

Tutela automática (4). Proyecto de ley de prestaciones no contributivas de la Seguridad Social (13). El futuro de las asociaciones sin centros (17). Adinekoak egoitzatan zaintzearen kostua (27). Impacto de la norma penal sobre la oferta y demanda de drogas (32). La descentralización y desconcentración de los servicios sociales en Cataluña (39). Entrevista a Arantza Aguiriano, Gerente de la Fundación Uliazpi (44). Asistencia Geriátrica en Euskadi (47). Tratamiento para familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil (50). El voluntariado en la animación sociocultural de personas con deficiencia mental (63). Necesidades de servicios sociales detectadas con el registro de casos psiquiátricos (73). El educador social en el centro de rehabilitación Manu-Ene (82). Nuestra experiencia en un congreso de sordos (86). La asociación de Gipuzkoa de familiares y enfermos psíquicos (89). Reseñas y comentarios. Aipamen eta irazkinak (93). Comunicaciones. Komunikazioak (110). Normativa. Araudia (112). Bibliografía (120).

ZERBITZUAN

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES

14



EUSKAL GIZARTE-ONGIZATE KONTSEILUA
CONSEJO VASCO DE BIENESTAR SOCIAL

EDITORIAL

ZERBITZUAN

14

ENERO 1991

Varios proyectos de instalación de servicios han encontrado a lo largo del año la oposición de los vecinos de la zona en la que se pretendía ubicarlos. Es el caso de un centro de menores en Bizkaia, de una residencia de ancianos en Araba, o de un centro de atención a enfermos de SIDA en Gipuzkoa. (Para completar el panorama del "Laurak bat" podríamos añadir el rechazo a la ubicación de un vertedero de basuras en Nafarroa.)

Los argumentos esgrimidos en cada caso varían en función de lo que se pretende instalar en la zona, y también en función de las propias características de la zona en cuestión; de manera que es difícil deducir una ley general en base a la casuística planteada.

Lo que no cabe duda es que, al margen de la parte de razón que pueda asistirles a los vecinos para sostener sus posturas, lo cierto es que, en un tiempo en el que tanto se habla de integración social, nuestra sociedad parece cada vez más desinhibida a la hora de expresar sus actitudes de rechazo a los colectivos marginados. En efecto, parece como si cada vez fuera mayor la distancia entre nuestras formulaciones teóricas personales, las nobles declaraciones de principios y las realizaciones prácticas: la homosexualidad está muy bien, siempre que no sea la de mi hijo; el drogadicto se merece una atención digna, siempre que no sea cerca de mi casa, y lo mismo vale para los menores problemáticos o los ancianos enfermos.

Un filósofo ha definido estos tiempos como de cruzadas y plagas. En realidad, con mayor o menor intensidad, todos los tiempos lo han sido. Wliche Foucault, ilus-

AURKIBIDEA

INDICE

- 4 - Tutela automática.
- 13 - Proyecto de ley de prestaciones no contributivas de la Seguridad Social.
JOSÉ ANTONIO ORTIZ OSEGUERA
- 17 - El futuro de las asociaciones sin centros.
PAULINO AZUA
- 27 - Adinekoak egoitzatan zaintzearen kostua.
- 32 - Impacto de la norma penal sobre la oferta y demanda de drogas.
MARÍA EUGENIA ZABARTE
- 39 - La descentralización y desconcentración de los servicios sociales en Cataluña.
EMILIA ALONSO OLAIZ
- 44 - Entrevista a Arantza Aguiriano, Gerente de la Fundación Uliazpi.
- 47 - Asistencia Geriátrica en Euskadi.
JUAN CARLOS CABALLERO GARCÍA
- 50 - Tratamiento para familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil.
M.^a IGNACIA ARRUABARRENA
JOAQUÍN DE PAUL OCHOTORENA
RAMÓN MUÑOZ CANO BARBARA
TORRES GÓMEZ DE CÁDIZ
- 63 - El voluntariado en la animación sociocultural de personas con deficiencia mental.
RAQUEL ELGUETA GÜENECHEA
- 73 - Necesidades de servicios sociales detectadas con el registro de casos psiquiátricos.
J. AGUSTÍN OZAMIZ
- 82 - El educador social en el centro de rehabilitación Manu-Ene.
- 86 - Nuestra experiencia en un congreso de sordos.
MAITE SAGASETA
MERTXE FERNANDEZ
- 89 - La asociación de Gipuzkoa de familiares y enfermos psíquicos.
MAITE IBARRETA
- 93 - Reseñas y comentarios.
Aipamen eta irazkinak.
- 110 - Comunicaciones.
Komunikazioak.
- 112 - Normativa.
Araudia.
- 120 - Bibliografía.

TUTELA AUTOMÁTICA

Desde su introducción en el sistema de protección a la infancia con la Ley de 11 de noviembre de 1987, y por ser la medida más extrema de las aplicables en los casos de desamparo, la tutela automática ha sido siempre aplicada como recurso último, tras agotar las posibilidades de intervención en el medio familiar. Evidentemente, y como bien apunta la propuesta de actuación en el área de la infancia, recogida en el siguiente artículo, para que esa subsidiariedad sea real, deben existir toda una serie de medidas intermedias a las que el trabajador social pueda acudir antes de decidirse a dar el paso definitivo solicitando una tutela automática.

La Ley 21/87, de 11 de noviembre —por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción—, define y regula diversas instituciones de carácter jurídico y social, que modifican los patrones legales sobre las que se sustentaba la denominada "protección de menores" y al mismo tiempo introduce cambios relevantes en el trabajo social realizado por las diferentes instituciones públicas y privadas en el área del menor.

La entrada en vigor de la Ley supone, de hecho, la desaparición de la facultad protectora de los Tribunales Tutelares de Menores. Estos, en los meses subsiguientes a la promulgación, han ido traspasando los expedientes, abiertos bajo la facultad protectora, a las instituciones competentes en materia de protección de menores.

En la actualidad, han quedado desjudicializadas las primeras etapas de la protección de menores, así como la actuación inicial encomendada a las entidades públicas. Los servicios sociales deben intervenir cuando las condiciones en las que se encuentra el menor pongan en peligro su desarrollo, físico, afectivos, etc., adoptando la medida que consideren más beneficiosa para ese menor.

La atención a los menores con carencias socio/familiares y necesitados de protección o ayuda, de acuerdo con esta Ley, corresponde, en primera instancia, a la Administración —Servicios Sociales—, quedando la autoridad judicial en un segundo plano.

La entidad pública a la que, en su respectivo territorio, esté encomendada la protección de menores, le corresponde la Tutela Automática de los menores en situación de desamparo, siendo este el instrumento básico que le va a permitir actuar de acuerdo con las modificaciones legales planteadas.

Esta figura de la Tutela Automática, nueva en nuestra legislación, tiene como características más sobresalientes:

- Se produce "ex lege".
- No precisa de declaración o trámites judiciales.
- Tiene carácter instrumental.
- Es provisional.
- Va dirigida a los menores desamparados.

Cuando los responsables de la patria potestad de un menor incumplen u omiten voluntaria o involuntariamente sus deberes de asistencia provocando en el menor una situación de desatención, la entidad pública queda legitimada, por ministerio de esta Ley, para asumir la tutela del mismo, de forma automática.

Actuación de los Servicios Sociales de la C.A.P.V.

Como consecuencia de la aprobación de la Ley sobre Adopción y Acogimiento Familiar y a partir de 1988, los servicios sociales han debido plantearse y decidir si se producen situaciones de desamparo o no cuando:

- Las condiciones en las que se desarrolla el menor han ido paulatinamente deteriorándose hasta poner en grave riesgo su desarrollo.
- El menor se encontraba falto de una atención suficiente o adecuada hasta poner en grave riesgo su desarrollo.
- Ante la inexistencia de figuras paternas.

En situaciones como las planteadas, las entidades públicas, a propuesta de sus servicios sociales, han intervenido declarando el desamparo y asumiendo la Tutela Automática.

Una vez asumida la Tutela, se han dispuesto las medidas de protección que se han considerado más beneficiosas para el menor, comunicándolo al Ministerio Fiscal. Si los padres se han opuesto a la decisión administrativa, han sido dirigidos a la autoridad judicial para que se resuelva el conflicto de intereses.

Sin haber existido unos criterios formales preestablecidos para determinar la posible aplicación de esta medida, se han constatado en los casos analizados la existencia de:

- Daños graves, constatables y significativos con efectos físicos y/o psíquicos.
- Grave deterioro en la conducta de los padres/tutores, que a pesar de que el menor no haya sufrido daños, éstos podían ser formalmente previstos y el niño presentaría severas perturbaciones si se hubiese permitido que continuara conviviendo con sus padres/tutores.
- Abandono real/inexistencia de figuras parentales.
- Los apoyos ofrecidos a la familia no han surtido efecto o no han sido aceptados por ella, ocasionando graves perjuicios al menor.

Desde un punto de vista cuantitativo, durante 1988 y 1989, en nuestra Comunidad Autónoma se han producido las Tutelas Automáticas que aparecen en los siguientes cuadros:

TUTELAS AUTOMÁTICAS APLICADAS DURANTE 1988/89 EN ÁLAVA

EDAD CAUSA	88	89	6-10 88 89	+ 11 88 90	TOTAL N.º 1988 1989	
Abandono	13	6	1 0	- -	14 56%	6 40,0 %
Desatención	7	3	- 1	1	7 28%	5 34,0 %
Malos tratos	1	2	3 2	- -	4 16%	4 26,0 %
TOTAL N.º %	21 84%	11 75%	4 % 3 16 20 %	1 7%	25 100 %	15 100 %
Total ambos años	32		7	3	42	

TUTELAS AUTOMÁTICAS APLICADAS DURANTE 1988/89 EN BIZKAIA

EDAD CAUSA	0-5 88 89	6-10 88 89	+ 11 88 90	TOTAL N.º 1988 1989	
Abandono	44 32	16 5	9 3	69 55,2%	40 49,4 %
Desatención	29 15	14 13	7 11	50 40%	39 48,1 %
Malos tratos	1 0	3 1	2 1	6 4,8 %	2 2,5 %
TOTAL N.º %	74 59,2% 47 58,1%	33 23,4 % 19 26,4 %	18 18,5 % 15 14,4 %	125 100 %	81 100 %
Total ambos años	121	52	33	206	

TUTELAS AUTOMÁTICAS APLICADAS DURANTE 1988/89 EN GIPUZKOA

EDAD CAUSA	0-5 88 89	6-10 88 89	+ 11 88 90	TOTAL N.º 1988 1989	
Abandono	14 18	1 1	1 0	16 26,2 %	19 31,1 %
Desatención	6 12	18 13	20 13	44 72,1 %	38 62,3 %
Malos tratos	— —	2	1 2	1 1,7 %	4 6,6 %
TOTAL %	20 49,2 % 30 32,8 %	19 31,1% 16 6,2%	22 24,6% 15 36,1 %	61 100 %	61 100 %
Total ambos años	50	35	37	122	

TUTELAS AUTOMÁTICAS APLICADAS DURANTE 1988/89 EN LA C.A.P.V.

EDAD CAUSA	0-5 88 89	6-10 88 89	+ 11 88 90	TOTAL N.º 88 89	
Abandono	71 56	18 6	10 3	99 46,9 %	65 40,9 %
Desatención	42 30	32 27	27 27	101 47,7 %	84 52,8 %
Malos tratos	2 2	6 5	3 3	115,2 %	10 6,3 %
TOTAL N.º %	115 54,5% 88 55,4%	56 23,9 % 38 26,5 %	40 20,7 % 33 19 %	211 100 %	157 100 %

A la vista de los datos podemos destacar que:

- La Tutela Automática ha sido utilizada, fundamentalmente, con los menores de 0-5 años. Las razones

han sido diversas, pero podemos destacar:

- El abandono en el momento del nacimiento.
- El grave riesgo físico del menor.

- Las características "predictoras" de los padres:
 - * toxicomanía grave/crónica
 - * trastornos de la personalidad
 - * deficiencia mental
 - * malos tratos en la pareja

— A nivel global las intervenciones se reparten entre el abandono y la desatención. Los malos tratos no aparecen como motivo de este tipo de intervención.

— La actuación durante 1988 en los 3 T. Históricos es heterogénea:

- La desatención es la primera causa de aplicación de Tutelas en Gipuzkoa, mientras que en Araba y Bizkaia adquiere una importancia mucho menor.
- El abandono alcanza a más de la mitad de las actuaciones en Araba y Bizkaia, mientras que en Gipuzkoa no alcanza más que a un 25%.

— La actuación mediante Tutela Automática sobre los mayores de 11 años es la central en Gipuzkoa, mientras que en Araba es inexistente.

— Las Tutelas aplicadas a los menores de 5 años suponen la casi totalidad de las aplicadas en Araba, siendo su incidencia más moderada en Bizkaia (59 %) y baja en Gipuzkoa (32,8 %).

Globalmente se han aplicado menos Tutelas Automáticas.

Porcentualmente no ha variado sustancialmente la situación durante 1989. Aunque ha habido un aumento en el número de tutelas automáticas para los mayores de 11 años, este incremento resulta poco significativo en términos generales.

La Tutela Automática se dirige a los menores de 6 años, fundamentalmente.

Nos encontramos en 1989 con que, básicamente, se reproduce la situación del año anterior; no obstante se produce un ligero descenso en el abandono a la vez que aumenta un poco la desatención como motivos de aplicación de la tutela automática.

La actuación en los 3 T.H. es heterogénea:

- La situación para Gipuzkoa en 1989 cambia sustancialmente, ya que la mayoría de las intervenciones se han realizado sobre menores de 6 años de edad.

Araba no presenta cambios significativos con respecto a 1988, a pesar de que han producido algunas intervenciones en mayores de 11 años durante 1989.

Tampoco se observan en Bizkaia variaciones importantes de un año a otro; se observa un ligero aumento en el porcentaje de tutelas automáticas realizadas en mayores de 11 años.

- En lo referente a la variable "causa" de intervención podemos decir que:

- Gipuzkoa sigue presentando en 1989 la desatención como primera causa en la aplicación de tutelas, aunque presenta un ligero descenso en el número de intervenciones por este motivo.

- En Bizkaia no se observan cambios fundamentales de un año a otro; por el contrario. Araba sí presenta variaciones considerables, ya que la desatención pasa a ser la primera causa de intervención (41,2%). El abandono sufre un importante descenso (56 a 35,3 %), mientras que los malos tratos presentan un considerable aumento (16 a 23,5%), como causa de aplicación de tutelas automáticas.

■ La reflexión sobre los datos presentados nos lleva a afirmar que:

- No existen referencias fiables para afirmar si el número de tutelas aplicadas es alto o bajo.
- Los datos indican que el tipo de intervención varía de un Territorio Histórico a otro, lo que orienta hacia:
 - Diferente desarrollo en los niveles de recepción.
 - Posible especificidad de la problemática por Territorios, aunque difícilmente puede explicar la totalidad de las diferencias de intervención.

- * Diferente orientación y criterios de los profesionales.
- * Falta de un marco de actuación consensuado.
- * Influencia de la historia heredada: T.T.M., etc.
- * Coordinación con los servicios judiciales.

A lo largo de este tiempo han sido varias las dificultades que han aparecido en la ejecución de esta medida. Entre las más significativas se pueden citar:

- La indeterminación terminológica a nivel legal, ha hecho recaer sobre los servicios sociales la responsabilidad de determinar las líneas de trabajo y las definiciones operativas para poder actuar. Este trabajo ha sido importante, ya que conseguir el "correcto" tipo de evidencia es esencial para las intervenciones forzadas y la suspensión de los derechos de los padres.
- Los límites socio/culturales establecidos a la autoridad paterna, los valores imperantes que es preciso tener en cuenta a la hora de desarrollar unas medidas legales aplicables a la sociedad en general.
- La falta de recursos suficientes de apoyo a la familia, en ocasiones, han conducido a realizar una fuerte intervención institucional no permitiendo respetar el derecho inicial que todo niño tiene a permanecer y crecer en su propia familia.

En general, puede afirmarse que, sólo cuando los recursos existentes y disponibles por los servicios sociales no han conseguido que los padres/tutores se hagan cargo debidamente de sus hijos, se ha recurrido a esta medida que ha supuesto la separación del niño de su medio familiar.

Hacia una nueva definición del trabajo social con la infancia: PROPUESTA

La utilización de un instrumento del tipo de la Tutela Automática debe suponer un profundo esfuerzo por crear una dinámica de trabajo social dirigido a la infancia y a la familia, que garantice que la aplicación de esta medida obedezca única y exclu-

sivamente a la imposibilidad de actuación desde los servicios sociales, educativos, etc., sobre el menor y su familia natural en el hogar de origen, una vez que se hayan agotado todas las posibilidades técnicas y materiales. No podemos admitir que un solo menor sea separado de los suyos argumentando "falta de medios", sean éstos del tipo que sean.

Es imprescindible hacer un esfuerzo por delimitar el concepto de "Tutela Automática" de forma que sirva de referente a los distintos operantes, tanto desde los Servicios Sociales como Judiciales.

Debemos definir e implementar una nueva forma de atención a los problemas y situaciones carenciales, que parta de un abordaje familiar y no exclusivamente de la definición de niño "problema" o "síntoma".

Los Servicios Sociales y el trabajo con la Infancia y la Familia

La evolución en los conceptos de Bienestar Social y de Servicios Sociales, a nivel general, ha tenido su reflejo en el sector de la infancia. Sobre este sector de los Servicios Sociales han confluído diversas tendencias procedentes de las ciencias humanas y sociales que han hecho variar la concepción hasta ahora imperante. El niño es concebido como un ser social en evolución, en continua interacción con su medio del que recibe la provisión de sus necesidades físicas, psíquicas, culturales, sociales, etc. Este medio en el que se encuentra inmerso es complejo y plural, está compuesto por una multitud de elementos que de diferentes maneras le influyen (familia, escuela, barrio, etc.).

Desde esta concepción del niño, es desde donde deben partir los Servicios Sociales, entendiendo que el trabajo con la infancia pasa por un trabajo en y con el entorno del menor. El trabajo social con la infancia deberá incidir, prioritariamente, en la familia. Esta es el ámbito primario en el que se cubren las necesidades tanto físicas como afectivas y está constatado (hasta la saciedad) que es en su seno donde se producen la mayor parte de las situaciones que, por exceso o por defecto, afectan (en los casos que nos ocupan) negativamente al desarrollo de los menores.

Centrarse en la familia permite actuar preventivamente y aprovechar los elemen-

tos y relaciones sanas que en ese núcleo familiar existen; de esta forma se pretende recuperar el grupo para que continúe cubriendo las funciones que le son propias (soporte material, afectivo, educativo, social).

El sistema y los Servicios Sociales

La actuación de los Servicios Sociales tiene una doble dirección:

- Actuación preventiva.
- Intervención con las familias pro ductoras del malestar.

Asumir esta filosofía supone tomar conciencia de que los Servicios Sociales constituyen uno de los ámbitos que influyen y trabajan con la familia, junto a otros como: educación, economía, cultura, sanidad, etc.

Teniendo como referencia los principios que rigen el trabajo social: descentralización, personalización, prevención, integración, etc., parece evidente que el trabajo con la familia debe realizarse desde las unidades más cercanas al ciudadano, es decir, desde los Servicios Sociales de Base (S.S.B.). Estos servicios deben concebirse como los elementos destacados del sistema para la consecución de sus objetivos.

La inexistencia de recursos de apoyo y abordaje de la problemática familiar está conduciendo a los servicios sociales que trabajan con menores, a una contradicción conceptual en su labor y a una falta de efectividad real en sus actuaciones. La intervención dirigida al menor y a su familia se produce sobre situaciones muy degradadas, actuando sobre hechos consumados y tratando de dar respuesta al problema inmediato sin profundizar el origen del mismo. El rol de ayuda es sustituido por el de control, el menor es sacado de su familia sin haber realizado los intentos necesarios, dirigidos al núcleo familiar; de esta forma la Tutela Automática se convierte en un instrumento peligroso, puesto que es el último escalón de una escalera a la que le faltan los peldaños anteriores.

Es importante definir desde dónde se actúa, pero no lo es menos determinar, con claridad, los recursos necesarios a cada uno de los niveles de intervención.

La Tutela Automática

Desde los planteamientos expresados hasta ahora, se puede entender que la Tutela Automática, para los trabajadores sociales, no es una medida, en sí, de trabajo con la familia, sino un medio, una intervención de cirujano que permite proteger, cuando es posible, al menor, para simultáneamente y/o posteriormente seguir más libremente con la familia en aras a su recuperabilidad o a su definitiva postergación.

La obligación de los Servicios Sociales de velar por el Bienestar del Menor hace preciso, en ocasiones, el paso de un rol de apoyo a un rol de control solicitando la aplicación de la Tutela Automática.

El paso al rol de control y por tanto la solicitud de Tutela Automática, en los casos en que la actitud de la familia es más recalcitrante a la intervención o a los cambios, debe producirse tras una intervención exhaustiva de apoyo familiar o social. La aplicación de la medida estará meditada y valorada por los distintos estamentos e irá acompañada de una propuesta concreta de ubicación del menor y de intervención en la familia. Si bien hay situaciones en las que, conocido un caso, dado su carácter de urgencia, no se puede condicionar la actuación a la realización de un estudio.

Factores que inciden en la solicitud de la medida

Tal y como aparece expresado en el apartado anterior, el ejercicio de un rol de control a una familia con la que se lleva tiempo trabajando, la urgencia/prevención con un caso desconocido grave, son los elementos que provocan la solicitud de Tutela Automática. En ambos casos la decisión debe basarse en aspectos objetivables.

A pesar de no ser factible ni real la tipificación de situaciones de intervención con Tutela Automática, por estar éstas sujetas a la graduación del riesgo en cada caso, sí es conveniente considerar diversos factores que inciden o pueden hacerlo en estas situaciones. La gravedad y cronicidad y continuación con otros factores que se señalan, son motivo de intervención por parte de los Servicios Sociales, pero sólo algunos de Tutela Automática si se cuenta con los medios necesarios para su abordaje.

Factores más significativos:

- Inexistencia de figuras parentales y/o abandono.
- Validez de las figuras parentales existentes.
- Edad del menor.
- Daños producidos en el menor.
- Presunción de daños en base a la situación de los padres.
- Actitud de la familia ante el problema.
- Actitud y respuesta de la familia a la intervención institucional.

El siguiente esquema muestra las pautas de exploración, más significativas, de cara a la preparación del expediente.

Pautas para la preparación del expediente

Familia Padres	— Existencia de figuras parentales o tutores
	— Abandono
	— Validez de las figuras existentes
	• Recursos personales
	• Personalidad
	• Comportamiento hacia los hijos o tutelados
	Comisión de daños al menor
	Previsión de que se produzcan
	Fallo en la provisión de cuidados
Familia Extensa	
	• Actitud hacia el acogimiento
	• Nivel de cobertura
	• Validez

Menor	Edad
	Grado de afectación por la situación:
	— físico
	— psíquico

Medio Social	Ambiente cultural
	Estatutos socio/económicos Recursos institucionales

Aspectos concretos para la preparación de un expediente de Tutela Automática

- Documentos iniciales: ficha de datos
 - > extracto de los hechos
 - > avance del informe
- Formulación de hipótesis sobre el caso.
- Respuesta a las preguntas hipotéticas, aspecto crucial sobre el que girará la información.
- Cronología del caso y apoyos ofrecidos a la familia.
- Disponibilidad de la familia para aceptar el tratamiento.
- Informes complementarios (médicos, escolares, laborales, psicológicos).
- Especificación de objetivos.
- Selección de estrategias:
 - Disponibilidad
 - Validez social y ecológica.
- Opiniones técnicas en respuesta a las preguntas hipotéticas.

Servicio Social de Base

De acuerdo con lo establecido en el documento sobre principios básicos de actuación en los servicios sociales para la infancia y la juventud en la C.A.P.V., los Servicios Sociales de Base en relación con la Tutela Automática tendrán en cuenta que:

- El primer objetivo de los S.S.B. es el apoyo y la intervención con la familia en aras a su recuperabilidad.
- Con determinadas familias, junto al rol de apoyo, es necesario ejercer un rol de control.
- Aunque la Tutela Automática no es un recurso propio del S.S.B., éste debe solicitarla al órgano competente cuando haya agotado su capacidad de apoyo, conciliación y control.

PROCEDIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LA TUTELA

(1)	S. SANITARIO	S. ESCOLAR	OTROS SERVICIOS COMUNITARIOS
(2)	SERVICIO SOCIAL DE BASE		
(3)	COMISIÓN TÉCNICA VALORACIÓN		
	ENTIDAD PÚBLICA		
	FISCAL JUEZ		

—La intervención social o seguimiento de la familia a la que se haya aplicado una Tutela Automática u otro tipo de medida debe continuar en el S.S.B. o equipo interviniente para, de esta forma, evitar la dispersión de las actuaciones y las posibles manipulaciones.

—El S.S.B. ejercerá como:

- Detector de problemáticas.
- Agente de estudio, diagnóstico y propuesta de intervención.
- Primer lugar de "tratamiento" y/o de canalización hacia otras instancias.
- Órgano de seguimiento.

—Los S.S.B. necesitarán para realizar sus funciones del apoyo y supervisión de equipos especializados.

La Entidad Pública

De acuerdo con lo establecido en la Ley 21/1987, a la Entidad Pública le corresponden, entre otras, las siguientes funciones:

- Valoración de la situación.
- La Tutela Automática de los menores desamparados.
- Asunción de la "guarda temporal".
- Realizar propuestas de Adopción.

—Promover Acogimientos.

—Información y relación con el Ministerio Fiscal.

En la actualidad, la ejecución de estas funciones difiere de una Comunidad Autónoma a otra. Lo común es que la Tutela Automática se ejerce desde los Departamentos de Servicios Sociales —cualesquiera que sean sus denominaciones actuales— y su aplicación se encomienda a una persona, organismo o comisión.

En el caso de la C.A.P.V., en tanto en cuanto no se promulgue algún tipo de normativa específica, los Departamentos Forales de Servicios Sociales ejercen y aplican la citada medida basándose o por medio de diferentes órganos: Consejo del Menor, Junta de Adopciones, etc.

En el ejercicio y aplicación de la Tutela Automática desde el órgano o persona que represente a la Entidad Pública deberá tenerse en cuenta que:

—No debe confundirse la aplicación de la medida con el trabajo a llevar a cabo con la familia y el menor.

—Debe asegurarse que la labor de apoyo y control directa con la familia y el menor deben promoverse desde los estamentos de la red de servicios sociales más cercanos al ciudadano.

— El órgano competente de la Entidad Pública deberá ejercer como:

- Receptor de las propuestas de Tutelas solicitadas.
- Elemento indicador de criterios de aplicación.
- Responsable de la ejecución de la medida.
- Canalizador de las Tutelas aplicadas al Ministerio Fiscal.

- Responsable de seguimiento (no directo).

— Dicho órgano debe ser mixto entre representantes políticos y técnicos cualificados o deberá contar con una comisión técnica de asesoramiento en la que intervendrán técnicos de los organismos competentes.

Comisión de infancia y Juventud
Consejo Vasco de Bienestar Social

PROYECTO DE LEY DE PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En vísperas de la aprobación de la ley por la que se introducen prestaciones no contributivas en el sistema de la Seguridad Social, se incluyen a continuación la síntesis de las innovaciones aportadas, así como algunos comentarios sobre los aciertos y las insuficiencias que a juicio del autor tiene el nuevo texto legal.

A punto de aprobarse la Ley por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas, creo que puede ser interesante hacer algunas reflexiones sobre esta normativa que, en próximas fechas, será de aplicación en esta Comunidad Autónoma.

En primer lugar, daremos por supuesta la competencia estatal sobre esta regulación, lo cual, en principio, podría ser, por lo menos, discutible jurídicamente, pero para seguir con el tema vamos a admitirlo como legislación básica de la Seguridad Social, ya que en último extremo se atribuye al Estado el determinar qué es Seguridad Social.

OBJETIVO PRINCIPAL Y CONSECUENCIAS

El proyecto de Ley a comentar tiene como objetivo principal el establecimiento y regulación de un nivel no contributivo de prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social, como desarrollo del principio rector contenido en el artículo 41 de la Constitución, que encomienda a los poderes públicos el mantenimiento de "un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos".

Este prioritario objetivo comporta, en general y para esta Comunidad Autónoma, qué colectivos, antes no integrados en la

Seguridad Social, estarán incluidos en este sistema protector a partir de la entrada en vigor de la Ley y con las repercusiones que ello comporta. Fundamentalmente tener derecho, no sólo a una renta económica de la Seguridad Social, sino también a su asistencia médico-farmacéutica y a los servicios sociales.

Otra consecuencia de esta conceptualización y de este cambio será el que la gestión de las prestaciones económicas, tanto de las pensiones de jubilación como de las de invalidez, corresponderá a la Administración General de esta Comunidad Autónoma.

Si se mantiene la política de que sean las Instituciones Forales las que las administren, se deberán producir los cambios normativos necesarios para que estos últimos organismos las gestionen mediante la fórmula de delegación. Hay que tener en cuenta que ninguna Ley vasca otorga competencias de Seguridad Social a las Instituciones Forales. Por ello se debería establecer alguna de las alternativas previstas en la Ley de Territorios Históricos:

1. La prevista en su artículo 12, que literalmente dice: "La Comunidad Autónoma, mediante Ley de su Parlamento y en los términos que la misma establezca, podrá transferir o delegar a los Órganos Forales de

los Territorios Históricos competencias no atribuidas a los mismos por la presente Ley".

2. La prevista en su artículo 13: "El Gobierno Vasco, por propia iniciativa o a solicitud de los Órganos Forales de los Territorios Históricos, podrá delegar en las Diputaciones Forales, con el alcance y duración que se establezca en el correspondiente Decreto, la gestión y prestación de servicios de su competencia.

En todo caso, el Gobierno se reservará las siguientes facultades:

- a) Dictar Reglamento de ejecución.
- b) Establecer directrices y elaborar programas de gestión.
- c) Recabar información sobre la gestión, y formular requerimientos para subsanar las deficiencias observadas".

UNIVERSALIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

Otro de los fundamentos, expresados en la Exposición de Motivos del actual Dictamen de la Comisión del Congreso sobre esta Ley, es el de que con esta Ley se pretende, en definitiva, la universalización de las prestaciones.

Justificando esta pretendida universalización en el hecho de que da respuesta a una aspiración social de solidaridad, "ya que la sociedad demanda la garantía de pensiones públicas para todos los ancianos o inválidos sin recursos que, por las causas que fueran, no acceden a las prestaciones hoy vigentes", se dice, además, que de esta forma se sintoniza con las orientaciones que se dan en el ámbito internacional.

Hay que decir, sin embargo, que en este razonamiento encontramos una incongruencia: o bien la sociedad de este País no sintoniza con las orientaciones de las Organizaciones Internacionales competentes en esta materia, o bien no se ha querido o no se ha podido interpretar correctamente esas orientaciones.

Digo esto, porque las diferentes Organizaciones inter o supranacionales vienen

recomendando que la Seguridad Social extienda su ámbito, con el doble propósito de garantizar a los trabajadores el mantenimiento de ingresos proporcionales a los obtenidos durante su vida activa y, al propio tiempo, asegurar a los ciudadanos, particularmente a quienes se encuentran en estado de necesidad, unas prestaciones mínimas.

Como se ve, estas recomendaciones no discriminan a los ciudadanos entre ancianos e inválidos por una parte y el resto de los ciudadanos en estado de necesidad por otra.

Más aún, los ancianos e inválidos lo que pueden estar es infraprotegidos, pero, al fin y al cabo, protegidos, y, sin embargo, hay otros colectivos en estado de necesidad, realmente, no protegidos por el sistema de Seguridad Social.

En concreto, la O.I.T. es clara en este sentido cuando recomienda, en su documento "La Seguridad Social en la perspectiva del año 2000", "que garantizar a todos los residentes un ingreso mínimo se acepte como el gran objetivo de la política de seguridad social a alcanzarse antes del año 2000... la persistencia de la pobreza es especialmente inadmisibles en sociedades prósperas. Los pobres tienen derecho a una vida de calidad aceptable que les permita asumir plenamente su papel de miembros de la sociedad del país en que viven".

Por otra parte, a nivel interno, no se debería olvidar que, con esta Ley, se pretende desarrollar el principio rector contenido en el artículo 41 de la Constitución, y éste establece que "los poderes públicos mantendrán un régimen de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo".

Por tanto, nos felicitamos porque se amplíe y garantice más, jurídicamente, la protección a ancianos e inválidos, pero, al mismo tiempo, nos desilusionamos por no protegerse de igual forma al resto de colectivos o personas que lo necesitan.

NUEVA REGULACIÓN

Resumidas y entresacadas del Proyecto de la Ley de referencia, las peculiaridades de la nueva regulación son las siguientes:

a) *Pensión de jubilación no contributiva*

Requisitos:

1. Residencia legal en territorio español durante 10 años entre la edad de 16 años y la edad de devengo de la pensión, de los cuales 5 deberán ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la solicitud de la prestación.
2. 65 años de edad.
3. Carecer de rentas o ingresos en cuantía superior a los límites establecidos para la prestación. (Si el beneficiario está integrado en una unidad de convivencia, se computan los ingresos de todos los miembros de la misma. En tal supuesto, dicho límite se eleva en un 70 por ciento por cada uno de los demás integrantes de la unidad económica. Cuando la convivencia se produzca entre el solicitante y sus descendientes en primer grado, los límites de acumulación de recursos serán equivalentes a dos veces y media de la cuantía que resulte de aplicar lo dispuesto anteriormente).

Cuantías para el primer año:

-364.000 pesetas anuales (26.000 pesetas mes x 14 pagas). (Hay que tener en cuenta reglas especiales para más de un beneficiario en la misma unidad económica o para la superación del límite de acumulación de recursos).

b) *Pensión de invalidez no contributiva*

Requisitos:

1. Ser mayor de 18 años y menor de 65 años de edad.
2. Residir en territorio español y haberlo hecho durante 5 años, de los cuales 2 deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de la pensión.
3. Estar afectados por una minusvalía o por una enfermedad crónica en un grado igual o superior al sesenta y cinco por ciento.
4. Carecer de rentas o ingresos suficientes (igual que para pensión de jubilación).

Cuantías para el primer año:

- 364.000 pesetas anuales, con las mismas especialidades que para la pensión de jubilación no contributiva.
- Incremento de un 50 % a los afectados por minusvalías o enfermedad crónica igual o superior al 75 % y que necesiten el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida.

Por otra parte, la Ley modifica sustancialmente las prestaciones familiares por hijos a cargo. Sus características principales son las siguientes:

Prestaciones familiares por hijo a cargo:

— Requisitos:

Modalidad contributiva:

1. Trabajadores afiliados y en alta en la Seguridad Social o situación asimilada al alta.
2. No percibir ingresos superiores a un millón de pesetas. (La cuantía anterior se incrementará en un 15 % por cada hijo a cargo, a partir del segundo, éste incluido).
3. También los pensionistas que no perciban ingresos superiores a la cuantía indicada en el apartado anterior.

Modalidad no contributiva:

1. Residir legalmente en territorio español.
2. Tener a cargo hijos menores de 18 años o afectados por una minusvalía en un grado igual o superior al 65 %.
3. No percibir ingresos anuales, de cualquier naturaleza, superiores a un millón...
4. No tener derecho, ni el padre ni la madre, a prestaciones de esta misma naturaleza en cualquier otro Régimen público de protección social.

— Cuantías:

- 36.000 pesetas anuales por hijos menores de 18 años válidos.

- 72.000 pesetas anuales, cuando el hijo a cargo sea menor de 18 años y el grado de minusvalía sea igual o superior al 33 %.
- 312.000 pesetas años, cuando el hijo a cargo sea mayor de 18 años y esté afectado por una minusvalía en un grado igual o superior al 65 por ciento.
- 468.000 pesetas año, por hijo mayor de 18 años, afectado por minusvalía igual o superior al 75 % y necesidad de concurso de otra forma para realizar los actos más esenciales de la vida.

(A pesar de estar recogido como requisito general, el límite de recursos económicos queda exceptuado a continuación, para estas tres últimas prestaciones económicas.)

Una vez expuestos los requisitos y las cuantías de estas nuevas prestaciones, hay que tener en cuenta que la percepción de las asignaciones económicas por hijo a cargo minusválido será incompatible con la condición, por parte del hijo minusválido, de pensionista de invalidez en la modalidad no contributiva, así como con la de beneficiario de las pensiones asistenciales o de los subsidios de la LISMI.

SITUACIÓN LEGAL UNA VEZ SE APRUEBE LA LEY DE PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS

Como en la mayor parte de las Leyes, también en ésta, las Disposiciones Adicionales, Transitoria y Derogatoria necesitan de un estudio detallado y pormenorizado, por las consecuencias que de las mismas van a resultar.

Será necesario ese estudio en profundidad de dichas Disposiciones, pero de su simple lectura, en lo que respecta a minusválidos y ancianos, resulta:

1. Se derogan los artículos, de la Orden de 8 de Mayo de 1970, que regulan la aportación económica a los, entonces, denominados "subnormales", por lo que desaparece definitivamente esta prestación y queda integrada en la pensión de invalidez no contributiva o, en su caso, en las prestaciones familiares por hijo a cargo.

2. Quedan suprimidos el subsidio de garantía de ingresos mínimos y el subsidio por ayuda de tercera persona, previstos en la Ley 13/82, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos.

No obstante, quienes tuvieran ya reconocido el derecho a estos subsidios, continuarán en el percibo de los mismos en los términos y condiciones que se prevén en la legislación específica que los regula, a no ser que los interesados pasen a percibir una prestación no contributiva, en cuyo caso serán incompatibles ambas prestaciones.

3. Tanto la condición de beneficiario de pensiones no contributivas de la Seguridad Social como la percepción de las asignaciones económicas por hijo a cargo minusválido, serán incompatibles con las pensiones asistenciales reguladas en la Ley de 21 de julio de 1960 (en el País Vasco, el Fondo de Bienestar Social).

Sin embargo, esta normativa, no se deroga, por lo que se deberá seguir aplicando a quienes la soliciten y reúnan los requisitos.

Todo este pequeño "galimatías" de prestaciones semejantes va a requerir un gran esfuerzo interpretativo a los Gestores y responsables de todas estas prestaciones y va a suponer una oscuridad, superior a la que ya existía, tanto para los Gestores como para los ciudadanos en general.

Estimo que se debería haber hecho un superior esfuerzo y haber intentado integrar los sistemas existentes con el que se crea actualmente, para, de una vez por todas, haber clasificado y regulado convenientemente el primer nivel de prestaciones mínimas, sin pérdida de derechos adquiridos por parte de los beneficiarios y respetando las competencias autonómicas en estas materias.

José Antonio Ortiz Oseguera

EL FUTURO DE LAS ASOCIACIONES SIN CENTROS

El de unas asociaciones sin centros ¿puede ser interpretado como un feliz horizonte, la "tercera etapa de Wolfensberger", resultado del trabajo reivindicativo y de mentalización social, en el que, finalmente, podrán permitirse la opción de dedicarse a sus auténticas funciones asociativas?

La gestión de servicios ¿sirve para cohesionar a los padres para dar vida a las asociaciones, y, en consecuencia, carecer de centros significa languidecer?

Paulino Azúa, director gerente de la FEAPS, introduce aquí elementos más que suficientes para un futuro debate.

No es infrecuente que algunos dirigentes asociativos se planteen la realidad de su respectiva asociación a partir de un momento determinado, en el que, aunque la organización disponga de servicios, carece de una base física para los mismos. Dicho de otra manera, no tiene centros.

Naturalmente, esta realidad es poliédrica y, en consecuencia, cada caso responde a circunstancias diferentes, más o menos positivas según los propios responsables, y también, a veces, más o menos traumáticas.

La realidad que comporta una asociación sin centros se vive de distinta manera, según sean los factores que han ayudado a conformar esa realidad. Sobre ella se han ofrecido diferentes hipótesis y los teóricos del asociacionismo en el mundo de la deficiencia siempre tienen, como elemento recurrente, el invocar a Wolfensberger y su teoría de la tercera etapa en el desarrollo de las asociaciones.

No estoy seguro que sea o deba de ser necesariamente así. En algunos casos será la tercera fase, en otros será la déci-

ma, pero también podrá ser el prólogo de una dimensión asociativa diferente.

Este trabajo pretende realizar una aproximación, a todo ello, como marco de la reunión que se va a celebrar estos días. Es posible que sus tesis no sean compartidas o que el análisis que contiene no resulte correcto. En esos casos, sería útil profundizar en el debate de manera que existan más opiniones y mayores elementos que contribuyan a dinamizar un debate que, en todo caso, me parece útil para el mundo de las asociaciones que actúan en el campo de la deficiencia mental y, tal vez, en algunos otros con los que guardan una estrecha relación.

