al matrimonio.

La ley aplicable al matrimonio será conforme a lo dispuesto en el Art. 1316 del CC: *la falta de capitulaciones o cuando estas sean ineficaces, el régimen será el de la sociedad de gananciales*, en las zonas de aplicación del derecho común, es decir, en aquellos territorios en los que no hay implantado ningún derecho foral o tradicional especial en la materia (Cataluña, Islas Baleares, Comunidad Valenciana, Aragón...).

Las conclusiones extraídas de las tres entrevistas a jueces en activo de la Administración de Justicia de la Comunidad de Madrid son las siguientes:

- *Primera entrevista. Juez 1.* La importancia del trabajo de los equipos psicosociales la centra, en dos aspectos diferentes:

En primer lugar, y en directa relación con el procedimiento judicial estrictamente hablando, sin duda su trabajo aporta una visión de la que el juez nunca podría disponer,

por mucha experiencia que tuviera en este tipo de asuntos. Sirven, sin duda, para completar o, mejor dicho, para ofrecer una visión aún más global del núcleo familiar objeto de su estudio, que le permitirá al juez tener un acervo probatorio y un conocimiento práctico de ese núcleo familiar mucho más sólido a la hora de dictar la resolución oportuna.

Así, por ejemplo, en los procedimientos civiles de familia en los que existe una disputa entre los progenitores por la guarda y custodia de los hijos menores de edad, el trabajo de estos equipos ayuda de forma muy notable al juez a la hora de tomar una decisión mucho más fundada sobre el progenitor más idóneo, e incluso sobre la mejor forma de organizar esa guarda y custodia, pues en esta clase de procedimientos, las cuestiones jurídicas, muchas veces deben quedar en un segundo plano, para otorgar más importancia a cuestiones más prácticas, de las cuales los equipos psicosociales pueden dar una visión más competente.

Los aspectos psicológicos y sociales de una familia, o mejor dicho, de las personas que integran la misma, son fundamentales en esta clase de procedimientos, pues permiten valorar la idoneidad o no de un progenitor para hacerse cargo de la custodia de sus hijos o para decidir un régimen de visitas más amplio o más restrictivo, y para cuya resolución, en muchas ocasiones, es decisivo poder disponer encima de la mesa de un informe psicológico de las personas, así como de su entorno familiar, social y laboral.

En los procedimientos penales, también aportan un elemento de prueba muy importante para decidir sobre los posibles condicionantes (psicológicos o del entorno relacional o social) que hayan podido impulsar a una u otra parte, denunciante o denunciada, a tomar una determinada decisión para luego calificarla penalmente; así, por ejemplo, el informe del trabajador social puede servir para que el juez de instrucción decida si un imputado estaba en condiciones de afrontar el pago de una pensión alimenticia o no, teniendo en cuenta el análisis que haga de su entorno familiar, social, y sobre todo, laboral, o puede también servir para hacer una valoración del impacto que podría tener la adopción de una determinada medida cautelar de alejamiento, o el éxito de la misma en el entorno familiar afectado.

En segundo lugar, y ya desde un punto de vista más práctico, el trabajo de los equipos psicosociales puede servir para interactuar con las personas a las que se está estudiando, y por tanto, para que las entrevistas o encuentros con dichos equipos sirvan a los padres para intentar solucionar sus divergencias, o llegar a compromisos o acuerdos entre ellos.

En estos encuentros con los progenitores, e incluso con los propios menores, necesarios para elaborar el informe posterior, los miembros del equipo psicosocial pueden

aportar ideas o propuestas a los progenitores, una vez hayan analizado su situación concreta, para que estos puedan recogerlas, si lo consideran oportuno.

Esta labor práctica entiendo que puede resultar tan decisiva, o más que la primera, pues tras sus entrevistas pueden acudir al juez, no solo con su informe escrito y objetivo, sino con una propuesta de solución del problema consensuada con las partes, facilitando así la labor de decisión del juez y la de los propios interesados, que pueden encontrar en el marco de estas entrevistas un lugar adecuado para intentar acercar posturas a sus divergencias.

En conclusión, el trabajo de estos equipos tiene, o debería tener, una doble vertiente: la primera, puramente jurídica, de asesoramiento al juez, y la segunda, más práctica, de ayuda a los padres y a sus hijos menores en la búsqueda de una solución menos traumática a la situación de separación que deben afrontar.

- *Segunda entrevista. Juez 2. Aunque el Informe Pericial Social no es vinculante para la decisión final, es muy importante tener en cuenta las conclusiones de un profesional, en tanto que aprecia en el informe cuestiones de tamaño importancia que contribuye a la apreciación con mayor profundidad del problema, y así solucionarlo de la mejor forma posible.*

Con relación a la importancia de ayudar a la familia, el Juez de 1ª Instancia refiere que: *“tan importante es ayudar a los padres como asesorar al juez, sin embargo, no se puede priorizar una cuestión sobre otra sino que hay que estar al caso concreto”* (Juez 2). El Juez del Juzgado de Violencia de Género entiende que: *la función principal del trabajador social es asesorar al Juez*, aunque eso no excluye que se den recomendaciones en el informe que ayuden a la familia, en especial a los menores (Juez 3).

En cuanto a la situación en que se colocan los padres en relación a la guarda y custodia: *valora la custodia compartida como positiva pero entienden que hay que atender a cada caso en concreto y proteger el interés superior del menor si lo hubiere, y en el caso que no hubiere menores o incapacitados, habrá que atender al interés de la parte más perjudicada o en desequilibrio por la crisis matrimonial* (Juez 2). El Juez del Juzgado de Violencia de Género: *descarta las guardas y custodias compartidas, pero refiere que el juzgador intenta compensar a las partes* (Juez 3).

Para finalizar la sección de conclusiones, tendremos en cuenta la información extraída de varias entrevistas realizadas a trabajadores sociales de la Administración de Justicia. Se han realizado tres entrevistas a dos trabajadores sociales de la Administración de Justicia, y a dos alumnas en prácticas, cuyo contenido es el siguiente:

Yolanda Antón

■ *Primera entrevista. TS 1. La primera dificultad que nos hemos encontrado, es que al no existir hasta la fecha ni como asignatura optativa ni como especialidad en los Planes de Estudio de las Universidades, el Trabajo Social forense, hemos tenido que partir de la adaptación de los conocimientos generales de Trabajo Social a las distintas demandas de los órganos judiciales, y en distintas jurisdicciones. También han sido importantes los cursos específicos que se han realizado desde el Ministerio (cuando pertenecíamos al ámbito nacional), así como la autoformación y documentación que para cada uno de los casos es necesario realizar.*

Las habilidades que debe tener un trabajador social en Justicia tienen que ver con:

- *La capacidad para realizar entrevistas de distinto tipo teniendo en cuenta la edad (menores, adolescentes, adultos, mayores...) y las diversas dificultades, capacidades... siendo esta una cualidad profesional fundamental.*
- *Expedición de informes, teniendo en cuenta el objeto de la pericial.*
- *La facilidad para expresarse en público de cara al juicio oral (TS 1).*

Las periciales se consideran elementos de prueba. Las pruebas dentro de un proceso judicial tienen como objeto comprobar la existencia o inexistencia de un hecho, las circunstancias en que se produjo... La Ley de Enjuiciamiento Criminal establece, en el Art. 478, que un informe pericial debe contener lo siguiente:

- *Descripción de la persona o cosa que sea objeto del mismo en el estado o modo en que se halle.*
- *Relación detallada de todas las operaciones practicadas por los peritos y de su resultado, extendida y autorizada en la misma forma que la anterior.*
- *Las conclusiones que en vista de tales datos formulen los peritos, conforme a los principios de su ciencia o arte.*
- *Esto en la práctica se lleva a cabo pero agregando ítems dentro de los apartados mencionados anteriormente.*

■ *Segunda entrevista. TS 2. Los problemas que se estudian en el medio judicial son complejos. En expedientes de derecho de familia, los jueces deben decidir sobre cuestiones que contienen variables emocionales y de relaciones, además de las materiales. Lo que precisa un estudio profundo de dinámicas familiares y de realidades personales, en momentos de crisis. Lo complejo se estudia con mayor profundidad y riqueza desde la interdisciplinariedad, no es una cuestión de ser más profesionales evaluando una realidad, es que además esos profesionales provienen de disciplinas diferentes, tienen métodos y técnicas diferentes y una filosofía de trabajo distinta.*

Los trabajadores sociales no solo podemos realizar tareas relacionadas con la de auxiliar del juez, también podemos relacionar los juzgados con los sistemas de la red

social. En cuanto a la labor pericial, cabe seguir aumentando la formación y perfeccionar el trabajo. También conviene propagar y ayudar a crecer el Trabajo Social como experto, capaz de responder a las cuestiones judiciales familiares, sin subordinación a otros profesionales.

Las alumnas en prácticas T. S. opinan que: *Las Universidades deberían proporcionar más asignaturas que tengan que ver con este ámbito, así como dar herramientas para trabajar en el mismo. Las Universidades centran el programa de estudio en el ámbito de Servicios Sociales, por lo que nunca te ofrecen más oportunidades que esa y los alumnos deberían de tener la opción de conocer más ámbitos*". El TS 1 piensa que: *"Se debería impartir bien como asignatura optativa o como especialidad forense desde la Universidad.*

6. CONCLUSIONES

De los resultados anteriores se podrían extraer las siguientes conclusiones:

1. Cuando se produce una separación no debemos buscar culpables, quién es el que ha hecho las cosas mal y, por lo tanto, al que no debemos dar nuestro apoyo, no debe haber vencedores ni vencidos, buenos ni malos, ganadores ni perdedores; esto implicaría dotar de poder a uno sobre otro y atribuirle legitimidad para seguir dominando en la relación e imponer su poder sobre el otro, incluso después de la separación. Es una relación que ha dejado de ser funcional y no satisface, por lo menos, a una de las partes implicadas. Hay una necesidad de disolver el vínculo matrimonial y regular las futuras relaciones de los padres con sus hijos menores de edad y, de ellos como progenitores, para poder continuar sus vidas por separado. Es el comportamiento de uno de los miembros de la pareja para con el otro o para con la familia lo que produce la crisis y la ruptura. El interés a proteger es el menor.

2. Las familias tienden a ser más democráticas en su estructura interna y nadie está obligado a convivir de por vida con una persona si no lo desea, no hace falta una causa para la separación o el divorcio, basta que uno de los dos lo solicite y que hayan pasado tres meses desde la celebración del matrimonio. Se impone la igualdad de derechos y deberes entre los miembros de la pareja tanto dentro del hogar como fuera del mismo. El Art. 3 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, dice: *El principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres supone la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por razón de sexo, y, especialmente, las derivadas de la maternidad, la asunción de obligaciones familiares y el estado civil.* Esta supuesta igualdad todavía no es real, habiendo un reparto de roles en función del sexo tanto dentro del hogar como en el ámbito laboral.