Las asociaciones y los centros

Aunque sólo sea para clarificar conceptos, quiero aclarar qué entiendo, a los efectos de este trabajo, por un centro. En la idea que yo tengo de la cuestión, un centro es un edificio, instalación, etc., propia o alquilada, distinta de la propia sede social de la asociación, en donde ésta presta un servicio a un colectivo de personas

con deficiencia —en régimen de internado o ambulatorio— del que es responsable económica y laboralmente la propia asociación. Al propio tiempo, tanto por vía de subvención o de convenio, la asociación percibe ingresos económicos de una o varias administraciones públicas como compensación a los servicios que se imparten en dichas instalaciones.

Posiblemente la configuración que acabo de hacer sea susceptible de enmiendas y aclaraciones, pero creo que es suficientemente ilustrativa como para poner de acuerdo al autor y al lector en torno a esta materia.

En bastantes casos, la idea de asociación va unida a la idea de centro y, con independencia de que, cronológicamente, surja uno antes que otro o al revés, en los momentos iniciales no cabe una separación entre ambos, porque en la idea de los promotores nacen, no unidos, sino fundidos. Quiero aclarar que esta fusión se produce entre asociación y centro, no centros. Estos se crean con posterioridad.

La Génesis

Tanto hace veinte o treinta años como en mil novecientos noventa, una de las razones de la creación de la asociación es la conveniencia de un grupo de personas, más o menos directamente afectadas por la deficiencia mental, para intentar solucionar un problema de características similares. La creación de una escuela, un centro ocupacional, etc., es el elemento aglutinante que reúne a los fundadores para realizar esa acción conjunta.

Se escapa al esquema que me he trazado el entrar a examinar aquí las motivaciones de por qué esas personas se unen con carácter autónomo y no se funden en organizaciones ya existentes, o deciden crear un centro ignorando otros cuyo funcionamiento conocen.

Suele haber diferentes tipos de motivaciones que no siempre tienen las mismas dosis de legitimidad pero, insisto, su mera enunciación llevaría este trabajo a otros derroteros diferentes de los inicialmente previstos.

El hecho es que, con independencia de las motivaciones, un grupo de personas se una para poner en marcha un proyecto común. Como el proyecto necesita un sopor-

te jurídico, una "percha", se acude a la fórmula asociativa como la más práctica. En este caso, la asociación es el elemento de que se dispone en primer lugar y es desde la asociación desde donde se acomete la creación de un servicio al que también hay que buscar una base física y dotarle de una estructura. Surge así el centro.

Sin embargo, esta cronología puede ser de otra manera. A veces ha existido antes el centro. En algunos casos éste era propiedad de una persona que lo explotaba con fines mercantiles —legítimos en todo caso— o de un grupo de personas —profesionales— que se responsabilizaban de su gestión.

Tampoco ahora pretendo entrar en los intrincados vericuetos de las motivaciones. Baste señalar cómo, en un determinado momento, el centro no puede seguir subsistiendo de acuerdo con los patrones existentes, en general por razones económicas y estructurales, lo que aconseja la creación de un instrumento jurídico que dé soporte al centro. Surge así, más o menos independiente, más o menos teledirigida, una nueva asociación.

En la primera hipótesis que acabo de exponer el centro surge vinculado a la asociación. En la segunda es al revés. Es la asociación la que nace vinculada al centro. Esta vinculación va a marcar, de manera muy estrecha, unas relaciones de interdependencia que será necesario tener muy en cuenta a la hora de examinar el proceso de desvinculación asociación/centro y se intenta esbozar las consecuencias que puedan derivarse de la misma.

También cabe otra hipótesis, aunque sea menos habitual. La de la asociación que nace sin el propósito de crear ningún centro. Esta voluntad inicial puede verse mantenida en el futuro. Con el paso del tiempo, la asociación se reafirma en su política y se mantiene como una estructura no gestora de centros, aunque sí dispensadora de servicios, o bien puede verse alterada esa voluntad inicial por una realidad que la quiebra y la obliga a intentar remediar necesidades comprometiéndose en una gestión no querida aunque asumida.

La no política asociativa

Esta especie de simbiosis asociación/centro es contemplada por los responsables y directivos de las asociaciones de

distinta forma, aunque sean dos los enfoques más corrientes.

Hay directivos que no conciben la asociación sin el centro. ¿Para qué una asociación de esas características? "Es el centro —o los centros— el que une a los socios y da cuerpo a la propia organización". "Además, el centro es el que genera recursos sin los que no cabría realizar ninguna otra actividad", "la asociación no sería conocida", "no tendríamos acceso a la Administración", etc. Estas son algunas opiniones que, por comunes, resultan suficientemente conocidas.

Otros, por el contrario, consideran que la asociación mantiene sus centros, porque no queda más remedio, porque la calidad de los centros públicos es peor, pero si mejorase se podrían ceder, o porque, sencillamente, la Administración, que es quien los subvenciona, se ahorra un costo importante, porque la gestión privada es un procedimiento que, hasta la fecha, se ha venido demostrando —salvo excepciones— más barato que la gestión pública.

Quiero hacer notar que estoy poniendo de relieve la opinión de los directivos y no la filosofía asociativa que, sobre este particular, creo que no existe, y en aquellas zonas del país donde existe, no es uniforme.

Esta falta de filosofía general hace que la gestión o no de los centros sea un elemento que, a pesar de la importancia que tiene en sí mismo, es coyuntural para la mayoría de las asociaciones. Voy a exponerlo esquemática y descarnadamente para que se entienda bien: si la financiación es suficiente y no se plantean excesivos problemas de gestión o de estructura no hay inconveniente en mantener el centro; si aquélla se queda corta o surgen otro tipo de dificultades, la asociación se replantea su realidad e inicia una acción de presión cerca de la administración correspondiente que lleva aparejada la amenaza de "entregar las llaves", frase que se ha hecho famosa en el sector. Lo curioso es que la administración también está comenzando a aprender cuándo el sector privado "juega de farol".

El hecho es que son escasas las asociaciones que han mantenido un debate en profundidad sobre esta cuestión y, en consecuencia, han establecido su estrategia posterior, tanto en el sentido de potenciar su capacidad para afianzar la gestión o, al contrario, de ir disminuyendo esta capaci-

dad para, mediante una política de cesión de centros, actuar dentro del campo de la deficiencia desde otros planteamientos.

La no política pública

A modo de reflexión complementaria, he de añadir que tampoco la Administración —las administraciones— ha ayudado a que las asociaciones tengan clara su línea de acción.

Por lo general, las leyes de servicios sociales de las diferentes comunidades autónomas están cortadas por el mismo patrón y se adaptan a todas las tallas, es decir a todas las estrategias. De hecho, se ha podido comprobar cómo determinadas comunidades han variado sus planteamientos de manera radical y, al encontrarse con un sector privado responsable y con capacidad, han abandonado planteamientos de reforzar los servicios públicos —entendiendo éstos como gestión pública— para descansar, al menos en el campo de la deficiencia mental, en la responsabilidad gestora del movimiento asociativo.

Así pues, hay que constatar la existencia de estos bandazos en los criterios del sector público que explica, aunque no disculpa, la carencia de una política definida en el campo asociativo en torno a la gestión de los servicios.

Naturalmente, cuando la Administración toma una decisión en torno a la gestión, que no siempre suele estar pactada con el sector afectado, genera unas consecuencias que recaen directamente en las asociaciones y que, en parte, sólo en parte, son a su vez causa del desconcierto al que me voy a referir en apartados posteriores.

Adiós a los centros

En esta indefinición de objetivos, tanto de los organismos políticos como de los asociativos, la gestión de los centros cambia de manos, desde mi punto de vista, con excesiva facilidad. El camino de lo público a lo privado y, con más frecuencia, de lo privado a lo público, se recorre más a impulsos o conveniencias del momento que como consecuencia de un diseño elaborado entre ambas partes.

No voy a insistir en ello, sino en las consecuencias derivadas del dejar en otras manos la gestión de un centro que ha podi-

do ser un elemento esencial, que incluso ha servido para nuclear la asociación. También ha podido tener una importancia menor. Sin embargo, las consecuencias prácticas —no las emocionales— pueden ser similares, ya que no dependen tanto de la importancia que en sí haya tenido el centro, aunque también, sino de la forma en que el cambio de gestión se haya producido. En mi opinión, esto —la forma— junto con el contexto y la estructura de la asociación resultan fundamentales. Lo comento con brevedad en los epígrafes que siguen.

La consecuencia de una estrategia

Por diversas razones, los responsables de una asociación pueden llegar al convencimiento de que no es bueno ni para ésta ni para el centro que la gestión del mismo siga siendo una responsabilidad únicamente asociativa.

Este convencimiento puede ser el resultado de un proceso de análisis interno, o la consecuencia de un diálogo con la Administración correspondiente o, en la mayoría de los casos, ambas cosas a la vez.

El hecho es que, bien por razones estrictamente ideológicas o coyunturales —como medida de presión—, la asociación decide y consigue trasladar la responsabilidad gestora del centro a la esfera pública, por lo general con algún tipo de colaboración asociativa. Es decir, que casi nunca el abandono del centro o la dejación de responsabilidades es total.

Este caso que, de acuerdo con el título, se puede denominar convencionalmente como "la consecuencia de una estrategia", resulta el menos traumático para la asociación precisamente porque ha sido ella la impulsora y la instigadora del cambio.

Las consecuencias prácticas, sin embargo, pueden ser negativas si los responsables asociativos que han sido capaces de pensar en el mañana no se han asomado al día después. Se ha realizado un esfuerzo importante al dejar un centro —a veces emblemático de la asociación— y como consecuencia del mismo la asociación puede salir reforzada en su imagen social, siempre y cuando sepa a qué nuevo objetivo va a dirigir unas energías que han quedado liberadas como consecuencia del cambio. Pero, si no lo sabe, si no ha preparado el pasado mañana, puede encontrarse en una

situación desfavorable en la que su imagen quede malparada ante sus socios, ante la comunidad y ante la propia Administración.

Con todo, hay que presumir que quien se decide a dar un paso de esta naturaleza tiene siquiera esbozado un planteamiento de nuevas actividades o el reforzamiento de las antiguas.

La imposición

No siempre las cosas se desarrollan de forma favorable para la asociación, quien puede encontrarse con que, como consecuencia de determinadas circunstancias, se le impone, en forma más o menos velada, que ceda a otra instancia, por lo general pública, la gestión de todos o algunos de sus centros.

Sin ninguna pretensión exhaustiva, cabe señalar cómo tal imposición puede estar motivada por:

a) Incapacidad manifiesta en la gestión, sobre la que se reciben continuas quejas por parte de los familiares de los usuarios o de ellos mismos, en la medida en que puedan expresarlas.

b) Imposición de la Administración correspondiente como consecuencia de un diseño de servicios (sociales, educativos, etcétera) que la asociación no está dispuesta a admitir o bien, sencillamente, que la Administración tampoco está dispuesta a consentir que sigan en manos privadas.

c) Insuficiencia de financiación por parte de los organismos públicos que rara vez será inocente sino que estará motivada por criterios políticos o será consecuencia de una tarea de "acoso y derribo" del organismo público hacia la Administración, sin que el término taurino utilizado pretenda juzgar la bondad o malicia de tal hecho. Dicho en otros términos, habrá casos en los que esté absolutamente legitimado. En otros no.

Sean cuales fueren las motivaciones que generan el hecho, la consecuencia es una asociación que vive esta cesión forzosa como una "agresión" por parte de la Administración ante la cual no suele quedar con buena imagen sin que sea capaz, al propio tiempo, de inclinar a su favor la balanza de la opinión pública. No suele tener medios para ello porque, por lo gene-

ral, insisto, por lo general, las víctimas de estas situaciones suelen ser asociaciones no excesivamente potentes ni bien estructuradas.

Las características de la asociación

Este elemento es, en mi opinión, otra de las caras del problema.

No es lo mismo que una asociación que, con carácter voluntario o forzoso, cede la gestión de un centro tenga ámbito local o provincial, ni que, al propio tiempo, gestione más centros, o disponga de otro tipo de servicios, posea o no una estructura fuerte, tenga unos socios que son capaces de colaborar en las tareas asociativas, estén motivados, etc.

En definitiva, cada problema que se suscita a una asociación que "se queda sin centros" habría que analizarlo predominantemente en función de qué asociación es, cómo está compuesta, dónde actúa, etc.

El hecho de que esta ponencia no tenga por finalidad suministrar recetas ni remedios me permite no incurrir en contradicción con el párrafo anterior. Este trabajo, ya lo he dicho, pretende ser una reflexión, no un recetario de soluciones.

Algunos problemas

Una asociación que se encuentra en una coyuntura como la que vengo describiendo tiene, por lo menos, tres tipos de problemas:

- De redefinición de objetivos.
- De estructura.
- De financiación.

En este caso, el orden no es indiferente y me parece que es así como deben intentar abordarse tales problemas. El hacerlo de otra forma, el alterar el orden, es causa, como vamos a ver, de importantes desajustes.

La redefinición de objetivos

En un tono crítico, he de decir que hablar de redefinición puede ser un eufemismo o una merced que hago a alguna asociación. Redefinir, como es sabido, quie-

re decir volver a definir, hacerlo de nuevo. Es un eufemismo hacer mención a redefinir objetivos en los casos de algunas asociaciones que nunca, previamente, los habían definido.

"La Diputación se ha quedado con nuestro centro. Y ahora ¿qué hacemos?". Esta frase la he escuchado a más de un directivo de asociación para quien ésta comenzaba y terminaba en un centro. En muchos casos este centro era una iniciativa personal suya, era "su" centro. Naturalmente, en este caso, la redefinición de objetivos entra más en el terreno del psicoanálisis que en el de la organización. Y lo digo desde el respeto que me merecen muchos directivos que han dejado horas de esfuerzo en la puesta en funcionamiento de un centro sin las que éste no existiría.

Sin embargo, la realidad es muy dura y acaba enfrentando a los responsables de la asociación con una primera necesidad que consiste en orientar de nuevo su tarea, buscar focos de atención diferentes, maneras de trabajar distintas.

Para ello, disponen de un primer instrumento: los propios estatutos de la asociación que suelen enunciar un conjunto de metas más o menos utópicas hacia las que orientar el trabajo. El problema se suscita porque casi nadie en ese momento cae en la cuenta de que existen tales estatutos. Otras veces ocurre que éstos fueron redactados para salir del paso, para cumplir un requisito administrativo y son tan escasos o tan utópicos que ni siquiera sirven como marco de referencia.

En todo caso, la asociación puede dirigirse a otras asociaciones de su entorno, analizar lo que están haciendo y examinar en qué medida pueden o deben sus dirigentes realizar algo similar.

Porque, lo que verdaderamente es importante, es que se produzcan una reflexión y un debate sobre cómo continuar, supuesto que exista una población de personas con deficiencia mental que precisen algún tipo de atención o de acción colectiva en su favor.

Normalmente, siempre se encontrará con que es necesario hacer algo, pero puede ocurrir que no sea así y que un análisis ponderado de la situación lleve a los miembros de la asociación a la conclusión de que ésta no es necesaria. En este caso,

será preciso tener la valentía y la honradez suficiente para acometer su disolución.

Los cambios de estructura

Normalmente, unos nuevos objetivos traerán consigo un cambio en la estructura. Conviene alertar a las asociaciones para que no se produzca el hecho contrario: el deseo de mantener una estructura determinada hace que se modifiquen los objetivos de forma que éstos son una función de aquélla en lugar de ser ésta un instrumento de dichos objetivos.

En estos supuestos de crisis, las estructuras tienen sus propias inercias, que no son fácilmente alterables y, con más frecuencia de lo deseable, supeditan la asociación a sus intereses en lugar de ser justamente al revés. Naturalmente, cuando hablo de la estructura me estoy refiriendo básicamente al estamento profesional, aunque no únicamente. También los directivos tienen un papel importante que jugar en este caso y son elementos, a veces, determinantes del proceso.

Si la asociación no ha previsto el futuro, reestructurar la asociación suele implicar redimensionar, por lo general, hacia menos. Es decir, reducir personal, a veces ir a otras instalaciones más modestas u otro tipo de opciones. No siempre tiene por qué ser así. Puede que, desde el comienzo del proceso, se haya previsto la realización de un tipo de actividades que permitan mantener la estructura con escasas o nulas modificaciones o, incluso, que se haga posible el acometer objetivos que requieren un crecimiento y que, en efecto, tal crecimiento sea posible.

Sin embargo, raramente la estructura será la misma. Habrá que adecuarla a la nueva realidad y habrá de hacerse con rigor, con seriedad y pensando en los nuevos objetivos de la asociación y en la mejor forma de aprovechar los recursos de la asociación de manera que no se mantenga lo que no es necesario pero tampoco se desprecie un potencial humano o material perfectamente aprovechable.

La financiación

Este suele ser el elemento no más importante, pero sí determinante, de lo que se vaya a realizar, de lo que vaya a ser posible acometer en el futuro.

Por lo general, los centros tienen una financiación básica que proviene del sector público y, aunque insuficiente, permite que el servicio funcione. Sin embargo, la actividad estrictamente asociativa raramente cuenta con financiación pública y, por lo general, no existen fuentes de financiación alternativas. Por otra parte, la masa social contribuye de manera un tanto exigua e irregular a los gastos de funcionamiento de la asociación.

Estas coordenadas convierten a la asociación en una entelequia si se pretende continuar actuando y se carece de una financiación adecuada.

Seguramente este problema es el que va a precisar mayores dosis de imaginación y, al propio tiempo, de realismo para compaginar los nuevos objetivos con las posibilidades realmente existentes.

Nuevos campos de actuación

El encabezado de este apartado es deliberadamente ambiguo. Por otra parte, tiene poco sentido calificar de nuevos unos campos que siempre han estado ahí, aunque en algunas asociaciones nadie se haya querido dar cuenta de su existencia.

Una asociación de las características que estoy aludiendo, una asociación sin centros, tiene al igual que las demás tres líneas básicas de acción:

- Las personas con deficiencia mental.
- Las familias afectadas por un problema de deficiencia.
- El entorno próximo o más remoto en el que una persona deficiente ha de desenvolverse, es decir, la comunidad.

La persona con deficiencia

No soy especialmente partidario de la participación de las personas deficientes en las estructuras del movimiento asociativo, al menos de un movimiento asociativo como está hoy concebido. Una participación, que además es difícil que se libre de estar teledirigida, me parece que tiene el riesgo de resultar falsa, casi como de escaparate. No voy a repetir mis tesis contrarias a la presencia de deficientes en con-

gresos y reuniones. Sé que esta postura es muy criticable y siempre discutible, pero no sería honrado si lo plantease en otros términos.

Tal vez mi mayor discrepancia con esta forma de actuar, salvando otras más anecdóticas, es que puedo admitir que sea el final de un proceso mientras que, hoy por hoy, se está utilizando como el comienzo.

Acabo de decir que estoy en contra de la participación de estas personas en las estructuras del movimiento asociativo, pero no estoy en contra de la participación en sí misma.

Es ahí precisamente donde creo que las asociaciones, algunas o bastantes asociaciones, no sé cuántas, tienen que dar un giro espectacular. Tienen que abandonar el principio de "todo para el deficiente pero sin el deficiente" que viene a ser el eslogan que se ha seguido hasta hoy.

Son las asociaciones las que tienen que abanderar un movimiento en favor de que sea la persona deficiente la protagonista de su propia existencia, empezando por su familia. Es precisamente desde las asociaciones desde donde hay que propiciar ese respeto al deficiente en el círculo que le es más próximo, su propio círculo familiar. Naturalmente, para ello las palabras, con ser importantes, no van a ser suficientes. Se requieren hechos que sirvan de ejemplo. De ahí que las asociaciones tienen que intentar que las organizaciones que crean servicios —sean éstos públicos o privados— tengan en cuenta desde el principio el criterio y la opinión de los propios usuarios de los mismos.

Esto nos lleva directamente al control de la calidad de esos servicios. Sobre ello hay suficiente documentación y existen guías para evaluar dicha calidad. Sin embargo, creo que a través de esos procedimientos no se recoge suficientemente la opinión de quien, siendo capaces de manifestarse, tienen algo que decir sobre la atención que reciben.

Otra cuestión que también afecta directamente al ciudadano deficiente es el tema de los derechos y de las nuevas situaciones en las que puede verse implicado y que guardan relación con el respeto que la sociedad le reconoce como integrante de la misma. Tal vez las asociaciones deban reforzar considerablemente sus medios en este campo, de forma que existan suficien-

tes asesores, tutores, llámeseles como se quiera, para que una persona deficiente tenga el respeto que merece y la protección que necesita, siempre la menor posible pero siempre la máxima que requiera.

La situación del deficiente en la comunidad va a poner sobre el tapete, las ha puesto ya, cuestiones que entran de lleno en el terreno de la ética. La esterilización, la procreación, la vida en pareja, son sólo algunas de dichas cuestiones para las que las asociaciones deberán disponer de personas debidamente preparadas que sean capaces de orientar en unos casos y dar respuesta en otros respetando, en lo posible, el criterio y la libertad de cada persona.

El envejecimiento como proceso global, no sólo médico, es otro reto. El propiciar un envejecimiento en las mejores condiciones, una muerte digna, etc., es algo a lo que las asociaciones no van a poder dar la espalda. Por ello, tienen que empezar a prepararse ya.

El entorno familiar

La afirmación de que las asociaciones se han ocupado más de atender a los deficientes que sus familias, resulta tan tópica como cierta. No deja de ser, también, una paradoja, puesto que las asociaciones están compuestas, aún en su gran mayoría, por las propias familias, alguno de cuyos componentes tiene algún tipo de deficiencia mental.

Las consecuencias que se derivan de semejante constatación están a la vista. Se han conseguido razonables cotas de éxito en la atención a las personas afectadas promoviendo servicios, creando centros, y se ha cosechado, por lo general, un rotundo fracaso en conseguir que la asociación sea considerada un movimiento propio, participativo e integrador por parte de quienes se autodenominan socios de la organización.

No voy a ahondar ahora en describir una crisis que quien más o quien menos la conoce bastante bien. Sí quiero destacar dos hechos que se derivan de la misma. Por una parte, la escasa o nula participación de los socios, la ausencia de sentimiento de pertenencia a una asociación y de copropiedad de la misma. Por otra, la dificultad de integrar nueva gente, padres jóvenes especialmente, al movimiento asociativo. Ambos hechos, pero especialmente

el segundo, es un fenómeno mundial del que la propia Liga Internacional está comenzando a preocuparse seriamente.

Sin embargo, tal vez con excesivas dosis de utopía, debo admitir que no me parece tan difícil conseguir que las asociaciones, especialmente las que carecen de centros, se dinamicen, se acerquen a los socios, fuercen inicialmente su participación. ¿No ha sido más duro romper las barreras que han comenzado a caer hace veinticinco años cuando ni la sociedad conocía este problema ni el Estado lo consideraba como tal?

¿Por qué, en este momento, se dispone de centros, de profesionales, de una legislación bastante coherente y un largo etcétera de instrumentos positivos para mejorar las condiciones de vida de estas personas deficientes? Básicamente, porque las asociaciones se lo propusieron hace treinta años y han sido capaces de conseguir que se sumen al esfuerzo los poderes públicos y otros estamentos sociales.

En consecuencia, ¿una asociación que se lo proponga no puede conseguir resultados homologables en el ámbito de la participación asociativa?

Yo pienso que sí, aunque creo que son necesarios, por lo menos, dos elementos fundamentales:

El primero: Creer que esto es posible y querer hacerlo. La afirmación "es que se convoca a la gente y no viene nadie" refleja un pesimismo fatalista cuando no una absoluta falta de capacidad. Porque, podemos preguntar: ¿A qué se le convoca? y ¿cómo? Normalmente, una asociación utiliza reuniones administrativas, citando a un socio, al que no se ha motivado, en horas que tampoco están estudiadas, para hablar de un problema que, a veces, por repetido, ha dejado de interesarles. Esto nos lleva al segundo elemento.

Es básico que, de la misma manera que cuando se ha pretendido impartir un servicio se ha procurado disponer de los profesionales competentes para ello, se disponga de medios materiales y humanos, especialmente humanos, para conseguir esa participación. Existen especialistas en comunicación, en dinamización de grupos, etc., a los que, seguramente, una asociación podrá y deberá recurrir.

De esa forma, intentándolo cuantas veces sea preciso, se podrá ir consiguiendo que los miembros de la asociación se sientan auténticos componentes de la misma y, además, sientan que la asociación les resulta útil.

A veces la familia no sabe cómo encajar un problema concreto que plantea el deficiente o, si lo hace, lo hace mal. Dudo mucho que entre la asociación y la familia existan los suficientes vínculos de confianza como para conseguir hablar con franqueza de ese problema y darle la mejor solución posible.

No sólo los profesionales de que disponga la asociación, sino algunas familias componentes de la misma, tengan o no un hijo con discapacidad, deberán colaborar en este objetivo como uno de los elementos esenciales de la vida asociativa.

La comunidad

Algunas asociaciones, especialmente las más antiguas, han identificado la información a la sociedad con la petición pública de colaboración económica. Como el signo de los tiempos ha hecho abandonar ésta, también se abandona la otra. Como no hay cuestación, no se informa al público.

Aun a riesgo de hacer una afirmación excesivamente genérica y por tanto inexacta, debo decir que la gran mayoría de las asociaciones han abandonado la información y la mentalización social. Han dejado de considerar ambos extremos como uno de sus objetivos. Lo más que hacen es informar sobre la propia asociación, cuando ésta la interesa. Es decir, en el mejor de los casos, hacen propaganda asociativa, no información sobre la discapacidad mental.

Así, en este momento, los mensajes que llegan al ciudadano de a pie sobre estas cuestiones están lanzados desde otras organizaciones e instancias. Y con esta afirmación no quiero entrar en juicios de valor. Me limito a resaltar lo que me parece un hecho.

Nuevamente, en este caso hay que mirar al pasado aunque sólo sea para constatar cómo, en buena medida, el cambio de actitudes sociales en torno a la persona con discapacidad mental, la consecución de una imagen más adecuada y más digna, se debe a las asociaciones. También hay que

constatar, creo yo, que al éxito del pasado hay que contraponer el fracaso del presente.

El movimiento asociativo está perdiendo la batalla de la imagen, de la presencia en los medios de comunicación, porque no es capaz, no somos capaces, de exponer nuevas imágenes ni de explicar cómo se pueden abordar nuevos problemas. Seguimos manteniendo la misma imagen estereotipada del deficiente, diciendo las mismas cosas, defendiendo las mismas posiciones que hace diez o quince años. Así, no es de extrañar que otros problemas sociales estén ganando la atención de un público al que continuamente se le bombardea con mensajes de distinto signo.

Pero no son sólo otros problemas sociales. Incluso en el campo de la deficiencia mental las asociaciones han perdido posiciones. En los últimos años se ha pasado de detentar una ideología y transmitirla a la sociedad, casi en régimen de monopolio, a permitir que, desde otras instancias, a veces se defiendan ideas que no benefician las posibilidades de integración, sin que por parte de las asociaciones se levanten voces en contra.

Para cambiar las actitudes sociales no sólo es preciso recurrir a los medios de comunicación. Es necesario actuar con la estrategia de los hechos y es ahí donde no siempre las asociaciones se están moviendo con la coherencia suficiente.

Me parece necesario que las asociaciones diseñen procedimientos de actuación que favorezcan la integración, y las que no tienen centros están en condiciones particularmente adecuadas para ello, al carecer de la presión que supone la gestión diaria, y disponen de mayores posibilidades para poner en práctica fórmulas imaginativas. En todo caso, un recorrido por la prensa ofrece un muestrario suficientemente elocuente de actitudes propiciadas desde las asociaciones que hacen poco menos que imposible que la integración avance. ¿No valdría la pena, también, reflexionar sobre este punto?

Algunos cambios necesarios

Creo que las asociaciones requieren algunos cambios que hagan posible nuevos avances en sus respectivas tareas.

Voy a mencionar algunos.

En primer lugar, tengo que volver a referirme a los aspectos estructurales. A veces me pregunto si las asociaciones no son víctimas de sus propias estructuras, si el hecho de tener que mantener determinadas formas no acaba matando la frescura que haya podido existir en los momentos iniciales. Quiero creer que es posible combinar cierto formalismo con cierto "acratismo", por decirlo de manera más expresiva.

Más de una vez directivos de asociaciones reconocen que, por ejemplo, en una comida informal se habla con mayor comodidad, con menor timidez, con más provecho que en una reunión formal. ¿No cabe, entonces, celebrar una sesión de la Junta Directiva en esas condiciones menos rígidas? El único requisito sería levantar un acta posterior a la reunión. ¿Por qué la seriedad debe de ir aparejada con la rigidez? ¿Por qué, allí donde sea posible, una Asamblea General (teniendo en cuenta que no suelen ser muy concurridas) no puede celebrarse en el campo, al aire libre? ¿Por qué, en definitiva, tiene que ser todo tan aburrido?

Los aspectos económicos son otra cara de la realidad poliédrica a la que me he referido al comienzo de estos comentarios. La financiación, ya lo he dicho, es un aspecto del problema que, demasiado a menudo, se convierte en un factor esencial. El problema está en que, una vez más, somos protagonistas y víctimas de una actuación pendular. Así, hemos pasado de mantener asociaciones, centros y servicios a golpe de cuestación pública a pretender que sean mantenidos íntegramente con cargo a los Presupuestos Generales del Estado.

No creo que la caridad pública sea una forma digna de implementar los derechos, pero tampoco parece que todo deba de ser financiado por el Estado.

También aquí, creo yo, se nos ha parado el reloj. Al menos, hasta ahora no hemos sido capaces de asomarnos al reto que supone conseguir el mecenazgo para algunas de nuestras iniciativas. Efectivamente, una exposición de pintura o un festival de ópera siempre tendrán pretendientes financieros. Pero, ¿hasta dónde han llegado nuestros intentos para conseguir algo parecido? ¿Qué parte de nuestros presupuestos están cubiertos por otros agentes sociales que no pertenecen a la esfera de lo público?

Es preciso revitalizar el papel de las aportaciones privadas y tener imaginación para, sin que pierda dignidad el mundo de la deficiencia, las asociaciones encuentren nuevos cauces de financiación y de compromiso de la sociedad con estos planteamientos.

Las asociaciones deben ser más permeables a las demandas de diversos grupos o, en general, a las iniciativas que se producen en su entorno. Existen grupos de padres cuya afinidad reside en la común deficiencia de sus hijos, cuyas inquietudes no siempre son recogidas por la asociación con la necesaria sensibilidad.

Tal vez el paradigma de esta situación sea el Síndrome de Down. Los padres cuyos hijos son aún pequeños tienen un dinamismo, una inquietud —podemos llamarlo como queramos— que a veces choca frontalmente con los planteamientos de una asociación muy estructurada. Acaso los profesionales de las asociaciones debamos examinarnos críticamente y considerar hasta dónde somos responsables —no digo culpables— de que las cosas sean así.

Sin embargo, el hecho de que surjan asociaciones de esta naturaleza no creo que deba ser interpretado como un mal inevitable. En algunos casos será el reflejo o la consecuencia de una incapacidad asociativa para asumir nuevos planteamientos y, en tanto que crítica, me parece un hecho positivo. En otros, será una muestra de que el dinamismo no se ha perdido, de que subsiste el interés por parte de grupos de afectados que ensayan nuevas formas de actuación y piensan, a lo mejor, en soluciones que pueden parecerse utópicas. En este caso, tendremos que acordarnos que hubo una época, hace ya algunos años, en que también las asociaciones que hoy están consolidadas apostaron por la utopía.

Como ya he comentado en un epígrafe precedente, hay una crisis en cuanto a la incorporación de gente nueva a las asociaciones. Hemos de plantearnos hasta qué punto no es la propia actitud de nuestras organizaciones la que inhibe a mucha gente a incorporarse a este movimiento.

Esta permeabilidad debe manifestarse también en relación con otras iniciativas

que los asociados puedan tener, en orden a emprender investigaciones, abrirse a nuevos campos, estudiar nuevos problemas, etcétera. Se trata, en definitiva, de dinamizar la asociación de manera que quienes forman parte de la misma se encuentren —en la medida que sus proyectos sean razonables— estimulados desde la asociación y no frenados por sus componentes más cansados, más escépticos o con menos ganas de complicarse la existencia.

En esta misma línea de apertura, seguramente las asociaciones habrán de convertirse en movimientos de acción ciudadana, solidarios con otras problemáticas, no sólo del campo de las minusvalías, y más activas en la reivindicación y defensa de los derechos de sus miembros.

Acaso precisen para ello nuevas incorporaciones de personas que, profesional o voluntariamente, quieran comprometerse con esta tarea. En todo caso estas organizaciones deben de dejar de ser cotos más o menos cerrados donde las demandas de colaboración se contradicen con la rigidez estructural que impide que tales colaboraciones resulten efectivas.

La creación de ficheros de colaboradores a quienes se puede encomendar misiones bien determinadas, me parece una buena forma de orientar su acción. No se trata de invitar a la gente a que vaya a un servicio para "ver en qué puede colaborar", sino en comprometer su tiempo, aunque sea poco, en una tarea que tenga contenido para la negociación y resulte atractiva para quien la realiza.

Muchas asociaciones tienen que reconvertirse tanto en sus objetivos como en la forma de encararlos. No es una tarea fácil pero tampoco utópica. En todo caso, no creo que existan muchas otras posibilidades de actuación cuando, desde otras instancias, se producen distintas responsabilidades en la gestión de los centros. Precisamente, este nuevo enfoque de las asociaciones sin ese tipo de responsabilidades, puede convertirlas en algo más dinámico y más provechoso para el bienestar de las personas a quienes se pretende ayudar.

Paulino Azúa

ADINEKOAK EGOITZATAN ZAINTEAREN KOSTUA

Dependentzia, Diseinua eta gizarte-ingurunearen ondorioak

Kostuei buruzko gogoetak eragin nabarmena baldin badu ere politikazko erabakiak hartze-ko orduan, adinekoei zerbitzuak diseinatu eta eskaintzeari dagokionez, oso ikerketa gutxi egin da ildo honetatik. 1981 ean Ingalaterra eta Galesko Gizarte-Zerbitzu Pertsonalen Ikerketarako Unitateak adinekoei etxeetan egindako ikerketa batek material interesgarria eskaintzen du zentzu honetan. Ondoren laburtuko dugun artikuluan, emaitza horien inplikazioak aztertzen saiatuko gara.

Hasteko esan behar da adinekoentza-ko egoitzen kostu errealarari erantzuteko hornikuntza atergabe eta asko hazi dela Bigarren Mundu-Gerrateaz geroztik herrialde sail batean eta batez ere gorakada nabarmenak azken hamar urteetan gertatu direla. Zenbait herrialdetan gertatu den inflazioak ezinezko bihurtu du behar bezalako zerbitzuak eskaintzea parez —pare egin diren hornikuntza-igoerekin. Parez-pare sektore pribatu bat hedatu da hutsune publiko honi aurre egin nahirik, baina ez du inola ere defizitaren zuloa betetzerik lortu, oraingo testuinguru demografikoaren baitan.

Nahiz eta kostu-inflazioa handia izan eta datozen urteetarako ikuspegi ilunak egon, hala ere adinekoak zaintzeak sortzen duen kostuari buruzko ikerketa fidagarri eta sakon-
nen eskasia handia dago. Orain arte erabaki politikoak hartu behar izan dituztenek empresa inkestagileen eskutan izan utzi dute behar duten-baina inoiz ere nahikoa izan ez den informazioa biltzea. Kostuen analisia efektibitatearen ebaluaketari berez darion zerbait da, eta zainketari dagokionez, zer den eraginkor edo efektiboa eta zer ez den finkatzea oinarritzakoa da egin litekeen edozein ikerketarako. Ongizate produkzioaren ikuspegiak erakusten du nola sarritan arbuia-tua izan den kostu-eraginkortasun auzia bide-ra daitekeen analisiaren sarrera zainketaren kalitatea eta bezeroaren bizi-kalitatea eza-

rriz. Ongizate produkzioaren ikuspegiak zabala eta malgua izan behar du eta tentuingu bat eskaini behar du bere baitan kostuen azterketa kokatzeko. Ongizate produkzioaren planteiaketa honako honen behaketatik abiatzen da: baliabideen sarrerek (input) (pertsonal-mailak, kapitala eta beste baliabide fisiko batzuk) baliabidezkoak ez diren sarrerekin konbinaturik (gizarte-ingurunearen, bezeroen eta pertsonalaren ezaugarriak) azken irteera (output) batzuk sortzen dituztela (aldaketak bezeroaren eta berorien inguruko batzuen ongizatean). Baliabide-sarrerek kostu asoziatuak dituzte; aitzitik, baliabidezko ez diren faktoreak funtsean kostugabeak dira, nahiz eta sarritan baliabideekin oso harremankide izan.

Kostu-bariazioen teoria

Lehenengo eta behin adinekoentzako egoitza batetik bestera eta administrazio batetik bestera bariazio handiak ageri dira ematen dituzten kostuen artean. Gerta litezkeen hutsegiteak izan litezke bariazio batzuen argibide, baina estatistiketan ageri diren bariazioak handiegiak izaten dira akatsen eta antzekoen bidez esplikatutako ahal izateko. Izan ere ez baita ulertzekoa nola administrazio bateko adinekoei egoitzak zerbitzu bera emateko bi aldiz kostu handiagoa duen beste batekiko konparazioan. Diruari

errentagarritasun hobeia ateratzen zaio ala edo zeharo zainketa mota ezberdinak eta zirkunstantzia ezberdinetan ematen dira? Horregatik ahalegin berezi bat egin beharra dago gauza berdintsuak edo parekoak konparatzen eta baloratzen direla ziurtatzeko datu horiek balioen bat izatea nahi izanez gero.

Jakina, azalpen bat baino gehiago eman liteke kostuen bariazio hain nabari horri buruz: agintari batzuek soldata hobeak ordaintzen dituztela pertsonal egokia urri dagoelako edota egoiliar kopuru handiagoak eskatzen dituztela zerbitzu bererako edo egoitza txiki ugariegi dituztela eta "garestiegi" gertatzen dela berorien kudeaketa. Nola azter daiteke faktore mota ezberdin hauek kostuen baitan duten eragina eta nola uztar kidetu daitezke itxuraz elkarren kontrakoak diren eragin horiek? Teknika ugari daude kostu-bariazioak esplikatzeke, baina indartsuena eta erabilgarriena **kostu-analisi estatistikoa** deritzona da, zuzenean eta informazioarekin **kostu-funtzioaren** irudikapen enpiriko bat eskaintzen bait du.

Kostu-funtzioak alde batetik, zerbitzu bat ematearen kostua eta bestetik, zerbitzu horren emaitzak eta erabilitako baliabideen prezioak jartzen ditu harreman kalkulatuan. Beste faktore batzuek, esaterako, zainketa-unitatearen "tamaina"k, bezeroen ezaugarriek, zainketaren antolamendu eta organizazioak eta abarrek ere izango dituzte inplikazioak kostua igoerazteari dagokionez eta horiek era sar daitezke harreman enpirikoan. Kostu-funtzioaren analisiaren helburu nagusia egoiliar bakoitzeko kostu guztizko eta batezbestekoaren artean dagoen harremana kalkulatzeko da eta baita kostuan nabarmendu diren bariazioak "esplikatzeke" ahalegin batean hipotetizaturiko eraginak ere. "Esplikazioa" erregresio anizkunen analisi teknika estatistikoaren bitartez lortzen da, zainketa-unitate, bezero edo agintaritzaren lokaletan behakizun-lagin bati aplikatuz. Emaitza edo irteera (output) maila, sarrera-prezioak, teknologiaren egoera eta abar, funtzioak produkzio-kostu "igurikatua" ematen du, hau da, kostu guztizkoaren edo batezbestekoaren maila batezbestekoa kostua determinatzen duten faktore horien maila berezien arabera. Funtzioaren forma apriorizko kontsiderazio teorikoen eta esperientzia enpirikoen elkarreraginez determinatzen da.

1981 eko udazkenean ikerketa bat egin zen Ingalaterrako adinekoen etxeei buruz eta bertan aztertu ziren faktoreak, hau da, kostuetan potentzialki eragina izan zezaketenak, bost kategoriatan banatu ziren:

- a) *Etxeen ezaugarriak.*
- b) *Pertsonalaren ezaugarriak.*
- c) *Etxeak eskaintzen zituen zerbitzu ez-egoitzazkoak.*
- d) *Egoiliarren ezaugarriak.*
- e) *Etxeak kokaturik daudeneko guneen ezaugarriak.*

Kategoria hauek beren baitan dituzte aurreragoko ikerketa batean faktore kostu-igoerazle gisa deskribatu ziren guztiak, beraietako hiru izan ezik. Hiru salbuespenak hauek dira: gizarte-ingurunea, efizientzia eta jabegoa.

Etxeen ezaugarriak

Kostu-emaitza harremana aztertzeke, lehenago egindako ikerketa batek bolumena eta produkzio-indizearen arteko bereizketa egiten zuen eta badirudi kontutan hartzekoak direla kostu-ondorioei dagokienez. Normalean erabiltzen diren ohe-kopuruak ematen du bolumena. Produkzio-indizea neurtzeko okupazio-indizea eta egoiliarren mugimendua erabili ziren. Okupazio-indizea definitu zen ikerketa egin zen gauean etxean zeuden egoiliar kopuruaren, denbora baterako ausente zeuden egoiliarrek ere barne zirela, eta normalean erabilerarako prest zeuden oheen arteko ratioa bezala. Batezbesteko kostuaren eta emaitza maila edo iharduera-eskalak adierazten du eskalaren ekonomia edo desekonomia eta horrela, instalazioaren alderdi kostu-urritzailea. Gure kostu-funtzio kalkulaturako oso garrantzizkoa da talde-bizitzarako printzipioaren gainean diseinaturiko etxeak eta bestelakoak berezteke. Talde-bizitzako etxetzat hartu ziren egoiliarrek jan, lo eta bizitza beste talde edo egoiliarrengandik aparte egiten bazuten, eta erdi-taldebizitzakotzat, baldin eta logelak eta bizitzeko espazio guztia edo piska bat egoiliar-taldeentzat antolaturik bazeukaten. Erdi-taldebizitzako etxeek ez dute aparteko eraginik kostuetan eta horegatik "bestelakoak" kategorian sartu ziren. Bi etxe motentzako batezbesteko kostuak U-forma nabaria hartzen du. Kostu operatiboak minimizatu egiten dira (gainerako guztiak berdin badirau) 68 ohetako eskala batean talde-bizitzako printzipioaren gainean diseinaturiko etxeentzat eta 58 ohetako eskala txikiagoan beste etxeen kasuan (erdi-taldebizitzako etxeak barne direla).

Pertsonalaren ezaugarriak

Sarritan esan ohi da zainketa-unitateak garestiagoak direla besteak baino pertsonal-egoiliar ratio altuagoak dituztelako. Hau zalantzarik gabeko egia da, baina gutxienez badira bi arrazoi baieztapen hauekin kontuz ibiltzeko. Aurrenik, pertsonal-egoiliar arteko ratioak altuagoak izateko joera dute, *coeteris paribus*, egoiliarrek zenbat eta menpekoagoak diren. Horrela kostu-bariazioaren benetako iturria kasu honetan ez da pertsonal-egoiliar ratioa edo pertsonalaren hornikuntza-maila, baizik eta egoiliarren menpekotasun agregatua. Kontuz ibiltzeko dagoen bigarren arrazoia pertsonalaren hornikuntza-mailak eta kostuek gauza bera neurtzea da-baliabidezko emaitzak. Bata bestean dauden diferentziak esplikatzen erabiltzea tautologikoa da, beraz. Kostu-bariazioak pertsonal-hornikuntzazko diferentziei egozteaz zilegi da pertsonalaren ezaugarriak kontutan harturik, eta batez ere, beren jarraera, pertzepzio, esperientzia eta kualifikazioak, eta orduan bakarrik.

Pertsonalaren bi ezaugarri aztertu ziren regresio-ekuazioetan: gainbegiraketaren proportzioa eta zainketa-pertsonal kualifikatu-erizainak (% 9) eta gainbegiraketaren proportzioa eta gizarte-langile mailako kualifikazioa (% 2). Erizainez osaturiko pertsonal kualifikatuaren proportzioak eragin apala zuen batezbesteko kostuetan eta ez zen iristen estatistikoki adierazgarritasunik izatera. Gizarte-langile kualifikatuzko pertsonalaren proportzioa apalegia zen inolako eraginik izateko erregresio-ekuazioetan.

Pertsonal gehigarriaren erabilera (ikasleak (% 2) eta borondatezkoak (% 4) erlazio negatiboa zuten kostuekiko, baina ondorio hori txikia zen eta ez zen estatistikoki adierazgarria.

Etxeak eskaintako zerbitzu ez-egoitzazkoak

Izenburu honen pean aztertutako zerbitzuak hauek dira: eguneko zainketa zentruan eta eguneko zentro bat erantsia, aloiamendu babestua, zentruko pertsonala eta instalazioaz baliatuz, zentruari edo zentru-multzotik bati dagokion mikrobusa eta kanpoan jateko otorduen prestakuntza zentruan bertan.

Eguneko zainketa, eguneko zentru eta aloiamendu babestuari dagokienez plaza edo bizitoki kopurua eta zentruko pertsonalaren erabilera instalazioetan, faktore hauek kos-

tuetan duten inpaktoa aztertu da. Bakoitzak inpakto positiboa du kostuetan baina aloiamendu babestuaren kasuan, zeinetarako zentruetako hamabik (% 6) pertsonala hornitzen bait du, izan da efektu adierazgarriarik kostuetan. Eguneko zentruen kasuan % 2k bakarrik hornitzen dute pertsonala. Zentruak mikrobusa bat izateak oso eragin negatiboa txikia zuen beste faktore kostu-igoerazleak kontutan harturik, eta kanpoan jateko otorduen prestakuntzak efektu positibo moderatua zuen, baina ez bata eta ez bestea ez ziren iristen estatistikoki adierazgarria izateko mailaraino. Egun-zainketaren hornikuntzak eta kanpoan jateko otorduek prestakuntza-egoitza-zainketaren kostuak itxuraz ez zituela gehitzen aurkitzeak esan nahi zezakeen hornikuntzan erabilitako pertsonala eta beste baliabideak ez daudela egoitzako aurrekontuan sartuak, edota tokiko agintariak espero dutela zentruko pertsonalak bere gain hartzea, ez-egoitzakoak diren zeregin hauek zama gehigarri eta konpentsatugabe gisa. Honek ondorio kaltegarria izan lezake zainketaren kalitatean, baina aski zentru gutxi ziren honetan ari zirenak.

Egoiliarren ezaugarriak

Guk kalkulaturiko kostu-funtzioaren ezaugarri garrantzizko bat kostua eta dependentziaren arteko asoziazioa da. Honako adierazgailu hauek aztertu genituen aurrena: mobilitatea, inkontinentzia, konfusioa eta norbere burua zaintzeko gaitasuna garbitu, bainatu, jantzi, elikatu eta komuna erabiltzea. Gainera, portaera-arazo larriak zituzten egoiliarren proportzioa eta depresio-sintomarekin zeuden egoiliarren proportzioa, kostuan eragin potentziala izan zezaketentzat hartu ziren. Dependentzia neurtzeko sistema ezberdinak erabiltzeak (Katz, Booth) eta dependentziaren neurketan elementu indibidualak duten eraginak ez zituen emaitzak hobetu. Kostuarekin lotura adierazgarria eta iraunkorra zuten dependentziaren osagai indibidualak mobilitatea, komuna erabiltzeko gaitasuna eta konfusioa ziren.

Dependentzi adierazgailuen eta batezbesteko kostuaren arteko harremanean ageri da, dependentzi eskalako hirugarren eta laugarren kategoriak konbinatu egiten zirela kategoria bakoitzeko proportzioak berdintzeko, hirugarren kategoriak egoiliarren % 11 bat hartzen duelarik. Depresioak eta portaera-arazoez ez dute eragin nabarmenik kostuan dependentzi neurtzea erabiltzean adierazitakoaz aparte, dependentzia arin eta astuneko kategorietako egoiliarren proportzioa 0.30 eta 0.50 izaki. Dependentzia eta

kostuaren arteko harremanaz gainera, zentru bakoitzeko ohe kopurua kontutan hartzen duen aldagai bat sartzeak dependentzia arin eta astuneko kategorietan dauden egoiliarren proportzioan erakutsi du zentru txikiek erlatiboki kostu handiagoei aurre egin behar izan dietela egoiliarrek dependenteagoak diren heinean. Jakin bedi, zentruen % 5ak bakarrik zituela 70 ohe baino gehiago.

Egoiliarren mugimendua lau adierazgailuren bidez neurtu da: ikerketa-data baino lehenagoko hamabi hilabeteetan onarturiko egoiliar iraunkorren ratioa normalean erabiltzen diren ohe kopuruarekiko, alta iraunkorren ratioa ohe kopuruarekiko, egonaldi laburrerako onarpenen ratioa ohe kopuruarekiko eta egonaldi laburreko altak ohe kopuruarekiko. Onarpen eta alta emate iraunkorren ratioak nahiko koerlazioa handian zeuden ($r = 0.68$) eta egonaldi laburren ratioak ia lerrokideak ziren ($r = 0.99$), baina egonaldi laburreko eta iraunkorren arteko koerlazioak oso txikiak ziren. Mugimenduaren aldagaietako bakoitzak inpakto positiboa zeukan kostuan eta egonaldi labur eta iraunkorreko mugimendu-neurri hoberenak ekuaizioan lortzen ziren. Honek esan nahi du seguraski gehigarritzko kostua duela pertsona bat zentruan hartzeak, eta batez ere bertara moldatzen laguntzeak, baita alta emateak ere.

Gizonezko eta emakumezkoak batera zaintzen zituzten zentruetan ikusi zen nabarmenki kostu handiagoak zituztela, sexu bakarrekoen aldean. Sexu-konposizioak kostuetan zuen eraginak badu zerikusia talde-bizitzazko antolaketekin baina ez zentruaren tamainarekin. Sexuak nahasturik eta talde-bizitza duten zentruak nabarmenki kostu handiagokoak dira beste edozein antolaketetakoak baino. Hala ere, bi talde-bizitzako zentru bakarrik ziren sexu bakarreko. Dependentzia eta talde-bizitzaren arteko harremana ere aztertu zen baina aldagai bereziekin lortutako emaitza ez zen aldatzen.

Zentruak kokaturik daudeneko guneen ezaugarriak

Puntu honetan eskulanaren kostuaren neurketa egin nahi zen eta tokian tokiko zenbait ezaugarri sarrera-prezioetan eragina izan zezaketela uste zen, adibidez langileak kontratatzeke zailtasun handiagoa edo txikiagoa izateak. Horregatik langabezi tasa, emakumezkoen iharduera ekonomikozko tasa eta biztanleriaren barreiatutasuna ere kontutan hartu ziren. Aldagai guzti horien eragina ez zen oso adierazgarria izan.

Bariazio eta diferentzia ohargarri zenbait

Kostu-funtzio bat egokitzearen arrazoi bat kostuak testuinguru egokietan kontsideratzearen ziurtapena da, hau da, kostuak konparatzekoan faktore estrainioen eraginak aurretik kontutan hartzea ziurtatu behar da. Ez da zuzena zainketaren kostuaz hitzegitea berarekin asoziatutako faktoreak kontutan izan gabe. Horregatik administrazio edo agintari ezberdinen datuak diferentziak izaten dituzte eta alderdi hau oso konfiantzaz izan beharra dago.

Gauza bera esan behar da sektore ezberdinen arteko kostu-diferentziak epaitzerakoan. Zentru pribatu eta publikoak konparatzean agertzen da, lehendabizikoen kostuak txikiagoak direla tokiko agintarien eskuetan dauden zentruetakoak baino. Datu hau, bat dator Ipar Ameriketako jaso diren datuekin ere. Baina hala ere, esan beharra dago, egin diren ikerketetan oraindik erantzun gabeko puntuak daudela bi sektoreen emaitzez.

Zainketari buruzko kontsiderazioen balantzea

Asko idatzi izan da "diruaren balioaz" eta zainketaren orekaz. Funtsean zera egin da: zainketa-zerbitzu alternatiboetarako behar diren baliabideen balorazioa, zerbitzu horietatik espero diren edo ezagunak diren emaitzak eta dagozkien populazioen ezaugarri eta premiak. Zainketa-balantze batzuen oinarri enpirikoa susmagarria izan da eta kostuen konparaketa behar bezala egiteko, aurrena, bezeriak dituzten diferentziengatik kostu-aldeak ezabatu behar dira.

Kostu-inflazioa

Egoitza-zainketak azken urteotan egundoko kostu-inflazioa izan du. Gerra-ondoko aldian aldaketa sakonak egin dira egoitzazentruen diseinaketan eta establezimenduen eskaintzen dituzten zerbitzuetan, baita ingurune sozialean ere. Guzti honek seguraski inpakto nabaria izan du bezeroen ongizatean, baina funtsezko eragina izan du kostuen baitan ere.

Adibidez, dependentziaren maila aldatzeko eragina izan duen kostuen igoeran. Orain, esaterako, adinekoen zentruak batez beste txikiagoak dira, biztanleria dependenteagoa daukate beren baitan, egoiliarren sartu-irten handiagoa dute, bi sexuak bate-

ra dauzkaten zentruak dira eta garbitzeko arropak ez dituzte beren etxeetara bidaltzen. Kostu-funtzioaren kalkuluak denbora-arteko diferentzia hauen berri ematen du eta azalpen ezberdin hauek batabestearikin nola konparatzen diren erakusten digu.

Kostua, zainketa-kalitatea eta gizarte-ingurunea

Ongizate-produkzioaren planteiaketa-
ren oinarria da ebaluaketak eta politikagintzak zainketa hornitzeko erabilitako baliabideen (kostuak neurtuz) eta zainketaren emaitzaren arteko asoziazioaren azterketa, baliabidezkoak ez diren faktore ezberdinen eragina berdin mantenduz (egoiliar eta pertsonalaren jarrerak, gizarte-ingurunea eta abar). Egoitza-zainketak adinekoei eskaintzen dien zerbitzua funtsean bitarikoa da. Oinarritzko garrantzia dute egoliarren bizikaltatean gertatzen diren aldaketak, baina era berean ez dira ahaztu behar besteek ere jasotzen dituzten mesedeak, batez ere egoiliarren senide eta adiskideek. Zama astunak kentzen zaizkie gainetik eta egoiliarrei eskaintzen zaien bizi-kalitateaz jabetzen dira. Zainketa-kalitatea funtsezko emaitza da, eta zuzeneko eragina du egoliarren arduratzen diren eta egoiliar ez direnek sentitzen duten onuran, nahiz eta bi kasuetan onura hori mugatua izan beti.

Hala ere, zainketa-kalitatea neurri pobre eta arriskutsua da: oso informazio urri bait dugu azken emaitzaz duen harremanari buruz eta, bere baitan, era askotako faktoreak biltzen dituelako. Estatu Batuetan buruturiko ikerketek agerian jarri dutenez, gizarte-ingurunean dauden diferentzien efektuak aztertzeke egoiliarren ongizateari dagokionez britainiar ikertzaileek erabili izan duten

baino askoz ikerketa-diseinu arretatsuagoak behar dira. Puntu honetan Leemeier, Levvin eta Murrayren lanak oso kontutan hartze-koak dira.

Levvinek, adibidez, ziurtatu du portae-
ra pertsona eta bere ingurunearen arteko harremanaren funtzioa dela. Murrayk ere idatzi du pertsona eta ingurunearen arteko harremanez baina premia pertsonalen eta ingurune-presioaren arteko oreka optimoa-
ren garrantzia azpimarratu du.

Azken ondorioak

Adinekoak zaintzeari buruzko politika-
gintzazko erabakiak beti oinarritu dira parte batean kostu hautemanaren eta eskura dagoen kostu-informazioan. Azken bolada honetan, kostuen garrantzia gehitu egin da erabakiak hartze prozesuan, baina ikerketa-
ren erantzuna ez da asebetegarria gertatu. Zainketa-baliabideak urriak izateak gero eta interes handiagoa sortu du kostu-bariazioei buruz zerbitzuak, agentziak eta zainketa-
unitateak direla-eta. Bariazio hauek ematen dute kostu-funtzioen azterketarako oinarria. Laburpen honetan Ingalaterrako egoerari buruzko datu zehatzik ez dugu eskaini, bertako egoerari lotuegiak direlako, baina xehe-
tasun horik alde batera utzirik ere, beste edozein herrialdeetarako interesgarriak izan daitezkeen joera eta aztarnak aipatzera mugatu gara ezinbestez oso mugatua izan behar zuen gainbegiratu honetan.

Ageing an Society, 4, 2, 1984, 157-183
"The Cost of Residential Care for the Elderly: The Effects of Dependency, Design and Social Environment"-Robin Darton and Martin Knapp-
en artikulutik Xabier Mendigurenek laburbildua.

IMPACTO DE LA NORMA PENAL SOBRE LA OFERTA Y DEMANDA DE DROGAS

Este artículo aborda el controvertido tema de la penalización de la oferta y demanda de drogas. Tras una primera parte en la que la autora reflexiona sobre la intervención del derecho penal en este ámbito, en una segunda presenta un estudio comparativo, a nivel europeo, de las diferentes legislaciones, incidiendo en la italiana, y mostrando de manera contundente que, si bien parece obvio el consenso de penalizar la oferta de drogas y, más recientemente, el consumo, no es menos obvio que se dan elementos suficientes para albergar dudas razonables de la eficacia de dichas medidas penalizadoras.

¿Tiene el castigo, como muchos pretenden, efectos preventivos? ¿Es aconsejable, en asuntos de tráfico de drogas, seguir incrementando las penas sancionadoras de tales conductas? ¿Es eficaz aumentar el número de conductas sancionables? ¿Hay que despojarse de la mala conciencia, como dijo Bettino Craxi en su día, y empezar a reprimir, incluso penalmente, el consumo de drogas? ¿Es defendible seguir castigando a los que ofrecen droga y no sancionar a los que demandan la sustancia? ¿Tiene alguna utilidad continuar con estrategias que suponen "más de lo mismo"?

Vaya por delante la impresión de que no son las anteriores preguntas de fácil y rápida respuesta.

En alguna otra ocasión he señalado la discutible eficacia que, en mi opinión, ha tenido la intervención del derecho penal en este ámbito. Da la sensación de que medidas penales progresivamente más duras en poco o nada están contribuyendo a aliviar estos problemas. Así, pese al incremento de la amenaza penal, parece que el gran negocio del tráfico de drogas aumenta sin cesar poniendo, incluso, en peligro la estabilidad social, económica y política de algunos países; al propio tiempo el número de consumidores de droga no remite: la reduc-

ción o la estabilización en el consumo de determinadas drogas se ve acompañada por el incremento en el consumo de otras distintas (1).

Sin embargo la llamada a una jugada más audaz —legalicen ustedes la droga, facilítenla ustedes gratuitamente y bajo control médico en los hospitales y terminarán con los atracos callejeros, romperán el mercado desde dentro, podrán dedicar a educación o sanidad las ingentes cantidades de dinero público dedicadas ahora a la cara e inútil represión— tampoco parece que esté exenta de problemas y a la misma podrían plantearse también algunas objeciones. ¿La opción legalizadora haría lícito el suministro de drogas a menores de edad o a personas que se encuentran en una situación especialmente vulnerable como, por ejemplo, aquellas que se encuentran en tratamiento de deshabituación?

(1) Por otra parte, una estrategia basada fundamentalmente en estas medidas tendría una repercusión nula en tendencias, aún incipientes, de introducir en el mercado las llamadas drogas de diseño o de síntesis; esto es, las fabricadas en laboratorios a partir de sustancias legales (según los expertos pueden ser adquiridas sin mayor problema en droguerías) que no dependen de materia prima natural como la que precisan, por ejemplo, la cocaína y la heroína.

Si la respuesta, como parece razonable, es negativa, nos encontraríamos defendiendo un área de necesaria intervención del derecho penal. El bien jurídico protegible de la salud pública —entendida no tanto en cuanto a evitar el daño directo a la salud (la decisión acerca de esto entiendo que debería formar parte de la esfera de libertad individual así igual que sucede cuando se ingieren otras sustancias también perjudiciales) sino más bien en cuanto a proteger a personas que tienen limitada su autonomía personal—, permitiría reprimir el tráfico que implique a personas que no tienen libertad de decisión suficiente y cuyo consentimiento no puede considerarse válido.

Parece que también habría que seguir exigiendo la intervención del derecho penal respecto de la adulteración de sustancias que incrementa "la cuota asumida" de daño directo a la salud así como en lo que a delitos contra la seguridad del tráfico se refiere. En este último supuesto se debería tener especialmente en cuenta la perspectiva de colisión de derechos para poder proteger el preferente: ante el derecho individual —que presupone libertad de decidir y capacidad de consentir— de consumir sustancias que pueden causar daño a la salud, el derecho individual y colectivo a que un conductor de transporte público o privado —el caso ya tópico de quien transporta mercancías peligrosas— no realice tal función bajo los efectos de drogas.

Por tanto, no creo que, en estos asuntos, sea defendible la no intervención a ultranza del derecho penal. Tampoco parece eficaz el adelantamiento indiscriminado y sistemático de las barreras de protección penal. Sí considero, en cambio, que habría que insistir en la necesidad de redimensionar la intervención del derecho penal. Habría, quizás, que definir y delimitar con precisión algunos tipos punibles —en línea con lo apuntado anteriormente— actualizando las sanciones correspondientes, y, por el contrario, proceder a la despenalización de otros respecto de los cuales la amenaza penal se ha manifestado como poco eficaz e incluso contraproducente. Por cierto que poner en práctica medidas de legalización controlada de suministro y consumo de drogas, con supervisión profesional y restricción de espacios *ad hoc*, no resultaría del todo inédito. Algo parecido, salvando las distancias, se viene ya haciendo con otro género de actividades, toleradas pero no completamente aceptadas, como son la pornografía o los juegos de azar.

En cualquier caso todo esfuerzo por lograr una mayor racionalidad y ponderación en el tratamiento penal de estos asuntos debe tener en cuenta la dimensión internacional del problema. La respuesta, hoy por hoy, no depende de cada país sino del conjunto de países que de una manera más o menos directa y más o menos intensa se ven afectados por él mismo. Y si echamos un vistazo a los instrumentos jurídicos que se han elaborado en los foros internacionales en los últimos tiempos y también a aquellos con los que, siguiendo esas orientaciones, se han ido dotando los distintos países, podremos comprobar cómo en el tratamiento jurídico-penal del denominado fenómeno social de las drogas "pintan bastos".

Ahora bien, en esto como en todo, una cosa es querer y otra poder. En general todas las legislaciones siguen la orientación de intensificar progresivamente las sanciones penales respecto de conductas punibles, también progresivamente más numerosas, relacionadas fundamentalmente con la oferta y en menor medida con la demanda de drogas. Sin embargo la realidad viene a poner tercamente de manifiesto que esas leyes, relativamente fáciles de aprobar porque cuentan, sobre el papel, con un considerable consenso, son difíciles de cumplir. En muchos casos son reiteradamente incumplidas o, para decir con mayor rigor, reiteradamente inaplicadas. En otros, numerosas argucias legislativas posibilitan múltiples excepciones a la regla.

A evidenciar lo dicho se dirigen los comentarios siguientes.

Fáciles de aprobar pero difíciles de aplicar (2)

Un repaso de la legislación penal de otros países sobre esta materia, permite comprobar cómo aunque entre ellos y sobre el papel existe una notable unanimidad en cuanto a la necesidad de castigos ejemplares y contundentes, la aplicación de la norma provoca divergencias importantes.

(2) Los datos que se incluyen en los apartados siguientes proceden de una investigación sobre legislación comparada que el Grupo Pompidou del Consejo de Europa encomendó, en esta materia, a un grupo de expertos de distintos países. La investigación se llevó a cabo antes de la unificación alemana. Por tanto, las referencias a Alemania deben entenderse hechas al país denominado República Federal de Alemania con anterioridad al 3 de octubre de 1990.

Existen aproximaciones sustanciales en la decisión de tipificar como delito las conductas que tienen que ver con la oferta de drogas —cultivo, producción, fabricación, transformación, distribución, importación, exportación, oferta, venta, suministro, adquisición, transporte...—. Se coincide incluso en lo que podríamos llamar "letra pequeña": la condición del autor —el que actúe en organización o a título profesional—, o del destinatario —menores de edad, personas con disminución psíquica, reclusos, soldados...—, determina una agravación del tipo delictivo; se reconoce que la mayor parte de los pequeños camellos son a la vez consumidores y, en consecuencia: 1) Se les aplican medidas terapéuticas en Suecia. Países Bajos, Suiza, Turquía; 2) se renuncia a los procedimientos penales (legislaciones alemana, suiza y luxemburguesa); 3) se procede a la atenuación (Austria, Dinamarca, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, Malta); 4) o a la exención de pena (Grecia, Italia, Países Bajos, República Federal de Alemania); 5) o a su remisión condicional si el delito se realiza para subvenir a la situación de drogodependencia (España, Irlanda, República Federal de Alemania, Grecia, Italia, Malta).

Pero se comienzan a apreciar las divergencias en las novedades legislativas: la tipificación del delito de blanqueo se ha realizado en algunos países (Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega, Reino Unido, Francia, Dinamarca) pero está pendiente en otros (Bélgica, República Federal de Alemania, España, Suecia, Suiza, Austria). Asimismo, sólo algunos países (Austria, Italia, Francia, República Federal de Alemania, Suiza, Luxemburgo) han tipificado como delito la provocación pública: la publicidad o la información que incite o promueva el consumo de drogas. Unos pocos penalizan los actos que tengan por objeto favorecer el consumo mediante el suministro de medios; por ejemplo Francia castiga el hecho de procurar un local para ese uso. El Reino Unido es el único país que criminaliza el suministro de sustancias inhalables a menores de 18 años.

Y esas divergencias se acentúan al establecer salvedades y excepciones a la regla: Francia disminuye notablemente penas cuando se trata de tráfico de pequeña cantidad, y Países Bajos, al aplicarse por el ministerio fiscal el principio de oportunidad, posibilita no perseguir el "suministro doméstico del cannabis".

Las diferencias se aprecian, con mayor intensidad aún, en las sanciones. Algunos

países (España, Irlanda, Italia, Reino Unido, Países Bajos, Portugal y Turquía) consideran que se debe ser relativamente tolerante en la represión de aquellas sustancias que no producen un daño grave a la salud, mientras que otros (Noruega, Bélgica, Dinamarca, Francia, República Federal de Alemania, Grecia, Luxemburgo, Austria, Finlandia, Malta, Suecia, Suiza) estiman que debe existir un tratamiento penal idéntico para todos los delitos que se relacionan con drogas contempladas por la ley, siguiendo la orientación de las Convenciones de Naciones Unidas que no reservan tratamiento particular a ninguna sustancia. Esta unanimidad no obsta para que en Dinamarca el fiscal pueda reservar un tratamiento particularmente clemente respecto del pequeño tráfico de cannabis o de su posesión, y para que en Luxemburgo la distinción entre unas sustancias y otras, pese a no estar prevista en la ley, la efectúen de hecho los jueces.

Sin embargo incluso los países que diferencian sus tratamientos jurídico-penales en razón de la peligrosidad de las sustancias difieren sobre los criterios de peligrosidad: Turquía y Portugal incluyen el cannabis entre las drogas más peligrosas y España e Irlanda sancionan las conductas relacionadas con tal sustancia de forma más leve.

Aún pueden señalarse más diferencias: Turquía, Países Bajos y Portugal distinguen las penas en función no sólo del tipo de droga sino también en función de que el tráfico, por ejemplo, tenga ámbito nacional o internacional, considerándose éste más grave.

Hay países (República Federal de Alemania, Finlandia) que imponen únicamente multa a los supuestos de pequeño tráfico —Dinamarca los castiga sólo con una amonestación—, mientras que Bélgica y Luxemburgo castigan ciertos delitos con trabajos forzados y Turquía castiga un tipo agravado —tráfico cometido por profesionales médicos— con la pena de muerte. Por otra parte, algunos países (República Federal de Alemania, Irlanda, Noruega y Suecia) dejan la determinación de la cuantía de la multa a la decisión discrecional del magistrado que decidirá en función del autor del delito y de las circunstancias de la comisión. Otros países como Italia y España establecen los topes de las multas en la propia ley.

El decomiso de instrumentos del delito y de los beneficios del mismo se contempla en algunas legislaciones como la espa-

ñola, noruega, sueca, alemana, portuguesa y turca, si bien su naturaleza de pena principal o accesoria varía entre unas y otras. Reino Unido, Francia y Malta llegan a autorizar el decomiso de todos los bienes del condenado presumiendo que todos proceden de la actividad ilícita.

El *quantum* de la pena es otro elemento diferenciador de las distintas legislaciones. Para el tipo básico la prisión máxima oscila entre los diez años en Dinamarca y Finlandia hasta cadena perpetua en Irlanda y Reino Unido. El tiempo mínimo de prisión para ese mismo tipo básico va desde los tres meses en Bélgica hasta los cuatro años en Italia y la República Federal de Alemania. Para el tipo agravado desde los diez años en Suecia, Finlandia y Dinamarca (dieciséis años en Países Bajos), hasta cuarenta en Francia, pasando por la cadena perpetua en Grecia (miembros de organizaciones de narcotraficantes) y la pena de muerte en Turquía.

Un comentario lógico, tras este recorrido, podría ser que la apariencia de posiciones unánimes y contundentes es engañosa. Y ello en un asunto que, como el de castigar al que vende, al que ofrece droga, concita indiscutibles coincidencias.

Castigar la demanda o el más difícil todavía

Si, en lo que concierne a la oferta de drogas, la pretendida unanimidad teórica se ve desmentida por una práctica en la que proliferan salvedades y excepciones a la regla, tal situación se acentúa en lo que se refiere a la conducta de consumo y a las estrategias sancionadoras que se le aplican.

La orientación mayoritaria es también en este caso coincidente: criminalizar las conductas de consumo de drogas. (España constituiría el único país de las Comunidades Europeas, tras la reciente aprobación de la ley italiana en línea claramente penalizadora, en el que no se sigue tal orientación.)

Sin embargo ahí empieza y termina la coincidencia. Porque la divergencia es notable en la tipificación de las conductas, en la aplicación de atenuantes e, incluso, de eximentes, en la práctica judicial y, sobre todo, en la naturaleza de las sanciones.

Francia, Suecia, Turquía, Finlandia y Suiza penalizan el consumo. Irlanda, Reino Uni-

do, Luxemburgo, Noruega y ahora también Italia, además del consumo penalizan la posesión para el consumo, lo que les permite mitigar las penas para este tipo en relación con las que se imponen a la posesión con fines de tráfico. Países Bajos y Portugal penalizan la posesión, sin matizar más, con la finalidad de prevenir así el consumo.

Existen también diferencias debidas a la aplicación de atenuantes y eximentes y a la propia práctica judicial: Países Bajos o Dinamarca relativizan —en algún caso cabría decir que despenalizan—, a través de la práctica judicial, la penalización de la posesión en función de la sustancia consumida o de la cantidad de sustancia poseída. En Portugal la propia ley atenúa las penas cuando se trata de drogodependientes. Grecia exime de pena al consumidor toxicómano, estimando que su dependencia es un factor de exención de responsabilidad. En la República Federal de Alemania los jueces pueden levantar el castigo en caso de posesión de drogas destinadas a uso personal cuando se trate de cantidades poco importantes. En esos casos se puede incluso impedir el procesamiento. Luxemburgo prevé la mera amonestación para algunos supuestos y Suecia la exención de pena cuando el delincuente haya demandado o iniciado un tratamiento de rehabilitación.

En cuanto a la naturaleza y *quantum* de las penas, Irlanda y Reino Unido castigan con siete años el consumo mientras que Suiza impone una pena máxima de tres meses de arresto. Malta sanciona tal conducta únicamente con multa.

Da la impresión de que la penalización del consumo se adopta con finalidades más disuasorias que represivas, a la vista del generalizado establecimiento de medidas terapéuticas adicionales, ya sean de carácter voluntario u obligatorio. En la mayor parte de los países coexisten ambas modalidades. En Suecia, por ejemplo, se aplica la fórmula de tratamiento voluntario en el caso de adultos y de tratamiento obligatorio en caso de menores de edad. En ciertos supuestos, el sometimiento voluntario a tratamiento hace posible no ser perseguido por un delito cometido con anterioridad. En otros casos, el sometimiento a tratamiento bajo control judicial o administrativo, posibilita la remisión de la pena. La finalidad de disposiciones de este tipo no es otra que favorecer mediante el incentivo la finalización del tratamiento. Aunque no todos lo hacen: Reino Unido, Dinamarca,

Finlandia, Noruega y Países Bajos no prevén medidas terapéuticas en las legislaciones penales. Sin embargo en Países Bajos y Reino Unido existen amplios programas de prevención y de asistencia (apoyados generalmente por instituciones privadas) que, aunque no influyan en la situación penal de los drogodependientes, resultan decisivos en la solución del problema.

A esa manifiesta disparidad que subyace a una orientación abrumadoramente mayoritaria de penalizar el consumo, habría que añadir, por ejemplo, la opción de los Países Bajos de autorizar la distribución controlada de metadona (3) a los toxicómanos, lo que permite evitar delitos relacionados con la búsqueda de la droga y también un cierto seguimiento sanitario cuando no procede una desintoxicación porque los interesados no la desean.

Un breve repaso a la ley italiana a propósito de su reciente aprobación

El 26 de junio de 1990, la Gaceta Oficial de la República Italiana publicó la "ley de la droga", o, para decirlo con mayor propiedad jurídica, la ley de actualización, modificación e integración de la de 22 de diciembre de 1975, reguladora de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, prevención, tratamiento y rehabilitación de toxicodependencias.

El texto, aprobado sin dificultad —307 votos a favor, 148 en contra, una abstención—, ha sido objeto, no obstante, de intensa controversia durante los casi dos años en que se ha prolongado su discusión. De ello dan lidea las opiniones de representantes de las distintas fuerzas políticas al hilo de su aprobación. Entre el "Es una buena ley" de Forlani, secretario de la democracia cristiana, y el "Confusa, ineficaz y culturalmente regresiva" del comunista Massimo D'Alema, existe una amplia gama de manifestaciones entre las que destaca la del secretario socialista Bettino Craxi, uno de los más convencidos defensores de la ley: "Se concluye victoriosamente una larga batalla política y parlamentaria. Hemos encontrado fuerte oposición en el Parlamento y en el país. Pero sabemos que podemos

contar con el apoyo de una gran mayoría..." (4).

Los argumentos en pro y en contra han tenido notable eco en determinados ámbitos profesionales y políticos de nuestro país y a buen seguro que habrán influido en la adopción de estrategias a cuya puesta en marcha tendremos oportunidad de asistir en los próximos tiempos. Por eso creo que vale la pena repasar las características más señaladas del texto legal.

En general, se está de acuerdo en que la ley de 1975 no servía. Casi todo el mundo coincide también en que el tráfico de drogas debe ser castigado con extrema dureza, incrementando al máximo posible las penas sancionadoras de tales conductas. De hecho algunos críticos de la ley dejan a salvo su conformidad con la parte que tipifica y penaliza el delito de tráfico —"La parte referente a la lucha contra el narcotráfico es buena..."—, afirma Gianni Rivera (4) que se manifiesta contrario a otros aspectos del texto—. Pero la gran discrepancia surge al considerar ilegal y sancionable el consumo de drogas.

Hasta la entrada en vigor de este nuevo texto, la legislación italiana contemplaba al drogodependiente como a una víctima. En tanto tal le estaba permitido consumir la dosis que precisaba. Podía llevar consigo con total impunidad la "módica cantidad" que le resultase necesaria. La ley de 1990 termina con dicha situación. Consumir droga constituye en la actualidad un acto ilegal y quien lo haga encontrará dificultades de diverso tipo. Así el toxicómano a quien se sorprenda "con una cantidad no superior a la dosis media diaria" (5) será conducido a la prefectura (equivalente al Gobierno Civil en España). Allí se le planteará la alternativa: o se somete a un tratamiento de rehabilitación o se le aplica la sanción administrativa correspondiente. Las previstas para este supuesto son la suspensión del permiso de conducir, de la licencia de armas y pasaporte, además de cualquier otro documento equivalente. Los extranjeros serán privados del permiso de

(3) En España, un Real Decreto que se publicó en el Boletín Oficial del Estado a comienzos de este año —el 75/90, de 19 de enero—, amplía notablemente las posibilidades existentes de tratar con opiáceos a personas dependientes de los mismos. Las finalidades de esta norma son similares a las descritas en el caso holandés.

(4) "Corriere della Sera" de 12 de mayo de 1990.

(5) La posesión de dosis superiores será considerada delito de tráfico.

El Ministerio de Sanidad italiano ha publicado el 12 de julio de 1990 una Orden (la número 186) en la que se establecen los procedimientos para determinar la adicción a drogas así como los niveles máximos de agentes activos que se contienen en una dosis media diaria. Por debajo de estos niveles cuantitativos, que se encuentran referidos a las drogas de uso más frecuente, pueden aplicarse las medidas administrativas.

residencia temporal por motivo de turismo. La duración de la suspensión oscilará entre dos y cuatro meses si se trata de "drogas duras" y entre uno y tres meses para el resto de las sustancias.

Si el interesado no se cura y vuelve a ser sorprendido con la cantidad de droga que la ley estima "no superior a la dosis media diaria", comparece de nuevo ante el prefecto. Si todo ello acontece por tercera vez —es decir si al interesado se le han aplicado dos veces las sanciones administrativas descritas o rehúsa el tratamiento o lo abandona por un período de dos a cuatro meses si se trata de dependencia a las "drogas duras" o de tres a ocho en el resto de los supuestos—, se le pone a disposición del juez. Este puede aplicarle, además de las medidas ya señaladas con anterioridad, otras de carácter asimismo cautelar: prohibición de alejarse del lugar de residencia; obligación de presentarse al menos dos veces a la semana en la sede de la policía local; obligación de permanecer en su vivienda a determinadas horas del día; prohibición de frecuentar determinados locales públicos; obligación de prestar una actividad no retribuida en favor de la comunidad —en organizaciones dedicadas a la asistencia, a la educación, a la protección civil, a la tutela del patrimonio ambiental— al menos durante un día laboral a la semana. La decisión del juez, que debe ir precedida de sendos informes de la prefectura y del servicio público de drogodependencias, es recurrible, pero el recurso no suspende su ejecución. Si el interesado no cumple las medidas impuestas es castigado con tres meses de arresto o con multa de cinco millones de liras (unas quinientas mil pesetas).

También el abandono de jeringuillas —o de cualquier otro instrumento utilizado para inyectarse droga— en un lugar público, abierto al público o en un lugar privado de concurrencia pública, es castigado por la ley: multa de cien mil a un millón de liras (aproximadamente entre diez mil y cien mil pesetas).

Los hay que, como Gianni Rivera, desconfían de que algunas disposiciones de la ley sean efectivamente aplicables: "...la sanción (al consumidor), con la que no estoy de acuerdo, resulta inaplicable. Es imposible para los prefectos y para los jueces digerir tal carga de trabajo. Por eso he votado tranquilamente a favor de la ley" (4).

(4) Ver nota 4 página anterior.

Reacciones de signo tan contrario, al menos en cuanto a sanción del consumo se refiere, bien pudieran ser anticipo de una difícil aplicación de la norma. Dificultad con la que, por cierto, ya han tropezado antes, como hemos visto, las estrategias sancionadoras de otros países.

Romper una lanza por la minoría

A la vista de que en los países europeos donde se contempla la penalización del consumo se produce en la práctica una inaplicación de tal previsión porque o bien se deriva al individuo a la red terapéutica antes de dictar sentencia condenatoria por tal conducta, o bien se aplica el principio de oportunidad, como sucede en los Países Bajos, lo que permite al fiscal renunciar a los procedimientos penales "por motivos de interés general", plantea inevitablemente la cuestión de para qué sirve una norma que no se aplica.

Probablemente tenga utilidades que se escapan de consideraciones jurídicas o sociales. Pero esa eficacia en otros ámbitos pone en riesgo el significado y la importancia simbólica de la norma, valores que, en mi opinión, quedan considerablemente lesionados cuando aquélla se elabora desde el convencimiento de que no va a ser aplicada en los términos en que ha sido concebida —siquiera sea, a título de ejemplo, por las dificultades de capacidad y adecuación que afectan a los establecimientos penitenciarios.

El argumento de que la finalidad simplemente disuasoria justificaría la existencia de una sanción, aun cuando, presumiblemente, ésta no vaya a ser aplicada, suscita dudas en lo que se refiere a este asunto concreto por cuanto el colectivo de presuntos infractores no parece que sea especialmente sensible a dichas medidas. A este propósito se suele apuntar que, si a una prohibición de esas características responde positivamente un 80 % de la población, este tipo de normas irían específicamente destinadas al 20% restante que se manifiesta, en gran medida, impermeable a este tipo de requerimientos normativos.

Con independencia de tales efectos no deseables, habría que valorar, antes de adherirse a este tipo de medidas, el estupor y la desorientación que produce en amplios sectores asistir a la puesta en marcha de estrategias, inocuas en el mejor de los casos, desde la consideración de que la partida

está perdida de antemano —no llegaremos a aplicar la norma o nunca obtendremos los objetivos apetecidos—, pero que es necesario, no obstante, seguir utilizando símbolos que cuando menos protegen contra la acusación de desarme institucional.

Teniendo en cuenta lo anterior, no me parece descabellada la posición española de resistirse a adelantar la barreras de protección penal introduciendo una sanción de esta naturaleza respecto de la conducta de consumo.

Cuatro consideraciones casi ingenuas

Primera. Es necesario contar con el derecho penal —adecuadamente reconducido a la protección de lo estrictamente necesario— cuando se diseñan estrategias para contribuir a solucionar los efectos negativos del llamado fenómeno social de la droga. Existen bienes jurídicos protegibles, ya se han apuntado, que no pueden ser desatendidos por el Estado.

Segunda. A renglón seguido añadiría que, puesto que de prevención se trata, la estrategia normativa por sí sola resulta insuficiente. Es necesario poner en marcha estrategias complementarias, al margen de la forzosidad y del normativismo, en línea de desanimar y desalentar el consumo. En línea de promover condiciones de vida estimulantes que contrarresten los atractivos efectos de las drogas (6).