3. Se penaliza legalmente la violencia dentro del núcleo familiar y se han desarrollado numerosas leyes para proteger a las víctimas: Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora la Orden de Protección a víctimas violencia doméstica; Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. Aunque todavía se siguen cometiendo numerosos delitos que quedan impunes en la intimidad del hogar.

4. Las cuestiones penales relativas a los malos tratos en el ámbito familiar deben ser abordadas judicialmente. Dentro de la ley, quedaría la cuestión de castigar al maltratador, y de garantizar la seguridad del resto de los miembros de la familia, y dentro del Trabajo Social judicial, hacer visible el maltrato y proteger al resto de los miembros de la familia. La rehabilitación funcional y social del maltratador y el apoyo de los miembros de la familia serían funciones del Trabajo Social de Atención Primaria y Especializada.

5. El Código Civil español protege el interés del menor en caso de separación o divorcio, pero desprotege al progenitor no custodio, con lo que las batallas judiciales para obtener la guarda y custodia son traumáticas para la propia familia. La tendencia actual es que el 75,1 % de las guardas y custodias se otorgan a las madres por ser los hijos pequeños, situación que deja en desigualdad al padre.

6. El matrimonio comporta la existencia de unas relaciones económicas entre los cónyuges y con terceros. El régimen económico del matrimonio es un tema muy importante y del que con frecuencia nos acordamos en momentos de crisis. Y así ocurre en el momento en el que el matrimonio tiene que asumir deudas o responder de ellas, o en los momentos de separación y divorcio de los esposos, o cuando fallece uno de ellos.

7. La estructura de pensamiento del sistema judicial (Dell'Aglio 2004) ve al trabajador social como un profesional que trabaja con una visión familiar y la contrapone con la visión individualista que de la familia tiene el sistema judicial, que trataría de ver quién es el bueno y quién es el malo para inculpar o castigar.

Desde posturas menos conservadoras se puede considerar que la función del perito judicial trabajador social es ver cómo funciona la familia, cómo está y qué necesitan sus miembros. No hay culpables, es una ruptura de lazos afectivos entre los esposos, pero tienen que seguir colaborando en interés de los hijos.

8. Los peritos no somos jueces, no buscamos culpables, asesoramos a los jueces técnicamente. Los informes periciales son dictámenes que contestan a la pregunta que nos formulan en el auto de petición de informe, y tan importante es asesorar al juez como ayudar a las familias a restablecer la comunicación.

9. Dentro de las funciones que se recogen en el Código Deontológico aprobado en la Asamblea del Consejo General de trabajadores sociales en el año 2012: información, investigación, prevención, asistencia, atención directa, promoción e inserción social, mediación, planificación, gerencia y dirección, evaluación, supervisión, docencia y coordinación, podemos definir la función de investigación como, *proceso metodológico de descubrir, describir, interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado de recogida de datos, establecimiento de hipótesis y verificación de las mismas, empleando para ello técnicas profesionales y científicas a fin de contextualizar una adecuada intervención y/o acción social planificada*², de la que se desprende un informe social y unas conclusiones o recomendaciones. El informe pericial se puede definir como una investigación de carácter científico, en la que sobre la base de un marco teórico general vamos a elaborar una serie de hipótesis que luego vamos a intentar corroborar.

10. Las guardas y custodias compartidas no se pueden utilizar para equiparar a los progenitores, el interés a proteger es el menor y estos normalmente suelen rechazarlas. Los criterios para aconsejar una custodia compartida, Sánchez y Soto (2010), tienen que ver con un clima adecuado entre los padres, con una metodología común de funcionamiento en la tarea parental, con un acuerdo sobre el tipo de custodia compartida a realizar, con los aspectos materiales y temporales resueltos: residencia o residencias de los menores, tiempos de estancias con cada padre, sistema de visitas con el padre no custodio en cada momento, cercanía de los hogares en caso de dos viviendas para los menores, acuerdo sobre el colegio de los hijos, su médico, sus actividades... además debe haber una comunicación fluida para el intercambio de información y acuerdo y apoyo de los otros familiares afectados (nuevas parejas de los padres, familia extensa...).

11. El actual Ministro de Justicia quiere promover una Ley de Custodia Compartida, que se fundamenta en la coparentalidad, el derecho del menor separado de un progenitor a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos progenitores y demás parientes allegados; pero esta ley no debe anteponer los intereses de progenitores a los hijos. La custodia compartida no solo debe ser un derecho de los padres, debe suponer una mejora en la calidad de vida de la familia. Se debe tener en cuenta la edad de los menores y las circunstancias personales y sociales que les rodean. ¿A quién se atribuirá el uso y disfrute de la vivienda familiar en su caso?, ¿a los menores?, o ¿serán los padres los que cambien de domicilio? De no ser así, ¿cómo se garantizará la estabilidad de los hijos si los domicilios de los padres no están próximos? ¿Deberían poder acordar los padres otro régimen de custodia distinto en el caso de que este suponga un perjuicio para los hijos? Otro aspecto importante es el tiempo que van a pasar los hijos con cada progenitor, una semana, quince días, un mes..., en este aspecto también habría que estar a la edad y a las circunstancias personales y sociales que afectan a los niños.

2 Colegio de Trabajadores Sociales de Asturias.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Código Civil Español (2013). Extraído el 14 de marzo, 2013 de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/civil/jgstorck/leyes/ccivil.htm>. [2013, 14 de marzo].
- Colegio de Trabajadores Sociales de Asturias (2013). Extraído el 14 de marzo, 2013 de <http://www.trabajosocialasturias.org/la-profesion/ambitofunciones/funciones-de-las-y-los-trabajadorases-sociales.html>
- Dell’Aglío, M. (2004). *La práctica del perito trabajador social*. Argentina: Espacio.
- Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI.
- Instituto Nacional de Estadística (2013). Extraído el 14 de septiembre, 2013 de <http://www.INE.es>
- Jefatura del Estado Español. Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio. Boletín Oficial del Estado, 9 de julio de 2005, núm. 163, páginas de 24 458 a 24 461.
- Jefatura del Estado Español. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, 8 de enero de 2000, núm. 7.
- Sánchez Arenas, J. y Soto Esteban, R. (2010). *Curso de la Pericial Social en la Administración de Justicia de Madrid*. Madrid: Colegio Oficial de Trabajadores Sociales.
- Valles, M. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Madrid: Síntesis S.A.
- V.V.A.A. (2006). *Guía de Actuación de los Trabajadores Sociales en el ámbito de la administración de Justicia de la Comunidad de Madrid*: Comunidad de Madrid.

Título del libro:
TRABAJO SOCIAL CON COMUNIDADES Y MUJERES MUSULMANAS: PREMISAS DE LA INTERVENCIÓN PARA LA PLENA PERTENENCIA SOCIAL

Book title:
SOCIAL WORK WITH COMMUNITIES AND MUSLIM WOMEN: PREMISES OF THE INTERVENTION FOR SOCIAL MEMBERSHIP

RUBÉN DARÍO TORRES KUMBRIÁN

Editorial Bomarzo, 2013

ISBN: 978-84-15000-77-8

Textos de Intervención N.º 8, 122 páginas



Reseña realizada por Laura Martínez Murgui

La obra está vertebrada en una hermenéutica que aspira a fundar un modelo de intervención social comunitaria proclive al Islam y a un enfoque del autodesarrollo comunitario que descarta las ideas y las intervenciones que conciben a las comunidades musulmanas como un objeto uniforme, monolítico, indiferenciado y no diversificado de investigación y de intervención social.

En esta orientación se denuncian las políticas sociales diseñadas en base a realidades inadecuadamente preconcebidas por un exceso de positivismo que está desprovisto de significados, y que por tanto, ostenta una carencia científicamente inexplicable del necesario rigor analítico cualitativo. Para el autor, la consideración de los referentes islámicos, constituyen un combustible motivador para las comunidades musulmanas, un combustible definido como un activo favorable para una intervención social orientada a la plena pertenencia social, individual y colectiva. En la orientación señalada, el concepto de autodesarrollo comunitario es concebido como un principio que dirige los

métodos y la concepción del trabajo social con las comunidades musulmanas, pues reconoce a los miembros como sujetos de acción y transformación en sus quehaceres cotidianos. De este modo, Torres Kumbrián ubica la diferencia de una metodología de investigación-intervención comunitaria en el contenido de los objetivos, medios y los fines que predominan y que en conjunto demandan una co-dirección científica, consciente de las necesidades de desarrollo de las capacidades de producción social y espiritual que establecen los propios miembros de la comunidad musulmana.

Los fines metodológicos plasmados en la obra son consolidar una vía de construcción de acceso a la plena pertenencia social y asegurar la determinación cualitativa del sistema y su constante desarrollo. Para Torres Kumbrián, la propia comunidad musulmana, y dentro de ella el movimiento feminista islámico son los sujetos de la dirección. Puesto que además de ser compatible, es innato al ideario musulmán debido a que fue proclive al avance del conocimiento científico desde su origen.

En el transcurso de la obra se precisan los fundamentos teóricos que sustentan la investigación-intervención comunitaria en una perspectiva islámica. En esta perspectiva, la función de la intervención comunitaria en la perspectiva islámica es explicar los fenómenos, los acontecimientos y las situaciones concretas en la dinámica de su desarrollo. Se trata de un sistema formado, de conocimientos ordenados, cuya veracidad se comprueba y se precisa constantemente en la práctica social. Para el autor es aquí donde se inicia el desarrollo de una epistemología específica, cuyos fundamentos filosóficos son la vertiente social solidaria del Islam, que permite comprender la realidad como un proceso objetivo de movimiento de los miembros de la comunidad musulmana, y dentro de esta, del feminismo islámico, estimulando el desarrollo social comunitario basado en el empoderamiento.

El libro delimita los principios básicos de una dialéctica comunitaria islámica, indispensables para la práctica del empoderamiento de las comunidades, debido a que posibilitan constituir pautas reguladoras de reconocimiento efectivo de las problemáticas sociales excluyentes, impregnadas de un espíritu crítico que facilita el establecimiento de vías de acceso a la plena pertenencia social, al tiempo que una actitud individual y colectiva intransigente con toda manifestación de estancamiento, conservadurismo y dogmatismo que sustente lo contrario.

Para Torres Kumbrián, en esta perspectiva epistemológica, las representaciones y nociones de las mujeres y los hombres musulmanes concuerdan con la naturaleza objetiva del ser humano que no es otra que la igualdad, identificando los procesos y los fenómenos que dan origen a las fracturas sociales, y dentro de estas a la fractura de género enraizada en el culturalismo patriarcal. De ahí que la objetividad en la consideración de las brechas sociales contribuya a un análisis consecuentemente científico empapado en la inspiración social reformista islámica. De este modo se esboza una

dialéctica social reformadora islámica que no busca la eliminación de las contradicciones del pensamiento o del lenguaje. Por el contrario, intenta revelar las contradicciones internas de los objetos, procesos y fenómenos, incluyendo las del propio pensamiento humano, formulándolas cuando no son conocidas, tanto las externas como las endógenas, y poniéndolas de manifiesto como causas ocultas, difusas, o expresas de las fracturas sociales y de género específicas que afectan a las comunidades musulmanas.