(6) Escapa a la pretensión de este artículo, y probablemente a la capacidad y posibilidades de la articulista, proporcionar recetas u orientaciones al respecto. Pero, dejando a un lado apuntes sobre lo que podría lograrse en este sentido a través de "políticas fuertes" (medio ambiente, urbanismo, educación, ocio, deporte, cultura, vivienda, trabajo...), quisiera mencionar una iniciativa puntual e imaginativa adoptada desde el ámbito local: el Ayuntamiento de Vitoria ofrece, durante los fines de semana, una reducción sustancial en el precio de entrada a varias discotecas en las que no se sirven bebidas alcohólicas, como contrapartida a la prohibición de que se suministren ese tipo de bebidas a los menores de edad.

Desconozco los términos concretos y las repercusiones de la aplicación de la medida, pero, de entrada, pienso que son necesarias alternativas de ese tipo para evitar que, expulsados de bares, discotecas, en definitiva de sus lugares habituales de encuentro y de relación, se termine arrinconando a los adolescentes en plazas, soportales o pasos subterráneos. Son imprescindibles alternativas atractivas para evitar que, cerrándose todas las puertas, se les termine condenando a procesos de marginación adicional.

Tercera. A propósito de manifestar la utilidad del instrumento normativo, aún está por ver lo que dan de sí en este terreno de la prevención —de lograr la reducción de la oferta y demanda de drogas— normas, no necesariamente penales, que regulen en serio la publicidad de determinado tipo de sustancias (7).

Cuarta. Está también por ver lo que darían de sí a la hora de restringir actividades relacionadas con la producción y comercio de drogas y con el reciclaje de dinero procedente del narcotráfico normas fiscales rigurosas y una legislación que posibilita levantar el secreto bancario y acabar con la opacidad de determinados instrumentos financieros.

María Eugenia Zabarte

(7) Repasando, hace unos meses, los anuncios que se incorporaban al suplemento dominical de un periódico de difusión nacional, constataba mediante un sencillo ejercicio estadístico, no sólo que casi el 70 % se orientaban a promover el consumo de alcohol y tabaco sino que entre el 30 % restante alguno incitaba al consumo de un perfume llamado "cocaína" asociando su uso a valores de osadía, seducción y éxito social. Llamadas a la criminalización progresiva del consumo de drogas parecen, como poco, incompatibles con el mensaje publicitario que he traído a colación. El resultado del desajuste tendrá que ver necesariamente con la desorientación de la sensibilidad social y con el desprestigio de las normas.

LA DESCENTRALIZACIÓN Y DESCONCENTRACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN CATALUÑA

La Constitución Española de 1978 permite el inicio de un proceso descentralizador de los servicios sociales transfiriendo las competencias de dichos servicios desde el Gobierno Central a las Comunidades Autónomas.

Por su parte, la Ley de Servicios Sociales de Cataluña tiene como fin ordenar, estructurar y garantizar el derecho a un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública en el ámbito territorial de Cataluña, que contempla entre sus principios específicos el de la descentralización y la desconcentración.

En este artículo se analiza este proceso que ha supuesto una mejor calidad en los servicios, una mayor cobertura de la población y la posibilidad de mayor participación de los usuarios.

LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA Y LOS SERVICIOS SOCIALES

En épocas anteriores a 1978 los servicios sociales españoles públicos se caracterizaron por su centralización territorial, dependiendo de los organismos centrales su ordenación, financiación, planificación y gestión. A partir de la promulgación de la Constitución Española en 1978 fue posible iniciar un proceso descentralizador, con la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas. La Constitución reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que forman España (1) y atribuye, también, a las Comunidades Autónomas la posibilidad de asumir competencias exclusivas en materia de asistencia social (2). Este precepto de exclusividad se entendió aplicable a los servicios sociales procedentes de la administración del Estado y al campo de la política social, mientras que para los servicios de la seguridad social se establecía un régimen de responsabilidad compartida.

Después de promulgada la Constitución, se intentó promover desde la Admi-

nistración Central una Ley de Servicios Sociales que no llegó a publicarse. Fue la Ley de Bases de Régimen Local en 1985 (3), la que posteriormente se ocupó de algunas regulaciones de los servicios sociales, estableciendo que los municipios con población superior a 20.000 habitantes deberán prestar servicios sociales. Al mismo tiempo, a partir de la aprobación de los distintos estatutos de autonomía de las Comunidades Autónomas se fueron produciendo transferencias de funciones y servicios desde la Administración Central. Los servicios sociales se habían caracterizado hasta entonces por su dispersión y dependencia de distintos ministerios. Con la promulgación de las Leyes de Servicios Sociales en las distintas Comunidades Autónomas se desarrollaron normativas que permitieron una ordenación más racional de los mismos.

No obstante, a pesar de esta evolución positiva y como dice Demetrio Casado, "Las transferencias realizadas, tanto desde la Administración del Estado como desde la Seguridad Social, se hicieron con una reserva clara: la financiación. El poder central determina la cuantía y distribución de los

créditos que se asignan a las Comunidades Autónomas para inversiones y mantenimiento de los servicios sociales... Los gobiernos autonómicos disponen de un margen pequeño para complementar dichas asignaciones. No es por ello, exagerado decir que las principales decisiones en el campo que nos ocupa tienen el color del dinero central. Las leyes de servicios sociales no pueden mucho, por el momento, frente a él" (4).

A pesar de estas precisiones, todas las Comunidades Autónomas, excepto una (Cantabria), han promulgado sus propias leyes de servicios sociales. Es característica de todas esas leyes el dividir los servicios sociales en servicios de atención primaria (llamados también de base, generales o comunitarios) y en servicios especializados.

EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA. LA LEY DE SERVICIOS SOCIALES. MAPA DE LOS SERVICIOS SOCIALES. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL

Cataluña tiene una superficie de 31.930 km² (el 6 % de la española) y una población de seis millones de habitantes (el 15 % de la población total de España). Administrativamente, además de cuatro provincias, está dividida en 41 comarcas y 940 municipios.

El Estatuto de Autonomía de Cataluña otorga a la Generalidad (la institución en que se organiza políticamente su autogobierno), competencia exclusiva en materia de asistencia social. Sin embargo, y como ya se ha mencionado anteriormente, esta competencia exclusiva se ve limitada por la financiación, que se determina desde la Administración Central, y también, por compartir con la seguridad social central la responsabilidad de los servicios sociales de la seguridad social.

La Ley de Servicios Sociales, puesta en vigor en 1985 (5), tiene por objeto ordenar, estructurar y garantizar el derecho a un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública en el ámbito territorial de Cataluña y que se rige por los principios generales de libertad, igualdad y solidaridad y por los principios específicos de:

- Responsabilidad pública.
- Reconocimiento y promoción de la iniciativa social.

-Globalidad.

—Integración.

—Prevención.

—Planificación y coordinación.

—Participación.

—Descentralización y desconcentración.

De estos principios enumerados cabe destacar el de la participación y el de la descentralización y desconcentración.

Se entiende aquí la participación en el sentido de que desde los poderes públicos se ha de promover la participación democrática de los ciudadanos en la programación y en el control de los servicios sociales.

La Ley de Servicios Sociales de Cataluña establece distintos órganos de participación:

El Consejo General de Servicios Sociales y sus Consejos Sectoriales de Vejez, Disminuidos, Infancia, Adolescencia y Atención Primaria. Además, los Consejos Locales y las entidades, establecimientos y servicios sociales públicos y los privados que reciben o solicitan financiación pública tienen que disponer de mecanismos de participación democrática de los usuarios o de sus representantes. Sin embargo, la puesta en funcionamiento de estos mecanismos de participación encuentra dificultades tanto por las entidades como de los propios usuarios. Probablemente, una de las causas fundamentales de esta deficiencia sea la falta de costumbre en España de estos sistemas de participación.

La prestación de servicios sociales ha de responder a criterios de descentralización y de máxima desconcentración. Es importante señalar que España tiene una tradición de siglos de marcado centralismo, por lo que se entenderá fácilmente que su desaparición y el traslado de competencias a las Comunidades Autónomas no es empresa fácil. Una de las dificultades estriba, como ya se ha mencionado anteriormente, en que la Ley de Régimen Local atribuye competencias en servicios sociales sólo a los municipios mayores de 20.000 habitantes. No obstante, únicamente el 3,27 % de los municipios españoles tiene más de 20.000 habitantes. Este escollo se ha salvado en Cataluña con la crea-

ción de los Consejos Comarcales, que reúnen a varios Municipios, y atribuyendo a dichos Consejos, entre otras, competencia en servicios sociales. Así pues, no es una paradoja impulsar la descentralización y la desconcentración y propiciar, a la vez, la reunión de pequeños municipios.

Las razones favorables a la descentralización y desconcentración son muchas y variadas y a modo de resumen podría decirse que:

- "Descentralizar supone trasladar la capacidad de decisión y gestión a entes territoriales en contacto directo con la realidad" (6), por lo que se facilita la adecuación de los servicios a las necesidades reales y sentidas de los usuarios, mejorar la calidad de los servicios, posibilita proporcionar una mayor cobertura a la población y favorece la participación.

La descentralización y la desconcentración estimulan la creatividad en las distintas autonomías, en las mancomunidades municipales y en los municipios. También propicia la competitividad entre ellos, lo que conlleva un beneficio para el desarrollo social.

Paralelamente, la descentralización ha suscitado diversas críticas entre las cuales cabe señalar la siguiente:

- Las comunidades con mayores recursos económicos podrán ofrecer una gama superior de prestaciones y servicios que las Comunidades menos favorecidas económicamente. Sin embargo, la descentralización territorial hace posible el principio de solidaridad territorial mediante transferencias de recursos. La Ley del Fondo de Compensación Interterritorial (7) tiene como fin el corregir desequilibrios económicos interterritoriales y hacer efectivo el principio de solidaridad.

Se podría objetar a lo anterior que la solidaridad no es tanto legislar como propiciar y favorecer la conciencia solidaria de los individuos y de las Comunidades que las forman hacia los ciudadanos de otros territorios y comunidades.

La Ley de Servicios Sociales de Cataluña tiene como marco de referencia el Mapa de Servicios Sociales, y al igual que el resto de las Leyes de las otras Comuni-

dades Autónomas divide los servicios sociales en:

1. Servicios Sociales de Atención Primaria (de base. Generales o Comunitarios).
2. Servicios Sociales Especializados:
 - 1) Los servicios de atención primaria son el punto de acceso inmediato del usuario y de su ambiente familiar y social. Sus funciones son de:
 - Información, orientación y asesoramiento del ciudadano.
 - Promoción y desarrollo comunitario.
 - Gestión de servicios de atención domiciliaria.
 - Dirigen al usuario a los servicios sociales especializados o de bienestar social.
 - 2) Los servicios sociales especializados incluyen servicios sobre:
 - Diagnóstico, tratamiento, apoyo y rehabilitación de déficits sociales de personas o colectivos caracterizados por la singularidad de sus necesidades.
 - Pueden prestar servicios de apoyo comunitario, servicios de día, servicios residenciales u otros, que se considere conveniente.

Los servicios sociales de Cataluña tienen carácter universal, se dirigen a toda la población y para conseguir una eficacia óptima se dividen en áreas de actuación tales como:

Atención a:

- la familia, la infancia y adolescencia y la vejez.

Prevención y tratamiento social de:

- drogodependencias y delincuencia.

Promoción y atención a:

- minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales.

Actuaciones dirigidas a:

- prevenir y eliminar discriminaciones por razones de raza, sexo, o cualquier circunstancia personal o social.

Previsión y ayuda en:

- situaciones de emergencia social o de marginación social.

Las líneas generales de actuación de la política de servicios sociales se establece a través del Plan de Actuación Social de Cataluña (PAS).

El PAS se enmarca dentro de los principios operativos ya mencionados de:

- responsabilidad pública.
- promoción de la iniciativa social.
- globalidad.
- integración.
- descentralización y desconcentración.
- participación.
- prevención.
- planificación y coordinación.

El PAS se realiza a través de los programas siguientes:

1. Atención primaria.
2. Infancia y Adolescencia.
3. Personas con minusvalías.
4. Vejez.
5. Investigación, asistencia técnica y formación.
6. Mejora de gestión.
7. Participación democrática de los ciudadanos en la programación y control de los servicios sociales.
8. Actuaciones socio-sanitarias.
9. Participación en programas de la Comunidad Económica Europea.

RETOS ACTUALES DE LA POLÍTICA SOCIAL EN CATALUÑA

La pobreza es, en estos momentos, motivo de debate en los países europeos occidentales. Cada vez es más evidente que el crecimiento económico experimentado en los últimos años ha generado más riqueza, pero ha supuesto, también, el resurgir de la vieja pobreza, y la acentuación de las desigualdades de las condiciones y oportunidades económicas, civiles, sociales y culturales.

El Parlamento Europeo en Septiembre de 1988 constató que en la Comunidad Europea hay aproximadamente unos 45 millones de pobres. También resaltó que existen grupos especiales de marginados afectados por la pobreza. Estos son: los desempleados de larga duración, jóvenes y mujeres que viven solos, las familias monoparentales, los ancianos, los inmigrantes y los minusválidos.

El primer Programa de Lucha contra la Pobreza estableció como definición de la línea de mantenimiento de la pobreza el de las "personas que obtienen un 50% de la renta media regularizada per cápita".

El segundo Programa de Lucha contra la Pobreza definió a los pobres como "personas o familias cuyos recursos materiales, culturales y sociales son tan escasos que se ven excluidos de la forma de vida mínimamente aceptable dentro del país en el que viven".

El Parlamento Europeo aprobó el 15 de Marzo de 1989 una Resolución que enfatiza que "una acción eficaz en favor de las personas menos favorecidas comprende, también, una prestación de ayuda financiera que permita un nivel de vida aceptable", y que todo trabajador excluido del mercado de trabajo "debería tener reconocido como derecho social fundamental un salario mínimo garantizado y unos ingresos mínimos garantizados".

En España, uno de los puntos más vivos en el debate sobre la pobreza es el del salario mínimo (llamado también, salario social, ingreso mínimo garantizado, asignación básica ciudadana, ingreso mínimo familiar y renta mínima de inserción).

Los detractores del salario mínimo lo consideran, en general, una medida conservadora que, en lugar de combatir la marginación, la convierte en algo aceptable.

Argumentan que funciona como salario marginatorio y de exclusión social.

Los defensores aducen que aunque la renta mínima puede ser una medida paliativa, puede reconducirse a objetivos más amplios a través de planes integrados estableciendo objetivos concretos. Los planes deben establecer pautas de coordinación interinstitucional, salvando las disputas competenciales y superando la fragmentación. Tienen que tener dispositivos de evaluación de carácter cuantitativo y cualitativo y muy esencialmente deben orientarse a la inserción con el fin de fomentar el acceso y el propio protagonismo de sus receptores a través de experiencias y acciones creadas, en la medida de lo posible, por ellos mismos.

El Gobierno Autónomo Vasco implantó en 1989 un "ingreso mínimo familiar", inscrito en un Plan integral de la Lucha contra la Pobreza.

El Gobierno Catalán pactó con los interlocutores sociales la creación de la "renta mínima de inserción", basada en la Carta Social Europea y en la Carta de los Derechos de los Trabajadores y pone especial énfasis en los aspectos de inserción más que en los propios económicos del pago de la renta mínima.

El 25 de Junio de 1990 se publicó en Cataluña el decreto regulador del Programa Interdepartamental de la Renta Mínima de Inserción (P.I.R.M.I.) que se empezó a aplicar el 2 de Julio. La finalidad de dicho plan es la inserción social y laboral de personas que se encuentran sin medios suficientes para cubrir sus necesidades esenciales. El plan comprende una serie de medidas de intervención social que incluye entre ellas las económicas, denominadas Renta Mínima de Inserción (R.M.I.).

La financiación del plan corre a cargo del gobierno catalán y en su gestión intervienen los servicios sociales de atención primaria de los ayuntamientos, consejos comarcales y entidades privadas sin ánimo de lucro. Para saber el alcance y algunos

resultados del plan será necesario que transcurran unos meses.

A pesar de que el Gobierno Central español no se muestra favorable a la instauración del salario mínimo, algunas comunidades han instaurado ya, o se encuentran próximas a implantar, sus respectivos planes de rentas mínimas, y muy probablemente, otras comunidades se agregarán a las anteriores.

Y como final y conclusión, quisiera resaltar que la descentralización y desconcentración de los servicios sociales, con una ordenación más racional de los mismos y con el acortamiento de la distancia entre los problemas de los usuarios y la toma de decisiones, ha supuesto en Cataluña y España una mejor calidad en los servicios, una mayor cobertura de la población y la posibilidad de participación por parte de los receptores de los servicios sociales.

Por lo que respecta a Cataluña, cabe señalar como hecho diferenciador la comarcalización de su territorio, que con la creación de los Consejos Comarcales, posibilita las competencias de los servicios sociales a los municipios, el nivel territorial más próximo al ciudadano.

Emilia Alonso Olaiz

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Constitución Española. 1978. Artículo 2.
- (2) Constitución Española. 1978. Artículo 148, 1.20.
- (3) Ley 7/1985, de 2 de Abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.
- (4) **CASADO, D.:** *¿Los Servicios Sociales en el Estado de las Autonomías. Cuestiones de Aplicación.* Comité Español para el Bienestar Social. Editorial Acebo. Madrid, 1987, pág. 24.
- (5) Ley 26/1985, de 27 de Diciembre, de Servicios Sociales de Cataluña.
- (6) **MORAGAS, R.:** *Descentralización territorial.* Comité Español para el Bienestar Social. Ed. Marsiega. Madrid, 1979, pág. 93.
- (7) Ley 7/1984, de 3 de Marzo, reguladora del Fondo de Compensación Interterritorial.

ENTREVISTA A ARANTZA AGUIRIANO, GERENTE DE LA FUNDACIÓN ULIAZPI

En el año 1989, los centros de atención a personas con deficiencia mental profunda gestionados por A TZEGL —antigua Asociación guipuzcoana pro subnormales— pasaron a depender de la Diputación de Gipuzkoa, siendo la fórmula elegida para su gestión la de Organismo Autónomo dependiente de esta institución.

Son 277 las personas atendidas, 203 en régimen de internado y 14 en régimen de media pensión, distribuidas en 3 centros:

- Centro Donostía (Villas Careaga, Uliazpi y Josetxo-Enea)*
- Centro Fraisoro (Zizurkil)*
- Centro Zubieta (Hondarribia)*

En cuanto a la plantilla está integrada por 230 trabajadores, aproximadamente, y otros 30 más para las suplencias.

Arantza Aguiriano es la gerente de la Fundación Uliazpi. Licenciada en Ciencias Empresariales, pertenece a esa joven generación de técnicos de empresa que se ha situado en la dirección de muchas de las instituciones públicas y privadas del sector de los servicios sociales.

Se ha hablado siempre de la existencia de un conflicto entre los gestores con formación empresarial y las "otras profesiones" del sector de la salud o de los servicios sociales. Desde este lado, se dice que dais prioridad a los resultados económicos, que queréis aplicar mecánicamente esquemas empresariales a un medio con singularidades muy propias, y que, en muchos casos, carecéis de sensibilidad para entender la problemática de los profesionales, que también es muy especial en estos sectores.

Sí, y desde el otro lado supongo que se dice que los profesionales, no habituados a trabajar con los esquemas de funcionamiento de una empresa, olvidan los criterios de eficiencia debidos. Reconozco que los instrumentos de gestión son sólo eso. Medios o instrumentos, y que a veces, sobre todo en el caso de los gestores inseguros, supongo yo, tienden a magnificarse y a convertirse en un fin en sí mismo. Eso

no tiene ningún sentido; lo que los gestores deben hacer es organizar las cosas de manera que resulte más sencillo alcanzar los objetivos sociales que la institución le impone. Estoy convencida de que la técnica empresarial tiene muchas cosas que aportar a los servicios sociales, no sólo en orden a aumentar su eficiencia, es decir, para contribuir a que se cumplan los objetivos con una economía de medios, sino también desde el punto de vista, digamos que, más cualitativo.

La elaboración y aplicación de los planes de gestión pueden ser un buen ejemplo de la utilidad práctica de los llamados instrumentos o herramientas empresariales.

Nosotros, en la Fundación, utilizamos esta herramienta de gestión como guía fundamental de nuestra actuación.

La participación del personal que integra la organización es básica para el desa-

rollo de un plan de estas características. Este aspecto es fundamental en una institución como ésta.

Personalmente pienso que un problema importante que se plantea en los centros de atención a personas con deficiencia mental profunda y que afecta a todos los niveles es el de la falta de expectativas. De la persona con deficiencia mental profunda se espera poco; por lo general, ni sus padres exigen un avance, una mejora, puesto que, por definición, se trata de un "material" del que no cabe sacar nada. Cualquier mejora es un regalo y, claro, es más fácil funcionar allí donde no hay grandes expectativas.

Naturalmente, si el único objetivo con estas personas es el de "atenderlas", término que se traduce habitualmente por el de "tenerlas", las funciones de atención del personal de atención directa pueden volverse repetitivas y cuando las tareas se hacen repetitivas acaban por deteriorarse, por muy sencillas o elementales que sean. Por eso es necesario plantearse unos objetivos razonables, pero que impliquen una modificación, por mínima que sea, de la situación de partida.

Los trastornos de comportamiento suponen una de las dificultades mayores que se plantean en un centro de atención a personas con deficiencia mental profunda. Nosotros hemos comprobado que con la atención necesaria, la frecuencia e intensidad de tales problemas disminuye, pero claro, hace falta disponer de esos medios, y aquí es donde se plantea esa difícil cuestión relativa a la proporcionalidad entre medios y objetivos. Y cito un caso muy concreto: Tenemos un chico de esos que en todos los centros se considera problemático, difícil, con problemas de autoagresión, incapaz, en apariencia, de establecer ningún tipo de relación, de esos a los que se le pone la etiqueta de imposible. Pues bien, en un período determinado, y por razones que no vienen al caso, se planteó una organización y atención específica para esta persona, lográndose que sus crisis y sus problemas de comportamiento disminuyesen de manera evidente para todos, con el consiguiente alivio también para todos, y lo que más me impactó personalmente: ese chico empezó a sonreír en determinadas situaciones, cuando se le bañaba en la piscina, por ejemplo, y ahora sabemos que no todo le da lo mismo, como cabía suponer en la situación de partida.

Claro, la cuestión está en saber cuánto vale esa sonrisa, qué esfuerzo social debemos pagar por ella.

Hoy en día el coste por plaza en la atención de personas con deficiencia mental profunda oscila en nuestro medio en torno a los cuatro millones de pesetas. Es una cantidad importante, qué duda cabe, pero es difícil mantener la dignidad mínima necesaria a costes inferiores.

Parece que el relativamente elevado coste de la atención se tiende a justificar, a veces, no tanto en base a las necesidades de la propia persona con deficiencias —que según algunas interpretaciones no requeriría más que los cuidados básicos, alimentación, higiene, etc.— como en razón de las necesidades de sus padres y en general de quienes se encargan de su atención.

Efectivamente, muchas veces he oído ese planteamiento y no me parece del todo incorrecto, pero sí requiere alguna matización. Es posible que algunas personas con deficiencia mental no "agradescan" la atención que se les dispensa. Aun suponiendo que fuera verdad, sería absolutamente necesario asegurar cierto estándar de atención para que el entorno de esas personas, sus cuidadores, sus padres, que evidentemente sí se enteran, no sufran los efectos derivados de ser uno de los polos de esa "no relación", cuyos efectos son imprevisibles para las dos partes. El manicomio nos ofrece un buen ejemplo de hasta dónde pueden ir a parar las cosas, si permitimos un marco de relaciones en el que establecemos que, una de las partes, ni siente, ni padece. Indefectiblemente, la otra parte acaba sintiendo o padeciendo menos, y es el ambiente general el que se degrada. Las repercusiones las sufre el usuario, cuya atención se degrada más y más, y las sufre también la persona encargada de su atención, porque no puede vivir impunemente esa degradación.

Por esa razón tendemos a complicarnos un poco la vida, tratando de no caer en la rutina. Así es como nos hemos empeñado en dinamizar la vida de estas personas, en la medida de las posibilidades. Un grupo de chicos asisten a Talleres GUREAK, aunque requieran el acompañamiento de monitores; otros que se encuentran en edad escolar, acuden a centros específicos o aulas estables, e incluso asisten a clubs de ocio. Siguiendo esa idea también hemos organizado colonias a Tarragona y a Zuriza y recientemente al Balneario de Zestoa. Ya digo que para nosotros supone unas dificultades añadidas, pero sin ellas caeríamos seguramente en la rutina. Las complicaciones, sin embargo, estimulan.

Hay que reconocer que el trabajo con estas personas es bastante insatisfactorio.

El "síndrome del quemado", del que tanto se habla hoy en día en la literatura, afecta sin duda muy directamente al personal de nuestros centros. Según mis noticias, en los centros europeos homologables se da una importante rotación de personal, que permite contar con gente de refresco, cosa que aquí, por la situación del mercado de trabajo, no es posible, lo que aumenta los riesgos de anquilosamiento y, en consecuencia, la necesidad de introducir medidas preventivas. Las complicaciones antes aludidas tienen en parte esa finalidad, la de buscar nuevos contenidos al trabajo, pero como también he señalado anteriormente, representan un coste adicional.

¿Cómo ves la aportación del voluntariado en el contexto de la atención a las personas con deficiencia mental profunda?

Esa aportación sería muy útil, pero no tanto como una posibilidad de reducir los costes de atención —que es la visión economicista desde la que se suele contemplar esta cuestión— como para enriquecer las relaciones, que, en instituciones como las nuestras, en las que el personal y los usuarios conviven durante muchos años, tienden a empobrecerse. Desgraciadamente, no contamos con esa participación, y además, aun en el caso de que contásemos con aspirantes, me parecería bastante difícil, en las condiciones actuales, compatibilizar la intervención de trabajadores remunerados y voluntarios.

¿Y las relaciones con las familias?

No hace todavía mucho tiempo la idea dominante era que las instituciones tenían que procurar que las familias mantuviesen cierto nivel de compromiso. En consecuencia, existía, por ejemplo, la obligación de realizar determinado número de visitas en el centro, o de llevarse al chico o a la chica a casa, con el fin teórico de que no se rompiera la relación, y la persona deficiente pudiese beneficiarse del ambiente familiar. También existía, supongo yo, cierta intención moralizadora, concretamente, el deseo de que los padres no se desentendiesen.

Nosotros partimos de que lo natural, y lo habitual, es que los padres deseen ver y tener a sus hijos, y lo que hay que hacer es que ese verles y tenerles no sea una carga terrible que les empuje a tomar la decisión de apartarse de ellos. Por eso, una solución consiste en facilitar la manera de que esa relación sea lo más gratificante posible. En ese sentido hemos creado una

serie de soportes, tanto en períodos vacacionales como en fines de semana.

De esta forma algunos matrimonios que no podían irse de vacaciones, lo han hecho por primera vez, y la presencia de la persona con deficiencia no es percibida ya como carga, puesto que se tiene conciencia de que en caso de necesidad, las instituciones están ahí para darles el apoyo necesario.

Al margen de eso es cierto que tenemos dificultades para encontrar nuestro sitio entre la persona con deficiencia y su familia, para definir el papel que nos corresponde en la dinamización de las relaciones familiares.

¿Cuáles son vuestros objetivos a corto plazo?

Profundizar en la pretensión de prestar una atención individualizada, estimular la participación de los trabajadores en el diseño de los planes de atención y poner a punto una carta de los derechos del usuario, entre otros.

En relación al último aspecto, que me parece importantísimo, tengo que confesar que no vemos las cosas con mucha claridad. De todas formas, me parece obvio que no podemos seguir más tiempo sin concretar sobre el papel, eso que en este momento sigue siendo material opinable, sujeta a la peculiar forma de ser de cada trabajador y, en consecuencia, sujeta a la arbitrariedad. Hasta este momento la Junta de la Fundación ha respetado escrupulosamente todas nuestras iniciativas, nos ha dado entera libertad, pero el buen uso de esa libertad precisamente hace necesario que establezcamos la carta a la que me refiero, para que sepamos a qué atenernos. Es necesario concretar esos principios que, dichos así, pueden parecer un poco abstractos, como el derecho a la dignidad o a la intimidad. Hay cuestiones que quedan al criterio y al talante particular de la persona que en cada momento está a cargo de la atención.

Evidentemente esto no debe seguir así. De las sesiones sobre evaluación que mantuvimos en el SMS aprendimos que nuestra primera tarea es traducir todas esas cuestiones en objetivos concretos. El problema ahora estriba en quiénes deben participar en la redacción de esos objetivos; en quiénes van a intervenir en la redacción de esa carta de derechos, cuyo cumplimiento, una vez establecidos, habrá que evaluar de manera permanente.

ASISTENCIA GERIATRICA EN EUSKADI

Ante el continuo incremento de las personas mayores de 65 años, resulta imprescindible planificar cuidadosamente los diversos tipos de cuidados que, tanto desde una perspectiva social (asistencia domiciliaria, centros de día), como desde una perspectiva sanitaria (atención hospitalaria y extrahospitalaria), deben coordinarse a fin de responder a las necesidades de dicha franja de población.

Entendemos por asistencia geriátrica el conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extrahospitalarios, médicos y sociales, que dan respuesta eficaz a los diferentes problemas que desde la comunidad plantean las personas de edad avanzada. Por razones varias, entre las que cabría destacar la disminución de la natalidad y mortalidad, así como las mayores esperanzas de vida al nacer, existe un incremento demográfico de las personas mayores de 65 años, que en Euskadi alcanza actualmente el índice del 12,5% (tabla 1).

Las proyecciones que se pueden esperar a la vista de los datos presentes son las de superar el valor del 15 % en la frontera del año 2001 (1).

Por todo ello y por las repercusiones que el envejecimiento transmite a la sociedad en general, nadie discute a estas altu-

ras la necesidad de planificar específicamente los cuidados de salud de un colectivo que consume una abultada proporción del presupuesto sanitario. Tampoco se discute que la actuación con el anciano debe ser multidisciplinar, con un mayor o menor protagonismo de los diferentes profesionales, según el caso de que se trate.

LA PERSPECTIVA DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL

La constitución del marco autonómico ha favorecido el traspaso de competencias y de autogobierno a varias Autonomías, entre ellas la nuestra. El País Vasco gesta su propia Ley de Servicios Sociales en Mayo de 1982 (2) y paralelamente ha venido potenciando la red de atención social tanto de base como comunitaria con importantes logros, siendo por todos conocido el

TABLA 1 POBLACIÓN ANCIANA EN EUSKADI (*)

Territorio	Censo de 1986	Estimación 1990	Proyección 2000
Araba	9,5 %	11,2 %	16,0 %
Bizkaia	10,2 %	12,6 %	19,2 %
Gipuzkoa	10,6 %	12,8 %	18,3 %

(*) Fuente: Eustat - Instituto Vasco de Estadística (1).

acercamiento popular de la oferta social desde los municipios bajo la coordinación de las diputaciones forales, con cuantiosos incrementos en sus presupuestos económicos y una decidida sensibilidad hacia el problema de la vejez gracias a la política planificadora llevada a cabo por el Gobierno Vasco.

A pesar de todo, es preciso potenciar los recursos sociales en la atención domiciliar, donde Euskadi no alcanza el 2 %, siendo la cobertura necesaria del 10%. Con relación a los recursos comunitarios y en cuanto a plazas residenciales, la oferta actual es del 3,27 % y la necesidad teórica (según estándares europeos) se puede cifrar en torno al 4-5 %. De las mismas hay que priorizar una gran proporción en camas "asistidas", dada la cada vez mayor incidencia de ancianos enfermos crónicos, inválidos y con problemática social, con adecuada dotación en calidad y cantidad, para intentar cubrir los cuidados de larga estancia. A este respecto, cabe señalar como conveniente el reciente decreto del Departamento de Trabajo y Seguridad Social (3) sobre regulación de servicios sociales residenciales para la Tercera Edad.

Con respecto a los Centros de Día disponemos de 8 (4 en Gipuzkoa, 3 en Araba y 1 en Bizkaia) cuando la Geriatria estima que puedan ser beneficiarios de los mismos alrededor del 1 % de los mayores de 65 años.

Es preciso aumentar también la oferta de urgencia social con estancias temporales residenciales para el merecido descanso de los cuidadores del anciano enfermo, es decir para poder auxiliar a los auxiliares y así evitar que la familia se desvincule de su derecho y deber de atender a los mayores en su seno.

La Comunidad Autónoma Vasca se prepara para abordar y desarrollar medidas tendentes a cubrir las necesidades específicas que la población anciana suscita, desde el sector de la Salud y de los Servicios Sociales, gracias al reciente Proyecto Gerontológico, gestado desde los Departamentos de Trabajo / Seguridad Social y Sanidad / Consumo (4).

NECESIDADES Y PERSPECTIVAS SANITARIAS

De todos es conocido que los ancianos consumen una parte desproporcionada de los recursos sanitarios. Así:

A) En el Nivel Extrahospitalario

La Geriatria propone que el grueso de las consultas efectuadas por los mayores de edad se resuelva en los equipos de atención primaria (EAP). Ello implica lograr la máxima cobertura asistencial a la población por y desde los centros de salud, toma de conciencia de sus principales problemas y tópicos con la aplicación de programas específicos de atención al anciano, amén de un regular y periódico reciclaje docente. Precisamente, según el Libro Blanco de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (5), la gran mayoría de médicos consultados reconoce como sólo "aceptable-discreto" el conocimiento a fondo de la patología geriátrica y la conveniencia de una mejor formación en Geriatria cuenta con la opinión favorable del 90 % de los encuestados, siendo las fórmulas más indicadas el reciclaje hospitalario, la formación continuada programada y los cursos de perfeccionamiento. En cualquier caso, es preciso sistematizar la formación geriátrica en el programa de médicos de familia.

Dentro de los estudios de Enfermería, la Geriatria es asignatura de su curriculum, y la Enfermería Geriátrica queda regulada como tal según el Real Decreto de Especialidades de Agosto de 1987. También existe formación básica en geriatria para trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

B) En el Nivel Hospitalario

La Geriatria es especialidad médica desde Febrero de 1978 y a pesar de la gran necesidad de especialistas, Euskadi no posee actualmente ninguna unidad geriátrica hospitalaria acreditada para la formación MIR de geriatria, si bien el mencionado Proyecto Gerontológico (4) parece buscar la compensación mediante la progresiva ubicación de servicios geriátricos en los tres territorios históricos comenzando la tarea por uno a nivel piloto.

Un servicio de geriatria puede constituirse de: unidad de corta, media y larga estancia, consulta externa, hospital de día y unidad de ayuda a domicilio, o bien, de unidad de agudos, consulta externa y hospital de día. Caso del hospital secundario o comarcal, las opciones podrían ser: unidad de media y larga estancia y consulta externa, o bien, esto más hospital de día, o bien, la última opción más ayuda geriátrica a domicilio.

Estas opciones son perfectamente compatibles con la reconversión o adecuación de otros centros en hospitales geriátricos, bajo la condición de su integración y/o coordinación con el hospital general de su distrito y con el rechazo expreso a políticas o tácticas de su uso como "hospitales de cuidados mínimos" o "de crónicos", denominaciones que tantas veces significan cubrir los altos mínimos cuidados que tanto requiere el enfermo geriátrico con escasos y deficientes medios humanos y técnicos, generalmente bajo fórmulas de concertación con centros privados.

La coordinación entre lo sanitario y social es de vital importancia y necesidad para evitar el desaprovechamiento de los recursos disponibles. En este sentido es de destacar la iniciativa de la Administración Vasca al proyectar elaborar el primer mapa conjunto de servicios sociales y sanitarios. Se impone la unificación administrativa o al menos la unidad de gestión de recursos médicos y sociales en cada área no sólo para evitar duplicidades sino para racionalizar el gasto y conseguir así una mejor

asistencia al anciano con el menor coste posible.

Juan Carlos Caballero García

BIBLIOGRAFÍA

1. **Eustat-Instituto Vasco de Estadística:** *Proyección de la población en el horizonte del 2000*. Documentación. Gobierno Vasco. Vitoria. 1988.
2. **Parlamento Vasco:** *Marco normativo sobre servicios sociales en el País Vasco*. Ley 6/1982. Vitoria. 1982.
3. Decreto 218/1990: *Los Servicios Sociales Residenciales para la Tercera Edad*. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. Boletín Oficial del País Vasco, n.º 175 ZK (31/8/1990): 8028-8070.
4. **Imaz, R.; Sola, E.; Saizarbitoria, R. y Calvo, J. J.:** *Proyecto de Plan Gerontológico de Euskadi (primer borrador)*. Depto. de Trabajo y Seguridad Social & Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria. Diciembre 1989.
5. **Guillen Llera, F.; Salgado Alba, A.; Jiménez Herrero, F. y cois.:** *Libro Blanco: El Médico y la Tercera Edad*. Gabinete Sociológico Bernard Krief & Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (eds.). Beecham, S.A. Lab. Madrid. 1986.

TRATAMIENTO PARA FAMILIAS CON PROBLEMAS DE MALTRATO Y/O ABANDONO INFANTIL

En el mes de Noviembre de 1989 se firmó un Convenio de Colaboración entre el Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, el Departamento de Salud y Bienestar Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco UPV/EHU, para la puesta en marcha de un Plan-Piloto de tratamiento y rehabilitación para familias con problemas de maltrato y/o abandono físico infantil en el territorio histórico de Gipuzkoa.

Los resultados obtenidos con el total de 17 familias participantes en el Plan apoyan los derivados de otros programas de similares características desarrollados en otros países, indicando claramente la idoneidad del mismo para la rehabilitación de gran parte de las familias que en este momento llegan a los Servicios de Protección a la Infancia por problemas de maltrato y/o abandono físico infantil.

En este artículo se exponen brevemente los objetivos, diseño, desarrollo, método de evaluación y resultados de dicho Plan-Piloto.

OBJETIVOS

El objetivo básico y general de este Plan-Piloto fue el evaluar la viabilidad y capacidad de solución del problema del maltrato y abandono físico infantil de un Programa de Tratamiento en relación estrecha con su coste económico y necesidades de personal.

Asociado a lo anterior y derivado de ello se plantearon otra serie de objetivos:

- a) Generar en los profesionales y en la sociedad en general una actitud favorable y la seguridad de que el problema del maltrato y abandono infantil puede ser solucionado paliando algunas de las causas que lo provocan.
- b) Valorar la posibilidad de aplicar con efectividad cualquier plan de trata-

miento multidisciplinar en la red de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.

- c) Discriminar el tipo de casos de maltrato y abandono físico que con un costo no excesivo pueden recibir un nivel óptimo de ayuda y aprovechamiento del tratamiento.

Los objetivos específicos del Plan-Piloto en cuanto a su función de rehabilitación fueron los siguientes:

- a) Alterar y modificar, mejorándolo, el patrón de comportamiento parental con el niño. Se trataba no sólo de suprimir las conductas de maltrato y/o abandono físico, sino de mejorar el patrón de relación paternofamiliar para, como consecuencia, conseguir la desaparición de tales conductas.

- b) Proporcionar a los padres las capacidades y habilidades necesarias para que ellos mismos, a partir del tratamiento, fueran capaces de enfrentarse de manera adecuada a sus propios problemas sin depender sistemáticamente de los Servicios Sociales.

Para conseguir estos objetivos, se plantearon los siguientes objetivos más concretos y específicos:

- Procurar los medios económicos necesarios para que queden cubiertas las necesidades mínimas de alimentación, vivienda, vestido, higiene y salud de estas familias.
- Mejorar las relaciones familiares y de pareja.
- Modificar el estado de salud psíquica de los padres hasta conseguir un nivel de bienestar emocional que permita una buena relación con los niños.
- Proporcionar a los padres las habilidades y técnicas necesarias para promover una relación adaptativa con los niños.
- Mejorar la percepción parental de los niños.
- Paliar los déficits en el desarrollo cognitivo, emocional, social o comportamental de los niños.
- Paliar el aislamiento social de estas familias y procurar un adecuado nivel de relaciones sociales.

CONDICIONANTES DEL PROGRAMA

Un programa de las características del que aquí se presenta y en general cualquier programa de intervención terapéutica con familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil se enfrenta a una serie de condicionantes que han de ser valorados. Estos son los siguientes:

- a) La naturaleza multifactorial del problema del maltrato y abandono infantil precisa un abordaje multidisciplinar, a la vez que una responsabilidad personalizada de cada caso.

- b) La heterogeneidad de los casos imposibilita plantear un único programa standard de tratamiento aplicable a todos ellos.
- c) La motivación de las familias para recibir y participar en un programa de tratamiento es diversa, siendo éste un aspecto que ha de ser evaluado y solucionado previamente.
- d) La rehabilitación de este tipo de familias implica el tratar no sólo una de las consecuencias de una disfunción familiar sino la disfunción en sí misma y que provoca dicha situación.
- e) La evaluación de la efectividad de un programa de tratamiento debe ser prolongada. Además de la inmediata evaluación de los resultados una vez finalizado el mismo, es preciso analizar y controlar la evolución de cada caso durante un largo período de tiempo.
- f) Es preciso obtener resultados positivos a corto plazo por los efectos que una situación prolongada de estas características tiene sobre el niño.

POBLACIÓN ATENDIDA

El Plan-Piloto de Tratamiento atendió a un total de 17 familias, las cuales cumplen los siguientes requisitos:

- a) En el momento de iniciarse la intervención, los niños objeto de maltrato y/o abandono residían en el hogar familiar. No era criterio de exclusión el que hubieran estado anteriormente institucionalizados, sino el que lo estuvieran durante la puesta en marcha del programa.
- b) Ninguno de los casos presentaba una o varias de las siguientes problemáticas:
 - Presencia de trastornos psíquicos severos y crónicos, especialmente de tipo psicótico (esquizofrenia, paranoia) y psicopatías que pudieran requerir tratamiento particular en instituciones psiquiátricas.

- oxicomanías severas, en especial adicción a la heroína.
- Encarcelamiento materno.
- Debilidad mental importante en alguno de los padres.

La razón de utilizar estos criterios de exclusión radica en el hecho de que el tipo de intervención desarrollada en el Plan-Piloto (en cuanto a los recursos utilizados y su duración) no es el idóneo para este tipo de problemáticas.

Se proporcionaron a los responsables técnicos de los Departamentos de Bienestar Social de los organismos participantes en el programa estos criterios así como una definición operacionalizada de lo que desde el Plan se entendía por Maltrato y Abandono Físico, pues éste estaba diseñado para estos dos tipos específicos de problemáticas. Sin embargo, y tal como recoge el Cuadro que se presenta a continuación, se incluyeron algunas familias que presentaban otras tipologías de maltrato (como maltrato emocional o conductas negligentes que no componían un cuadro de abandono físico). No sólo con estas familias

sino con algunas otras, a lo largo del desarrollo del Plan y a medida que se poseía un conocimiento más profundo de las características de éstas, se detectó que la evaluación inicial del caso respecto al problema presentado era errónea o que existían otras adicionales a la misma o de mayor importancia que la que motivó la inclusión de la familia en el Plan.

Así, la tipología de los casos seleccionados fue la siguiente:

CUADRO 1

TIPOLOGÍA DE LOS CASOS SELECCIONADOS

Maltrato físico	4 casos 9 casos 2 casos
Abandono físico	
Maltrato y abandono físico	
Maltrato emocional	1 caso 1 caso 17 casos
Conductas negligentes	
Total	

Algunos factores asociados a los problemas por los que fueron seleccionadas estas familias se muestran en el Cuadro 2.

CUADRO 2 FACTORES ASOCIADOS EN EL CONJUNTO DE LOS CASOS TRATADOS

Reciben el Salario Social.....	7 casos
Estado Civil: Casadas	12 casos
Separadas/Divorciadas	5 casos
Nivel Intelectual Bajo	3 casos
Depresión	2 casos
Problemas de Salud Psíquica: Ansiedad.....	2 casos
Otros	3 casos
Alcoholismo	7 casos
Consumo de drogas.....	3 casos
Historia de Maltrato/Abandono en los padres	7 casos
Violencia conyugal	5 casos
Número de hijos (media).....	3.4
Edad de la Madre (media).....	34.4 años
Edad del Padre (media)	38.4 años
Situación Laboral Desempleo	7 casos
Pensionistas	2 casos

DISEÑO DEL PLAN PILOTO

Aspectos generales

El Plan-Piloto de Tratamiento se planteó como un programa de intervención intensiva de cinco meses de duración. Evidentemente se trata de una duración corta si el objetivo planteado se refiere a la rehabilitación total de familias con problemas de maltrato y/o abandono físico infantil. Numerosas experiencias similares llevadas a cabo en otros países han mostrado que, en general, el período mínimo de intervención necesario para ello se sitúa en 18 meses.

Sin embargo, este Plan-Piloto no fue diseñado con el objetivo de conseguir la rehabilitación total de las familias atendidas, sino el de establecer las condiciones básicas para dicha rehabilitación y, especialmente, evaluar si con cinco meses de intervención intensiva podían determinarse con claridad las posibilidades de alcanzar tal rehabilitación, es decir, si podía determinarse el pronóstico del caso y en consecuencia posibilitar el que la toma de decisión de los servicios sociales respecto al mismo fuera la idónea.

Recursos utilizados

Además de utilizar, en los casos que así fue necesario y posible, los recursos comunitarios (Alcohólicos Anónimos, Salud Mental, Ayudas Económicas, etc.), el Plan Piloto ha contado con una serie de recursos propios. Estos han sido los siguientes: Equipo Diagnóstico, Educadores Familiares, Grupos Pedagógicos de Padres y Madres, Grupos Pedagógicos de Niños, Tratamiento psicológico y Supervisión individualizada de cada caso.

En el caso concreto del Equipo Diagnóstico, los Educadores Familiares y los Grupos Pedagógicos de Padres y Madres, la formulación de sus objetivos, funciones, metodología y contenidos de las tareas realizadas, derivó de un estudio exhaustivo, por parte del equipo técnico responsable del Plan, de lo realizado en programas similares desarrollados en otros países.

Equipo diagnóstico

Un equipo diagnóstico del Plan, formado por un psicólogo y una asistente social

con formación y experiencia en evaluación de casos, realizaron con la totalidad de las familias participantes una entrevista de evaluación diagnóstica elaborada al efecto a partir de la cual se establecían el nivel de motivación y conciencia del problema de cada una de las familias y se planteaban los objetivos iniciales de intervención.

Asimismo, a partir de la información recogida en la entrevista diagnóstica, se asignaba a cada familia el Educador Familiar considerado como idóneo según las características tanto de aquéllas como de los Educadores.

Educadores Familiares

Seleccionados y formados por el equipo técnico del Plan-Piloto, trabajaron en el mismo seis Educadores Familiares.

A cada uno de ellos se le asignó un máximo de tres familias (aunque en algún caso se aumentó a cuatro), trabajando un máximo de veinte horas semanales. En su jornada laboral se incluía la realización de las siguientes tareas: Visitas domiciliarias (en general, dos visitas semanales a cada familia de una hora y media de duración). Gestiones, Registro de la información y Reuniones.

Grupos Pedagógicos de Padres y Madres

Los Grupos Pedagógicos de Padres y Madres fueron planteados con el objeto de proporcionar a los padres los conocimientos básicos necesarios para la consecución de los principales objetivos del Programa.

Estos Grupos estaban dirigidos por dos personas, ambas con formación en dinámica de grupos. El número de sesiones planificadas fue de quince, de periodicidad semanal, y de dos horas de duración cada una. Un formulario elaborado al efecto recogía lo acaecido en cada sesión respecto a cada asistente.

Grupos Pedagógicos de Niños

De manera simultánea a la estancia de los padres en los Grupos Pedagógicos de adultos, los niños menores de doce años

acudían a esta actividad. Dos personas con amplia experiencia y formación en dinámica de grupo infantil dirigían la misma.

Un cambio de planteamiento afectó a los objetivos de estos Grupos de Niños. Si bien en su diseño inicial eran contemplados únicamente en su función de "guardería", esta concepción cambió hacia su aprovechamiento como marco de trabajo terapéutico con los niños.

Tratamiento psicológico

De acuerdo con las necesidades específicas de cada familia, el Plan-Piloto ofrecía tratamiento psicológico (individual, de pareja o familiar) tanto a los padres como a los niños que lo necesitaran.

Supervisión individualizada de cada caso

La intervención realizada desde todos los recursos del Plan era supervisada y dirigida de manera individualizada por un supervisor. La Coordinación entre todos los profesionales que desarrollaban su tarea en el contexto del Plan, era así función de esta figura, cubierta por el equipo técnico responsable del mismo.

Este Supervisor se reunía semanalmente con el Educador Familiar y mantenía contacto periódico con el resto de los profesionales implicados en el caso.

Otras de sus funciones eran las siguientes:

- Centralización de toda la información relativa a cada uno de los casos bajo su supervisión.
- Procurar que la información sobre la evolución de las familias estuviera a disposición de todos los profesionales implicados.
- Asumir la toma de decisiones con respecto a la intervención con los casos.
- Llevar un registro escrito de la situación de cada caso a lo largo del desarrollo del Plan-Piloto

- Proporcionar apoyo técnico y personal a los Educadores Familiares.

SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La evaluación de resultados cobra una importancia esencial en un Programa de Intervención de carácter experimental como es el caso del que aquí se presenta.

Dos han sido los sistemas de evaluación empleados en el Plan: La *evaluación clínica*, individual, de cada una de las familias, y la *evaluación general estandarizada*.

En el primero de los casos se valora si se han producido mejoras en la familia de acuerdo con los objetivos establecidos para la intervención.

En el segundo de los casos se valora la efectividad general del Plan, utilizando para ello únicamente pruebas estandarizadas.

La evaluación estandarizada ha consistido en la evaluación pre- y post- tratamiento de las siguientes variables mediante auto-informe:

— Ansiedad

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (S.T.A.I.) de Spielberger et al. (1970)

— Sintomatología depresiva

Inventario de Depresión de Beck (B.D.I.) de Beck (.1967)

— Ajuste Marital

Escala de Ajuste Marital de Braiker & Kelley (1976)

— Apoyo Social

Red Social de Apoyo: "Social Support Resources Scale" (SS-R) de Vaux & Harrison (1985)

Conductas de Apoyo: "Social Support Behaviors Scale" (SS-B) de Vaux et al. (1987)

Percepción de Apoyo: "Social Support Appraisals Scale" (SS-A) de Vaux et al. (1986)

—Potencial para el Maltrato Físico

"Child Abuse Potential Inventory" (C.A.P.) de Milner (1980)

—Problemas de Conducta en el Niño

"Child Behavior Checklist" (C.B.C.) para Padres y para Maestros, de Achenbach & Edelbrock (1983, 1986, 1987)

En el caso de las medidas de auto-informe, fue el Educador Familiar el responsable de administrarlas a los padres (en la mayoría de los casos, a la madre).

Asimismo, se han utilizado como medidas pre- y post-tratamiento las siguientes medidas de observación:

—Nivel de Bienestar Infantil

"Child Well-Being Scales" de Magura & Moses (1986) - Nivel de Vida del Niño

"Childhood Level of Living Scales" de Polansky et al. (1978)

—Funcionamiento Familiar

"Family Functioning Scales" de Geismar (1980)

RESULTADOS

El análisis de los resultados de este Plan-Piloto se ha realizado en base a las dos formas de evaluación utilizadas: Clínica y Estandarizada. Se presentan a continuación y por separado ambas lecturas del progreso realizado por el conjunto de las 17 familias tratadas.

Evaluación clínica

Dentro de ésta se han utilizado dos niveles explicativos en nuestra valoración:

— Por el *primero de ellos* hablaremos de éxito en función de la existencia de mejoras en el problema que motivó la inclusión de la familia en el Plan. Se trata de exponer si el problema de maltrato y/o abandono subsiste después del tratamiento y en qué medida. Para ello nos guiaremos por los Indicadores utilizados en este Plan para la definición de los problemas mencionados. El éxito estaría, pues, en función de que se hubiera alcanzado el objetivo básico del Plan de Tratamiento, la *mejora del patrón de relación* y, por consiguiente, la desaparición de los problemas de maltrato y/o abandono físico entendidos como la manifestación extrema de un patrón negativo de relación padres-hijos. Según ese criterio presentamos el cuadro siguiente:

CUADRO 3

Tipología	Sin cambios	Mejora	Mejora total
Maltrato físico	0	1	3
Abandono físico	3	3	3
Maltrato y abandono	2	0	0
Otros	1	1	0

— El *segundo nivel de explicación* se centra en la valoración de los cambios introducidos en una serie de factores o áreas problemáticas asociados a la

situación de maltrato, abandono físico o alto-riesgo por la que estas familias fueron incluidas en este Programa de Tratamiento.

CUADRO 4

Factor problema	N.º	Objetivo No	Objetivo parc.	Objetivo Sí
Ausencia de conciencia del problema	13	4	3	6
Falta de motivación para el cambio	13	6	2	5
Presencia del alcoholismo/adicciones.....	3	-	2	1
Problemas significativos en el bienestar psicológico	8	3	2	3
Relación de pareja conflictiva	8	2	3	3
Problemas en la relación con la familia extensa	2	1	-	1
Aislamiento social parental	13	4	5	4
Domicilio familiar en condiciones precarias	4	-	2	2
Desempleo del cabeza de familia	2	1	-	1
Problemas en el manejo de la economía familiar	3	1	1	1
Presencia de problemas específicos en los niños	9	1		3
Presencia de relaciones conflictivas padres-hijos (excluido maltrato físico)	7	3	2	2
Presencia de conductas negligentes hacia los hijos (excluido abandono físico)	7	1	3	3
Asunción de roles parentales por parte de los hijos		2	1	2
Presencia de problemas relacionados con la planificación familiar..	4	1	-	3

N.º = Número de sujetos que presentan el problema.

Objetivo No - Objetivo respecto al problema no alcanzado.

Objetivo parc. = Objetivo respecto al problema parcialmente alcanzado.

Objetivo Sí = Objetivo respecto al problema completamente alcanzado.

Evaluación estandarizada

La aportación realizada por la experiencia de este Plan-Piloto no se reduce en este sentido simplemente al Modelo de Intervención desarrollado, sino que incluye además la realización de una evaluación sistemática de resultados y la experimentación de instrumentos aplicados por primera vez en el ámbito nacional de los Servicios de Protección a la Infancia.

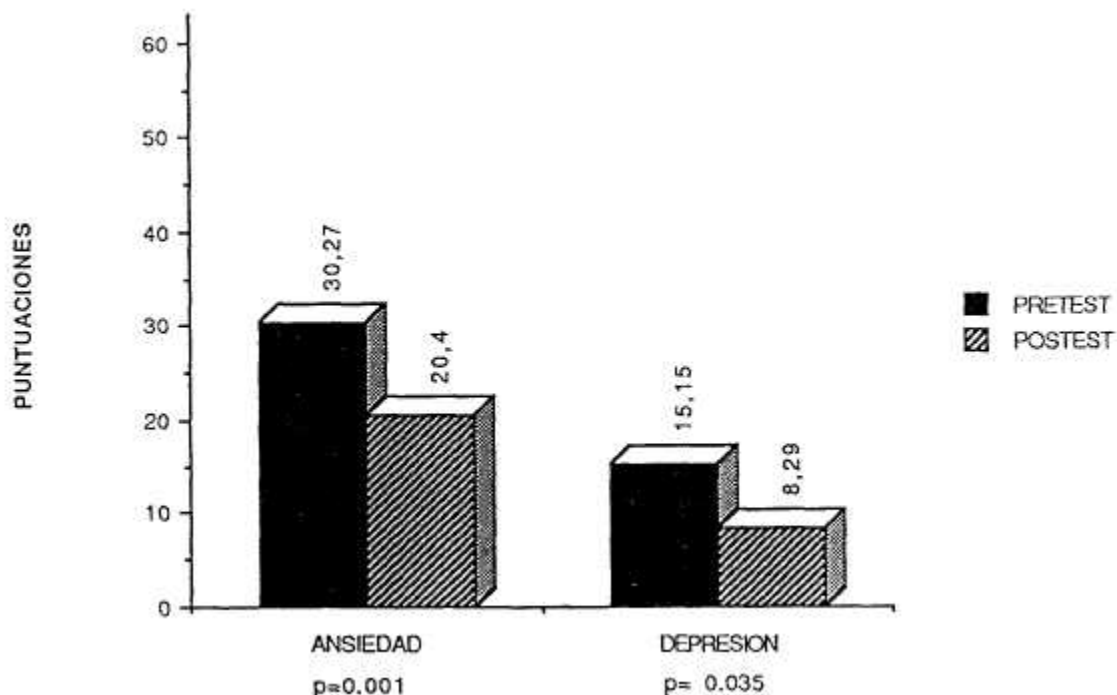
Debe señalarse nuevamente que se presentan resultados de todas las familias como conjunto, es decir, que se suman las puntuaciones de todos los sujetos, se establece la media de todas las familias antes y después de la intervención y se comparan dichas medias (MANOVA). No hay ningún

análisis individualizado en este apartado sino valoraciones globales.

A continuación se presentan los resultados que parten del análisis de los autoinformes cumplimentados por los miembros de las familias implicados y que corresponden a la evaluación de las siguientes variables: Ansiedad, Sintomatología Depresiva, Ajuste Marital, Apoyo Social y Problemas de Conducta en los niños.

Con respecto a las variables *Ansiedad* y *Depresión* y tal como se aprecia en el Gráfico 1, las diferencias son muy sustanciales en el conjunto de las familias y estadísticamente significativas en ambos casos ($p=.001$ en la variable Ansiedad y $p=.035$ en la variable Depresión).

GRÁFICO 1

RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La lectura de este gráfico indica que, tomadas las familias en su conjunto, hay una disminución en la presencia de síntomas de tipo depresivo y ansioso. Se trata de diferencias muy importantes numéricamente, lo que significa que en la mayoría de los casos los sujetos se perciben a sí mismos como habiendo experimentado una mejoría sustancial en su estado psíquico individual.

No ocurre lo mismo con variables más relacionales como son el Ajuste Marital y el Apoyo Social.

En la variable *Ajuste Marital* tal como es percibido por los propios sujetos implicados, hay un cambio en la dirección esperada, pero no lo suficientemente importante para que sea considerado como estadísticamente significativo.

En la variable *Apoyo Social* se han producido los resultados menos esperados y quizá más incongruentes con los resultados de la evaluación clínica. En esta última se ha considerado que muchas familias

habían mejorado a lo largo de la intervención en su aislamiento social. Sin embargo, a la luz de los autoinformes de dichas familias nos encontramos con que no hay diferencias sustanciales en las diversas medidas de apoyo social utilizadas. Así, en el conjunto de las familias no se aprecian cambios en la percepción que poseen del apoyo social que potencialmente pueden recibir ni en las conductas de apoyo social de los amigos y familiares.

Sin embargo, al analizar los resultados obtenidos en la Subescala "*Soledad*" del "Child Abuse Potential Inventory" (CAP) (Milner, 1986), que evalúa el nivel de aislamiento social, sí se observan diferencias significativas entre la evaluación pre- y post-tratamiento ($p=0.018$) en el sentido de un aumento del nivel percibido de apoyo social.

Estos últimos datos requieren, a nuestro entender, análisis posteriores más precisos.

Respecto a la variable *Potencial para el Maltrato Físico*, y tal como se aprecia en el

GRÁFICO 2

RESULTADOS DE LA SUBESCALA "SOLEDAD"
DEL C.A.P. INVENTORY

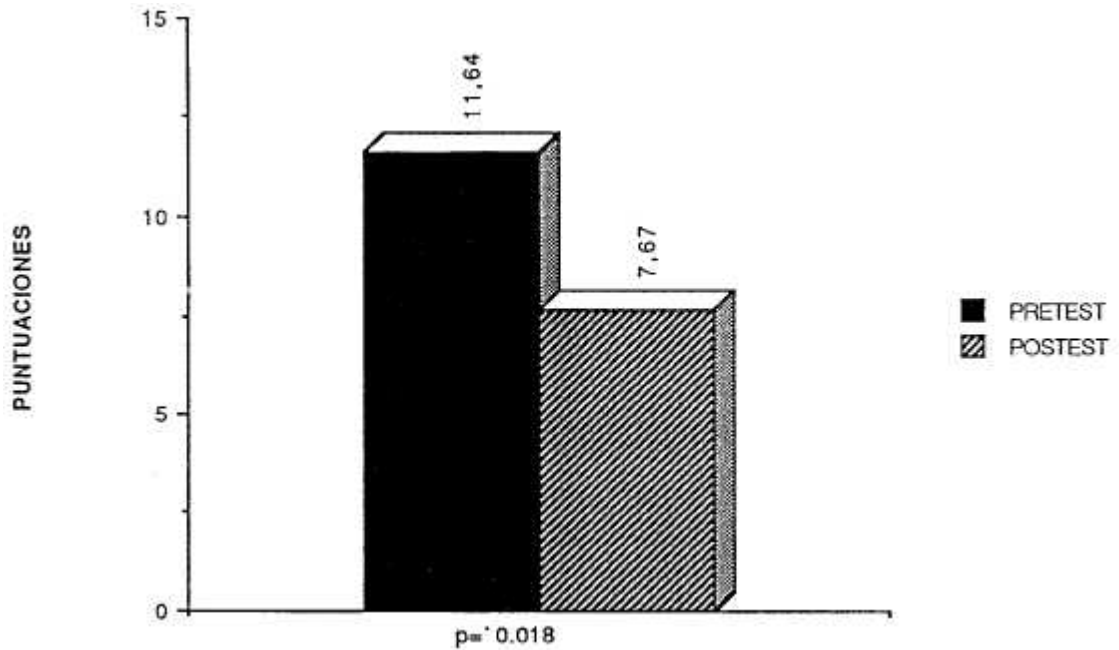


Gráfico 3, los análisis muestran una disminución en las puntuaciones obtenidas por el conjunto de las familias en esta variable, siendo las diferencias pre- y post-significativas ($p = 0.014$).

Esto implica que, en conjunto, se ha producido una reducción sustancial a lo largo de la intervención en el riesgo de que se produzcan conductas de maltrato físico.

GRÁFICO 3

RESULTADOS DE LA ESCALA
"POTENCIAL PARA EL MALTRATO FÍSICO" (C.A.P.)

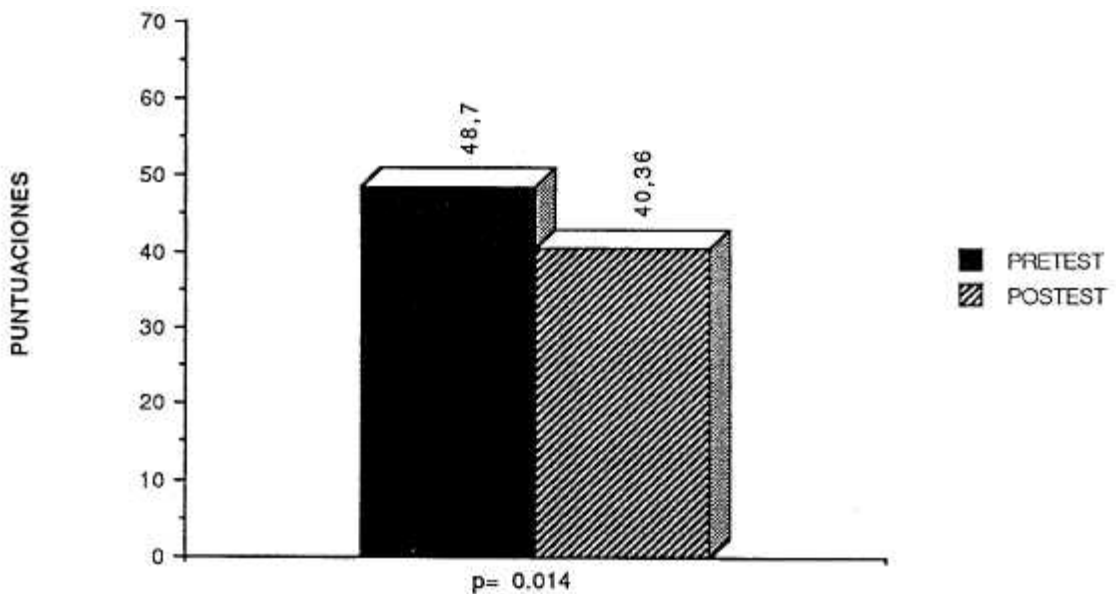
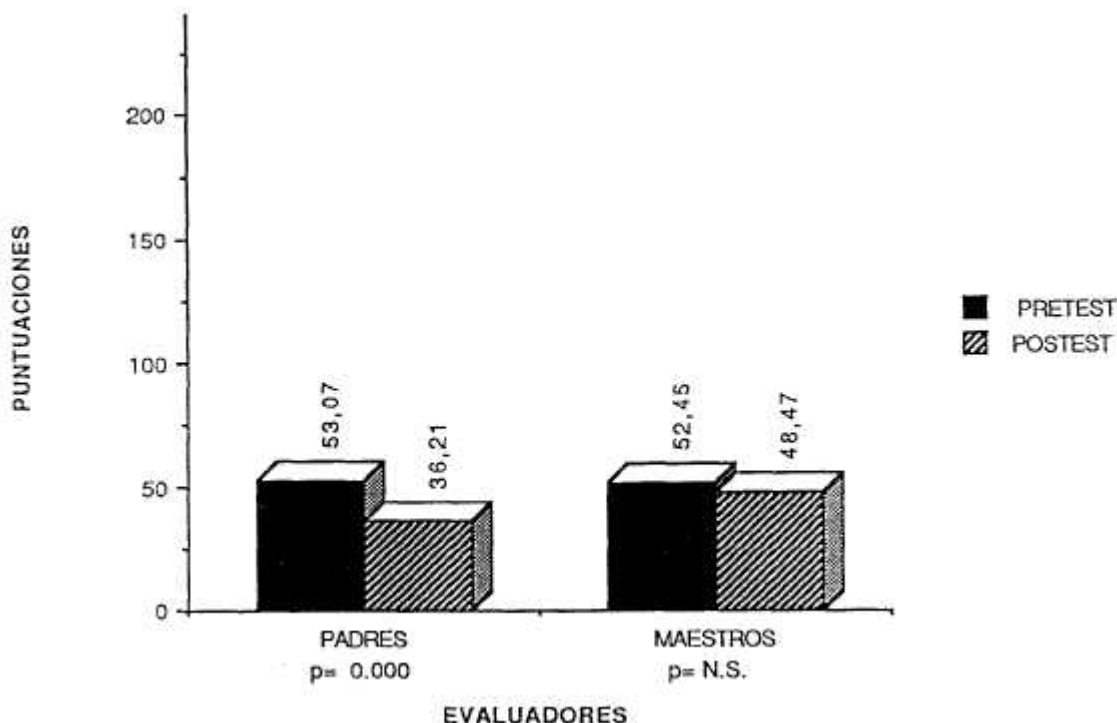


GRÁFICO 4

RESULTADOS DE LA ESCALA
"PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LOS NIÑOS" (C.B.C.)



Por último, se presentan los resultados en los que el comportamiento del niño está más directamente implicado. Se trata de los resultados relacionados con la evaluación de los *Problemas de conducta del niño*.

Para evaluar esta variable se han utilizado dos fuentes de información que conocen al niño en diferentes contextos y que se encuentran diferentemente implicados en su relación con él. Se trata de los maestros y los padres.

En ambos casos no se puede decir de manera estricta que se miden los problemas de conducta del niño sino la percepción que los padres y los maestros tienen de la existencia de dichos problemas.

En esta variable, una menor puntuación supone la presencia de una menor cantidad e intensidad de problemas de conducta en el niño.

Como se puede apreciar en el Gráfico 4, las diferencias en ambos casos se producen en el sentido de lo esperado. Tanto los maestros como los padres perciben un

menor número de problemas de conducta en los niños.

En el caso de los maestros, las diferencias no son lo suficientemente importantes para que puedan ser consideradas como estadísticamente significativas, lo que implica que el cambio del niño en la escuela en cuanto a su comportamiento no ha sido sustancial desde el mes de Febrero hasta el mes de Junio.

Sin embargo, en el caso de los padres las diferencias son muy importantes (cercanas a 20 puntos) en el conjunto de las familias y de una alta significación estadística ($p=0.000$).

Respecto a las escalas de observación, es de señalar en primer lugar que, tal como se ha indicado anteriormente, se han utilizado dos tipos de evaluadores:

- a) Aquellos que conocen a la familia de manera cotidiana pero que conocen que la familia se encuentra en un proceso de intervención. Se trata de los Educadores Familiares.

- b) Aquellos que sólo conocen a la familia en el momento de realizar la evaluación y que desconocen que están siendo partícipes de un plan de tratamiento. En los gráficos se les denomina "evaluadores ciegos" ya que no conocen la adscripción de la familia al grupo de tratamiento.

Respecto al "*Child Well-Being Scales*" (Magura & Moses, 1986), que evalúan el "Estado de Bienestar del Niño" en relación a una serie de necesidades físicas, psicológicas y sociales, nos encontramos con que en los ítems referidos al conjunto global de la familia, ni en las evaluaciones de los "evaluadores ciegos" ni de los educadores, se observaron cambios significativos antes y después del tratamiento. Sin embargo, y al analizar la situación particular de cada uno de los hijos de las familias, los educadores sí puntuaron de manera significativamente diferente ($p=.000$) en las evaluaciones pre- y post- en el sentido de apreciar un cambio positivo en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas específicas del conjunto de los hijos de las familias tratadas. La evaluación de los "evaluadores ciegos", por su parte, no manifestó diferencias estadísticamente significativas en este sentido.

En relación a las restantes escalas de observación "*Nivel de Vida del Niño*" (Polansky et al., 1978) (que evalúa la calidad de la conducta parental, la adecuación del entorno/hogar para el niño y la calidad del cuidado recibido por éste) y "*Escalas de funcionamiento familia*" (Geismar, 1980) (que evalúan diferentes áreas de funcionamiento familiar: individual, familiar, cuidado de los niños, área económica, doméstica, higiene y salud, utilización de los servicios comunitarios, y relación con los Servicios Sociales), los resultados muestran diferencias significativas o cercanas a la significación estadística entre las evaluaciones pre y post-tratamiento en el sentido de una mejora general en las áreas evaluadas. Ello, no obstante, se produce únicamente en las observaciones realizadas por los educadores ($p=.003$ y $p=.056$, respectivamente) y no en el caso de los "evaluadores ciegos".

Los resultados de la evaluación estandarizada presentados han de considerarse preliminares e interpretarse como tales. Merecen ser objeto de estudio las diferencias observadas entre los "Evaluadores Ciegos" y los Educadores Familiares de cara a la posible generalización de la utilización de instrumentos de observación con los

objetivos con que en este Plan se han utilizado.

Por otra parte, han de tenerse en cuenta la no disponibilidad en el momento de realizar este proceso de análisis de resultados de un Grupo Control y el carácter experimental en nuestro país de los instrumentos de observación utilizados.

Sin embargo, la evaluación estandarizada muestra mejoras significativas en algunas variables relevantes antes y después de la intervención. Resta por descubrir si tales cambios se mantendrán en un futuro.

CONCLUSIONES

Es evidente que el trabajo intenso realizado durante este tiempo permite a los autores y colaboradores haber realizado muchas valoraciones y reflexiones que no se pueden vertir en este apartado. No obstante, trataremos de presentar de la forma más resumida posible aquellas conclusiones que nos parecen esenciales que sean comunicadas.

Como conclusión general, creemos que se puede afirmar que, con los recursos puestos en marcha en este Plan-Piloto, gran parte de las familias que han participado en el mismo han mostrado una mejora sustancial respecto al problema original. Familias que han permanecido "atascadas" en los servicios sociales por la falta de recursos para atender sus necesidades, han manifestado mejoras evidentes. En otros casos, no ha sido así. Ello no quiere decir, sin embargo, que la familia sea irrecuperable, sino que los recursos utilizados no han sido los adecuados o el momento elegido para el inicio y desarrollo de la intervención no ha sido el idóneo.

Otras conclusiones relevantes han sido las siguientes:

1. Antes de iniciar la intervención, la existencia del problema debe estar claramente establecida, para lo cual es imprescindible que se haya llevado a cabo una tarea de investigación previa y adecuada del caso.
2. El conocimiento previo de la familia es importante de cara a la tarea dirigida a fomentar su motivación para la participación en la intervención. Así, en cada familia deben uti-

lizarse los resortes adecuados para que ésta perciba, de una u otra manera, la conveniencia y las ventajas que puede obtener con el tratamiento.

3. Los problemas de salud psíquica y el nivel intelectual bajo en alguno de los padres, especialmente en la madre, son un hándicap de gran importancia para la evolución positiva y el aprovechamiento de los recursos.
4. La planificación de la intervención debe hacerse teniendo en cuenta la ausencia de conciencia de problema y motivación para el cambio. El primer objetivo del trabajo es la génesis de ambas variables. Si durante el proceso de tratamiento no se pueden conseguir, las posibilidades de éxito son mínimas.
5. El apoyo de los profesionales responsables de los servicios sociales de los municipios es esencial en la tarea de intervención. El trabajo conjunto y la confianza mutua facilitan la obtención de resultados positivos con las familias.
6. La evaluación de los casos, el planteamiento de los objetivos y la planificación de los recursos no terminan en la fase de diagnóstico. En la mayoría de los casos, a lo largo de todo el proceso de intervención se han ido descubriendo nuevos datos que añadir a la valoración de la problemática y que han exigido un replanteamiento de los objetivos y los pasos de la intervención.

Ello significa, entre otras cosas, que para que la toma de decisión respecto a una familia, en especial la referida a la separación del niño del ambiente familiar, sea realizada de manera idónea, ha de poseerse un conocimiento exacto de las posibilidades de rehabilitación de dicha situación. A nuestro entender, y teniendo presente este objetivo, este conocimiento únicamente podrá obtenerse tras la puesta en marcha de un programa intensivo de corta duración como el que aquí se presenta.

7. La intervención ha de ser individualizada para cada una de las fami-

lias. Cada familia debe participar de aquellos recursos que le son necesarios. Dicha participación debe iniciarse en el momento idóneo para la familia y el mantenimiento temporal en dicho recurso se debe ajustar a sus necesidades y evolución.

8. Se debe contar con una gama diversa de Educadores Familiares (en cuanto a edad, sexo, formación académica) que puedan ser asignados a las familias en función de los objetivos de la intervención y las características de éstas.
9. La figura del Supervisor ha de estar siempre presente en cualquier programa de intervención familiar en sus funciones de coordinación y apoyo técnico y personal a los profesionales del mismo.

M.^a Ignacia Arruabarrena Madariaga
Joaquín De Paúl Ochotorena
Ramón Muñoz Cano Bárbara Torres
Gómez de Cádiz

BIBLIOGRAFÍA

- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C. (1983): *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Queen City Printers Inc. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C. (1986): *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C. & HOWELL, C.T. (1987): "Empirically based assessment of the behavioral/ emotional problems of 2- and 3-year-old children". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629-650.
- BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J. & ERBAUGH, J. (1961): "An inventory for measuring depression". *Archives of General Psychiatry*, 4, 53- 63.
- BRAIKER, H. & KELLEY, H. (1976): "Conflict in the development of close relationships". En Burgess, R. & Huston, T. (eds.): *Social Exchange and Developing Relationships*. Academic Press. New York. (p. 79-102).
- GEISMAR, L.L. (1980): *Family and community functioning* (2nd. ed.). The Scarecrow Press. Metuchen, NJ.
- MAGURA, S. & MOSES, B.S. (1986): *Outcome measures for Child Welfare Services. Theory and applications*. Child Welfare League of America, Inc. Washington, D.C.

- MILNER, J.S.** (1986): *The Child Abuse Potential Inventor/ Manual* (2nd.ed.). Psytec, Inc. Webster, New Carolina.
- POLANSKY, N.A.; CHALMERS, M.A.; BUTTENWIESER, E. & ILLIAMS, P.** (1978): "Assessing adequacy of child caring: An urban scale". *Child Welfare*, LVII(7), 439-449.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L. & LUSHENE, R.E.** (1970): *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventor/ (Self-Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologist Press. Palo Alto, California. (Adaptación española: Ediciones TEA: *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid, 1982).
- VAUX, A. & HARRISON, D.** (1985): "Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support". *American Journal of Community Psychology*, 13(3), 245-268.
- VAUX, A.; PHILLIPS, J.; HOLLY, L; THOMSON, B.; WILUAMS, D. & STEWART, D.** (1986): The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and validity". *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-219.
- VAUX, A.; RIEDEL, S. & STEWART, D.** (1987): "Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale". *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 209-237.

EL VOLUNTARIADO EN LA ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL DE PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL

En el ámbito de la animación sociocultural con personas que presentan deficiencia mental, no siempre se concede a la formación del personal voluntario toda la importancia y protagonismo que se merece. Por esta razón, se recogen, a continuación, una serie de reflexiones sobre los objetivos, la estructura, los recursos necesarios y la evaluación de un posible plan de formación de monitores.

El monitor frecuentemente ha sido y es objeto de nuestra indiferencia, e incluso de nuestra irritación de formadores agobiados por los numerosos problemas urgentes que nos acosan. Sin embargo, es de él, de la calidad de su formación, de lo que depende en gran parte la acción social futura.

Dar a la formación su importancia, su verdadero valor, implica necesariamente una cierta comprensión, un cierto interés por el proceso del que somos testigos activos sin estar siempre bastante atentos, ya que nos parece tan corriente y normal. Habitados al fenómeno de formación, que contemplamos de modo "indiferente", no vemos lo que sucede ni asimos su significado, a pesar de que —todos nosotros— tenemos en un momento u otro una relación y un contacto estrecho con nuestros jóvenes compañeros.

Por todo ello, pensamos que un trabajo relativamente sencillo y accesible de modo directo —permitiendo al lector no especializado formarse una idea de conjunto— podría ser útil, naciendo así nuestro trabajo-investigación de reflexión en torno a la "formación de personal voluntario que trabaja con personas que presentan deficiencia mental en el ámbito de la Animación Sociocultural" del que presentamos un breve resu-

men, a modo de reflexiones sobre un posible plan de formación, con el siguiente esquema:

- Previos
- Objetivos
- Estructura
- Medios
- Evaluación

Se haga lo que se haga en la formación de monitores, todo depende de la idea que se tenga acerca de la naturaleza de la buena formación. Esto parece claro. Sin embargo, llegar a este postulado ha sido el problema más difícil.

Sitos en una posición, frustrante y descorazonadora, cada vez estamos más convencidos de que nuestro fracaso —como "formadores"— en el intento de encontrar definiciones útiles, se debe a que buscamos en lugares equivocados. Durante mucho tiempo los programas de formación del voluntariado han estado operando con un concepto de formación (valga la redundancia) a nuestro parecer erróneo. Una concepción que se "saltaba a la torera" un previo básico: sus destinatarios *en cuanto personas*. Para ver el asunto con perspectiva, comencemos dirigiendo una mirada a

algunos de los más tempranos intentos de definición de la buena formación:

- El monitor-voluntario como cono cedor.

Se daba por cierto que la persona que sabe puede actuar junto con otros.

En nuestro criterio, saber es sin duda importante para actuar, pero también lo es que, la buena formación supone mucho más.

- El enfoque de las competencias.

La idea viene a ser algo así: si sabemos lo que los monitores expertos hacen y cómo son, podemos enseñar a los novatos a ser como ellos.

Contrarios a esta noción, creemos que es una falacia suponer que lo bueno para el "experto" también lo sea para el "novato" y que para hacerse "experto" sea necesario lo que hace el "experto".

En nuestro planteamiento resulta imposible, mejor dicho ilógico concebir un Plan de Formación desde unos criterios de este calibre, por entender que un buen monitor es ante todo una persona. Repetimos, un buen voluntario es primero y sobre todo *persona*, y esto es lo más importante y determinante en él, no su "sabiduría", no sus competencias. Aunque, hoy por hoy, suene raro oír hablar de humanidad, creemos fundamental que cada monitor se destaque como persona, como individuo, unos por una razón y otros por otra. Simplemente porque se trata de su formación, de su persona y porque su "trabajo" es uno de los más humanos de cuantos existen. La buena formación es así, algo intensamente personal.

En un intento definitorio, interpretamos la formación como un proceso de *desarrollo personal integral* (COMBS, 1978), es decir, como un proceso que abarque todas las facultades humanas: inteligencia, memoria y voluntad.

Este plan está diseñado, en principio, para todos aquellos monitores-voluntarios que insertos en grupos de acción regidos por los principios de integración y normalización, luchan por la consecución de *hombre y sociedad más justa y humana* (Vicente, 1984) encontrando en la Animación Sociocultural, más concretamente en el ámbito del Tiempo Libre, el medio para conseguirlo.

te, 1984) encontrando en la Animación Sociocultural, más concretamente en el ámbito del Tiempo Libre, el medio para conseguirlo.

Rasgos definidores

- Edad.

Son personas jóvenes, su edad oscila entre los 18-25 años, período caracterizado desde el punto de vista psicológico por la transición a la madurez.

- Sexo.

En su mayoría son mujeres.

- Ocupaciones.

Son personas especialmente ocupadas: estudios/trabajo, pertenencia a otros grupos, noviazgo, etc.

- Motivaciones.

Las motivaciones oscilan entre las fácilmente definibles: pasar el rato, ayudar, relacionarse, etc., y las llamadas motivaciones inconscientes, las difícilmente definibles.

Y junto a todo ello *son voluntarios*. Sin duda alguna, la variable más determinante y también la más ignorada en la elaboración de los planes de formación.

Resulta alarmante comprobar el nivel de ignorancia por parte de aquellos que se/nos hacen/mos llamar "formadores" respecto a la persona del voluntario. ¿Qué sucede?, ¿por qué esa dificultad en entender a los monitores cuando se admite que antes de ostentar ese título de "formador" se ha de pasar por ser "monitor raso"?