En el discurso del autor, la práctica empoderadora se opone a una ley no escrita de la negación de lo nuevo establecida en el contexto social europeo de pertenencia de las comunidades musulmanas. Para Torres Kumbrián, la tendencia social general dominante niega las aspiraciones de una nueva forma de interrelación socialmente visible, debido a la vigencia del etnocentrismo cultural asimilador en el imaginario colectivo. En esta perspectiva lo nuevo solo puede sustituir a la arcaica negación de la aceptación social recíproca, si se procede a un conocimiento mutuo entre los musulmanes y no musulmanes.

Una de las conclusiones que arroja la obra es que una epistemología y hermenéutica del Trabajo Social con comunidades musulmanas puede generar un modelo de intervención estructurado en las premisas del conocimiento mutuo, la aceptación recíproca y la plena pertenencia social, descartando los planteamientos fracasados empeñados en islamizar unas problemáticas cuyas causas son sociales y económicas y su efecto es la exclusión.

En el libro queda patente que la ciencia epistemológica versa sobre el análisis del conocimiento, especialmente, en lo que se refiere al conocimiento científico, con lo cual, en teoría y en el caso del Trabajo Social con comunidades, se trata del conocimiento de estas entidades colectivas delimitadas como objeto de estudio, a través de una construcción discursiva realizada por medio de métodos dotados de recursos determinables, de estructuras de análisis y de procedimientos de generación de hipótesis, tesis e intervenciones propias. Por todo ello, el objeto de estudio son las comunidades, más concretamente, las comunidades musulmanas y dentro de ellas, las mujeres, que en conjunto y en el ámbito de la intervención social comunitaria ostentan el rasgo innato de sujetos colectivos.

En la orientación de la construcción de un discurso epistemológico autónomo, Torres Kumbrián sostiene que en la disciplina del Trabajo Social comunitario, las personas consideradas como una entidad social colectiva son a un tiempo objeto-sujeto de la investigación y de la intervención, compartidas con otras ciencias sociales y humanísticas, y a las cuales debe préstamos de métodos, recursos, estructuras analíticas y procedimientos de actuación en los campos reflexivos y de la acción. Por ello, el autor apuesta por una metodología propia de la intervención social con las comunidades musulmanas, y dentro de ella con la entidad colectiva feminista, que permita establecer

mecanismos de cooperación en los aspectos organizativos, al amparo de los rasgos de identidad de esta y de su definición como sujeto plural –objeto de la investigación–intervención. El propósito es la co-realización de una actividad científica orientada a la consecución de los objetivos sociales, instalada en una iniciativa social compartida y dotada de mayores grados de efectividad al liberarse de esa retórica psicológica muy útil a la hora de explicar por qué no se logra el desarrollo comunitario en vez de propiciarlo.

En la construcción de este marco metodológico del Trabajo Social con las comunidades musulmanas y el movimiento feminista conexas, Torres Kumbrián exige poner de manifiesto las formas de relación que establecen estas entidades colectivas en el proceso de producción social, determinado por los factores de inclusión o exclusión socioeconómica, especialmente de aquellos relacionados con desarrollo de las capacidades y los roles sociales de sus miembros, dentro de sus sistemas sociopolíticos y contextos espaciales y temporales de pertenencia, donde el culturalismo patriarcal parece ser un rasgo impercedero.

El autor se basa en un razonamiento análogo al análisis gramsciano que le permite identificar la dominación y la reasignación de fracturas sociales como rasgos distintivos que afectan y dividen a las comunidades en clases jerarquizadas dentro de un sistema piramidal. Dentro de este, las entidades colectivas musulmanas de mujeres y hombres, una vez vistas las discriminaciones y restricciones múltiples de las cuales son objeto, así como también sus propias limitaciones de origen, se sitúan en la base de la pirámide, al menos en el ámbito social europeo.

Según Torres Kumbrián, la posición de desventaja social dentro del sistema piramidal es ostentada por las comunidades musulmanas, y dentro de ellas, el devenir emancipador liderado por el movimiento feminista islámico está condicionado por un culturalismo patriarcal procedente de dos direcciones. La derivada de las interpretaciones desviadas de los textos sagrados, cuyas raíces contaminantes se encuentran en los contextos espaciales, temporales y culturales donde se ha expandido esta religión. La otra procede de dos orígenes, el del culturalismo patriarcal europeo y del feminismo postcolonial occidental. En el prisma descrito, la orientación de la investigación-intervención deriva de una metodología propia que permite establecer una correlación entre comunidades minoritarias o mayoritarias socialmente incluidas o excluidas.

CONGRESO ESTATAL DE TRABAJO SOCIAL 2013

NATIONAL CONFERENCE OF SOCIAL WORK 2013

El Consejo General del Trabajo Social, el Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga y el Consejo Andaluz de Trabajo Social han organizado este año el Congreso Estatal de Trabajo Social, en el que han participado más de 1300 congresistas, con un programa científico compuesto por más de 300 comunicaciones, además de otras actividades de interés general.

Del 14 al 16 de noviembre de 2013 se ha celebrado en Marbella el XII Congreso Estatal de Trabajo Social bajo el título “La Intervención Social en tiempo de malestares: sabemos, podemos queremos”. El Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, como otros años, ha querido participar en este evento, colaborando en distintas actividades, que han permitido: el análisis de la incidencia política de las reivindicaciones realizadas por el colectivo de profesionales para la lucha por la igualdad; el impulso de la Alianza en Defensa del Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid; la participación en un Encuentro de Trabajo Social, Voluntariado y Emergencias Sociales; la presentación de las nuevas publicaciones y revistas; la realización de una nueva reunión del Bloque de revistas de Trabajo Social; la presencia destacable de profesionales en el apartado virtual de BlogTSfera, entre otras muchas.

Para más información sobre el Congreso en <http://www.xiicongresotrabajosocial.es/>

PRESUPUESTO COMUNIDAD DE MADRID 2014 Y ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL AÑO 2013 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

2014 BUDGET COMMUNITY OF MADRID

Por María Isabel López Serrano
Miembro de la Junta de Gobierno del COTS Madrid

El Presupuesto de la Comunidad de Madrid de la Consejería de Asuntos Sociales es para el año 2014 de 1303 millones de euros, representa una subida del 4,14 % respecto al año anterior, sin olvidar que desde el año 2010 el área de Asuntos Sociales ha perdido un 35 % de su presupuesto global. En este año corresponde al 7,63 % del presupuesto total de la CC.AA., menor que el año anterior.

Han subido las partidas de todos los programas en proporciones diferentes excepto Igualdad de la Mujer y Violencia de género (22 millones a 21), inmigración (10 millones a 5) y cooperación (de 7 millones a 1).

El programa 906 de Voluntariado y Promoción Social sigue bajando a 766 000 euros, las funciones relativas a la coordinación con la Atención Social Primaria de los municipios no es recogida en el presupuesto. La Consejería sigue sin tener en cuenta, de forma diferenciada, tanto en el presupuesto como en la organización y el organigrama ni a los Servicios Sociales ni a la Atención Social Primaria.

En las actividades, recogidas en el documento del Presupuesto 2014, que realiza la Dirección General de Coordinación de la Dependencia se recoge que "Asimismo, a tenor de la distribución de competencias efectuada por Decreto 181/2011, de 29 de diciembre, el Programa comprende, igualmente, los créditos destinados a financiar el mantenimiento y mejora de la Red Básica de Servicios Sociales de Atención Primaria acentuando su componente de promoción social y atención de situaciones de emergencia social".

Los Convenios con las Corporaciones Locales presupuestados son los mismos que en el año anterior (56), elevándose en siete millones la cantidad asignada; en los ya firmados se está añadiendo las valoraciones de las solicitudes de dependencia en los compromisos municipales.

El Programa de Exclusión Social se eleva en cuatro millones, pero se eliminan de forma definitiva los Proyectos de Renta Mínima de Inserción (RMI), manteniéndose todavía un retraso de más de un año en la valoración inicial de los expedientes, con el consiguiente perjuicio, abocando a estas familias a una situación dramática e injusta.

El programa de Coordinación de la Dependencia sube en 10 millones, pero hay que recordar el retraso en la valoración de las nuevas solicitudes sobre todo en el Ayuntamiento de Madrid y los municipios en los que todavía no se realizan las valoraciones desde los Centros de Servicios Sociales. Se mantienen los ocho meses en la respuesta de las revisiones de grado para aquellos casos con un empeoramiento de su situación de dependencia cuando es más urgente la respuesta de la administración a los cambios de las necesidades sociales.

Las valoraciones están siendo enviadas desde la Administración comunitaria para que sean realizadas por la Atención Social Primaria de los centros de Servicios Sociales, sin haber reforzado dichas plantillas y donde se puede producir un colapso con la imposibilidad de responder en tiempos razonables.

Respecto al Sistema de Información de la Dependencia para la Comunidad de Madrid, los datos del Ministerio hasta el mes de noviembre del año 2013 nos indican una paralización o retroceso del sistema, el número de solicitudes atendidas desde diciembre del 2012 a noviembre del 2013 son de 2875, lo que sería una media por día de 12 solicitudes que pueden ser resueltas por tres trabajadores-valoradores, lo que determina una disminución importante en la actividad de la Dirección General de la Coordinación de la Dependencia. Las personas beneficiarias con derecho a prestaciones también han disminuido en este año 2013 en 1806 usuarios.

Las prestaciones disminuyen en números de plazas y servicios reconocidos en el Catálogo de la Dependencia, excepto la Prestación Económica Vinculada al Servicio que es utilizada por las familias para complementar el pago de las residencias privadas, y las Prestaciones Económicas de Cuidados en el Entorno Familiar que aumentan también, pero con dos condiciones, una la demora permitida de dos años en su pago y la otra que pueden perder la posibilidad de cobrarlas si hay una revisión del Proyecto Individual de Atención. La falta de transparencia no nos permite conocer quiénes, cuándo y cuánto reciben estas prestaciones económicas en la Comunidad de Madrid. El limbo a fecha de noviembre del 2013 sería de 11 632 personas beneficiarias con derecho y sin prestación, representan el 12 % del total de personas con derecho.

El análisis del nuevo presupuesto de Asuntos Sociales para el año 2014 nos permite deducir una actitud de mantenimiento del mismo gasto social sin considerar la situación de especial necesidad de gran parte de la ciudadanía, manteniéndose el recorte del 35 % desde el año 2010.

La evolución de los datos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) nos demuestra una disminución de los indicadores y un retroceso en la aplicación del sistema y en los tiempos de espera en todos los procesos administrativos.

El Anteproyecto de Ley para la Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local modifica de forma muy importante las competencias municipales y crea un marco legal para ir suprimiendo los servicios actuales en los dos años que permite la ley.

Es necesario un reconocimiento por parte de la Comunidad de Madrid a favor de los Servicios Sociales en los municipios, una normativa y reglamentación ahora no existente, un mapa de necesidades y recursos y un plan estratégico que nos permita conocer los objetivos y criterios de la administración comunitaria.

A continuación se adjuntan las Tablas con los Presupuestos de la Comunidad de Madrid desde 2010 y los datos del estudio estadístico de SAAD de la Comunidad de Madrid en 2013.

PRESUPUESTO COMUNIDAD MADRID 2010/11/12/13 ASUNTOS SOCIALES

2014	TOTAL.- 17.059 MILLONES	GASTO SOCIAL 89,88 %
	ASUNTOS SOCIALES.- 1.303 MILL PRESUPUESTO 4,14 % SUPERIOR AL 2013	7,63 % del TOTAL
	HABITANTES C.M.- 6.488.347	GASTO POR HABITANTE 200 euros/HAB.
2013	TOTAL.- 17.048 MILLONES	GASTO SOCIAL 89,84 %
	ASUNTOS SOCIALES.- 1.249 MILL PRESUPUESTO 5,30 % INFERIOR AL 2012	7,95 % del TOTAL
	HABITANTES C.M.- 6.501.717	GASTO POR HABITANTE 192 euros/HAB.
2012	TOTAL.- 17.048 MILLONES + 1.425 (transferencia estatal) 18.473 MILL	GASTO SOCIAL 87,82 % (dato oficial)
	ASUNTOS SOCIALES.- 1.346 MILL RECORTE MES JUNIO 2012.- 10.479.311 euros	7,89 % del TOTAL 1 % del PRESUPUESTO ANTERIOR
	HABITANTES C.M.- 6.501.717 (2011) HABITANTES AYUNTAMIENTO MADRID.- 3.273.049 (2011)	GASTO POR HABITANTE 205 euros/HAB.
2011	TOTAL.- 17.654 MILLONES	GASTO SOCIAL 81,2 % (dato oficial)
	ASUNTOS SOCIALES.- 1.257 MILL EMPLEO, MUJER E INMIGRACIÓN.- 682 MILL	7,12 % del TOTAL
	HABITANTES (2010).- 6.489.680	GASTO POR HABITANTE 194 euros/HAB.
2010	TOTAL.- 17.887 MILLONES	GASTO SOCIAL 79,18 % (dato oficial)
	ASUNTOS SOCIALES 1.288 MILLONES EMPLEO Y MUJER 602 MILLONES INMIGRACIÓN Y COOPERACIÓN 80 MILLONES	7,20 % del TOTAL
	HABITANTES (2009).- 6.360.241	GASTO POR HABITANTE 202,5 euros/HAB

Nº	DENOMINACIÓN PROGRAMA	2014	2013	2012	JUNIO 2012	2011	2010
900	DIRECCIÓN Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA	359.790.367	337.505.712	364.342.582	-560.848	368.732.670	398.870.052
901	SERVICIOS SOCIALES (SALUD MENTAL)	68.968.542	67.235.027	71.689.888	-343.686	70.448.247	67.426.191
902	ATENCIÓN BÁSICA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	12.068.048	11.656.404	13.172.396	-308.000	13.289.627	14.089.256
903	ATENCIÓN ESPECIALIZADA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	206.673.720	187.803.471	205.205.383	-410.691	201.568.834	201.544.889
904	ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES	286.753.767	275.431.926	305.050.309	-3.579.999	302.924.266	306.460.818
906	VOLUNTARIADO Y PROMOCIÓN SOCIAL (RED BÁSICA ATENCIÓN PRIMARIA)	766.167	848.895	34.740.676		100.877.807	107.106.272
907	LUCHA CONTRA LA EXCLUSIÓN SOCIAL	88.187.630	85.181.527	58.486.557	-671.865	55.511.709	55.611.167
908	COORDINACIÓN DEPENDENCIA	216.247.912	206.087.559	190.162.118		111.775.033	99.465.560
909	FAMILIA			5.507.323		5.860.759	6.872.917
915	PROMOCIÓN E IGUALDAD DE LA MUJER	21.555.897	22.705.132	14.127.804	-375.000	16.389.165	20.983.398
916	ACCIONES CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO			13.084.562	-124.152	13.855.658	15.890.445
917	INMIGRACIÓN	5.410.794	10.689.214	16.771.100	-25.000	57.534.299	73.639.033
918	COOPERACIÓN	1.804.066	7.847.501	26.135.318	-1.974.713		
930	DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN SERVICIO REGIONAL BIENESTAR SOCIAL	35.482.402	30.165.264	39.816.427	-1.584.364	41.863.280	50.769.179
931	ATENCIÓN PERSONAS MAYORES. RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA	165.080.322	156.342.712	159.494.852	-190.096	160.894.177	168.568.069
932	ATENCIÓN PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA EN CENTROS	46.824.637	45.164.311	46.478.343		47.200.749	49.433.378
933	COMEDORES	2.418.033	2.276.963	2.330.820	-615	2.351.017	2.542.529
934	CENTROS MAYORES	13.484.447	12.147.226	13.018.340	-3.532	13.560.364	13.368.818
940	IMFM*	109.288.337	105.166.375	105.711.006	-326.750	109.333.769	114.941.582

* Instituto Madrileño de la Familia y el Menor.

ORGANISMOS AUTÓNOMOS ADMINISTRATIVOS EUROS

	2014	2013	2012	2011	2010
<i>Servicio Regional de Bienestar Social</i>	228.477.922	246.096.475	261.138.782	265.869.587	284.681.973
<i>Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor</i>		41.989.384	49.997.930 - 326.750	52.410.834	57.936.743
<i>Instituto Madrileño de la Familia y el Menor</i>	109.288.337	105.166.375	105.711.006	109.333.769	114.941.582
<i>Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid</i>		38.775.197	45.982.163	50.156.271	55.578.441
<i>Madrid 112</i>		13.130.156	14.887.958 - 331.387	15.122.171	16.305.873

ORGANISMOS AUTÓNOMOS MERCANTILES EUROS

	2014	2013	2012	2011	2010
<i>Instituto de la Vivienda de Madrid</i>	255.347.880	270.908.658	293.197.826 - 5.481.481	309.707.324	335.636.182

ENTES PÚBLICOS CUYA NORMATIVA ESPECÍFICA CONFIERE CARÁCTER LIMITATIVO A LOS CRÉDITOS DE SU PRESUPUESTO DE GASTOS EUROS

	2014	2013	2012	2011	2010
<i>Agencia Madrileña para la Emigración</i>	-	-	1.084.340	1.251.491	1.516.503

RESTANTES ENTES PÚBLICOS EUROS

	2014	2013	2012	2011	2010
<i>Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid</i>				200.687	297.301
<i>Consejo de la Juventud de la Comunidad de Madrid</i>				165.361	182.972
<i>Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos</i>	5.330.073	4.350.000	4.742.811 - 75.000	4.184.235	4.425.000
<i>Instituto de Realojamiento e Integración Social</i>	11.971.808	13.040.159	18.322.315 - 3.621.865 (20 %)	20.607.879	23.717.738

Sombreado en gris en el presupuesto por programas indican que en los años 2010 y 2011 las Áreas de Empleo, Mujer, Inmigración y Cooperación pertenecían a la Consejería de Empleo y Mujer y a la Consejería de Inmigración y Cooperación, respectivamente, siendo absorbidas por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales en el 2012.

ESTUDIO ESTADÍSTICO DEPENDENCIA COMUNIDAD DE						
	ESTADÍSTICAS DEL MINISTERIO SAAD	DIC. 2012	01/13	02/13	03/13	04/13
	POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD	13,75 % 6.489.680	13,75 % 6.498.560	13,75 % 6.498.560	13,75 % 6.498.560	13,75 % 6.498.560
1	SOLICITUDES	171.969	174.167	174.701	174.846	173.748
2	% SOBRE EL TOTAL DE SOLICITUDES	10,49 %	10,66 %	10,65 %	10,68 %	10,68 %
3	% SOBRE EL TOTAL DE HABITANTES DE LAS CC.AA.	2,65 % M 3,48 %	2,68 % M 3,46 %	2,69 % M 3,47 %	2,69 % M 3,47 %	2,67 % M 3,44 %
4	DICTÁMENES	164.827 2,54 % M 3,26 %	169.956 2,62 % M 3,25 %	170.432 2,62 % M 3,23 %	169.152 2,60 % M 3,25 %	168.396 2,59 % M 3,22 %
5	% SOBRE LAS SOLICITUDES	95,85 % M 93,82 %	97,58 % M 93,92 %	97,56 % M 93,06 %	96,74 % M 93,79 %	96,92 % M 93,64 %
6	GRADO III Y % SOBRE LOS DICTÁMENES	43.189 26,20 % M 26,05 %	44.056 25,92 % M 25,65 %	43.809 25,70 % M 25,50 %	43.169 25,52 % M 25,29 %	42.405 25,18 % M 24,95 %
7	GRADO II Y % SOBRE LOS DICTÁMENES	42.988 26,08 % M 29,90 %	44.429 26,14 % M 29,81 %	44.451 26,08 % M 29,83 %	44.178 26,12 % M 29,67 %	43.565 25,87 % M 29,65 %
8	GRADO I	15.055 9,13 % M 9,12 %	14.961 8,80 % M 9,62 %	14.683 8,62 % M 9,06 %	14.565 8,61 % M 8,89 %	14.250 8,46 % M 8,83 %
9	SIN GRADO	37.863 22,97 % M 17,27 %	38.951 22,92 % M 17,51 %	39.351 23,09 % M 17,64 %	39.251 23,20 % M 17,93 %	39.782 23,62 % M 18,12 %
10	TOTAL PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO A PRESTACIÓN Y % SOBRE DICTÁMENES	101.232 61,42 % M 65,07 %	103.446 60,87 % M 65,08 %	102.943 60,40 % M 64,38 %	101.912 60,25 % M 63,84 %	100.220 59,51 % M 63,44 %
	ESTADÍSTICAS DEL MINISTERIO SAAD C.M.	DIC. 2012	01/13	02/13	03/13	04/13
PRESTACIONES/SERVICIOS RECONOCIDOS						
11	PREVENCIÓN	5.324 5,29 % M 2,17 %	5.227 5,19 % M 2,18 %	5.135 5,15 % M 2,20 %	5.062 5,11 % M 2,22 %	4.915 5,07 % M 2,23 %
12	TELEASISTENCIA	14.750 14,66 % M 13,52 %	14.476 14,37 % M 13,41 %	14.275 14,33 % M 13,37 %	14.082 14,22 % M 13,38 %	13.656 14,08 % M 13,37 %