En un intento de acercamiento, y sin miedo de perder "galones" entresacamos, a continuación, tres de las muchas malinterpretaciones que comúnmente se le atribuyen, dándonos pie a sugerir un replanteamiento de las mismas cara a una elaboración de planes de formación reales:

- Ser voluntario supone ser suplente

No se puede ver al monitor-voluntario como la mano de obra barata, y más, cuando se soporta porque no se tiene más remedio. No se le puede considerar como un intruso

de puestos de trabajo, pues el voluntario aporta algo que le es propio, y por ello necesario para determinada acción.

- *Ser voluntario supone ser aficionado*

Siendo conscientes de que la "buena voluntad" es, sin duda, el punto de partida necesario para la acción voluntaria, pensamos que no es suficiente para ejecutar correctamente su labor. Lo cual quiere decir que habremos de invertir tiempo y dedicación para que el voluntariado se forme adecuadamente.

- *Ser voluntario supone carecer de obligaciones*

Por entender que la colaboración voluntaria, por muy libremente aceptada que resulte, no redime de un compromiso, rechazamos la exención de obligaciones por parte del monitor.

Si a lo expuesto añadimos que el voluntario participa y se compromete en su labor con un carácter altruista, es decir, sin buscar para sí ningún tipo de compensación material (dinero, status profesional...), y además lo hace libremente, es decir, sin coacción alguna, obtenemos un "retrato" de aquellos que se constituyen en destinatarios de nuestro plan, ayudándonos a dilucidar los entresijos del mismo desde una perspectiva real: grado de implicación a exigir, qué y cómo se les va a pedir, etc.

Teniendo en cuenta que actualmente la vida media del voluntario —como tal— es de 2 ¹/₂-3 años (Castro Cardoso, 1984) y que en nuestra concepción la formación es *un proceso de desarrollo personal* de carácter ilimitado, de por vida, establecemos en 3 años la duración de este plan. La cuestión es ¿cómo se explica que abandonen tan pronto?

Aunque no es muy corriente, trataremos de responder a esta interrogante, y lo vamos a hacer recorriendo brevemente las posibles etapas que va atravesando un voluntario desde su inicio hasta su declive:

- Idealización.

El monitor inicia su andadura hacia los 18 años. Ha dejado ya de ser adolescente para iniciar su transición hacia la adultez.

En este momento la asociación, la institución, donde ha ingresado, se le presenta justo como "eso" que andaba buscando. Cree que su labor le va a satisfacer plenamente y le va a llenar su vida de significado haciéndole sentirse bien consigo mismo. Escasamente estos juicios coinciden con la realidad, más bien se tratan de fruto de su imaginación, de ahí lo de idealización.

- Decepción.

El contacto con la realidad le produce fácilmente un sentimiento de fracaso y decepción. La realidad no responde a sus fantasías iniciales: la labor resulta decepcionante.

Podría ser considerada la etapa decisiva en la vida del voluntario, pues en ella se produce el mayor número de abandonos, la acomodación a la realidad frustrante o la evolución hacia la 3.ª etapa.

Entre las posibles causas de los abandonos, que no serían más que concreciones de este desfase fantasía-realidad, destacamos los siguientes:

- La Organización excesivamente generosa al principio (bien por que la ha idealizado así, bien por que realmente se presenta así) se le vuelve exigente. No importa lo que él haga bien, nunca será bastante. Siempre queda mucho por hacer.
- Su situación personal, no podemos olvidar que el desarrollo de la personalidad que en estas edades tiene lugar, presenta las cualidades combinadas de tragedia y desafío.
- Haber iniciado su labor excesivamente joven, pues tiene el riesgo de tomar su compromiso como una especie de "experimentación personal".

- Aceptación de la realidad.

El voluntario que evoluciona hacia esta etapa ha superado la crisis que le ha ocasionado el encuentro con la realidad y el desvanecimiento de

sus fantasías. Por eso suele coincidir, generalmente, con los voluntarios maduros.

El monitor, por su edad, por su grado de madurez se mueve en un terreno más real, más sólido, es capaz de distinguir lo que él desea de la realidad, entre lo que él fantasea y las posibilidades reales.

Ser conscientes de la existencia de estas etapas y de su carácter determinante en la vida del monitor-voluntario, nos ayudará, sin temor a duda, a ser más realistas, nos permitirá comprender mejor a nuestros monitores, sus conductas y, por último, nos retará, si deseamos ser coherentes, a amoldar nuestro Plan, en toda su extensión, cuando se precie necesario.

OBJETIVOS

En términos generales, lo que pretendemos con este plan de formación es "capacitar al personal voluntario para la acción junto a personas con y sin deficiencia mental en el ámbito de la Animación Sociocultural, más concretamente en el del Tiempo Libre". Un capacitar que, a nuestro modo de ver, indica al menos dos cosas:

"Saber ser"

Al principio, cuando explicábamos "nuestro" concepto de formación insistíamos en su cariz humanista, ¿recuerdan? Llegados a este punto remarcamos como imprescindible que una "parte" de la formación se dedique a potenciar el crecimiento del ser del monitor, en otros términos a *afinar y potenciar adecuadamente cualidades naturales del candidato* (Maillo, 1979), o sea el talante del voluntario. Porque aunque resulte una perogrullada, aunque se nos acuse de obcecación: el monitor-voluntario es primero y sobre todo una persona, una persona que "trabaja" junto con personas y, a nuestro juicio, la mejor manera de hacerlo es presentándose desde esa, su condición.

"Saber pensar/hacer": "Saber sobre lo qué pensar"

Siendo conscientes de ser éste un tema arduo conflictivo, por la disparidad

de opiniones generadas, nos lanzamos rechazando hablar del monitor como receptor de información, pues no nos interesa crear teóricos sino verdaderos monitores, personas que sepan enfrentarse con eficacia a los problemas que se les presentan en su quehacer para lo cual habrán de manejar al mismo tiempo una serie de destrezas de pensamiento, de *aptitudes* y, una serie de conceptos fundamentales relativos a la cuestión de que se trate.

En definitiva, valoramos como absolutamente necesario que el monitor "sepa pensar" (relativo a las destrezas del pensamiento) y "que sepa qué tiene que pensar" (conocimientos).

Antes de proseguir, queremos dejar claro que si hemos mantenido un tratamiento separado de ambos niveles de formación: el personal (actitudes) y el técnico (destrezas/aptitudes y conocimientos) ha sido por una cuestión puramente metodológica.

En el planteamiento formativo aquí defendido, proponemos que en el quehacer del monitor estos niveles vayan imprescindible e indisolublemente unidos.

Los objetivos específicos los incluimos como un mayor grado de concreción en relación a los generales:

Si al reflexionar sobre la formación personal formulábamos el "saber ser", mejor dicho "favorecer el crecimiento personal del ser del monitor" como objetivo general, en este momento lo desglosamos en dos:

- Que sea capaz de utilizar medios para evaluar y autoevaluarse.
- Que tenga claras sus motivaciones, su compromiso ante las personas con y sin deficiencia mental.

En nuestro sentir, un monitor sólo podrá crecer como persona, como monitor autorreflexionando, autocuestionándose sobre su manera de ser, y buscando al mismo tiempo líneas de avance. Que no es tarea fácil lo sabemos, pero ahí está el reto: primero, en dilucidar útiles, instrumentos de análisis / de reflexión y, segundo, en entrenarse en su utilización.

Referente al segundo objetivo, el relacionado con las motivaciones, el compromiso, creemos importante que el monitor vaya reconociendo y renovando los moti-

os que le empujan a actuar en cada etapa/momento de su quehacer como voluntario, pues sólo así verá el sentido de su compromiso. Este proceso que empieza cuando el sujeto se inicia como monitor, pierde su carácter de "superación" cuando identifica "el trabajar en beneficio de la comunidad" como el motivo que le hace permanecer en una acción social de este tipo. Llegado este momento lo importante será mantenerlo.

Aunque anteriormente al referirnos a la formación técnica, tratábamos conjuntamente el "saber pensar/hacer" y el "saber sobre qué pensar", a partir de ahora y por motivos de claridad hacemos una escisión:

Cansados de ver cómo día a día se multiplican los listados de aptitudes, de las destrezas en un monitor, nos saltamos esta diligencia, tan a la mano de todos, para reflexionar sobre cómo entrenarlas. En nuestro planteamiento lo importante es cómo llegar a conquistarlas.

Saber pensar/hacer conlleva dominar unas destrezas, unas aptitudes, en definitiva unos instrumentos para la acción que en nuestra propuesta sólo es posible mediante su continua y adecuada ejercitación a través de una metodología que implique: actividad, creatividad y continuidad.

• Actividad

Apoyándonos en que el hombre, por naturaleza, es *un ser en construcción, es un ser inacabado* (Freire), opugnamos contra una metodología verbal, libresca, donde la única figura activa sea el educador (de educadores). Pugnamos, por el contrario, una metodología basada en la plena actividad del monitor por creer que mejor que una metodología hecha de esquemas, grandes esquemas, grandes temas y opulenta en palabrería cuyo objetivo primero es conseguir monitores académicos, es aquella cuyo propósito es comprometer toda la personalidad del monitor. Aquella que, en contra de lo habitual, confía en la persona del voluntario delegándole cierta responsabilidad en el proceso de su propia formación.

Como decía Ander Egg (1981) *"nada hay tan dañino para el trabajo con la gente como el no creer en ella"*.

Por lo tanto:

—Es necesario esperar de los monitores y pedirles que participen activamente en su propia formación.

No debemos considerarles como medios e instrumentos.

—Es necesario implicar íntimamente a los monitores en la planificación y dirección de sus experiencias y programas formativos.

Han de tener voz en los asuntos que les conciernen y oportunidades para considerarlos.

—Es necesario crear un clima que les invite a la interacción e implicación personal, pues *no hay nada que invite más a la pasividad del alumno (monitor) que el sentirse anónimo, irresponsable, perdido como un número entre las masas* (Marín Ibáñez, 1973).

• Creatividad

Hablar de una metodología que incite a la creatividad, nos invita a pensar en una metodología que oferte la curiosidad, la imaginación, el descubrimiento, la invención y la innovación, es decir, todo lo que le falta a la tradicional de la que hemos sido y somos partícipes, icasi nada!

Sabemos que el paso de una a otra va a ser muy costoso, pues en la práctica todo es más complicado que en la teoría, pero creemos que merece la pena intentarlo. Nosotros, en principio, invitaríamos a reflexionar sobre la realidad concreta de cada uno para desde ahí marcar líneas de avance concretas.

Sírvanos de "guía" lo que Torrence y Hallmann denominan los *obstáculos de la creatividad*:

—La orientación por el comportamiento de los coetáneos hace que uno no sólo corrija su conducta, sino que vigile ansiosamente que su comportamiento sea idéntico al de todos, que "no haga el ridículo".

- No pocas veces existen prejuicios frente al comportamiento creativo, al que se le equipara con anormalidad y a menudo se rechaza.
 - Muchas veces el individuo, monitor en nuestro caso, tiene que someterse a la coerción de exigencias establecidas. El pensamiento y la decisión libres son coartadas.
 - El trabajo a reloj y bajo la continua opresión del tiempo puede hacer que se atribuya más valor al "machacar" olvidándose de otras variables.
 - La actividad dirigista, por un lado, corresponde la actividad receptiva, por el otro, la de recibir soluciones sin pensar cómo llegar a ellas.
- Continuidad
- Desde nuestra propuesta *formación como proceso de desarrollo* criticamos los talleres de formación ocasionales, el entrenamiento inicial sin seguimiento, las sesiones formales de perfeccionamiento o los cursos

desconectados de la práctica, y de la vida real de la Animación socio-cultural.

Firmes en la idea de que *el hombre se va construyendo* (Freire), opinamos que para ser monitor hay que estar siendo (formándose).

Ensalzamos, pues, la necesidad de una metodología que implique el monitor en una situación de constante perfeccionamiento. En una situación de revisión crítica de la práctica cotidiana, de reflexión sobre su ser y su hacer para desde ahí volver a la acción.

En cuanto al "saber sobre lo qué pensar" el otro gran objetivo general de la formación técnica, el de los saberes, los conocimientos, adquiere una nueva dimensión.

Los contenidos se convierten, aquí, en núcleos conceptuales fundamentales para que el monitor comprenda su quehacer.

En nuestro caso, concretamente; *y teniendo presentes las variables que entran en juego hablamos de:*

SABER SOBRE QUE PENSAR: SABER

OBJETIVOS	CONOCIMIENTOS
1. Profundizar en el conocimiento de la persona.	1. Conocimiento del proceso de aprendizaje de la persona. Acercamiento al concepto de Definición Mental.
2. Descubrir las posibilidades ofertadas por el Tiempo Libre	2. Conocimiento del significado del Tiempo Libre. • Como ámbito de intervención. • Reconocimiento del Tiempo Libre como marco integrador.
3. Dominar los aspectos de la intervención grupal.	3. Identificación del grupo como sistema interaccional. • Visión del grupo y su conexión con el entorno. • Acercamiento a la del monitor.
4. Comprender el trabajo y funcionamiento del equipo.	4. Afianzamiento de la función del monitor. • Descubrimiento y valoración de la importancia del proyecto educativo. • Acercamiento a la figura del coordinador.
5. Conocer y utilizar aquellos elementos importantes para la organización adecuada de su trabajo.	5. Aprovechamiento de las herramientas de lo cotidiano. • Familiarización con las herramientas pedagógicas.

No olvidemos que este personal voluntario trabaja:

- Junto con personas con y sin deficiencia mental.
- En el ámbito concreto del Tiempo Libre.
- A través de grupos.
- Guiado por un planteamiento.
- Y respaldado por un equipo como unidad de acción, de trabajo.

Evidentemente, y para terminar, este planteamiento no defiende la secuencia mecánica y repetitiva de los contenidos tradicionales, igualmente tampoco resta importancia —como se vio en su momento— a las destrezas, ni a las actitudes, sino que propone que al solucionar una tarea compleja, que cuando el monitor se enfrenta a su quehacer, estos niveles, repetimos, van a ser imprescindibles y van a ir indisolublemente unidos (Asensio).

ESTRUCTURA

Denominamos "estructura" al canal que nos va a posibilitar la consecución de los objetivos planteados: en este caso el equipo en cuanto unidad de acción, en cuanto grupo de trabajo.

El hombre tiene una dimensión social, *el hombre aprende a ser hombre junto a los otros, se hace con otros* (Freiré).

Partiendo de este principio plenamente aceptado, nos resulta ilusorio defender una formación en solitario, una formación (si así se le puede llamar), en la cual el monitor no avance, no investigue, no se perfeccione: está solo (Mendia). Si a esta realidad añadimos el hecho específico de que el trabajo en grupos sirve a una variedad de funciones, siendo una de ellas estimular la inteligencia y otra, proveer una dinámica patente para reflexionar sobre las cosas (Taba, 1979), optamos por el grupo como instrumento para la formación, en general, y por el equipo de trabajo en particular.

Un equipo de acción conjunta, con unos objetivos bien marcados, y en el que se analice la praxis concreta de los monitores. Un equipo donde existan unos canales de comunicación facilitador de la convivencia y de la actividad.

En definitiva, un equipo como sistema interaccional, no como mera suma de individuos que es lo más corriente.

Nuevo para algunos, no tanto para otros, el pensar en el *equipo* en términos de *sistema interaccional* nos va a envolver en la dinámica de:

- No estudiar los fenómenos (comportamientos de un monitor individual o del equipo en general) aislados, sino en estrecha relación con el contexto en el que tienen lugar y de donde recibe su sentido.
- Interpretarlo como un "sistema abierto" donde se da:
 - Una relación de interdependencia entre los miembros del mismo, de tal manera que lo que diga o haga cada uno de ellos influirá sobre los demás.
 - Un intercambio de información entre sus miembros.

Por poner un ejemplo, no es sólo la conducta de los monitores lo que obliga al responsable a reaccionar de determinada forma, sino que también la respuesta de éste produce, a su vez, algún tipo de consecuencia en el comportamiento de los primeros.



Cerramos el apartado recordando que, va a ser aquí, en el equipo donde se ponga en práctica todo lo anterior. Va a ser en él donde nuestro concepto de formación tome cuerpo, donde los objetivos se tiñan de realidad fáctica y también será en él donde la palabrería metodológica quede relegada para dar paso a la acción metodológica.

Por todo ello y por aquello que se nos pudo escapar, creemos que merece la

pena "gastar cartuchos" en estudiar al equipo, en pensar en él.

MEDIOS

Interpretamos los medios con las formas habituales que incluyéndose en la estructura facilitan su funcionamiento y por tanto el logro de los objetivos, en este caso: el coordinador.

La verdad es que después de lo manifestado sería absurdo tratar en términos de educador (formador) - educando (monitor), del que mucho sabe y del que todo ignora.

Interpretamos —en términos de Paulo Freiré (1985)— que *los hombres se educan en comunión*. Juzgamos que no hay sabios e ignorantes sino *tan sólo personas con ganas de servir* (Martí, 1972). Y no es filosofía barata, sino ganas de terminar con la ya tan de moda "formación de programas" propicia para la génesis de estructuras rígidas contrarias a todo nuestro planteamiento formativo.

En nuestra opinión, la participación del coordinador no puede reducirse a un "estar frente", o a un estar "para" los monitores sino a un estar "con ellos", como sujeto, como *persona* en formación. Sólo así formar y formarse será una tarea compartida: *"tarea de aquellos que saben que «poco saben»; en diálogo con aquellos que casi siempre piensan que nada saben (monitores), para que éstos, transformando su pensar que nada saben en saber que poco saben, pueden igualmente saber más"* (Freire, 1985).

Después de este discurso, ya saben cuál es nuestro pensar en torno a la posición del coordinador en un planteamiento formativo, pero ¿quién es ese sujeto?, sí ¿quién es el coordinador?

Lo único que se nos ocurre decir es que el coordinador, en cuanto voluntario, es una incógnita más en el mundo de la formación.

Teóricamente se habla de él como aquel sujeto responsable de asegurar, en cierto modo, el proceso de formación del equipo, de su equipo. Como aquella persona encargada de cuidar todas las variables implicadas para garantizar cierta calidad en el proceso formativo. Pero, verdaderamente ¿somos conscientes de lo que esto supo-

ne?, ¿están preparados para ello?, ¿no pecamos de ser excesivamente exigentes con estos voluntarios?, más aún ¿tenemos en cuenta su condición de voluntario?...

Permitiéndonos el beneficio de la duda, somos partícipes de iniciar una reforma formativa desde "arriba". No puede haber coordinadores que inunden a su equipo de elementos creativos, que mantengan una metodología activa... cuando no saben ni lo que es por no haber sido partícipes de ello.

Ya dijimos en alguna ocasión que la práctica es bastante más complicada que la teoría, y ahora lo reafirmamos. Somos conscientes de la complejidad del tema, pero también de su urgencia y por ello abogamos porque aquellos que están "por encima" intenten entender la situación de los coordinadores, su confusión.

Finalizamos desembocando en lo que para nosotros constituye uno de los trabajos, quehaceres, deberes (llámesele como se quiera) más ignorados del coordinador y con toda seguridad más importante: *su autorreflexión*.

Es fundamental que el coordinador se conozca como tal, pues sólo así será capaz de entender lo demás y a los demás. Sólo así su quehacer responderá a una realidad:

- *¿Quién soy yo?*

Se trata de cuestionarse sobre cómo le ven los demás miembros del equipo: papel que le atribuyen, tipo de expectativas, grado de autoridad que le asignan. La respuesta también es fundamental para poder ofrecer de la manera más adecuada posible, lo que se está pidiendo.

- *¿Cómo es el equipo?*

Versa sobre la recogida de información, características del equipo y del contexto en el que nos desenvolvemos.

- *¿Son claras mis metas como coordinador?*

Es básico que el responsable sepa qué espera conseguir. En función de lo cual le facilitará diagnosticar cuáles son los factores que dificultan su consecución y establecer, así, la estrategia de intervención para lograrlos.

EVALUACIÓN

A pesar de que aparezca clausurando el plan, no entendemos la evaluación como mero trámite final, sino como un proceso ininterrumpido a iniciar en cuanto el plan se ponga en marcha. Todo va unido.

Concretamente, relacionamos la evaluación con un proceso de obtener información y usarla para formar juicios que a su vez se utilizan en la toma de decisiones.

Yendo por partes:

- Obtención de información.

Viene a ser la fase de preparación para evaluar.

Esta recogida de información se efectuará en la acción (propia mente dicha) para lo cual harán falta unas claves de análisis.

- Formulación de juicio.

Recogida la información, los resultados habrán de servir para emitir juicios de valor, bien referidos a las personas, bien a las condiciones estructurales, bien a las condiciones funcionales, bien a la propia estrategia, etc.

- Toma de decisiones.

Sería de desear que las decisiones se caracterizaran por:

- Su sencillez.
- Su flexibilidad.
- Su objetividad.

- Comunicación de los datos (fase añadida a las tres anteriores).

Sería conveniente que dichos resultados quedasen reflejados en algún sitio, por ejemplo en fichas de trabajo acumulativo proclives a ser consultadas.

Indudablemente esto conlleva determinadas exigencias. La más elemental es que los datos transferidos estén expresados de forma clara y sencilla, o bien en un determinado lenguaje común.

Gráficamente podría representarse así:



Como se puede apreciar observando el gráfico, esta forma de entender el proceso evaluativo nos permitirá ir readaptando el plan sobre la marcha, impidiendo, de esta manera, la acumulación de errores.

Ahora que casi hemos terminado, quizás alguien eche en falta el tratamiento, o al menos la mención al papel de las Escuelas en el proceso de formación de monitores.

Lo único que podemos decir es que se convenzan que lo aquí presentado también es válido para ellas, que lo importante no es lo que se dice sino cómo se dice, lo importante no es quién la "imparta" sino cómo.

Lo importante es que la formación del monitor se base en la vida cotidiana, la experiencia concreta y la confrontación de vivencias que llevan a la inducción de la fundamentación teórica. Metodología activa, creativa y permanente.

Raquel Elgueta Güenechea

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ADEMI: *Teoría y Práctica de la formación de adultos*, Ed. Deusto, S.A., Bilbao 1977.

CASTRO D.: *Los cursi/los de monitores, ¿formación de monitores?* Documentación Social, 1984, n.º 55.

CIAC: *Curso de Formación de Animadores*, Madrid.

COLL, C: *Psicología y Curriculum*, Ed. Laia, 1988.

COMBS, A. W.: *Claves para la formación del profesorado*, Ed. Magisterio Español, S.A., Madrid 1979.

DOMENECH, J. M.: *El rol del profesor*, VILLAR ÁNGULO, J.M.

FREIRÉ, P.: *Pedagogía del oprimido*, Ed. Siglo XXI, 1988 (10.^a edición).

GOTTFRIED, M.: *Maestros creativos-Alumnos creativos*, Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1979.

LÓPEZ DE AGILETA, I.: *Animación Socio-Cultural*, Encuentro sobre ASC, Bilbao 1 986.

LÓPEZ, P. y SALAS, M.: *Formación de animadores y dinámica de animación*, Ed. Popular, Madrid.

LIDZ, T.: *La persona*, Ed. Herder, Barcelona 1 973.

MARTI, M.: *La Escuela de Barbiana*, Hogar del Libro, Barcelona 1980.

MENDIA, R.: *Elementos para la formación permanente de educadores en el Tiempo Libre*. EUSKALHERRIKO ESKAUTAK, febrero 1989.

NICKERSON Y COL.: *Enseñar a pensar (Aspectos de la aptitud intelectual)*, Ed. Paidós, Barcelona 1987.

RAPPOPORT, L.: *La personalidad desde los 13 a los 25 años*, Ed. Paidós, Buenos Aires 1 976.

RODRÍGUEZ, M. A.: *Didáctica general*, Ed. Anaya, Salamanca 1 984.

VICENTE, J. A.: *Identidad del Monitor de Tiempo Libre*. Documentación Social, 1984.

VILADOT, G.; ROMANOS, A.: *La educación de adultos*, Ed. Laia, Barcelona 1988.

VOLUNTARIADO: *Jornadas sobre Voluntariado*, Vitoria 1988.

WATZLAWICK, P.: *Teoría de la Conducta humana*, Ed. Herder, Barcelona 1986.

NECESIDADES DE SERVICIOS SOCIALES DETECTADAS CON EL REGISTRO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS

El artículo que presentamos a continuación expone la necesidad de discernir y analizar adecuadamente las problemáticas y situaciones de los diversos colectivos de pacientes que acuden a los servicios psiquiátricos, como paso previo a una mejor planificación de los mismos, ya que se constata que, en determinados casos, el colectivo humano atendido podría serlo más eficazmente desde el área de los servicios sociales.

Para ello, el autor señala la idoneidad del RACP (Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos), que funciona en la Comunidad Autónoma del País Vasco desde el año 1983. El presente artículo describe un estudio, realizado a partir de este registro, cuyo objeto era la detección, dentro de los servicios psiquiátricos, de la problemática susceptible de ser atendida por los servicios sociales.

En la planificación de los servicios psiquiátricos públicos la necesidad de delimitar funciones con áreas como justicia, educación y servicios sociales se presenta en primer término. La realidad es que resulta dificultoso en gran número de casos, distinguir el tipo de causas que determinan una situación de una persona o un colectivo con problemas mentales. En nuestro país, hasta 1980, los servicios psiquiátricos dependían de las Diputaciones, incluso ahora gran parte de las Comunidades Autónomas conservan los hospitales psiquiátricos sin transferirlos al sistema sanitario. En este tipo de instituciones podemos encontrar siempre un colectivo humano con problemas y deprivaciones de toda índole, la clave de las resoluciones de los cuales no es de exclusiva competencia de la psiquiatría.

Pero aunque sea dificultoso resulta imprescindible discernir las problemáticas y causas para poder organizar y administrar una adecuada asistencia. Asimismo, cuando todos los servicios psiquiátricos se hallan integrados en el sistema sanitario es necesario discernir situaciones que serían más eficaz y eficientemente atendidas desde el área de los servicios sociales.

Con el objetivo, entre otros, de discernir y analizar estas situaciones, se suele recomendar el organizar un Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos. El RACP fue ideado por Wing y colaboradores hace 3 décadas y se ha demostrado de gran utilidad para la monitorización de las prestaciones en psiquiatría y la planificación de los servicios psiquiátricos.

En la Comunidad Autónoma Vasca, desde 1983, se halla en funcionamiento el RACP, a partir de los datos del cual se han realizado diversos estudios que contribuyen a discernir las problemáticas de los diversos colectivos de pacientes que acuden a los SSPP. En el presente artículo describo un estudio realizado para detectar problemática susceptible de ser atendida por servicios sociales y que influye en la demanda de Servicios Psiquiátricos.

ANTECEDENTES

Tras diversas investigaciones se ha llegado a demostrar que en sanidad, los servicios públicos son frecuentados a lo largo

TABLA I DISTRIBUCIÓN DE
DIAGNÓSTICOS

	Hombre	Mujer	Total
Tipo Simple.....	52.	31.	83.
Tipo Hebrefénico.....	56.	32.	88.
Tipo Catatónico.....	14.	13.	27.
Tipo Paranoide.....	196.	134.	330.
Esquizo Agudo.....	25.	10.	35.
Esquizo Latente.....	11.	1.	12.
Esquizo Residual.....	33.	99.	132.
Esquizo Afectivo.....	11.	12.	23.
Otras Esquizofrenias.....	39.	19.	58.
Sub-Total.....	437.	351.	788.
Estados de Angustia.....	125.	232.	357.
Histeria.....	9.	63.	72.
Estados Fóbicos.....	18.	32.	50.
Neurosis Obsesivo Compulsiva.....	31.	26.	57.
Depresión Neurótica.....	79.	283.	362.
Otras Neurosis.....	62.	68.	130.
Sub-Total.....	324.	704.	1.028.
TOTAL.....	761.	1.055.	1.816.

del año, en un gran porcentaje, por una población determinada, que repite las consultas y ocupa el mayor espacio de tiempo. Sin embargo este grupo de personas suele representar una pequeña parte de la población con patología real. El RACP puede ayudar a describir en el área de la psiquiatría las características de esta población y a diseñar en consecuencia estrategias para prestar las ayudas psico-sociales que en realidad se requieren. Pues se sugiere que son las características psico-sociales las que en gran medida inducen a solicitar ayuda sanitaria.

R. Giel en esta línea (pg. 65 de PCR in Public Health) describe las ventajas de la utilización del RACP respecto a otros métodos.

Como se sabe, la oferta de servicios configura en gran manera el perfil de la demanda. Por otra parte, como Kramer dice (pg. 64, op. cit.), incluso en países con servicios desarrollados, la población registrada en los servicios de información de salud mental solamente suele llegar a reflejar el 15 % de la población con problemas mentales.

Los censos de pacientes suelen ser influidos por las actitudes y el comporta-

miento de la población ante las enfermedades, pero también por las estrategias de los servicios sanitarios. A su vez la formulación de planes en salud mental suele estar condicionada por factores culturales, económicos, políticos y de disposición de datos. Así pues el contexto social es básico para el tipo de planes que se desarrollarán. Como dice R. Giel (pg. 68, op. cit.), estas influencias suelen ser claras en las primeras etapas de la planificación, y en un segundo momento la planificación pasa a una caja negra, pues suele ser más fácil relacionar datos macro y micro económicos con indicadores como admisiones, altas, camas disponibles y censos de pacientes, que analizar la práctica de la asistencia en salud mental. El RACP ayuda al análisis de esa caja negra. J. D. Suver y compañeros en su manual sobre Administración de organizaciones sanitarias hacen especial hincapié en este tema.

La existencia de asilos y hospitales de crónicos influye notoriamente en los índices de admisiones de pacientes psiquiátricos, como lo hace notar Kramer (pg. 80, op. cit). Estos índices de admisión son condicionados en primera instancia por el tipo de servicios extrahospitalarios que se organizan, y sobre todo por la práctica de psiquiatría comunitaria que se desarrolle, y

según los dispositivos comunitarios de que se dispongan. Pero no sólo influye la disponibilidad de servicios sanitarios sino también la existencia de otro tipo de instituciones como residencias y hogares alternativos para jóvenes, por ejemplo. Kramer también encuentra una correlación inversa entre la existencia de servicios psiquiátricos y las existencias de correccionales y prisiones, en EEUU.

Una cuestión difícil de discernir es qué servicio, institución y profesional pueden ser considerados de salud mental. Como dice Fryers (pg. 111, op. cit.), cuanto más integrados y flexibles son los servicios más difíciles de discernir son.

Para analizar la gestión de diferentes servicios respecto a su utilización por parte de enfermos mentales, es útil centrarse en pacientes crónicos, y sobre todo en psicóticos y alcohólicos. Lógicamente sería más útil seleccionar una muestra entre los más deprivados, y realizar un seguimiento por algunos años. Así en Salford se realizó un seguimiento de 416 pacientes durante 4 años. Este estudio comenzó en 1968. De los datos del mismo, deduce Fryers diversas cuestiones de gran interés: una es que los grupos de vecinos más estables suelen aparecer sobrerrepresentados en los registros. También dice que la localización de los servicios es clave para su utilización

por este tipo de pacientes. Muestra por otra parte que no son los enfermos crónicos los que más frecuentan los servicios de salud mental. Hay un importante número de pacientes que suelen contactar una sola vez con los servicios, y también un índice masivo de pacientes que sin ser internados una sola vez acuden gran número de veces a los consultorios extrahospitales, o requieren visitas domiciliarias. El R. acumulativo de CP, ayuda sustancialmente a distinguir estas estadísticas, probablemente es el único medio de discernir las características de estas poblaciones.

Como arriba he mencionado, en la Comunidad Autónoma Vasca a partir de los datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos se han realizado diversos análisis de las variables psico-sociales que condicionan el proceso de los trastornos mentales. Así se analizaron los costos de tratamientos alternativos de pacientes crónicos (J. A. Ozamiz y J. Cabases) y la validez de indicadores socio-demográficos (J. A. Ozamiz) relacionados con la demanda de S.S. Públicos.

En el presente artículo expondré un análisis realizado en Mayo de 1987, de cuyos datos se pueden derivar conclusiones sobre las necesidades de servicios sociales, o carencias sociales que apoyan las observaciones de Kramer antes mencionados.

TABLA II

PORCENTAJES DE LINEAS HORIZONTALES

N.º	TIPO SIMPLE	TIPO HEBEFRENICO	TIPO CATATONICO	TIPO PARANOIDE	ESQUIZO AGUDO	ESQUIZO LATENTE	ESQUIZO RESIDUAL	ESQUIZO AFECTIVO	OTRAS ESQUIZOFRENIAS	ESTADOS DE ANGUSTIA	HISTERIA	ESTADOS FOBICOS	NEUROSIS OBSESIVO CO	DEPRESIÓN NEURÓTICA	OTRAS NEUROSIS
257 No consta	6,6.	10,1.	2,7.	19,1.	3,5.	0,8.	11,3.	1,2.	8,6.	14,4.	3,9.	1,9.	3,1.	8,2.	4,7.
165 Estudiante	4,8.	4,8.	1,8.	17,6.	6,1.	1,2.	1,2.	1,2.	1,8.	18,2.	6,1.	7,3.	5,5.	16,4.	6,1.
562 Ama de casa	2,3	2,1.	0,9.	12,6.	0,4.	0.	98	1,5.	1,4.	23,3.	5,2.	2,3.	2,3.	28,8.	7,3.
27 Agricultor	7,4.	11,1.	7,4.	33,3.	0.	3,7	22,2.	3,7.	0.	0.	0.	0.	0.	7,4.	3,7.
18 Pescador	5,6.	5,6.	0.	55,6.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	5,6.	22,2.	5,6.
342 Obrero sin cualificar	7,3.	6,7.	0,3.	23,4.	1,2.	0,9.	9,4.	1,5.	3,5.	15,5.	2,0.	1,8.	2,0.	15,5.	9,1.
236 Obrero cualificado	3,0.	4,7.	2,5.	25,0.	1,7.	0,8.	2,5.	1,3.	2,5.	19,1.	2,1.	3,4.	3,0.	21,2.	7,2.
48 Empleado oficina	4,2.	2,1.	2,1.	6,2.	6,2.	0.	0.	2,1.	4,2.	35,4.	6,2.	4,2.	4,2.	14,6.	8,3.
76 Administrativo medio	5,3.	0.	0.	15,8.	2,6.	2,6.	2,6.	0.	3,9.	25,0.	5,3.	1,3.	6,6.	23,7.	5,3.
20 Administrativo superior	5,0.	0.	0.	10,0.	0.	0.	0.	5,0.	0.	45,0.	5,0.	0.	10,0.	20,0.	0.
26 Pequeño propietario	0.	3,8.	0.	0.	3,8.	0.	0.	0.	3,8.	34,6.	0.	7,7.	3,8.	19,2.	23,1.
38 Profesión liberal	7,9.	5,3.	5,3.	15,8.	0.	0.	0.	0.	2,6.	18,4.	5,3.	2,6.	5,3.	23,7.	7,9.
1 Gerente	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	100,0.	0.	0.	0.	0.

MATERIAL Y MÉTODOS

Del primer período en el que el RACP comenzó a implantarse con aceptabilidad, como es el de 1-1-84 al 1-6-86, se seleccionaron los casos diagnosticados de neurosis o esquizofrenias, por ser considerados los agrupamientos más útiles para el fin del estudio. Ello porque el registro se halla clasificado en 8 divisiones (psicosis orgánica, psicosis afectiva, otras psicosis, alcoholismo, toxicomanías, neurosis, trastornos de la personalidad, otros trastornos), el resto de las cuales podrían tener influencias aún más profundas y extensas de variables socio-demográficas o situaciones psicosociales, en la demanda de los servicios sanitarios.

Se recogieron los casos que tuvieran complementados todos los datos de la ficha maestra extensa. La ficha extensa es una ficha elaborada por la comisión para la planificación de los servicios psiquiátricos en 1983. Esta ficha se sugiere rellenar a los diversos servicios, pero no se requiere como imprescindible para cumplimentar el registro. Por todo ello la muestra estudiada es representativa de los servicios que mayor colaboración han presentado en la cumplimentación del registro. Resultaron de todo ello 1.816 fichas seleccionadas. De ellas se procesaron 15 variables: sexo, edad, estado civil, domicilio, situación laboral, profesión, nivel de instrucción, tipo de fratria, antecedentes familiares de trastornos mentales, tratamiento psico-farmacológico, psicoterapia de apoyo, tratamiento de modificación de conducta, terapia familiar, terapia de grupos, diagnóstico.

El diagnóstico, como se exige en el RACP, estaba codificado en función de la CIE-9. Así pues, resultan 9 subdivisiones del diagnóstico de esquizofrenia y 6 del de neurosis.

Esquizofrenias: simple, hebefrénica, catatónica, paranoide, aguda, latente, residual, afectiva y otras.

Neurosis: estados de angustia, histeria, estados fóbicos, obsesiva, depresión neurótica, otras neurosis.

RESULTADOS

En la distribución de diagnósticos se puede observar que entre las esquizofre-

nias las más abundantes en esta muestra son las de tipo paranoide (330) y las residuales (132).

Entre las neurosis son los estados de angustia los diagnósticos más frecuentes (357) junto con las depresiones neuróticas (362). En la distribución por sexos aparecen diferencias notorias. Hay más esquizofrenias de hombres (el 55,4%) y más neurosis de mujeres (el 68,4 %).

Las diferencias destacan aún más en los casos de esquizofrenia paranoide y latente, y en las neurosis de angustia y depresiones.

En la Tabla 2 resultante del cruce de diagnóstico con status profesional, se pueden observar algunas distribuciones destacadas que luego veremos reflejadas en el mapa proyección del análisis de correspondencias múltiples. Los porcentajes de distribución de las profesiones por patologías siguen en general la lógica de las profesiones típicas de cada sexo, respecto a las patologías antes mencionadas. Pero en todo caso cabe destacar la acumulación de los porcentajes más altos de profesiones con status más bajo (agricultor, pescador, obrero sin cualificar, obrero cualificado) en torno a las esquizofrenias de tipo paranoico. Las profesiones de status generalmente más elevado, o más culto (empleado, administrativo, propietario) sin embargo, acumulan los porcentajes más elevados en las neurosis de angustia, y la profesión liberal en la depresión.

Realizando un análisis de correspondencias múltiples con el programa SPAD se consideraron las 15 variables activas.

Surgen en el análisis cuatro ejes destacados que se proyectan en el espacio de los mapas de datos. Entre los cuatro explican el 18,06 % de la inercia.

El primer eje (correspondiente al primer factor y que explica el 8,24% de la inercia) sitúa los datos en función del nivel de instrucción. El segundo en función de la edad y el tercero en función del sexo. El cuarto parece estar configurado por las patologías.

En los mapas resultantes de la proyección del eje 1 modulado por el 2, y la proyección del eje 2 modulado por el 3, se sugiere unas tipologías que ya en el mapa del eje 3 modulado por el eje 4, aparecen claramente diferenciadas.

Estas tipologías están caracterizadas por determinadas categorías de las variables que componen los factores mencionados, básicamente. Las describo a continuación:

En primer lugar aparecería la tipología determinada por las categorías de mujeres de edad media, amas de casa con depresiones.

En segundo lugar jóvenes con estudios superiores, con diagnóstico de esquizofrenia aguda y hebefrenia, en desempleo.

En tercer lugar ancianos con esquizofrenias residuales, en determinadas zonas más abundantes que en otras.

En cuarto lugar varones diagnosticados de paranoia, con incapacidad laboral, agricultores u obreros sin cualificar, y que parecen más característicos en algunas zonas determinadas.

Finalmente, varones con diagnóstico de neurosis, de mediana edad y de profesiones medias como empleado de oficina, administrativo medio, o pequeño propietario, activos y con puesto fijo en todo caso, y casados.

Como todos sabemos este tipo de análisis solamente apunta posibles correlaciones y tipologías. Son exploraciones de la realidad que han de ser corroboradas pormenorizadamente. Son búsquedas de tipologías que puedan ayudar a un conocimiento sintetizado de la realidad. En todo caso, de los análisis realizados para elaborar estas tipologías se sugieren varias preguntas:

- Por una parte aparece una distribución de patologías a lo largo de un continuum modulado por el sexo y la edad. Ya en la reunión de la Asociación Española de Epidemiología Psiquiátrica, en 1988 en Alcocéber, en la ponencia del doctor Pedro Enrique Muñoz se describía este fenómeno en la epidemiología psiquiátrica.
- Una polarización que se sugiere en los clusters es la de la paranoia respecto al sexo masculino, frente a la depresión respecto al sexo femenino. Este tipo destacaría en el continuum expresado.
- Otra polarización destacable sería la de la inactividad laboral relacionada con dos extremos de trastornos gra-

ves, un tipo de psicosis en ancianos, y diversos tipos de esquizofrenias en jóvenes. El primer tipo aparece relacionado fundamentalmente en Bizkaia.

Una necesidad social detectada en las consideraciones anteriores, sería la de mayor atención residencial para ancianos en Bizkaia.

Según un informe del Departamento de Trabajo del Gobierno Vasco de 1985, en Araba había 1.239 ancianos en asilos, en Gipuzkoa 1.817, y en Bizkaia 2.835. Teniendo en cuenta que Bizkaia tiene el doble de habitantes que Gipuzkoa y cinco veces el número de habitantes que Araba, podemos percatarnos de la desproporción de recursos asilares, lo cual se ve reflejado en las patologías atendidas en servicios psiquiátricos.

DISCUSIÓN

En el País Vasco desde 1980 se ha desarrollado un proceso de integración de los servicios psiquiátricos en la red sanitaria general. En este momento Osakidetza o Instituto Vasco de la Salud resulta ser una red pública sanitaria que abarca el 90 % del sistema en nuestro país. Con la Ley de Territorios Históricos, hace 5 años, se realizó la transferencia de los servicios psiquiátricos dependientes de las Diputaciones al Gobierno Vasco, que ya disponía de Osakidetza. Al mismo tiempo los servicios sociales quedaban como responsabilidad de las Diputaciones. La organización coordinada de servicios sociales y sanitarios, resulta imprescindible. La práctica cotidiana nos lo está demostrando. Pero el lenguaje de los administradores y el de los datos facilitados por el registro requiere de una coordinación que como comenta Giel, tal vez necesite de una reeducación de los profesionales que trabajan en ambos sectores. Estimo que este problema no es solventado por un sistema de información que trate de integrar todo tipo de datos, clínicos, administrativos y psico-sociales. La literatura y la práctica nos dicen que el organizar un registro acumulativo de casos es tan complejo que requiere de una autonomía amplia.

Todos sabemos que la real coordinación entre los diversos servicios y prestaciones, hasta conseguir una verdadera continuidad de cuidados y una atención comunitaria, depende de las personas y de los equipos. Pero la organización de esos equi-

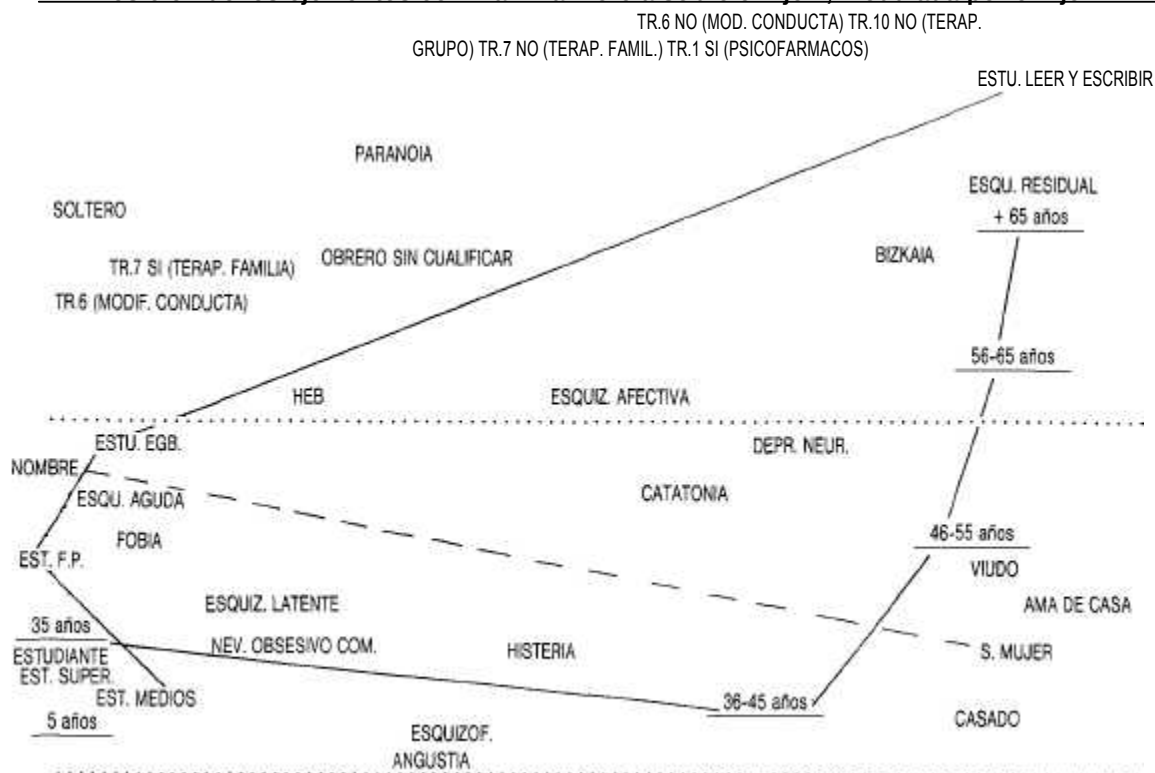
pos, y la evaluación de su práctica necesita de este tipo de información.

El informe del Departamento de Salud y Seguridad Social de Inglaterra, sobre la actividad de 1987, destaca la necesidad del registro, para describir las prestaciones o el cuidado que recibe cada paciente específico. En el informe se constata la importancia de la prevalencia de trastornos mentales. Tras recordar que más del 20 % del presupuesto del NHS es para salud mental, y de que se ha ido disminuyendo en los últimos años el número de camas psiquiátricas en toda Inglaterra, constatan la necesidad de prestar gran atención a los pacientes crónicos. Incluso llegan a sugerir la necesidad de que los servicios de especialidad en psiquiatría se dediquen fundamentalmente a los pacientes de procesos patológicos de larga duración. Tras distinguir tres grupos fundamentales de pacientes de largos procesos como son las psicosis (esquizofrenias y psicosis afectivas), por otra parte demencias, y en tercer lugar trastornos de ansiedad y depresiones con consecuencias crónicas de distress, enfermedades físicas e incluso complicaciones emocionales y cognitivas en los hijos de los afectados, dice: "When considering the needs of these three groups of patients and how best to respond to them, it is

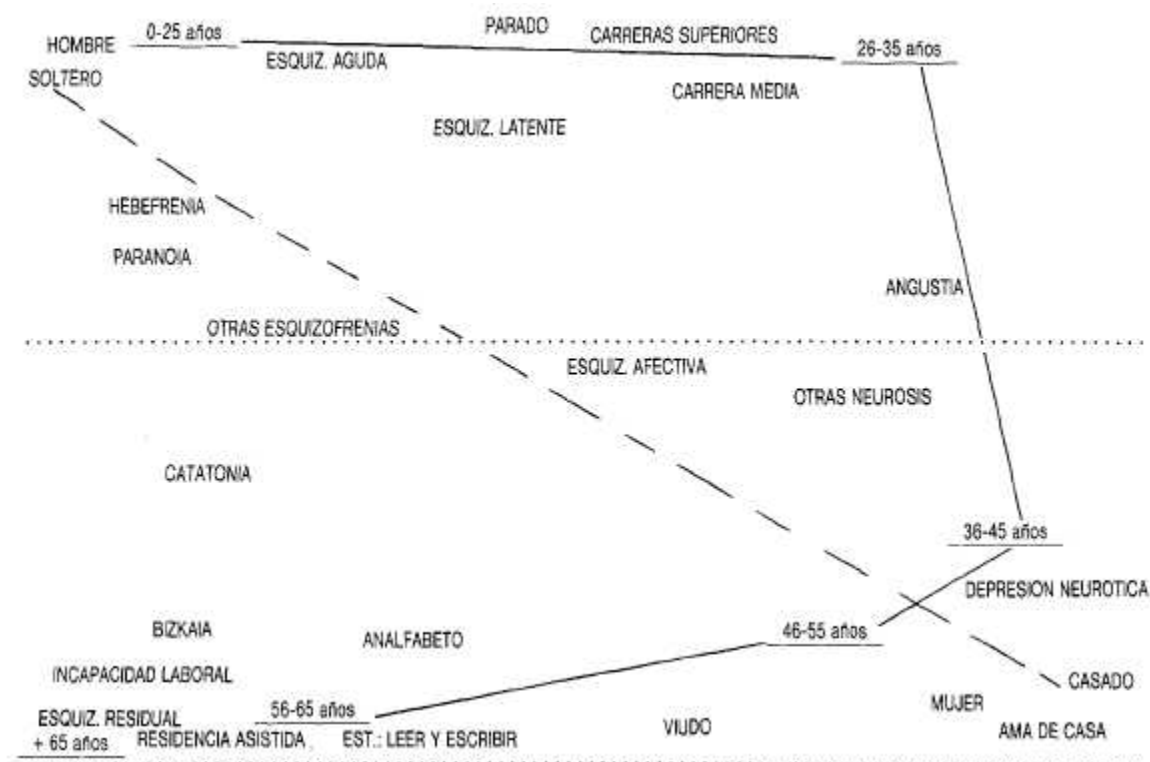
important to bear in mind the appropriate división of labour between primary and secondary care teams". Y más adelante dice: "The major disabling disorders should be the main focus of attention for the secondary care services".

En el informe mencionado se recuerda que los problemas de demencia comienzan a ser de gran importancia numérica, y que los cuidados familiares se ven mermados en la medida en que la mujer se va incorporando al mercado de trabajo. Por ello los servicios comunitarios comienzan a ser cada vez más necesarios. Entre otras cuestiones el registro podrá informar a los clínicos, en la planificación de la continuidad de cuidados, de cuando un paciente vulnerable o de riesgo, falta a una cita ambulatoria. Del mismo modo el registro puede informar a los familiares de los recursos más adecuados para el tipo de paciente de las características de su familiar enfermo. Se comenta que la falta de organización en este tipo de cuidados repercutirá en la necesidad de aumentar servicios de otra índole como las prisiones o instituciones para personas marginadas y con problemas con la justicia (pgs. 69 a 73 "On the state of The Public Health for the year 1987" London Her Majesty's Stationary Office).

Posición de los ejementos con máxima inercia sobre el Eje 1, modulada por el Eje 2



Posición de los elementos con máxima inercia sobre el Eje 2, modulados por el Eje 3



El trabajo domiciliario es difícil de evaluar. Sin embargo, Fryers refiere un estudio sobre las repercusiones de un cambio de la práctica de enfermeras comunitarias en su labor de visitas domiciliarias, realizado con el registro de casos. Narra cómo en Salford las enfermeras psiquiátricas comunitarias se establecieron inicialmente reconvirtiendo las enfermeras hospitalarias. Rápidamente se les asignó una considerable cantidad de recursos extras. Describe los servicios que prestaban, el tipo de visitas domiciliarias que realizaban, y a continuación transcribe estadísticas sobre los tipos de diagnósticos de los pacientes vistos de 1976 a 1982. Asimismo, y siempre gracias al RACP, es capaz de describir las relaciones de estas profesionales con los distintos niveles profesionales (atención primaria, GP, especialistas y asistentes sociales). Concluye que terminaron asistiendo una población similar a la que atienden los centros de salud mental. La población atendida en los hospitales, los pacientes de larga estancia, no disminuyeron. Lo que se consiguió fue atender a más pacientes y mejorar la calidad de cuidados (pg. 109, op. cit.).

Los pacientes psiquiátricos pueden estar utilizando una gran variedad de recursos

sociales sustitutos de los centros de día, como clubs, asociaciones, parroquias, grupos de autoayuda, etc. ¿Cómo valorar estos recursos?

Bridges, Goldberg y otros (Costs and effects..., pg. 165) realizan un estudio comparativo de costos beneficios, de un hospital asistido, con una unidad de psiquiatría en un hospital general, en la atención a pacientes crónicos. Utilizan para ello un modelo propuesto por Glass y Goldberg, en el que se incluyen costos "Hard", como los económicos, y costos "Soft", como las incapacidades sociales y la sintomatología. En los beneficios soft se valora la adaptación.

En el estudio de los nuevos pacientes de largo tratamiento, así como en las características de los crónicos ya existentes y sus posibilidades de reinserción y rehabilitación, las variables psico-sociales se tornan condicionantes básicos.

Marinoni et al. (Cost and effects..., pg. 126) tras realizar un seguimiento de 223 pacientes durante tres años en Liguria (Italia) utilizando el RCP, hallaron que los pacientes que más utilizaban los servicios sanitarios eran los que presentaban las características de mayor antigüedad en sus

problemas clínicos, y menores posibilidades de ocupación. Describen otro modelo de utilización de servicios, en el que lo característico sería el abandono de las prestaciones tras unas pocas consultas clínicas, típico de pacientes jóvenes con gran agresividad, pocas capacidades para el empleo y el desarrollo social, que se van marginando de la comunidad. Describen cómo en su seguimiento se puede comprobar que la sintomatología deriva en alucinaciones persecutorias. Describen también un tercer tipo de pacientes caracterizados por mantener el contacto con los servicios y progresar en sus programas de rehabilitación e integración social. Mencionan también que en este seguimiento no encontraron diferencias significativas entre los costos, tanto económicos como de otro tipo que suponen para los familiares los pacientes que siguen en contacto con los servicios psiquiátricos y sociales, de aquellos que con similares características clínicas dejan de acudir a estos servicios.

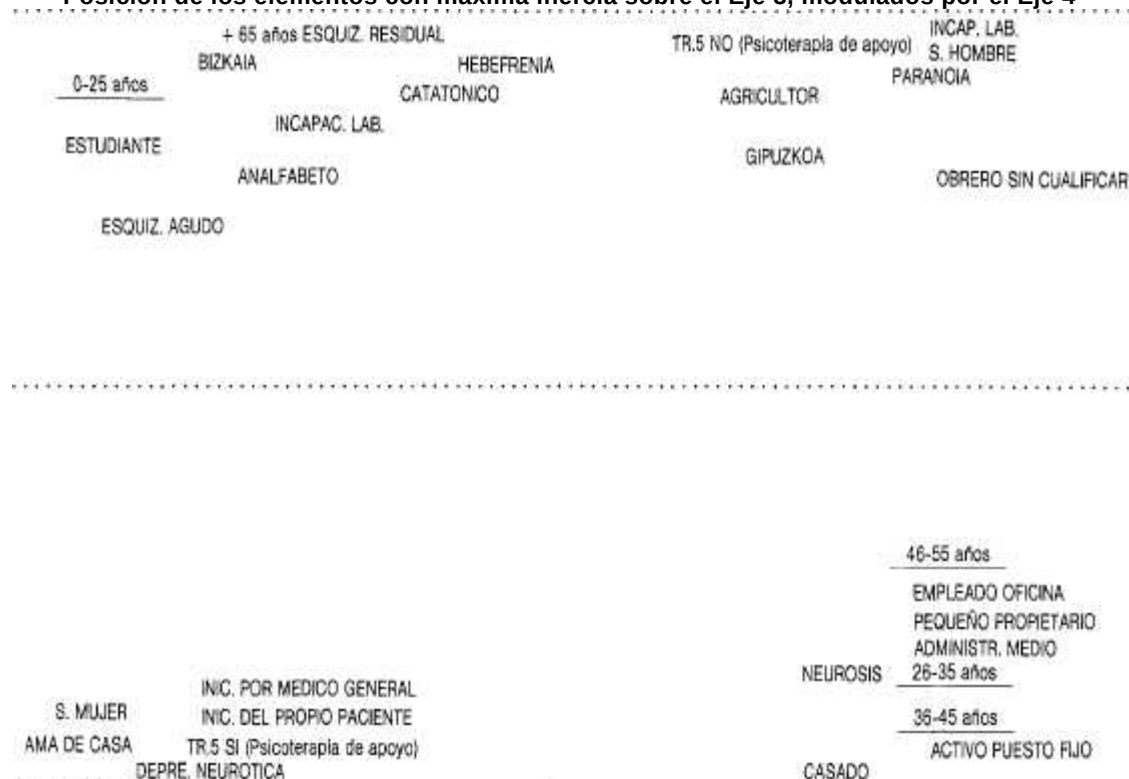
De nuestro análisis se derivan 5 tipos de pacientes con patologías y características psico-sociales determinadas. Un estudio más pormenorizado de sus necesidades psico-sociales ¿permitiría diseñar programas para orientar a los profesionales en una asistencia más efectiva?

Hay experiencias e ideas abundantes que facilitarían estos diseños para los cinco grupos de pacientes. Pero ello necesitaría, en los cinco casos, de una buena coordinación con asistentes sociales, servicios sociales, los Departamentos de Trabajo y Seguridad Social y el de Educación.

En todo caso caben apuntar sugerencias para realizar programas que atiendan a cada grupo de los determinados en el estudio. Así con el primer grupo de mujeres de mediana edad, caracterizadas por ser amas de casa con neurosis depresivas, cabría diseñar un programa que en coordinación con el Instituto de la Mujer promoviera grupos de terapia, de apoyo y de autoayuda, así como información tendente a dotar de instrumentos de afrontamiento útiles para situaciones comunes a este colectivo, demostradas como desencadenantes de la depresión.

Con el segundo grupo descrito como configurado por jóvenes con estudios superiores, en desempleo y con diagnóstico de esquizofrenia aguda o hebefrenia, sería de gran eficacia diseñar programas específicos de atención intensiva psiquiátrica y psico-terapéutica. Pero es obvio que este tipo de atención necesitaría ser complementada con un programa de apoyo social.

Posición de los elementos con máxima inercia sobre el Eje 3, modulados por el Eje 4



en el que la ocupación y muy posiblemente la residencia fueran organizadas de manera especial.

El tercer grupo, compuesto por ancianos diagnosticados de esquizofrenias residuales y, que es importante numéricamente, sobre todo en Bizkaia, sugiere la necesidad de afrontar la organización de asilos o residencias con atención especializada. Esta necesidad, en crecimiento por razones demográficas, aún no ha sido abordada con detenimiento, aunque continuamente se recuerda con preocupación por los responsables de la planificación.

Sobre el cuarto grupo, quedarían más interrogantes que sugerencias. Este grupo, caracterizado por ser hombres, agricultores u obreros sin cualificar, de status bajo o medio bajo, en incapacidad laboral, y con el diagnóstico de paranoia, aparece con una frecuencia destacada en diversas zonas del territorio de Gipuzkoa. Habría que

reflexionar sobre los programas terapéuticos adecuados para estos casos. Pero hay autores como L. J. Kirmayer (1989) que sugieren el que las actitudes de la población influyen especialmente en la aparición de este tipo de patología. Un estudio de campo podría ayudar a elaborar actuaciones en medios de información o instituciones locales y ámbitos comunitarios que previnieran esta problemática.

Por último, la clásica tipología que se detecta, de varones de mediana edad, oficinistas o administrativos, casados, con empleo fijo o pequeños propietarios, y diagnosticados de neurosis, induce a pensar que además de la organización asistencial adecuada con programas psicoterapéuticos, podría ser útil el estudio de esta problemática desde la perspectiva laboral, familiar y de comunidad.

J. Agustín Ozamiz

BIBLIOGRAFÍA

1. **AJURÍAGUERRA, J. y cois.** (1983): *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
2. **BENZECRI, J. P.** (1982): *L'analyse des données-2 L'analyse des correspondences*. DUNOD. París.
3. **FERNANDEZ, O.** (1989): *El análisis factorial de correspondencias: lugar en el Análisis Multivariante*. Ponencia en el II Congreso de Sociología. Donostia.
4. **FRYERS, T.**: *Administrative and operational research using a psychiatric case register*, en Horn et al (1986) (op. cit.).
5. **GIEL, R.**: *The use of a case register in administrative and operational research*, en Horn et al.: *Psychiatric case registers in public health*. Ed. Elsevier, 1986.
6. **GOLDBERG, D. y BRIDGES, K.**: *The description and cost-benefit evaluation of a bestel-ward for chronic psychotic patients*, en Schwefel (op. cit.).
7. **KIRMAYER, L. J.** (1989): "Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress". *Soc. Scie. and Med*, Vol. 29, n.º 3.
8. **KRAMER, M.**: *Use of psychiatric case registers in planning for health for all for the year 2000*, en Horn et al (1986) (op. cit.).
9. **MARINORI et cois.**: *The effect of the hospitalization law on chronic psychotic patients in Italy: A tentative cost-effectiveness evaluation*, en Schwefel (op. cit.).
10. **OZAMIZ, J. A.**: *The establishment of a psychiatric case register in the Basque country*, en Giel, R. (op. cit.).
11. **OZAMIZ, J. A.; CABASES, J. M.**: *Economic analysis of alternative patterns of psychiatric treatment and management of chronic psychotics in the Basque country*, en Schwefel, D. et al. (op. cit.).
12. **OZAMIZ, J. A.** (1988): *Psico-sociología de la Salud Mental*. Ed. Tarttalo. Donostia.
13. **SCHWEFEL, D.; ZOLLNER, H.; POTTHOF, P.** (1988): *Cost and Effects of Managing Chronic Psychotic Patients*. Ed. Springer-Verlag.
14. **WING, J. K. and HAILEY, A. M.**: *Evaluating a Community Psychiatric Service: The Camberwell Register, 1964-1977*. London, Oxford University Press, 1972.

EL EDUCADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN MANU-ENE

El Centro de Rehabilitación de Drogodependientes MANU-ENE, situado en Larrabetzu (Bizkaia), ofrece una visión de conjunto del funcionamiento de una comunidad terapéutica, tratando de describir, tanto el proceso por el que pasa el paciente, como la situación y las funciones del Educador dentro del grupo.

¿QUE ES UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA?

Antes de entrar en detalles, considere importante definir lo que entendemos nosotros por una comunidad terapéutica.

Si se pudiese considerar a un grupo de terapia como el "laboratorio de la alquimia" de la evolución personal, podríamos decir que nuestra comunidad terapéutica es el microscopio y la probeta donde se trabaja la realidad global del individuo desde los detalles básicos de las relaciones humanas y desde los problemas de fondo más acuciantes en la personalidad de estos individuos.

La Comunidad Terapéutica tiene un amplio contenido de reestructuración en una vertiente claramente observada. Es la respuesta a la desestructuración de las relaciones: 1) por un lado del individuo consigo mismo, 2) por otro de éste con su entorno (donde ha surgido y ha enfermado). Teniendo también en la familia como objeto del proceso de reestructuración tomando parte activa en cada una de las fases por las que el paciente va transcurriendo en su proceso curativo hasta llegar a su reinserción social.

¿Qué es Manu-Ene?

Remontándonos un poco en el tiempo y haciendo brevemente historia, pode-

mos decir que la comunidad terapéutica Manu-Ene está en su séptimo año de vida (abrió sus puertas el 4 de julio de 1983). Es un centro incluido en la red pública Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), como una parte más del tratamiento de rehabilitación de toxicómanos. Está ubicado en el municipio vizcaíno de Larrabetzu (zona rural a unos 15 Km. de Bilbo). Tiene una capacidad para 24 pacientes en régimen de internado.

Paciente y Comunidad Terapéutica

La Comunidad será, en principio, el medio absolutamente temporal y experimental y a la vez tremendamente cotidiano de su nuevo mundo.

1. Será el medio donde se desen vuelva.
2. Interaccionará con personas en una situación existencial parecida; de esta manera dejará de sentirse como un "bicho" socialmente rechazado.
3. En su continuo convivir, adquirirá modelos de conducta tanto a imitar como a rechazar.

Además, la Comunidad Terapéutica será un centro de aislamiento temporal (salidas los fines de semana) del medio exterior.

La Comunidad Terapéutica es útil en un programa de rehabilitación de drogodependientes, en tanto en cuanto concibe los momentos de crisis, como momentos estelares del trabajo terapéutico. Entendiendo la crisis como ese fenómeno de tensión, de angustia, a veces incluso de dolor, que caracteriza a todo fenómeno o proceso de crecimiento.

Al situar al paciente en situaciones determinadas, afloran al terreno de lo consciente situaciones de conflicto, situadas en el terreno de lo inconsciente o desconocido.

¿Quién soy yo ante los demás y ante la Comunidad?

Una vez que el paciente decide quedarse, se le asigna una persona que se responsabilice, el "hermano mayor", que será el que le informe del funcionamiento general y de la normativa del centro. También velará por él ante los demás y ante el cumplimiento de la normativa. Será la única persona con quien podrá hablar desde el principio.

¿Quiénes son los demás para mí?

A esta pregunta se irá respondiendo a través de la continua convivencia.

Adjudicación de roles

Según las características previas de cada persona y los fines a conseguir, el equipo terapéutico irá cambiando en virtud de su evolución y necesidades de la Comunidad Terapéutica.

Algunos tipos de roles en la Comunidad

- a) *El Líder*: Es la persona que de forma clara o soterradamente dirige al grupo.
- b) *El Antilíder*: El "histérico", el que de una forma continua hace intentos de abandonar el tratamiento (y en la mayoría de los casos no lo hace).

El Educador de la Comunidad Terapéutica

Si partimos de la base de que la integración del toxicómano en el medio es un tanto complicada, por la gran variedad de

elementos que conlleva la adicción, hay que tener en cuenta que el aspecto educativo, siendo un proceso más de su tratamiento, va a tener un papel importante en la adaptación del extoxicómano a la calle (y en definitiva a la sociedad).

La persona que al entrar en la adicción sufre un estancamiento en su proceso evolutivo, tanto a nivel personal como cultural.

Paralelamente comienzan a darse otros fenómenos: concepto de incapacidad para el trabajo, cambio en su sistema de valores y la forma de relacionarse con los demás, etcétera. Todo esto provocará la formación de hábitos y actitudes cada vez más marginales. Así el toxicómano, que la mayor parte de las veces se ha quedado estancado en la adolescencia, va a encontrar su identidad en relación a un grupo de referencia concreto —el mundo marginal—. Pero esta identidad está focalizada exclusivamente en conseguir una imagen exterior que se adecue a dicho grupo, por lo que interiorizará sin elaboración todo tipo de formas, rituales y reglas con las que construir un sistema de valores y consistencias dentro del propio individuo, y sólo le servirá mientras pertenezca al grupo marginal.

El proceso educativo irá encaminado a conseguir una ruptura de dicho sistema de valores, de esos hábitos, conductas, etcétera, permitiendo que el paciente se vea a sí mismo en su forma de —ser— y de —estar—, para que llegue a aceptarse con sus propias deficiencias y capacidades. De esta forma comenzará a ser protagonista de sus propios cambios y podrá elaborar un nuevo sistema de valores.

Situación del Educador en la Comunidad Terapéutica

El Educador ha de tener una doble situación: estar al mismo tiempo dentro del grupo y fuera de él, diferenciándose como responsable y miembro del equipo que es.

¿Por qué dentro del grupo?

Dentro del grupo porque así evitaremos que se desplace la problemática personal y del mismo grupo ante una víctima propiciatoria, como perfectamente puede ocurrir con el Educador, si éste no se adapta de una forma mínima a las necesidades

del grupo. Creará confianza, con lo cual se evitará que se guarden secretos y se desarrolle el sentido de la amistad, que en muchos casos estaba dormido y olvidado.

Porque siempre es mejor crear un ambiente agradable y positivo que de rechazo y negativo.

¿Por qué fuera del grupo?

Porque ha de quedar claro que en casos de necesidad y de crisis, es él quien lleva las riendas en cualquier lugar y momento.

El Educador no se puede dejar llevar por el grupo a unas situaciones fáciles y cómodas, que a la larga darían lugar a un proceso de apatía y abandono del paciente.

Reacción del grupo ante la decisión del Educador (fenómeno de grupo)

Se trata de usar como chivo expiatorio la figura del Educador, en el que se proyectarán toda la agresividad y frustración a fin de evitar y encarar su propia problemática personal.

Las principales funciones del Educador en una Comunidad Terapéutica son:

- Dinamizar.
- Tener una visión global.
- Contener.
- Orientar.
- Áreas de trabajo.

Dinamizar. Por un lado deberá motivar y estar al tanto para que los pacientes estén activos, participen, dinamizando en todo momento al grupo. Por otra parte, el propio equipo ha de estar en constante dinamismo, confrontando los distintos puntos de vista e incluso las cuestiones personales respecto al trabajo.

Tener una visión global. Esto permite tener unos objetivos claros; no desautorizarse y unificar criterios, todo ello dentro de un cuadro general. Esta visión servirá de marco referencial a la hora de intervenir en las distintas situaciones que surjan en la Comunidad.

Contener. Es muy importante que se haga respetar y mantener los límites establecidos, teniendo en cuenta que ha de tener una visión donde se determine cuál va a ser su intervención (flexibilidad). Por ejemplo, en un momento dado mantener una relación más estrecha con el grupo para crear éste.

Orientar. Los educadores orientarán en todo momento en cuanto a trabajos, funcionamiento de la Comunidad Terapéutica, situaciones personales en relación a la convivencia.

Áreas de trabajo. Cada educador se responsabiliza de un área de trabajo, planificando, orientando y evaluando la ejecución de los mismos con el resto de los componentes del equipo.

EL EQUIPO DE TRABAJO: ESTRUCTURA

El equipo de profesionales que trabajamos en la Comunidad está compuesto por un equipo multidisciplinar que abarca los campos terapéutico, sanitario, social, recreativo, educativo, etc.



Cada uno de los educadores a su vez es responsable de algún campo específico: Sanitario, Cultural, Deportivo, Laboral...

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

Derechos

- Recibir las atenciones, así como utilizar la Comunidad, servicios del centro, instalaciones...; dentro de las horas establecidas.
- Disfrutar del silencio necesario durante las horas de reposo y descanso.
- Respeto a sus creencias cívicas, políticas, morales y religiosas.

Deberes

- No consumir medicamentos que no hayan sido prescritos por facultativos.
- Cumplir con el Programa, así como las indicaciones que emanen del equipo de profesionales.
- Colaborar con los miembros de la Comunidad, participando activamente en el buen funcionamiento y convivencia.
- Respetar todos los derechos de todos los miembros de la Comuni-

dad. La decisión de infringir las normas anteriores, es del paciente, y es él el que lo lleva a su lugar correspondiente (terapia, asamblea) para trabajarlo.

Para finalizar, me gustaría señalar en este trabajo una frase que engloba perfectamente la figura del educador.

"Quien sabe comunicar, sabe educar a los otros y educarse a sí mismo". Walter Leirman (Pedagogo Social).

**Centro de Rehabilitación de
Drogodependencias MANU-ENE**

NUESTRA EXPERIENCIA EN UN CONGRESO DE SORDOS

Asistentes a un congreso sobre el Lenguaje de los Signos, los autores del presente artículo, ambas sordas profundas capaces de expresarse oralmente, ofrecen una resuelta oposición a la tesis que en el mencionado congreso parecía dominar, la del lenguaje gestual como única vía de comunicación posible para las personas que presentan una deficiencia auditiva.

Cuando recibimos información acerca de la celebración de un Congreso sobre el Lenguaje de Signos, pensamos que era muy interesante para nosotros el poder estar presentes.

Perteneciendo a una Provincia con una muy marcada tendencia al oralismo en la educación del Sordo, nos pareció sin embargo nuestro deber el conocer más a fondo el lenguaje de signos, puesto que en nuestra Asociación es muy frecuente el uso del lenguaje gestual junto con el hablado.

¿Cuáles eran nuestras expectativas ante el Congreso?

En principio, vaya por delante que nuestra posición es muy abierta y de ninguna forma contraria al lenguaje gestual.

Suponíamos que en el Congreso se tratarían temas como la necesidad de sistematizar y normalizar siquiera en ámbitos geográficos concretos como los Estados, el lenguaje gestual de forma que a una palabra le corresponda su signo y no otro, para facilitar la comunicación y el intercambio de información entre los sordos, posibilitando así no la conversación trivial, sino el acceso al conocimiento y la cultura.

Y pensamos en ello, porque la actual situación es preocupante y confusa. Es raro encontrar dos sordos que coincidan al

100 % en sus expresiones gestuales y en la forma de describir objetos o ideas.

Esto sin perjuicio de que un futuro desarrollo del lenguaje unificado pueda dar lugar al lógico enriquecimiento del vocabulario.

También pensamos que se producirían aportaciones científicas acerca de la capacidad del lenguaje de signos para permitir un desarrollo integral de la personalidad del sordo, o también, por qué no, de sus posibilidades para facilitar el aprendizaje del lenguaje oral.

En definitiva, teníamos la esperanza de que se tratase el tema de una manera lógica y natural y pensábamos aprovechar todo cuanto allí se dijera para nuestro provecho como sordos y miembros de una Asociación de Sordos.

¿Con qué nos encontramos?

De entrada, una declaración de principios y una apología continua del lenguaje de signos como el único natural del sordo y en un rechazo a que el sordo pueda aprender a hablar.

Varias intervenciones hacían referencia a la opresión y marginación absoluta que sufre el sordo por querer utilizar el lenguaje de signos y reivindicaban su utilización no en conjunto con el lenguaje oral, sino en oposición al lenguaje oral.

El panorama se completó con nuestra presencia. Eramos sordas profundas, pero a pesar de nuestra pérdida de audición a muy corta edad, capaces de expresarnos perfectamente en el lenguaje oral. Aquello, para nuestra sorpresa, resultó ser tabú.

Una Señora, cuyo nombre preferimos omitir, que, si bien no pertenecía a la Organización, sí ejercía una influencia notable en la misma, hizo todo lo posible para que una de nosotras no pudiera intervenir en público, aduciendo por toda razón que oír hablar a un sordo en aquel Congreso "sería como poner una bomba en el mismo". Lo cual no impidió que los oyentes pudieran exponer oralmente sus ideas que eran traducidas y se supone que entendidas por los sordos asistentes a través de un intérprete del lenguaje de signos.

A lo largo de nuestra permanencia pudimos escuchar casi de casualidad, pues estábamos sometidas a un aislamiento evidente, algunas ideas que nos preocuparon seriamente, y todo ello por boca de oyentes.

Vayan un par de ellas.

- No es necesario normalizar o sistematizar el lenguaje de signos por que "ellos ya se entienden".
- "La rehabilitación auditiva y del lenguaje es penosa para el sordo, ya que el sordo verdadero (es decir sordo profundo de nacimiento) no puede aprender a hablar nunca".

También, previsoras que fuimos, se nos ocurrió llevar una intérprete para facilitar nuestra comprensión en las Conferencias.

En primer lugar, esta fue influenciada desde un principio bien por el tema del Congreso, bien por iniciativa propia o bien por influencia de la Señora oyente cuyo nombre omitimos. Y esto trajo como consecuencia el que nuestra intérprete no deseara abiertamente vocalizar conjuntamente con los movimientos de manos y cuerpo.

Sin embargo pudimos observar que otros intérpretes sí lo hacían.

En definitiva no nos queda sino extraer las siguientes conclusiones, a riesgo, por supuesto, de equivocarnos.

- El Congreso no se planteó como un foro de intercambio de ideas y conocimientos fundamentados del lenguaje

de signos, sino como un acto de fe.

- Fuimos y nos sentimos sistemáticamente ignoradas y marginadas, pero no por los sordos asistentes, sino por oyentes.
- Nos da la impresión de que se puede relegar al sordo a un mundo aparte, cerrado y muy protegido, pero a nosotros nos parece que irreal.
- Los intérpretes han de servir de vehículo comunicacional entre el sordo y el oyente, en la medida de las necesidades concretas de la persona sorda, de modo que su papel de intervención se limite y llegue hasta donde la persona sorda que en cada momento atiende no pueda llegar.
- La persona sorda tiene como todo ser humano una capacidad de autonomía y desenvolvimiento en la vida social completamente normal, pero dependerá de las actitudes que adopten en favor de ello las personas oyentes relacionadas directamente con ellos.

Como conclusión, queremos decir que, a pesar de las interpretaciones que sobre lo que hemos escrito se puedan hacer, no estamos ni mucho menos en contra del lenguaje de signos ni en contra de intérpretes del mismo.

Estas reflexiones que hemos resumido en este artículo son producto de una experiencia que a nosotros nos ha resultado triste y preocupante.

Pero lo que más nos preocupa es que se relegue al sordo al lenguaje signado y se le confine definitivamente en un círculo cerrado al que sólo se pueda acceder por medio del aprendizaje del lenguaje de signos o los intérpretes, que si bien son necesarios no deben convertirse en imprescindibles.

Estamos a favor del lenguaje de signos, porque creemos que es un derecho del sordo comunicarse y es evidente que muchos sordos precisan de este sistema de comunicación.

Pensamos, sin embargo, que en el tema de la sordera inciden una gran cantidad de factores de todo tipo, desde la edad a la que se pierde la audición, pasando por el

grado de pérdida, las posibles soluciones médicas, las características personales de cada sordo, el ambiente familiar y social en el que se desenvuelve. Sin olvidar los avances técnicos que han servido para mejorar las prótesis auditivas, así como las mejoras y avances en ordenadores y nuevas técnicas de comunicación.

Abordar todos estos factores y concluir en un sistema único, la solución del problema nos parece imposible.

No estamos de acuerdo con imposiciones de ningún sistema por decreto.

Creemos que muchos sordos con capacidad de desenvolverse en el mundo oyen-

te sufren un doble rechazo, tanto por parte de la sociedad oyente, como por parte de la comunidad sorda que les considera, a pesar de tener una certificación oficial de sordos profundos, medio-sordos.

Debe de existir una comprensión, un respeto y un apoyo mutuo entre todo el colectivo de sordos, a pesar de las características de cada persona sorda.

En definitiva, hay que acercarse al sordo y a sus problemas con una gran capacidad de análisis y una mentalidad muy abierta.

Maite Sagaseta
Mertxe Fernández

EL TRABAJO SOCIAL EN LA ASOCIACIÓN DE GIPUZKOA DE FAMILIARES Y ENFERMOS PSÍQUICOS

La autora de los siguientes artículos, trabajadora social de A.G.U.I.F.E.S. (Asociación Guipuzcoana de Familiares y Enfermos Psíquicos), recapitula, en el primero de ellos, la historia de la Asociación desde su creación, en noviembre de 1985; centrándose, en el segundo, sobre el trabajo social desarrollado en dicha Asociación.

UN POCO DE HISTORIA

La Asociación Guipuzcoana de familiares y Enfermos Psíquicos —AGUIFES— se creó en Noviembre de 1985, con el objetivo claro de reivindicar la equiparación de la asistencia en Salud Mental al resto de la Sanidad. La Situación en la C.A.V. era más o menos la siguiente:

- El ingreso psiquiátrico no era gratuito.
- Los dispositivos asistenciales eran escasos, los C.S.M. eran recientes, y la atención existente se limitaba a un nivel hospitalario.

Se comenzaba a hablar de la psiquiatría comunitaria, se limitaban las estancias en los hospitales psiquiátricos y la familia era la que vivía con el enfermo en casa.

Los principios de A.G.U.I.F.E.S. no fueron fáciles, contando con poco apoyo y limitándose su labor, casi exclusivamente, a reivindicar, por lo que se era incómodo a nivel Institucional (tanto para OSAKIDETZA como SERVICIOS SOCIALES).

SE PRODUCE EL CAMBIO

Desde hace 2 años se comienza a vivir un cambio en la Asociación, los socios.

que por aquel entonces se cifraban en unos 150, empiezan a cansarse de reivindicar hacia fuera y piden que sus necesidades sean cubiertas si no por la Administración, por la propia Asociación (hasta la fecha se había cubierto el Ocio y el Tiempo Libre de los enfermos con Colonias de verano y Salidas esporádicas).

Con la entrada de profesionales colaboradores y el cambio de la Junta Directiva (máximo órgano de decisión y dirección de la Asociación) se comienza un duro trabajo. La plantilla de personal la componen: 2 A.T.S (con formación terapéutica), 1 Secretaria, 1 Trabajador Social y nombrar el trabajo de un socio que colabora y empuja a la Junta Directiva con su apoyo.

EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

A la hora de realizar el primer Plan de Trabajo, en el que se contemplaban los objetivos tanto generales como específicos a cubrir a corto y medio plazo, se plantean el conocimiento de las características de los socios y el establecer contactos con el resto de los profesionales que trabajaban en la Asociación y en los servicios sanitarios y sociales.

Tras realizar la presentación a los socios y pedir su colaboración para realizar una

encuesta, me encuentro con un colectivo de socios que llevaban 1, 2 o 3 años asociados y por los que la Asociación poco había hecho para ayudarles en su situación. La respuesta obtenida es mínima (unas 25-30 entrevistas) y como consecuencia de esta primera movilización se producen unas 27 bajas.

La presentación a los recursos de Salud Mental se hace dificultosa; no obstante, se invita a la Asociación a participar en una reunión que mensualmente convoca a los Trabajadores Sociales de Salud Mental de Gipuzkoa.

Tras el comienzo de la coordinación tanto interna como con otros servicios se parte de la siguiente base:

- * Se prima la asistencia pública, como manera de realizar el seguimiento del funcionamiento de los servicios.
- * A.G.U.I.F.E.S. es un servicio social y no sanitario. En este sentido se abren dos frentes de atención:
 - El enfermo, sanitariamente hablando (mejor o peor), se encuentra "contenido", pero su parte social como tiempo libre, reinserción laboral y/o ocupacional, etc., no está desarrollada.
 - Los familiares, vividos como centro de contención principal de la enfermedad, no tienen un espacio donde aclarar sus dudas ante la enfermedad, no saben cómo actuar ante ella y sobre todo no cuentan con un espacio donde hablar de ellos, de sus miedos, angustias y frustraciones.
- * La Asociación no debe limitarse a crear todos los servicios que no existen en la actualidad; se trata de luchar para que la Administración cree esos servicios y los apoye, y si el esfuerzo a realizar es mutuo, A.G.U.I.F.E.S. realizará su parte con suma seriedad.