MADRID DATOS SAAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2013

05/13	06/13	07/13	08/13	09/13	10/13	11/13
13,75 % 6.498.560						
173.003	174.429	173.831	173.156	173.339	173.303	174.844
10,67 %	10,76 %	10,74 %	10,75 %	10,79 %	10,63 %	10,64 %
2,66 % M 3,43 %	2,68 % M 3,43 %	2,67 % M 3,42 %	2,66 % M 3,41 %	2,67 % M 3,40 %	2,67 % M 3,45 %	2,69 % M 3,48 %
167.854 2,58 % M 3,22 %	170.153 2,62 % M 3,22 %	170.446 2,62 % M 3,21 %	170.026 2,62 % M 3,19 %	170.266 2,62 % M 3,18 %	170.583 2,62 % M 3,21 %	172.114 2,65 % M 3,24 %
97,02 % M 93,78 %	97,95 % M 93,86 %	98,05 % M 93,82 %	98,19 % M 93,72 %	98,23 % M 93,64 %	98,43 % M 93,16 %	98,44 % M 93,07 %
42.357 25,23 % M 24,95 %	42.410 24,95 % M 24,83 %	42.393 24,87 % M 24,72 %	42.040 24,73 % M 24,55 %	41.822 24,56 % M 24,38 %	41.726 24,46 % M 24,39 %	42.947 24,95 % M 24,48 %
43.267 25,78 % M 29,59 %	43.335 25,47 % M 29,49 %	43.325 25,42 % M 29,44 %	43.167 25,39 % M 29,44 %	43.047 25,28 % M 29,36 %	42.989 25,20 % M 29,38 %	43.152 25,07 % M 29,42 %
14.094 8,40 % M 8,69 %	13.979 8,22 % M 8,56 %	13.943 8,18 % M 8,45 %	13.842 8,14 % M 8,40 %	13.720 8,06 % M 8,33 %	13.634 7,99 % M 8,14 %	13.327 7,74 % M 8,02 %
39.774 23,70 % M 18,18 %	41.694 24,50 % M 18,38 %	41.984 24,63 % M 18,50 %	42.058 24,74 % M 18,60 %	42.322 24,86 % M 18,75 %	42.718 25,04 % M 18,78 %	43.185 25,09 % M 18,71 %
99.718 59,41 % M 63,24 %	99.724 58,61 % M 62,87 %	99.661 58,47 % M 62,61 %	99.049 58,26 % M 62,39 %	98.589 57,90 % M 62,08 %	98.349 57,65 % M 61,92 %	99.426 57,77 % M 61,93 %

05/13	06/13	07/13	08/13	09/13	10/13	11/13
4.822 5,00 % M 2,28 %	4.769 4,94 % M 2,29 %	4.715 4,84 % M 2,29 %	4.653 4,71 % M 2,30 %	4.590 4,58 % M 2,31 %	4.542 4,43 % M 2,31 %	4.398 4,05 % M 2,23 %
13.308 13,79 % M 13,12 %	13.118 13,58 % M 13,02 %	13.082 13,44 % M 12,95 %	13.384 13,54 % M 12,93 %	13.460 13,43 % M 12,83 %	13.854 13,52 % M 12,72 %	14.660 13,51 % M 12,83 %

ESTUDIO ESTADÍSTICO DEPENDENCIA COMUNIDAD DE						
13	SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	23.156 23,01 % M 13,00 %	23.082 22,91 % M 13,05 %	22.831 22,92 % M 13,07 %	22.683 22,91 % M 13,13 %	22.388 23,08 % M 13,22 %
14	CENTRO DIURNO/ NOCTURNO	12.333 12,25 % M 6,84 %	12.216 12,12 % M 6,91 %	12.153 12,20 % M 6,96 %	12.220 12,34 % M 6,97 %	12.071 12,44 % M 7,02 %
15	ATENCIÓN RESIDENCIAL	19.550 19,43 % M 13,11 %	19.284 19,14 % M 13,14 %	19.107 19,18 % M 13,18 %	19.074 19,26 % M 13,21 %	18.548 19,12 % M 13,10 %
16	PRESTACIÓN ECONOMICA VINCULADA AL SERVICIO	4.632 4,60 % M 6,66 %	5.854 5,81 % M 6,81 %	5.727 5,75 % M 6,88 %	5.590 5,65 % M 6,87 %	5.457 5,63 % M 6,91 %
17	PRESTACIÓN ECONOMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR	20.870 20,74 % M 44,56 %	20.602 20,45 % M 44,36 %	20.374 20,45 % M 44,21 %	20.276 20,48 % M 44,08 %	19.952 20,57 % M 44,02 %
18	ASISTENTE PERSONAL	25 0,02 % M 0,13 %	25 0,02 % M 0,13 %	25 0,03 % M 0,13 %	25 0,03 % M 0,13 %	25 0,03 % M 0,13 %
19	TOTAL PRESTACIONES Y %	100.640	100.766	99.627	99.012	97.012
20	PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES Y %	81.168	81.641	80.759	80.391	78.899
21	RATIO PRESTACIONES/ PERSONAS BENEFICIARIAS	1,24 % 1,26 %	1,23 % 1,24 %	1,23 % 1,26 %	1,23 % 1,26 %	1,23 % 1,26 %
22	% SOBRE TOTAL DE LA POBLACIÓN DE LA CC.AA.	1,25 % 1,63 %	1,26 % 1,61 %	1,24 % 1,60 %	1,24 % 1,60 %	1,21 % 1,58 %

LIMBO NOV. 2013

11.632 PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO Y SIN PRESTACIÓN

			DIC. 2012			NOV. 2013		
6	GRADO III 2012	NIVEL 2	16.890	10,25 %	M 9,83 %	14.539	8,45	M 8,31 %
		NIVEL 1	24.322	14,76 %	15,66 %	21.265	12,36	13,43 %
		GRADO III	1.977	1,20 %	0,55 %	7.143	4,15	2,74 %
7	GRADO II 2012	NIVEL 2	18.273	1,09 %	M 11,68 %	16.120	9,37	M 10,26 %
		NIVEL 1	22.489	13,64 %	17,52 %	20.159	11,71	15,72 %
		GRADO II	2.226	1,35 %	0,70 %	6.873	3,99	3,44 %
8	GRADO I 2012	NIVEL 2	17.415	10,57 %	M 10,56 %	15.592	9,06	M 9,16 %
		NIVEL 1	20.595	12,49 %	15,06 %	18.812	10,93	13,16 %
		GRADO I	2.777	1,68 %	1,16 %	8.426	4,90	5,06 %

MADRID DATOS SAAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2013 (continuación)

22.211 23,02 % M 13,17 %	22.044 22,82 % M 13,16 %	21.992 22,60 % M 13,13 %	21.877 22,14 % M 13,11 %	21.678 21,63 % M 13,07 %	21.784 21,63 % M 13,08 %	21.303 19,63 % M 12,78 %
12.007 12,44 % M 7,09 %	12.075 12,50 % M 7,14 %	12.099 12,43 % M 7,18 %	12.090 12,23 % M 7,20 %	12.065 12,04 % M 7,23 %	12.096 11,81 % M 7,34 %	11.805 10,88 % M 7,31 %
18.837 19,52 % M 13,44 %	18.937 19,61 % M 13,61 %	18.915 19,44 % M 13,94 %	18.719 18,94 % M 13,90 %	18.649 18,61 % M 13,91 %	18.611 18,16 % M 13,99 %	18.636 17,17 % M 13,91 %
5.451 5,65 % M 6,93 %	5.694 5,89 % M 7,07 %	5.790 5,95 % M 7,02 %	5.661 5,73 % M 7,03 %	6.202 6,19 % M 7,15 %	6.622 6,46 % M 7,26 %	8.769 8,08 % M 7,53 %
19.832 20,55 % M 43,84 %	19.931 20,63 % M 43,57 %	20.707 21,28 % M 43,36 %	22.422 22,69 % M 43,39 %	23.555 23,50 % M 43,37 %	24.930 24,33 % M 43,15 %	28.945 26,67 % M 43,28 %
24 0,02 % M 0,13 %	24 0,02 % M 0,13 %	24 0,02 % M 0,14 %				
96.492	96.592	97.324	98.830	100.223	102.463	108.540
78.710	78.998	79.766	80.995	82.363	84.204	87.794
1,23 % 1,26 %	1,22 % 1,26 %	1,22 % 1,26 %	1,22 % 1,26 %	1,22 % 1,25 %	1,22 % 1,25 %	1,24 % 1,25 %
1,21 % 1,58 %	1,22 % 1,58 %	1,23 % 1,57 %	1,25 % 1,57 %	1,27 % 1,56 %	1,30 % 1,57 %	1,35 % 1,60 %

EL COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID ANTE LOS PROCESOS DE REVISIÓN DE REQUISITOS DE LA RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID

PROFESSIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS OF MADRID. MINIMUM GUARANTEED INCOME BENEFIT REVIEW

Por Ignacio Santás y Mar Ureña

Miembros de la Junta de Gobierno del COTS Madrid

La Renta Mínima de Inserción (RMI) de la Comunidad de Madrid es una prestación económica, integrada por la suma de una prestación mensual básica y un complemento variable, en función de los miembros que forman parte de la unidad de convivencia, con objeto de satisfacer las necesidades básicas de la misma, cuando estas no puedan obtenerse del trabajo, o de pensiones y prestaciones de protección social y está recogida en la Ley 15/2001 de 27 de diciembre. Este derecho está acompañado en la Ley por otro que es el derecho a los apoyos personalizados para la inserción social. La revisión periódica del cumplimiento de los requisitos que dieron lugar al derecho a la prestación económica de la RMI está regulada en el artículo 24 del Decreto 14/2002 de 1 de agosto, por el que se aprueba el reglamento de la RMI. En él se recoge que *los perceptores de la Renta Mínima de Inserción deberán acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos al cumplir el año de percepción de la prestación a través de la documentación que se solicite a tales efectos, que será presentada en los centros municipales de Servicios Sociales correspondientes al domicilio del titular, quienes darán traslado al órgano correspondiente de la Consejería competente en materia de Servicios Sociales.*

Esta revisión se había ido realizando regularmente hasta 2012 con carácter anual, de manera sistemática, seleccionando para ello un grupo más o menos numeroso de expedientes, según criterios como la fecha de concesión.

En la segunda quincena de septiembre de 2012, sin previo aviso a los Centros de Servicios Sociales de Atención Social Primaria, la práctica totalidad (se excluyó a personas sin hogar) de las personas titulares de la RMI fueron citadas durante 3 días (2, 3 y 4 de

octubre) para comparecer en los CEPIS (Centros de Participación e Integración) de la geografía autonómica, aportando una documentación en parte diferente a la requerida para la solicitud inicial. En ocasiones los/las perceptores/as fueron citados/as en otros municipios diferentes al de residencia, teniendo en muchos casos que volver posteriormente dadas las dificultades documentales. Se comparecía en un centro público (pero no es un Centro de Servicios Sociales, como recoge el Reglamento), pero ante personal que no eran empleados públicos y en todo caso, ajenos a las familias y al proceso que se había llevado a cabo en materia de Renta Mínima de Inserción.

En aquel momento el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid preparó un informe alertando sobre el riesgo de las suspensiones cautelares masivas y la situación de riesgo que podían generar para las familias y dio seguimiento a la cuestión junto con Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza (EAPN-Madrid).

El Balance de RMI 2012 evidenció nuestra preocupación: 2153 suspensiones cautelares; más del doble de las que se realizaron en el ejercicio 2011 donde solo hubo 933, sin duda alguna, por el proceso descrito.

El proceso de suspensión cautelar deja a las familias sin percibir la prestación económica hasta que demuestren nuevamente que reúnen los requisitos exigidos en la Ley. Aquellas familias que no lo hagan (porque no puedan o porque no los cumplan), verán su RMI extinguida: de hecho, en la misma memoria se describen 1113 extinciones, es decir, que el resto: 1040 de las 2153 (la mitad) demostraron seguir cumpliendo los requisitos, pero estuvieron entre 3 y 6 meses sin percibir el ingreso correspondiente.

Sobra decir que el levantamiento de la suspensión no incluye el cobro de lo no percibido durante los meses de dicha suspensión, lo que supuso una situación muy grave de desamparo en su derecho a las familias.

Por otra parte, y más allá de la obligación de control y fiscalización de la administración, supone un "ahorro", ya que paradójicamente en el contexto de crisis, se finalizó el año 2012 con menos familias perceptoras que al comienzo.

En 2013 nuevamente se ha llevado a cabo un proceso específico de revisión de requisitos, a través de una Encomienda de Gestión a la Dirección General de Inmigración. Aunque así se daba un marco legal al proceso de revisión y ha mejorado la comunicación con los Servicios Sociales de Atención Primaria desde Comunidad de Madrid, se han vuelto a dar situaciones que no facilitaban que las personas cumplieran sus obligaciones ante la administración, por lo que durante todo el año el Colegio de Trabajadores Sociales y EAPN-Madrid ha solicitado la paralización de estos procesos, aunque también han dado seguimiento a la situación y se han reunido con la Consejería en varias ocasiones para presentar propuestas e intentar afinar el procedimiento.

A falta de la publicación del Balance 2013 de RMI, y además se desconoce cómo se llevará a cabo el proceso en 2014 ya que se ha publicado con fecha 30 de diciembre 2013 el cese de la encomienda de gestión, tal y como se había solicitado desde el Colegio y EAPN-Madrid.

PARA 2014

Como hemos señalado, en esta cuestión de las revisiones de requisitos, el Colegio Oficial de Trabajo Social Madrid ha actuado trabajando en red con EAPN-Madrid (Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza), elaborando datos, denunciando la situación ante la Dirección General de Servicios Sociales (que siempre ha mostrado una actitud abierta al diálogo) a la que se ha expresado nuestro rechazo por el modo de estos procesos así como formulado propuestas para que dicha revisión se realizase de manera más garantista; e incluso ante los medios, reclamando el carácter de derecho ciudadano de la RMI cuando alguna declaración desde el gobierno de la Comunidad de Madrid señala grandes bolsas de fraude (que se han demostrado inciertas) entre los perceptores.

Insistir en que ha sido crucial la implicación de los/as profesionales, principalmente trabajadores/as sociales de Atención Social Primaria, que han denunciado y hecho llegar al Colegio las incidencias que se estaban observando en el proceso.

El Colegio y EAPN-Madrid, van a continuar haciendo seguimiento, no solo de los procesos de revisión, sino de todo lo referente a la RMI ya que queremos seguir defendiendo todo el potencial del doble derecho a la garantía de ingresos y a los apoyos personalizados.

Para más información sobre la labor de seguimiento e incidencia en RMI en #YodefiendoRMI en <http://www.comtrabajosocial.com/paginas/yodefiendormi/>

Trabajo Social Hoy es una marca registrada en el Registro de Marcas Comunitarias con número 3028044/3

<p>Temática y alcance de la revista</p>	<p>Trabajo Social Hoy es una revista profesional, que tiene como principal finalidad la difusión de estudios científicos y experiencias profesionales relacionados con el Trabajo Social. La divulgación de sus contenidos está enfocada hacia una red de conexión internacional que permita suscitar debates plurales y el intercambio de experiencias e información relacionada con la profesión. La responsabilidad de esta revista recae en el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, que durante veinte años ha elaborado la publicación, disponible a partir de 2004 en formato digital.</p>
<p>Tipos de trabajos</p>	<p>El contenido de la revista estará dividido en las siguientes secciones:</p> <p><i>Artículos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier. Cuando se especifique una temática concreta. ▪ Temas de interés profesional. Se publicarán artículos de investigación o revisiones bibliográficas. ▪ Intervención y práctica profesional. Artículos en los que se describan programas de intervención, casos y experiencias prácticas. <p><i>Reseñas</i> <i>Información profesional</i></p>
<p>Proceso de selección de artículos y contenidos</p> <p>La selección de artículos y contenidos se llevará a cabo siguiendo el siguiente protocolo de actuación:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de los trabajos realizados en el correo electrónico publicaciones@comtrabajosocial.com, acompañados de una carta de presentación en la que se solicita la evaluación del artículo para su publicación en la sección de la revista que proceda, con indicación expresa de que se trata de un trabajo que no ha sido ni difundido ni publicado anteriormente, y que es enviado únicamente a la revista Trabajo Social Hoy con esta finalidad. La carta debe ir firmada por los autores del artículo. 2. Recibido el texto original por vía electrónica, la Secretaría de la sección de publicaciones del Colegio Oficial de Trabajadores de Madrid notificará mediante email la recepción del mismo, indicando en su caso si procede la realización de cambios en el formato de presentación si no se cumplirán los requisitos mínimos indicados en las instrucciones a los autores. 3. Después de la recepción, la Secretaría de publicaciones procederá a su anonimización para garantizar que los datos de los autores no están disponibles durante la evaluación del artículo.

Proceso de selección de artículos y contenidos

4. El texto será clasificado según las secciones indicadas en el apartado tipos de trabajos.
5. Tendrá lugar la primera evaluación que será realizada por un miembro del Consejo de Redacción, el cual comprobará la adecuación del contenido del artículo con el alcance de la temática de la revista y su calidad en general.
6. El miembro del Consejo de Redacción propondrá dos profesionales evaluadores externos, para realizar la evaluación también de forma anónima. El evaluador emitirá las consideraciones oportunas sobre la calidad del artículo, que se tendrá en cuenta por el Consejo de Redacción. Se dispondrá de un mes para que los evaluadores realicen sus apreciaciones, fundamentadas y constructivas, vía email.
7. El Consejo de Redacción tendrá en cuenta los informes de los evaluadores para adoptar la decisión final. Los autores de los artículos serán avisados por correo electrónico de la aceptación o no del trabajo, con su respectiva fundamentación.
8. Se podrán adoptar cuatro decisiones:
 - a. Puede publicarse sin modificaciones.
 - b. Puede publicarse con correcciones menores.
 - c. Proponer una revisión del mismo para su publicación.
 - d. Rechazar la publicación, proponiendo una reelaboración del mismo siguiendo las indicaciones recibidas.
 - e. Rechazar la publicación.
9. Se informará a los autores de las fechas de publicación de su artículo, en el caso de que fuera aceptado.
10. Los criterios que fundamentan la decisión del Consejo de Redacción son los siguientes: originalidad, importancia de la temática, presentación y redacción.
11. Al finalizar el año la sección de publicaciones publicará las estadísticas de los artículos: número de artículos recibidos, aprobados, rechazados y tiempo promedio desde la recepción hasta su aprobación y correspondiente publicación.

Instrucciones a los autores

Antes de enviar el artículo el autor deberá verificar que el contenido del mismo se adapta a la temática y a los contenidos de la revista. Los manuscritos fuera de este ámbito temático podrán ser rechazados sin que se proceda a su evaluación.

1. Los autores que tengan aceptado un trabajo en la revista podrán enviar su traducción a cualquier idioma diferente al español, la cual se publicará en formato PDF en la revista digital.
2. Las páginas de la revista de Trabajo Social Hoy están abiertas a cualquier tipo de colaboración: Artículos de investigación o de revisión bibliográficas sistemáticas, trabajos de reflexión, experiencias prácticas, colaboraciones especiales y otras secciones como reseñas o cualquier solicitud que pueda considerarse y que reúna los mínimos exigidos para su publicación.
Los trabajos preferiblemente serán enviados en castellano, aunque también se admiten artículos en inglés.
3. Los trabajos se enviarán a la dirección de correo electrónico publicaciones@comtrabajosocial.com en formato Word (.doc o .docx), especificando en el asunto "envío publicación TSH- y añadir el contenido de la revista donde se desea publicarlo". Se deberá acompañar junto con la carta de presentación cuyo modelo está disponible en la página web www.comtrabajosocial.com/publicaciones.
4. El envío de los trabajos presupone, el conocimiento y aceptación de estas instrucciones así como de las normas editoriales.
5. La extensión del texto no deberá superar las 30 páginas a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. Cada artículo deberá incluir palabras clave (cinco) que identifiquen el contenido del texto, para realizar el índice general y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas.
6. El documento será enviado siguiendo el siguiente orden de página como archivo principal: En la primera página se pondrá el título del artículo, resumen y palabras clave. Preferiblemente en castellano y en inglés (la revista ofrece una traducción al inglés de todos los resúmenes). Nombre y apellidos de los autores. Nombre completo de la institución donde trabajan todos ellos, y selección de la persona responsable quien incorporará los datos de correspondencia (dirección postal, teléfono, fax, email). En la segunda página dará comienzo el texto.
7. El artículo irá acompañado, en otro documento aparte, de una carta de presentación, se adjunta modelo al final de la revista.
www.comtrabajosocial.com

**Instrucciones
a los autores**

8. Los manuscritos deberán ser inéditos. 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 ya 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. Todas las referencias de la bibliografía deberán aparecer citadas en el texto. Se evitará la utilización de notas a pie de página, así las referencias deberán aparecer en el cuerpo del texto. Se harán indicándose entre paréntesis el apellido del autor/a en minúsculas, seguido del año y página de la publicación (p.ej., Fernández, 2012: 23). Si dos o más documentos tienen el mismo autor/a y año, se distinguirán entre sí con letras minúsculas a continuación del año y dentro del paréntesis (García, 2008a). Los documentos con dos autores se citan por sus primeros apellidos unidos por “y” (Sánchez y Torre, 2010). Para los documentos con más de dos autores se abreviará la cita indicando solamente el apellido del primer autor seguido de “et al.” (Payne et al., 2003). Cuando se cita a un autor ya citado en otro seguirá la siguiente estructura (Serrano, 2005 citado en Pérez, 2010).

10. 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.

11. Las referencias bibliográficas seguirán las normas APA, según el orden alfabético atendiendo al apellido de los autores. Si un autor tiene diferentes obras se ordenarán por orden cronológico. A continuación se exponen ejemplos de citas bibliográficas correctamente referenciadas:

- Para artículos de revista, p.ej.:

Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Violencia de género y mujeres migrantes en la frontera: el caso de El Paso, Texas. *Portularia*, *XII*, 13-21. Doi: 10.5218/PETS.2012.0002.

Si el artículo además tiene número D.o.i. se añade al final.

- Para libro completo, p.ej.:

Fernández, T., (2012). *Trabajo Social con casos*. Madrid: Alianza Editorial.

- Para capítulos de libro, p.ej.:

García, F.J., y Meneses, C. (2011). Los instrumentos de evaluación. En T. Fernández (Ed.), *Fundamentos del Trabajo social* (pp. 221-250). Madrid: Alianza Editorial.

- Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo no tiene autor, a efectos del orden alfabético se considera por “crisis”, p.ej.:

La crisis económica. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.

- Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo tiene autor, p.ej.: Millás, J.J. (2012, Agosto 26). Dan ganas de morirse. *El País semanal*, p.11.

- Para informes o estudios seriados, p. ej.:

IMSERSO. (2009). *Informe 2008: Las personas mayores en España*. Madrid: Observatorio de personas mayores. IMSERSO.

- Para medios electrónicos en Internet, p.ej.:

INE (2011). *Encuesta Condiciones de Vida*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 12 de enero, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instrucciones a los autores

12. Los cuadros, tablas, figuras y mapas deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo (Formatos: excell o jpg).

13. El Consejo de Redacción 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 oportuno.

14. El Consejo de Redacción de la revista Trabajo Social Hoy y el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los autores cuyos trabajos sean publicados.

Código ético	Visitar http://www.comtrabajosocial.com/publicaciones
Indicadores de calidad	BASES DE DATOS La revista Trabajo Social Hoy aparece indexada en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: – ISOC del CINDOC del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España – Compludoc – Dialnet – Latindex (Catálogo y Directorio) – Psycodoc
	PLATAFORMAS DE EVALUACIÓN DE REVISTAS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades DICE http://dice.Cindoc.csic.es RESH http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS http://ec3.ugr.es/in-recs/
	REPOSITORIOS Google Scholar http://www.scholar.google.es/
	OTROS DATOS DE INTERÉS Trabajo Social Hoy es miembro de CrossRef. www.crossref.org .
Suscripciones y solicitudes La revista Trabajo Social Hoy es una publicación cuatrimestral, que se distribuye gratuitamente a los colegiados de Madrid. Para obtener una información actualizada de cómo obtener la revista a través de suscripciones, privadas o institucionales, o cualquier aclaración relacionada con las mismas, por favor, consulte la página del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid: www.comtrabajosocial.com .	

Trabajo Social Hoy is a trademark registered in the Spanish Office of Patents and Trademarks, entry number 3028044/3.

<p>Subject matter and scope of the journal</p>	<p>Trabajo Social Hoy is a professional journal the purpose of which is to publish scientific studies and professional experiences related to Social Work. The journal's contents are targeted to the international community of people specialised in this field, in order to promote debate and the exchange of experiences and information related to the profession. The journal is the responsibility of the Professional Association of Social Workers of Madrid, which for twenty years has been publishing it regularly. Since 2004 it has been available in digital format.</p>
<p>Type of works accepted</p>	<p>The contents of the journal are divided into the following sections:</p> <p><i>Articles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier. A special section included in some issues, consisting of several articles on a particular subject. ▪ Items of professional interest. Articles about research projects or reviews of books. ▪ Intervention and professional practice. Articles that describe intervention programmes, real cases and practical experiences. <p><i>Brief contributions</i></p> <p><i>Professional information</i></p>
<p>Selection process</p> <p>The selection of articles and other contents follows the protocol set forth below:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Texts are received at the following e-mail address: publicaciones@comtrabajosocial.com. They are to be accompanied by a letter of presentation in which the sender requests review of the article for publication in the appropriate section of the journal. It should be expressly mentioned that the work has not been published or disseminated elsewhere and that for purposes of publication it is being sent only to the journal Trabajo Social Hoy. The letter must be signed by the authors of the manuscript. 2. Upon receiving the original manuscript in electronic format, the secretary's office of the Professional Association of Social Workers of Madrid's publications department will confirm that the manuscript has been received, indicating, if necessary, any changes that must be made in the presentation format, in the event that the manuscript does not fulfil the requirements specified in the Instructions to Authors section. 3. After receiving the article, the secretary's office of the publications department will anonymize the texts, making sure that the authors' name and details are not visible during the manuscript's evaluation.

Selection process

4. The manuscript will be classified according to the sections indicated in the Type of Works Accepted section.
5. The first evaluation will be performed by a member of the Editorial Board. He or she will confirm the suitability of the manuscript's contents as regards the journal's subject matter and the submission's quality in general.
6. The member of the Editorial Board will propose two professionals externals referees, to do the next stage of review, which is also anonymous. This referee will read the manuscript and write up his or her comments and opinion regarding its quality, and forward them to the Editorial Board. Referees will have a period of one month to review and send, by e-mail, their considerations, which must be well-reasoned and constructive.
7. The Editorial Board will take into account the referee's opinion and recommendation as its make the final decision. The authors of the submission will be informed by e-mail of the acceptance or rejection of the article, and of the reasons justifying the decision.
8. There are four possible decisions:
 - a. Publication with no modifications.
 - b. Publication with minor modifications.
 - c. Proposal that the article be thoroughly revised by the authors prior to publication.
 - d. Rejection of the manuscript, proposing that it be reformulated according to the indications made by the reviewers.
 - e. Rejection of the manuscript.
9. Authors will be informed of the date of publication of their article, in the event that it is accepted.
10. The criteria used by the Editorial Board in making its decision are the following: originality, importance of the subject matter, presentation, quality of the writing.
11. At the end of each year the publications department will publish the statistics pertaining to the articles: number of articles received, the number accepted, the number rejected and the average time elapsing between acceptance and publication of each article.

Instructions to Authors

Before sending the manuscript, authors should confirm that the subject matter fits with the themes and contents of the journal. Manuscripts not having the appropriate subject matter can be rejected without evaluation.

1. The authors of articles that have been accepted for publication can also send a version in a language other than Spanish, and such translation will be published in the digital journal in PDF format.
2. The pages of the journal Trabajo Social Hoy are open to all types of contributions: articles on research conducted, systematic reviews of bibliography, reflective pieces, practical experiences, special collaboration projects and other sections, such as brief contributions or any text that may be of interest and meets the minimum requirements needed for publication. Preferably the articles will be sent in Spanish, but also allowed English articles. Preferably the article will be sent in Spanish, but also it will be allowed in English.
3. The works must be sent to the e-mail address publicaciones@comtrabajosocial.com in Word (.doc or .docx), specifying in the subject line "submission publication TSH" plus the contents of the issue number in which you wish to publish it. The submission must be accompanied by the letter of presentation, a form for which is available on the Association's web page, at www.comtrabajosocial.com/publicaciones.
4. By submitting the article, it is assumed that you understand and accept these instructions as well as the publication guidelines.
5. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Each article must include a 5-10 line abstract and five key words that identify the contents of the text (to facilitate preparation of the journal's table of contents).
6. The manuscript must include the information and pages in the order indicated below, all in one file. On the first page will appear the title of the article, in Spanish, followed by: the abstract, also in Spanish; key words, preferably in Spanish and English (the journal provides an English translation of all abstracts); names and surnames of all the authors; full name of the institution in which the authors work; e-mail addresses of all the authors, with one of them also including correspondence details (postal address, telephone, fax). On the second page the text of the manuscript will begin.
7. The article will be accompanied, in a separate document, of a letter of presentation (please use the form provided on the web page, www.comtrabajosocial.com, and on this journal).

Instructions to Authors

8. The manuscripts must not have been previously published. The person signing the article will be held responsible for the article not having been published before or sent to another journal for publication. If the article has been published, this must be mentioned in the article, which should be accompanied by a document - issued by the appropriate body - authorizing its possible reproduction in Trabajo Social Hoy.

9. All the bibliographical references must be cited in the text. The use of footnotes is to be avoided, so references must appear within the text. Such citations must be inserted inside parentheses, indicating the surname of the author in upper case, followed by the year and page number of the publication, for example (Fernández, 2012: 23). If two or more references have the same author and year of publication, they will be distinguished from each other by lower case letters next to the year, inside the parentheses (García, 2008a). The documents with two authors will be cited using the two surnames linked by "and" (Sánchez and Torre, 2010). For references with more than two authors, the citation will be abbreviated, indicating only the surname of the first author, followed by "et al." (Payne et al., 2003). When the citation is of an author cited by another author, the following structure is to be used (Serrano, 2005 cited in Pérez, 2010).

10. When the article uses an acronym to refer to a body or group, the group's full name must appear the first time it is mentioned in the text.

11. The bibliographical references must follow the APA guide, in alphabetical order by author surname. If an author has more than one work, they will be listed in chronological order. Below are some examples of bibliographical references correctly cited:

- For journal articles:

Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Domestic Violence Against Migrant Women at the Border: The Case Study of El Paso, Texas. *Portularia, XII*, 13-21. Doi: 10.5218/PETS.2012.0002.

If the article also has a DOI (Digital Object Identifier), it is added at the end.

- For a complete book:

Fernández, T., (2012). *Social Casework*. Madrid: Alianza.

- For book chapters:

García, F.J., y Meneses, C. (2011). Assessment tools. In T. Fernández (Ed.), *Fundamentals of Social Work* (pp. 221-250). Madrid: Alianza.

- For an article in a newspaper or mass media publication: if the article has no author, for purposes of alphabetical order, the first important word is considered ("economic" in the example):

The economic crisis. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.

For an article in a newspaper or mass media publication: if the article does have an author:

Millás, J.J. (2012, Agosto 26). It makes you want to die. *El País weekly*, p.11.

- For serial reports or studies:

IMSERSO. (2009). Report 2008: *Older persons in Spain*. Madrid: Observatory of elderly. IMSERSO.

- For electronic media in Internet:

INE (2011). *Living Conditions survey*. Madrid: National Institute of Statistics. Extracted January 12, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instructions to Authors

12. The charts, tables, figures and maps should be submitted in a separate document or on a separate sheet. They must be suitably prepared and their location in the article must be indicated.

13. The Editorial Board reserves the right to reject the original works that it deems inappropriate, and also to propose modifications to them whenever it finds such changes necessary.

14. The Editorial Board of the journal Trabajo Social Hoy and the Professional Association of Social Workers of Madrid is not responsible for the opinions and judgements expressed by the authors whose work is published.

Ethical code	http://www.comtrabajosocial.com/publicaciones
Quality indicators	NATIONAL AND INTERNATIONAL DATABASES <ul style="list-style-type: none"> - ISOC, CINDOC - Compludoc - Dialnet - Latindex - Psicodoc
	JOURNAL ASSESSEMENT PLATFORMS CARHUS Plus+. Revistas Científicas de Ciencias Sociales y Humanidades. DICE http://dice.Cindoc.csic.es RESH http://epuc.cchs.csic.es/resh/ MIAR http://bd.ub.es/miar/ IN-RECS http://ec3.ugr.es/in-recs/
	REPOSITORIES Google Scholar http://www.scholar.google.es/
	ANOTHER DATA CrossRef Member. www.crossref.org

Subscriptions, advertising and requests

The journal Trabajo Social Hoy is a quarterly publication distributed free of charge to members of the Professional Association of Social Workers of Madrid. To receive updated information on how to obtain a journal by subscription, either private or institutional, or to clarify any other issue related to subscriptions, please consult the web page of the Professional Association of Social Workers of Madrid www.comtrabajosocial.com.

MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN

Este modelo de carta deberá ser adjuntado junto con el artículo enviado a la revista

Estimada Director/a de la Revista Trabajo Social Hoy:

Revisadas las normas de publicación y las instrucciones facilitadas en la misma, los autores consideramos que la publicación Trabajo Social Hoy es adecuada para la divulgación de nuestro trabajo, por lo que solicitamos se estudie su publicación en la sección:

- Dossier
- Temas de interés profesional
- Intervención profesional
- Reseñas

El **título** del artículo es _____,
y los **autores** del mismo son _____.

La **persona encargada** de mantener la correspondencia con la revista es _____.

con **institución** de referencia _____.

Dirección postal _____.

Tlfo. _____ Email _____.

Página web _____.

Los autores del artículo certifican que este no ha sido previamente publicado en otro medio de comunicación, y que además no ha sido enviado a otra revista para su consideración.

Los autores se responsabilizan del contenido publicado, así como aceptan las modificaciones, que sean oportunas para la publicación del mismo, concluida su revisión.

Fdo.

Autores del artículo

MODEL COVER LETTER

This model cover letter should be sent with the article to the Journal

Dear Director of Trabajo Social Hoy:

Having read the author's instructions and analyzed the coverage of Trabajo Social Hoy, we believe that the Journal is appropriate for disseminating our work. We request that you take into consideration in the section:

- Dossier
- Matters of professional concern
- Professional intervention
- Reviews

The **title** of the article is _____,
and the **authors** are _____

The **responsible person** for correspondence is _____

Reference institution _____

Postal address _____

Tfo. _____ Email _____

Web _____

The authors certify that the article has not been published, in whole or in part, in any other medium.

The authors are responsible published content and accept the changes that are appropriate for the publication.

Fdo.

Authors

MODELO DE HOJA DE EVALUACIÓN PARA LOS ARTÍCULOS RECIBIDOS

EVALUACIÓN	Título del artículo:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Fecha de recepción del informe de evaluación en la Secretaría de la revista:

1. EL TÍTULO DEL ARTÍCULO

SE ADAPTA A LA TEMÁTICA DEL TEXTO.
ANALIZAR LA POSIBILIDAD DE CAMBIARLO.

2. EL RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Todos los artículos deberán tener un resumen y unas palabras clave. Las palabras claves no serán más de cinco y el resumen no deberá exceder de diez líneas. No es estrictamente necesario que el resumen esté en inglés.

El resumen debe ser una síntesis del artículo y deberá estar bien estructurado y realizado.

3. EL CONTENIDO DEL MANUSCRITO

Deberá ser un contenido original, novedoso e interesante para la temática de la publicación. Ver si la temática es adecuada con el alcance de la revista. La extensión de los trabajos no deberá superar las 30 páginas para el texto a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. La bibliografía, gráficos, tablas y anexos irán aparte (en otro documento adjunto o al final del artículo). Sugerir sección en la que poder incorporarlo. Añadir correcciones ortográficas y señalar los párrafos o frases que no se entienden o que no quedan lo suficientemente claros.

4. EXPOSICIÓN DE IDEAS

En el texto las ideas deberán estar bien planteadas siguiendo una estructura lógica. La redacción debe ser adecuada y fluida. Los epígrafes deben estar ordenados. El trabajo deberá estar metodológicamente bien planteado. Se deben exponer los resultados correctamente. Las conclusiones se deben ajustar al contenido del texto. La extensión de cada parte debe estar equilibrada.

5. LAS CITAS	
Comprobar que todas las citas que aparecen en el texto se adaptan a las normas APA, ver las normas de publicación de la revista, y que todas ellas aparecen en la bibliografía.	
6. LAS TABLAS Y LOS GRÁFICOS	
Deberán ser necesarios y aportan información relevante en el artículo. Tiene que tener título y fuente documental. Si es Tabla el título irá arriba, si es figura irá abajo. Deberán estar enumeradas. No deben tener erratas y los datos facilitados se deben visualizar con claridad.	
7. LA BIBLIOGRAFÍA	
En principio el autor deberá quitar los autores que no estén citados en el texto. Hacer sugerencias si procede con respecto a la amplitud o actualización de la misma. Comprobar que se cumplen las normas indicadas en las instrucciones facilitadas a los autores. Comprobar que los autores aparecen en orden alfabético.	
8. OTROS COMENTARIOS QUE SE QUIERAN AÑADIR A LA EVALUACIÓN	
Principalmente aspectos específicos del área o ámbito de intervención.	
9. DECISIÓN DEL EVALUADOR	
Puede publicarse sin modificaciones	
Puede publicarse con cambios menores	
Puede publicarse con cambios mayores	
Es necesaria una reelaboración del contenido para proceder de nuevo a otra evaluación	
Debe rechazarse	

REVIEW SHEET FOR EVALUATING ARTICLES

REVIEW	Title of article:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Date on which article is sent to reviewer::

1. TITLE OF ARTICLE

Confirm that the title fits subject matter. Analyse possibility of changing it.

2. ABSTRACT AND KEY WORDS

All articles must have an abstract and key words. The abstract must be no longer than ten lines and there should be a maximum of five key words. The abstract does not necessarily have to be in English.
The abstract should be a well-structured and well-written summary of the article.

3. CONTENT OF THE MANUSCRIPT

The content must be original, new and of interest to the publication. Check that the subject matter falls within the journal's scope. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Suggest the journal section in which the article might be included. Correct spelling mistakes and point out paragraphs or sentences that are difficult to understand or are not sufficiently clear.

4. EXPOSITION OF IDEAS

The text should discuss the ideas in a clear manner, following a logical structure. The writing style should be appropriate and fluid. The sections should appear in a suitable order. The study should be well planned on the methodological level. Findings should be presented correctly. The conclusions should be faithful to the contents of the text. The various sections should be similar in length.

5. CITATIONS

Confirm that all the references appearing in the text follow APA format (see journal's publication rules) and that all of them appear in the bibliography.

6. TABLES AND FIGURES

They should be used only when necessary and when they provide information that is relevant to the article. They have to have a name and they must specify their source document. In the case of tables the title should appear above it, while in the case of figures it should appear below it. They must be numbered. They should contain no typos and the data provided should be easy to visualize.

7. BIBLIOGRAPHY

In principle the author must remove from the bibliography any authors that are not cited in the text. Make any suggestions that may be needed with regard to the breadth or the up-to-dateness of the bibliography. Confirm that the guidelines appearing in the instructions for authors have been met. Confirm that the authors appear in alphabetical order.

8. ANY FURTHER COMMENTS TO BE ADDED TO THE EVALUATION

These would be primarily aspects specific to the field or area of intervention.

9. REVIEWER'S DECISION

Can be published with no modifications

Can be published with minor modifications

Can be published with major modifications

Content needs to be reformulated and re-submitted for review

Article should be rejected

Hoja de suscripción

TRABAJO SOCIAL HOY

(precios vigentes 2014)

NOMBRE (persona y/o entidad)

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

E-MAIL

FECHA

OBSERVACIONES

COSTE DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

3 números cuatrimestrales

Trabajadores/as Sociales de otros Colegios Profesionales y/o estudiantes acreditando dicha condición	Organismos/ Entidades	Resto	Extranjero
30 €	44 €	40 €	52 €

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 de 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 28013 Madrid

O por Fax: 91 522 23 80, o descargando documento en www.comtrabajosocial.com

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.

Sumario | Contents

Presentación | Presentation

Artículos | Articles

Dossier: Dependencia | Dossier: Dependencia

Metodología, modelos, técnicas y habilidades del Trabajo Social durante la valoración de la dependencia
Methodology, models, techniques and social worker skills during the assessment of dependency levels
Laura Ponce de León Romero y Sergio Andrés Cabello Págs. 7-42

Trabajo Social y cuidadores informales: Análisis de la situación actual y propuesta de intervención
Social Work and informal caregivers: analysis of the current situation and suggested actions
M^a Caridad Fuentes Fernández y Lourdes Moro Gutiérrez Págs. 43-62

Interés profesional | Professional interest

La invisibilidad del Trabajo Social como profesión sanitaria
Social Work's invisibility as a health profession
Luis Manuel Estalayo Martín Págs. 63-72

La medicalización de la violencia de género
The medicalization of gender violence
Natalia Rodríguez Valladolid Págs. 73-86

Intervención profesional | Professional intervention

Aproximación al Modelo Nórdico de Estado de Bienestar: La experiencia de una trabajadora social española en Finlandia
Taking a look at the Nordic Model of the Welfare State: A spanish social worker's experience in Finland
Patricia Fernández Montaño Págs. 87-96

Trabajo Social en los Juzgados de Familia
Social Work in the family courts
Yolanda Antón Gallego Págs. 97-114

Reseñas | Reviews

Título del libro: Trabajo Social con Comunidades y Mujeres Musulmanas: Premisas de la intervención para la plena pertenencia social
Book title: Social Work with Communities and Muslim Women: Premises of the intervention for social membership
Autor: Rubén Darío Torres Kumbrián
Reseña realizada por Laura Martínez Murgui Págs. 115-118

Información profesional | Professional information

Congreso Estatal de Trabajo Social 2013
National Conference of Social Work 2013 Pág. 119

Presupuesto 2014 de la Comunidad de Madrid de la Consejería de Asuntos Sociales y actualizaciones de los datos del Sistema de información de la Dependencia en el año 2013 de la Comunidad de Madrid
2014 Budget Community of Madrid Págs. 120-129

El Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid ante los procesos de revisión de requisitos de la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid
Professional Association of Social Workers of Madrid. Minimum Guaranteed Income
Benedit revised Págs. 130-132