Con estas bases, al mismo tiempo que afianzando poco a poco las actividades que se realizaban y otras nuevas (Ocio y Tiempo Libre, se comienza a trabajar la Reinserción Socio-laboral, Grupos de autoayuda a familiares. Trabajo Social, ...) y contando con el apoyo de las Instituciones Públicas (sin él no se podría trabajar), A.G.U.I.F.E.S. empieza a trabajar con fuer-

za. No obstante, las dificultades con las que la Asociación se va encontrando son varias, lo que me gustaría ir analizando en sucesivos escritos.

Si hay una profesión dentro de las Ciencias Sociales con un campo de actuación amplio esa es el Trabajo Social. Además de ser prácticamente ilimitada, en el campo social es difícil de definir o discernir qué es lo que entra en él y qué no.

Estos aspectos se acentúan de manera importante dentro de la Salud Mental; especialidad sanitaria tan poco demostrada a través de datos reales y palpables.

No se trata aquí de delimitar y de establecer de forma exhaustiva lo que entra dentro de sanidad y lo que entra dentro de Bienestar Social, ya que la pelea entre ambos estamentos ya es bastante cruenta como para pensar que contamos con la varita mágica que separa ambos terrenos. No obstante, y creo que esto es obvio, todo tiene su parte social, y es evidente que sin calificarlo numéricamente, el peso de lo social en Salud Mental es importante.

EL TRABAJO SOCIAL DENTRO DE LA ASOCIACIÓN

Uniéndolo a las dificultades anteriormente mencionadas, las inherentes al trabajo en Salud Mental, la labor o trabajo a realizar no se presenta fácil.

Sería interesante enunciar *las características del colectivo que forma la Asociación*, ya que esto ha sido la base para la realización del trabajo. En la actualidad el colectivo de socios se cifra en unos 275 de los cuales $\pm$ un 75% son familiares y el resto son enfermos.

De esta manera se abren dos frentes de trabajo distintos, pero en comunicación constante.

Los enfermos, se trata de gente joven comprendidos entre los 25-35 años y con características bastante comunes.

No se pueden establecer generalizaciones en cuanto a este colectivo, ya que cada persona es un mundo totalmente diferente. La mayoría de ellos cuenta con un diagnóstico de psicosis y llevan varios años tanteando todos los recursos que existen (tanto médicos como sociales).

Parece lógico pensar, que los enfermos de estas características sean los que formen la Asociación, ya que, se trata de patologías que van evolucionando por crisis y cada una de ellas va dejando sus secuelas; su tratamiento, sobre todo, de integración social es sumamente difícil ya que han roto con todo lo que entendemos como vida cotidiana o normal. Se ha roto con el ambiente social, los amigos se van o se dejan, centrándose el núcleo de relación en la familia. Se pierde la capacidad de concentración para realizar cualquier actividad intelectual y/o de formación y por lo tanto el acceso al mercado de trabajo es realmente difícil.

Se entra, de esta manera, en un círculo vicioso que no es fácil de romper (para cumplir con este objetivo A.G.U.I.F.E.S. pone en marcha diferentes actividades: ocio y tiempo libre, dispositivos socio-laborales...).

Sería importante reseñar que se dan otras patologías dentro de la Asociación (neurosis maníaco-depresivas, anorexias, depresiones, etc.), no excluyéndose ninguna de ellas a la hora de programar las diferentes actividades.

Los familiares, la mayoría de ellos son padres de un/os enfermo/s, aunque sería importante destacar que últimamente se ha producido un incremento del colectivo de hermanos interesados en la Asociación.

No cabe duda que la aparición de la enfermedad en un miembro de la familia rompe con todos los pronósticos realizados, produciéndose un cambio bastante importante en la dinámica familiar diaria.

La enfermedad produce primeramente miedo y sobre todo frustración, preguntándose con frecuencia qué es lo que se ha hecho mal para generar la enfermedad. En la actualidad se van superando las teorías que culpabilizaban a los padres, pasando a una confluencia de factores, que aún están sin concretar, los que generan la enfermedad.

Ante el primer desconcierto en el que generalmente se visitan todo tipo de centros y servicios, se llega a una fase en la que empieza a darse una conciencia de enfermedad y se empieza a pensar en vivir lo mejor posible con ella.

Hay que señalar que hasta llegar aquí se pasa por un sinfín de situaciones para las que nunca se está preparado.

Los familiares de A.G.U.I.F.E.S. han pasado por todo esto y más, y viven la Asociación como último recurso, que además debe solucionarle su situación. Al mismo tiempo se vive con la incertidumbre constante de qué pasará cuando falten los padres, y de momento se buscan apoyos dentro de la misma familia ya que no se cuentan con recursos asistenciales y/o residenciales.

Teniendo en cuenta estas características, el trabajo a realizar se presenta con bastantes dificultades.

La primera de ellas es un vacío a nivel de recursos bastante importante (recursos socio-sanitarios).

Al mismo tiempo, realizar un trabajo social en su concepción real, no resulta fácil si contamos con un colectivo cansado de buscar una solución sin encontrar apoyo en ninguna parte.

No obstante, si Trabajo Social es movilizar recursos sociales y personales para provocar un cambio positivo en la situación planteada, lo primero a romper es la idea de entrar en la Asociación para solucionar o para que le solucionen una situación que de momento no cuenta con soluciones puras.

Se trata de ser lo más real posible con la persona (tanto con el enfermo como con el familiar) que llega hasta A.G.U.I.F.E.S., y sobre todo se pide la colaboración de esa persona, tratando de romper el vicio de que "bastante cruz tengo ya y alguien tiene que solucionarme el problema". Sin el trabajo y la colaboración del interesado poco o nada se puede hacer.

La posición del trabajador social en la Asociación es la de ser el enlace entre la situación planteada y la realidad social. Estando en contacto constante con ambas, se tratará de apoyarlas para la búsqueda conjunta de soluciones o de cambios positivos de las situaciones planteadas.

Por otra parte es importante contar con el nivel de angustia y ansiedad con que viven los familiares, evitando constantemente entrar en ella e intentando dar datos lo más reales posibles que posibiliten el conocimiento de las posibilidades con las que se cuentan.

La función de concienciación social sobre la problemática que la enfermedad

mental genera, es otro de los objetivos a cumplir desde este servicio. Se trata de contactar con los diversos medios de Comunicación Social y de romper poco a poco con el miedo que generalmente, por desconocimiento, produce la enfermedad primeramente en la familia y en consecuencia en la sociedad.

A través de este artículo, se ha querido comentar a grandes rasgos una parte del trabajo que desde esta Asociación se está llevando a cabo para que llegue a otros profesionales que trabajan en el campo de la Salud Mental y Social, esperando que sirva a alguien y animándoos a compartir experiencias que nos pueden servir a todos.

Maite Ibarreta

RESEÑAS Y COMENTARIOS

AIPAMEN ETA IRAZKINAK

COUT SOCIAL ET FINANCIER.
COSTE SOCIAL Y ECONÓMICO.

KEEPING SECRETS: SOCIAL WORKERS AND AIDS. SEKRETUAK
GORDETZEN: ASISTENTE SOZIALAK ETA HIES.

LES SERVICES DE MEDIATION A LA FAMILLE AU CANADÁ.
SERVICIOS DE MEDIACIÓN PARA LA FAMILIA EN CANADÁ.

QUELS LOGEMENTS POUR L'ACCUEIL FAMILIAL?.
ZEIN DA BIZITOKI EGOKIENA BABESPEN FAMILIARREAN?.

LES FORMATIONS D'EDUCATEUR SPECIALISE ET DE MONITEUR-EDUCATEUR
LA FORMACIÓN DEL EDUCADOR ESPECIAL Y DEL MONITOR EDUCADOR EN FRANCIA

ESTUDIO DE LA POBLACIÓN POTENCIALMENTE BENEFICIARÍA DEL PLAN DE LUCHA
CONTRA LA POBREZA. EMAIKER.

BACHELARD, M. B.: "Coût social et financier". *Revue d'Action Sociale*, n.º 2, Mars-Avril, 1990, págs. 50-56.

COSTE SOCIAL Y ECONÓMICO

En el cantón de Vaud (Suiza) se ha llevado a cabo un programa experimental cuyo objetivo económico era el siguiente: estimar el rendimiento de la asistencia socio-sanitaria a domicilio y definir en qué condiciones y para qué población dicho rendimiento podía ser óptimo. Este artículo resume el modelo básico de rendimiento óptico desarrollado en el Programa, así como los principales resultados obtenidos. Dichos resultados confirman las ventajas económicas de la asistencia a domicilio frente al ingreso en un centro. Se apartan, sin embargo, de una de las hipótesis principales del modelo.

Los resultados son el fruto de un programa experimental de refuerzo de los servicios a domicilio en dos zonas-piloto del cantón de Vaud, entre 1982 y 1984. Este programa, llevado a cabo conjuntamente por el Estado, las compañías de seguros y las propias zonas elegidas, tenía como finalidad buscar soluciones concretas, distintas al ingreso en instituciones, para personas en situación de dependencia: ancianos o minusválidos.

Entre las cuestiones planteadas en el marco de la estimación, dos hacían especial referencia al aspecto económico:

- ¿Cuál es el coste de la asistencia a domicilio en comparación con el coste del ingreso en un centro de larga estancia?
- ¿Tal comparación es válida y cuál es la metodología adecuada?

Aspectos metodológicos

La comparación entre ambas opciones (domicilio y centro de larga estancia) perseguía además una finalidad técnica: estimar el rendimiento de la asistencia socio-sanitaria a

domicilio y definir en qué condiciones y para qué población dicho rendimiento podía ser óptimo. Aunque la noción de "rendimiento óptimo" nos remite, por lo general, a criterios fundamentalmente económicos, carecería de sentido si no tuviera también en cuenta las exigencias sociales, en este caso concreto, la posibilidad para toda persona independiente de elegir la forma de atender a esa dependencia (permaneciendo en su casa o ingresando en un centro), lo que es lo mismo que decir su modo de vida.

Se estableció un modelo de rendimiento óptimo basado en los costes relativos de dos modos de vida:

- Vida en el domicilio.
- Vida en un centro sanitario.

Por lo tanto, la comparación no se limita únicamente al coste de las prestaciones socio-sanitarias (a domicilio o en un centro) sino que se extiende a todos los gastos necesarios para vivir, desde los más básicos —comida, alojamiento, vestido— hasta los más específicos de cada situación.

A partir de la descripción de las funciones de asistencia a prestar: cuidados, comida, alojamiento..., se buscan para las dos poblaciones (a domicilio y en centro) todas las estructuras capaces de prestarlas: hospitales, centros de larga estancia, servicios ambulatorios, estructuras intermedias, familia, personas del entorno, el propio beneficiario.

El rendimiento óptimo perseguido se obtiene sumando los costes de los dos modelos —a domicilio y en centro— y reduciendo al mínimo la suma de ambos.

Se da cabida a las preferencias individuales, proponiendo un valor óptimo relativo que tenga en cuenta la libre elección del beneficiario.

Aceptado este marco general, quedaba por resolver una cuestión: tratar de no cometer el error de poner en relación cosas tan diferentes que invalidaran la comparación. Esto se resolvió primero estimando y luego comparando los costes para dos grupos de personas, unas ingresadas y otras en sus casas, pero cuyo nivel de dependencia era idéntico. La elección del nivel de dependencia no se debe al azar, sino que se basa en la hipótesis de que, tanto a domicilio como en un centro, es el aumento del grado de dependencia la principal causa de que se incrementen los costes.

A partir de ahí, y en esencia, el modelo de rendimiento óptimo se basa en dos hipótesis suplementarias:

1. El refuerzo de la asistencia socio-sanitaria a domicilio animará a personas, con todo tipo de dependencias, a seguir en sus casas. Esto, ampliamente confirmado en la práctica, es naturalmente consecuencia de la libre elección individual.
2. Si el coste de asistencia a una persona en un período dado aumenta —tanto a domicilio como en un centro— a medida que aumenta la dependencia, aunque en el domicilio este coste sea menor en un primer momento, después aumenta más rápidamente que en un centro. Es decir, que existe un umbral de dependencia a partir del cual el centro es menos costoso.

Reforzando la asistencia a domicilio, permanecer en casa se hace más atractivo y por lo tanto se gana un importante número de casos que prefieren esta posibilidad; casos que serán más costosos que los ingresos en centros que se evitan o menos costosos, según que las personas hayan traspasado o no ese umbral de dependencia a partir del cual el ingreso en un centro resulta más barato.

De este modo puede llegarse a una situación en la que el ahorro que suponen los nuevos casos a domicilio más baratos que los ingresos que se evitan, quede compensado por los nuevos casos a domicilio que resultan más caros. De lo que puede derivarse lógicamente que existe un umbral a partir del cual la curva del coste total en centro y a domicilio, deja de decrecer. Ese rendimiento económico óptimo así conseguido reflejaría el equilibrio deseado entre ambas formas de asistencia.

Todo ello teniendo en cuenta el derecho de cada beneficiario a elegir libremente el modo de vivir su dependencia, exigencia a la que el rendimiento económico óptimo está totalmente supeditado.

En cuanto a las ventajas de una u otra de las opciones, en la lógica del modelo son los propios beneficiarios los que las tienen en cuenta. Elegirán aquella forma de asistencia que presente, a su juicio, una mejor relación coste/ventajas.

Sometidos a este esquema lógico, los resultados obtenidos sólo lo confirman en parte.

Resultados

Las poblaciones, en sus domicilios y en centros, sobre las que se han hecho las comparaciones de costes, presentan el mismo perfil de dependencia, es decir que en teoría demandan idénticas prestaciones socio-sanitarias.

La estimación de los costes anuales refleja que la asistencia a domicilio presenta el 70% aproximadamente del coste del ingreso en un centro de larga estancia.

Cuando los costes se presentan en relación a la dependencia, los resultados sorprenden en un primer momento. La hipótesis del modelo acerca de la relación dependencia/coste no se confirma. Las cuestiones que surgen inmediatamente son: la de la pertinencia de dicha hipótesis o la de la validez de los resultados obtenidos.

Un análisis más detenido nos lleva a pensar que estos resultados, tal vez no se separen tanto de la hipótesis inicial. En primer lugar, si se comparan ambas curvas de costes, la separación creciente entre ambas se debe al hecho de que en los centros las tareas de cuidados, vigilancia y compañía están profesionalizadas, en tanto que en los domicilios son básicamente las familias (personas del entorno) las que las realizan y a veces durante mucho tiempo, si cuentan con el apoyo adecuado de profesionales.

Cabe pensar además que estas curvas reflejan un equilibrio momentáneo —válido en 1984— que se irá alterando para tender hacia equilibrios más próximos a los del modelo teórico propuesto.

En efecto, parece poco razonable pensar que un refuerzo de la asistencia a domicilio no altere sustancialmente este esquema. Una política generalizada de asistencia a domicilio requiere la profesionalización de ciertas tareas asumidas por las familias —profesionalización tanto más importante cuanto mayor sea la dependencia— y un desarrollo de las estructuras de apoyo. Lo que supondría un aumento en el coste de este tipo de asistencia (la curva se abriría); aumento este que es el precio a pagar si queremos evitar que nuevas generaciones de ancianos dependientes sean internados en instituciones en contra de su voluntad.

De modo paralelo, los centros verían reducido el número de ingresos "poco dependientes" y una demanda cada vez más dependiente haría aumentar sus costes medios. Si esta hipótesis se confirmara, la curva de coste total por persona en centro se cerraría.

Y de este modo ambas curvas podrían cruzarse en la posición inicialmente postulada por el modelo. Pudiera ocurrir que sólo se acercaran, sin cruzarse, permaneciendo la curva de coste a domicilio por debajo y casi paralela a la otra.

La informatización de los dossiers de los pacientes —a domicilio y en centros— incluyendo datos como el grado de dependencia y la asistencia prestada, permitirá tal vez comprobar esta hipótesis en 1994. Por el momento y teniendo en cuenta las condiciones imperantes hoy en el cantón de Vaud, el refuerzo de la asistencia a domicilio representa sin duda la mejor opción, la que más se aproxima a lo que podría ser un rendimiento económico óptimo y las más avanzadas desde el punto de vista humano.

Luisa Etxenike

ABRAMSON, Marcia: "Keeping Secrets: Social Workers and AIDS". *Social Work*, March, 1990, pags. 169-173.

SEKRETUAK GORDETZEN: ASISTENTE SOZIALAK eta HIES

Egungo gizartea nozitzen ari den HIES (Hartutako Inmuno Eskasiaren Sindromea) eta GIB (Giza Inmuno Eskasiaren Birusa) izurriak arazo etiko nagusiak sortarazten ditu, batez ere gizarte zerbitzu arlo profesionalean. Horregatik, herriendik aurrera lanbide bakoitzak etika profesional egokia osatu behar izango du, HIESek kutsatuta dauden pertsonekin lana egiteko.

HIES dutenen pertsonetikiko, hauen familia eta inguruarekiko zerbitzuak areagotzen ari diren heinean, gizarte lana ere hobetzen ari da, baina nahiz eta gai honi buruz literatura ugari egon, arreta gutxiago eman zaio asistente sozialek eguneroko lanean aurkitzen dituzten gaisotasun honek sortzen dituen eztabaida moralei, hots, langileei sortzen zaizkien dilema, atsekabe edota kezkei, bezeroei arazo siko-sozialekin laguntzen dieten bakoitzean.

Aurkitutako arazo moral nagusiena, sekretua gordetzea dagokio. Langileari sortzen zaion larritasuna kezka moralekiko lau maila ezberdinetan gertatzen da: etiko, tekniko, jokabidezko eta maila existentzialean.

- a) Maila etikoa, printzipio eta prozesuan datza honela bilakatuz:
 - kontzeptuen argitasuna
 - balore eta arauen artikulapena
 - arazoen analisi sistematikoa
 - ondorioen justifikapena
- b) Maila teknikoak kasu bakoitzari dagokion kategoria morala aztertu eta ekintza alternatiboen ondorioak aurreikusten ditu.
- c) Jokabidezko mailari dagokio eginkizun eta komunikabide egokiak aurkitzea ingurune burokratiko zail batean iharduteko.
- d) Arazo moralen maila existentzialak gaisoa eta zaintzailearen arteko esperientzia subjektiboak aztertzen ditu.

HIES gaisotasuna dutenekin hospitaletan lanean dabiltzaten asistente sozialek arazo moral nabarmen eta berezienei antzemateko zenbait galdera erabili ohi dira eredu bezala:

- Ezberdina gertatzen al zaizu lana gaiso hauekin, beste gaiso taldeekin eginikoarekin konparatuz?
- Zein da punturik zailena gaiso talde hauekin lanean aritzera?
- Garrantzitsua al da jakitea pertsona horrek nolatan hartu zuen gaisotasuna?
- Larritasuna sortzen dizun gauzarik badago? Zerk?
- Zer-nolako jokaera dute zure ingurukoek HIES duten gaisoekin lanean ari zarela jakinda?
- Asistente sozial ikasleei gai honi buruz irakatsi beharrezko gai berezirik al dago?

Elkarriketa eta inkesten emaitzak aztertu ondoren ikusten da sekretuak gordetzea deia langileei kezka handiena sortarazten diena. Sekretuak gordetzearen zailtasuna hiru

eremu ezberdinetan sailkatzen da: egia HIES duten gaisoengandik eskutatzea, pertsona baten GIB seropositibotasuna beste bat/batzuentzat arriskugarria izan daitekeela isiltzea, gizarte osoari izkutatzea. Sekretuak gordetzea, alde batetik, moraltasuna babesten du, baina bestetik, horri galerazten dio, batzuen askatasuna babesterakoan besteenari kalte eginez. Honen ondorioz, asistente sozialek bere buruak maiz ikusten dituzte sekretu gordetzaileak balira bezala.

Azter ditzagun, beraz, honek dakartzan ondorioak aipaturiko lau dimentsio horien arabera, eguneroko eginbeharretan eta praktikan hartu behar izango diren neurriak.

Maila etikoa

Konfidentzia deritzoten printzipioan oinarritzen da eta hau, partekatzen diren sekretuen loturak eta hauek gordetzean datza. Printzipio honen bidez profesionalek konfidentziak hizpean gordetzen dituzte besteengandik zainduz, aldi berean bezeroa babestuz. Asistente Sozialen Elkarte Nazionalaren Etiko Kodearen arabera, langileek bezeroen pribakortasuna zaindu behar dute eta zerbitzuaz jakindako sekretuzko informazio guztia isildu. Hala eta guztiz ere, batzutan, sekretua jakitera ematerik badago, batez ere derrigorrezko arrazoi profesionalengaitik. Baina indarrezko arrazoi profesionalak nola aztertu? Nola justifikatu aukeratu den printzipioa? Batzuentzat, zilegi izango da konfidentziaren printzipioa indargabetzea, adibidez, HIES duen pertsona batek beste bat kutxatzeko harriskuan badago; besteentzat berriz, sekretua jakitera emateak gaisoarengan beldurra sotuko du laguntza eskatzerakoan. Kezka etikoak sortzen dira, beraz, beharrezko oreka aurkitzeko eta sistematikoki aztertzeko printzipio bat edo bestea aukeratzearen arrazoiak.

Maila teknikoa

Sekretua gordetzearen edo jakitera ematearen erabakia hartzeko, kasu bakoitza aztertzen da maila honetan. Baina sortzen den arazoa prozesu zientifikoa eta humanistikoaren arteko tiradura da, hau da, orokortasuna eta indibidualtasunaren arteko aldea. Asistente sozialak kasu bakoitzaren berezitasuna ikusi nahi du, baina, aldi berean, kezka sortzen zaio kasu guztiak berdinak direlakoan. Balezko diagnostikoa jakitera ematearen ondorioa gaisoarengan estigma eta diskriminazioa sortaraztea izan daiteke, sekretua gordetzea baino arrazoi indartsuagoa. Beste batzuentzat, berriz, sekretuak gordetzeak sortzen dituen larritasunak dira ondorio kaltegarriagoak.

Jokabide maila

Sekretuaren testuinguru soziala aztertzen da. HIESri buruzko informazioa publikoa da. Orain arte, aldiz, sexuak, adibidez, izan duen pribakortasuna publiko bihurtzen ari da gaisotasunaren eraginaz. Nahiz eta HIES duen pertsona batek berak edo familiak sekretua hizpean gorde nahi izan, komunikabideek gaisotasunaren atzetik dagoen errealitatea jakitera ematen dute: ohitura sexualen ezaugarria dela, zainbameko droga hartzailearena, e.a.

HIESen konfidentzialtasunarekiko legeak gorapilatsuak dira eta ezadostasunaren ondorioz giza serbitzu arloan eztabaidak sortzen dira.

Sekretuaren ondorioz, bezeroa eta langilearen arteko komunikazioa ere galerazten da, langileari informazioa gordetzen bazaio kontratua hasi eta aztertzerakoan edota kasu bati balio osoa ematerakoan, bestelako ekintzak proposatzerakoan, e.a.

Maila esistentziala

HIESaren atzetik, giza beldurraren oinarritzko elementuak agertzen dira heriotzaz gain, hots, honekin lotura duten imajinak: odola, sexua, drogak, kutxadura eta mutazioaren kontrolatuezinaren metafora bihurtu delako. Halaber, sortzen ari den izutea gero eta handiagoa da, ez delako kutsakorra bakarrik fisikoki, baizik eta moralki ere. Langile batek oso ondo deskri-

batu zituen HIES eta bere ondorioak, Pandoraren kutxa izango balitz bezala, beldurra, gorrotoa, estigma eta sineskeria sortzaile gizartearen baitan.

Praktikarako ondorioak

Eguneroko lanean, konfidentziak ere arrisku garrantzitsuak ekar ditzake, batez ere sekretuak gordetzen badira, serbitzu txarrak, akatsak edo kolokazko eginkizunak izkutatzearen. Gainera, sekretuen gordetzailearentzat arriskutsua gertatzen da hau egitea, gizartetik aldentzen duelako. Orohar, kaltegarria dela esan daiteke eta horregatik terapiagile gehienak saiatzaren dira sekretuak bere bezeroekin terapeutiko erlazioaren baitan partekatzen.

HIES duten pertsonentzat konkretuki, sekretua gordetzeak isolamendu sakonagoa ekar dezake, bai pertsona berak eraginda, bai kanpotik ere. Orduan, zer egin dezakete asistente sozialek sekretuak gordetzearen ideia argitu eta justifikatzeko? Ondoko galderak baliagarriak izan daitezke:

- Badago hizpean gorde beharrezko krisirik?
- Badago sekretuarekiko alternatibarik?
- Zer eragin izango du sekretuak gordetzen dutenengan?
- Zer eragin izango du sekretuak ezagutzen ez dutenentzat?
- Zer eragin izango du sekretuak fidagarritasun orokorrean?
- Zer kalte izango du?
- Zer pentsatuko luke pertsona zentzudun batek?
- Zer-nolako eragina du luzaroko sekretuak jendearengan?
- Zertan bereizten dira ondorio hauek denboraldi motzagoan gordetzen direnetatik?
- Sekretua beste pertsona batzuek jakin beharrak ondoriorik dakar?
- Eraginik al du faktore hauetan esperientzia borondatezkoa izatea edo derrigorrezkoa?
- Eraginik izango luke faktore hauetan sekretua jakitera emana izango balitz?

Ondorioa

Giza Inmuno Eskasiaren Birusaren Epidemiaren Batzorde Nagusiak (1988) konfidentzia kontseilatu zuen GIBez kutsaturik zeudenek diskriminazioaz beldurrez zirenez gero, izute hau gainditzeko.

Konfidentziak, nahiz eta diskriminazioaren aurkako babespena izan, diskriminazioa amaitu dadin egiten diren gizartearen aldaketa aktiboei oztopoak jarri diezaizkioke, beraz, merezi du, gizartearen beldur sakonenak irudikatzen duen eta lotsa eta estigmak sortarazten dituen gaisotasun honen prozesuaren kontra lan egitea.

Gaisotasuna, bere metaforak eta hauen eragina sufritzen dutenen nortasunak ezin dira ahopean mantendu. Lotsa, errua beldurra, eta hauek dakarten diskriminazioa, isolaketa, ezin dira gaisotasunatik alderatu, sekretua hizpean gordetzen bada, beharrezkoa izanik sekretua agertarazi eta ezagutzera ematea.

Praktikan, sekretuek ulermena galera dezakete, isolamendua areagotu, serbitzuetarako sarrera eragoztu, estigma elikatu eta gizartearen "komunitate" zentzuarekin interferentzia sortu. Okerren, sekretua mantentzearen beharkuntzak, HIESari sendabidea aurkitzeko ezinbestekoak diren ikerketei eta baita jokabide aldaketa eta diskriminazioaren aurkako lanei oztopoak jartzen dizkie.

Arazo guzti hauek gainditzeko moral orokorra eratzerik ez dago oraindik. HIES gaisotasun berria da, gizartearen ulermena eta gaisotasunarekiko erreakzioa diren bezala, baina beharrezkoa da guztiz, gaiari buruz eztabaida sortzea eta honetaz aritzea. Gizarte zerbitzutan lanean ari direnek sekretuaren garrantziaren ongarriak aprobetxatu beharko lituzkete, piskak naka gizarte zerbitzuen mailan HIESari buruzko etika profesional egokia burutzeko asmoz.

Eli Tolaretxipi

LEVESQUE, J.: "Les Services de Médiation á la Famille au Canada". *Revue d'Action Sociale*, n.º 3, Mai-Juin, 1990, págs. 87-92.

SERVICIOS DE MEDIACIÓN PARA LA FAMILIA EN CANADÁ

La práctica de la mediación familiar ha surgido en respuesta al aumento de divorcios en los últimos años. Es un nuevo campo de práctica que tiene como objetivo humanizar el proceso de divorcio o de separación y suavizar las repercusiones negativas asociadas a la disolución de un matrimonio.

Debemos tener en cuenta que el divorcio representa el fin de una pareja pero no el de la familia. Los ex-cónyuges continúan siendo padres de por vida y tendrán en común los hijos que tuvieron juntos.

Esto significa que deberán continuar comunicando y asegurando a sus hijos afecto y cuidados, por lo que es importante que sean ayudados a solucionar sus conflictos, a solventar sus diferencias y a reconstruirse una nueva vida que satisfaga sus necesidades así como las de sus hijos.

La mediación familiar apareció primero en los Estados Unidos y luego en Canadá.

En Quebec, la mediación familiar tuvo sus comienzos en los servicios públicos en 1981.

Dada la importancia y la embergadura del proyecto, varios organismos tales como la Corte Superior, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Asuntos Sociales, el Colegio de Abogados de Montreal, el Centro Comunitario de Ayuda Jurídica de Montreal y el Centro de Servicios Sociales del Montreal Metropolitano unieron sus esfuerzos para asegurar la puesta en marcha de este servicio.

El primero de Abril de 1984, el Servicio de mediación para la familia (SMF) se convertía en un programa permanente.

Meyer Elkin (1982) nos ofrece una excelente definición de la mediación.

La mediación, en materia de divorcio, según Elkin, es un proceso interprofesional en el cual los cónyuges en trámite de divorcio solicitan voluntariamente la ayuda de una tercera persona, neutral y cualificada, para resolver sus conflictos de forma aceptable, lo que les permitirá establecer un entendimiento duradero para una vida familiar reconstituida (post-divorcio) que tenga en cuenta las necesidades de todos los miembros de la familia, especialmente la de los niños.

Por ejemplo, se pone más énfasis en la cooperación que en la competición, en la responsabilidad de los cónyuges de cara a las decisiones a tomar sobre la construcción de

un proyecto de entendimiento basado en el presente y en el futuro, y sobre la reciprocidad y la duración del acuerdo.

Dicho de otra forma, la mediación tiende a devolver el poder de los padres.

La decisión de divorciarse y el divorcio en sí mismo provocan en los individuos reacciones de frustración y de cólera que son a veces difíciles de contener.

Wallerstein y Kelly (1980), en su estudio longitudinal sobre las familias en trámite de divorcio, mencionan que los niños eran a menudo testigos de un comportamiento de los padres que no habían visto con anterioridad. Así, muchos niños conocieron la violencia física por primera vez.

El peligro de que los conflictos estallen es extremo y la mediación tiende a minimizar el efecto negativo de estos conflictos.

No se trata de negar los conflictos sino de utilizarlos de forma constructiva.

A pesar del escaso entendimiento que pueda existir entre los cónyuges, la mediación intenta neutralizar los obstáculos y conducirlos hacia un diálogo productivo sobre los temas en litigio.

Para el bienestar de los niños, los cónyuges tendrán necesidad de continuar comunicándose y la mediación puede ayudarles a aprender nuevas formas de comunicación que les sean de utilidad en los años venideros.

La mediación está también orientada hacia el cumplimiento de una misión.

Es muy importante identificar bien los puntos que serán el objeto de la discusión. Las agendas escondidas, los motivos no confesados deberán salir a la superficie. Un intercambio de información entre los cónyuges es muy necesario para llegar a un entendimiento sólido.

La mediación no puede abstraerse de las implicaciones legales que sobrevienen a lo largo de un divorcio.

No obstante en vez de dar luz verde a largas batallas legales a costa de los cónyuges y a menudo de los niños, la mediación utilizará el sistema legal para ratificar acuerdos que serán mutuamente aceptados.

El objetivo final de la mediación es el llegar a un entendimiento negociado y escrito que sea justo y duradero para todas las personas inmersas en el conflicto.

Varios autores (Coogler, 1978; Brown, 1982; Haynes, 1981) han sugerido un proceso de mediación que tiende a exigir el máximo esfuerzo de la parte interesada.

Folberg y Taylor (1984) han descrito las fases del proceso de mediación de la siguiente forma:

Introducción y creación de una estructura y establecimiento de un clima de confianza

A través de la recopilación de datos y de la evaluación de la motivación de los clientes, el mediador prepara con cuidado la escena para garantizar la cooperación de los clientes y animarles a adoptar una actitud de compromiso.

Identificación de los puntos en litigio y valorización de los mismos

Los conflictos más inmediatos son identificados; las agendas escondidas son discutidas. El mediador debe considerar la duración, la intensidad y la naturaleza del problema.

Creación de opciones y de alternativas

El objetivo de esta fase es proponer a los ex-cónyuges soluciones innovadoras y creadoras para favorecer la solución de los conflictos.

Negociación y toma de decisiones

En esta fase, el mediador intenta cambiar la naturaleza del conflicto y reestructurarlo de manera que se vuelva más productivo. La tarea del mediador es la de sacar a los cónyuges de su postura de cabezonería (tomada siempre por principio), y hacer que vean la importancia de la satisfacción de saber resolver sus necesidades e intereses.

Clarificación y redacción del proyecto de entendimiento

El objetivo final de la mediación es la redacción de un documento que exprese claramente las intenciones y las decisiones de los cónyuges en relación a su funcionamiento futuro.

El mediador deberá asegurarse de que el proyecto de entendimiento esté dentro de las normas legales en vigor.

Puesta a punto del proyecto de entendimiento

Esta fase consiste en que los ex-cónyuges vivan según las normas por ellos mismos definidas.

El mediador deberá hacer más llevadero el período de ajuste a su nueva vida. Para finalizar, vamos a referirnos concretamente a la mediación familiar en Canadá. Los servicios son gratuitos. No obstante se da prioridad a las parejas con hijos.

Los principales objetivos del servicio son ayudar a las parejas a evitar una ruptura inútil, minimizar los efectos negativos de una eventual separación y ayudarles a alcanzar un acuerdo justo y equitativo en cuanto a la guarda y custodia de los hijos y en cuanto a la división de los bienes.

El modelo es "cerrado" en cuanto a que las entrevistas son confidenciales. El mediador no puede ser citado a testificar en La Corte.

El servicio es voluntario. Todas las partes pueden sustraerse del mismo en cualquier etapa del proceso.

La presencia permanente de un abogado de consulta representa la característica original de este modelo.

Este abogado está designado por la Ayuda Jurídica y delegado por el presidente del Colegio de Abogados de Montreal. El servicio promueve la utilización de diversos dictámenes periciales a lo largo de la mediación.

A las parejas se les anima a que consulten, según la necesidad, a otros expertos bien sean legales, fiscales, financieros, etc.

El modelo se caracteriza también por lo que llamamos "la mediación global", en el sentido en que los mediadores aconsejan no sólo sobre la cuestión de la custodia o de las visitas sino sobre temas más variados.

El personal se compone de seis mediadores, una encargada de la acogida y recibimiento, una coordinadora, un abogado de consulta y dos secretarías.

Se estima que acuden anualmente al Servicio un número de 500 parejas.

Todos los mediadores y la encargada de la acogida son agentes de relaciones humanas y tienen una gran experiencia en dinámica conyugal y en asesoramiento familiar.

Los mediadores tienen que estar familiarizados con las leyes y los procesos judiciales. También se les exigen conocimientos contables.

Todas estas informaciones permiten ayudar al cliente a esbozar un proyecto y un presupuesto realista y a vivir según sus medios.

Pilar Arrieta

HERNANDEZ, IM.: "Quels logements pour l'accueil familial?". *Gerontologie et Societe*, cahier n.º 52, 1990, pags.

68-70.

ZEIN DA BIZITOKI EGOKIENA BABESPEN FAMILIARREAN?

Lekuko prentsan edo eta difusio handiko egunkaritan aurkitu ditzakegun iragarkietan ikus daitekeenez, ingurunea eta etxea dira elementu garrantzitsuenak familia babesle izango den horren publizitatea aditzera ematerakoan. Honelako iragarkiak irakur ditzakegu:

— "Agurekin esperientzia handiko, eta txaleta duen andereak, amona hartuko luke ospite, astean edo asteburuetan, edo oporraldietan".

Ingurunea eta bizitokia dira maiz familia bera baino garrantzitsuagoak adineko jendea babesterakoan, eta badirudi batzutan etxeek babesten dituztela agureak eta ez familiek.

Beraien etxeetan adinekoen egonaldia kobratuz babesten dituzten familien egoera aztertzen duten ikerketen arabera, babes bila datorren adineko pertsonaren ondorioz, familieren baitan zenbait aldeketak suertatzen dira, lehenengoa familia beraren antolamendua eta sendikideen funtzioa izanik. Aldi berean, aldaketa hauek bizitza familiarren espazioaren birmoldaketa dakarte, antolamenduak eta obrak ere, barruko bizitzari dagokionez. Gainera, kanpoko inguruneak ere itxura aldaketak jasaten ditu, bizigiroa egoera berrira moldatu dadin, helburu berri hau ahalik eta hoberen burutu ahal izateko. Beraz, azken finean, famili ondarea hedatu ahal izaten dute fenomeno hauek.

Ikerketaren zehar aipatu beharrezko zenbait konstante agertzen dira, adibidez

Emakume guztiek dute iragan pertsonala edo profesionalaren zehar adineko pertsonen kiko laguntzaren alorrean esperientzia. Hala eta guztiz ere, hau ez da inoiz emakumeen aukera izan, baizik eta inguruneak eraginda.

Babespen familiarrak ohiturazko familia errola edo funtzioak areagotzen ditu. Gizonak, kanpoan egiten du lana; emakumea berriz, etxean gelditzen ei da, ohizko lanetan, garbiketan, sukaldaritzan edota haurzaintzan. Egoera honetan, familiaren babespean hartutako adinezko pertsona, animalia balitz bezala, lagunkide bihurtzen zaio emakumeari.

Etxearen baitan burutzen diren aldaketen artean aipatzekoak dira, adibidez, haurrak beraien gelak utzi eta goiko pisuan edo behekoan ezartzea, haien izandako gelak adineko pertsonarentzat utziz, haltzari berriak ipintzea, bestelako apaingarri eta egokipenak egiten direlarik. Honela itxaroten dute ospite berria, haurrak itxaroten diren moduan.

Adineko pertsonaren harreraren etekinekin, familiek maiz inbertsioak egiten dituzte, etxeko beste atal batzu ere aldatzeko: batzutan, beste bainu gela egiten dute edo egoitza berria ganbaran, familia eta kanpoko pertsona argi eta garbi bereizteko.

Fenomeno hau ez da sikiatriko familia etxeetan gertatzen den parekoa. Leku hauetan hartzen diren gaisoak edizio nagusitik kanpo bizi dira, baldin eta eremu berdinetan.

Beste kasutan, adineko pertsona bat hartzeko prest dagoen familia, pisua utzi eta jardina duen landetxea erosteko mailegua eskatzen du, egoitza aproposagoa izan dadin, pentsionariak biltze arren egokiagoa.

Ez da harritzekoa "maizter" berriari babesa emateko etxea zeharo egokitu eta eraberritzea, gehigarritzko bainu-gela, telefonoa, eusteko eskudela, beste telebista, e.a., erosiz.

Piskanaka, etxeak hospitale itxura hartzen du, tresneria eta material espezialetan hornitzen bait dute, hospitaleko ohea, aulki erdibitua —derrigorrezkoa beti, nahiz eta erabilia ez izan— babalarruen sorketa galerazten duen koltxoia, pertsona jasogailua, taka-taka, e.a.

Honetaz gain, familiaren ohizko ordutegia ere aldatzen da, erritmo berria hartuz. Gaiso edo adineko pertsonarekiko eginbeharretara moldatuz.

Etiket kanpoko inguruneak ere bere arazoak ditu, jardinak eta gainontzeko bideak arriskutsuak izan bait daitezke. Askotan, familiak ez dira konturatzen zein garrantzitsua izan daitekeen pertsonarentzat denda edo hirigunetik gertu egotea, ibiltoki egokiak baleude, noski. Hiritik kanpoko kokapena, beraz, ez da beti egokiena, aspergarria gerta daitekeelako adineko pertsonentzat.

Babespen Familiarrak eta Famili Ondarea

Babespen familiar metodu honen alde ekonomikoak aztertzea interesgarria da guztiz. Nabaritzen den lehenengo gauza da, familiaren ondarea areagotzen dela. Batzutan, bide ekonomiko bat izaten da etxe bizitza erosteko edo bestelakotzeko, batez ere luzarorako, baita zor atzeratuak, ganbio letrak, e.a., ordaintzen bukatzeko. Horrela, familiak onartzen duen adineko pertsona mueble bihurtzen da, inmueble ondasunen zati bat edo transakzio ekonomikoa, kasu askotan. Azpimarratzekoa da, behin, Chartresetik gertu zegoen egoitza erostera-koan bikote bati gertatutakoa. Etxeaz gain, bi adineko pertsona "erosi" zituzten —aurreko jabeek beste bizi leku batetara alde egin bait zuten, ezinezkoa zitzaielako beraiekin agureak eramatea— eta hauek zaintzeagatik, erosketa erosoagoa eta azkarragoa gertatu zitzaien.

Inguruneak duen garrantzia adineko pertsonentzat, familia eta bizilekuaren kokapena, ezinbestekoak zaizkigu familia eta honek babesten dituen adineko pertsonen arteko antolaketara ikertzerakoan.

Eli Tolaretxipi

"Les formations d'éducateur spécialisé et de moniteur-éducateur". *Travail Social Actualités*, 7 Septembre, 1990, n.º 326, págs. 9-11, et 14 Septembre 1990, n.º 327, págs. 11-13.

LA FORMACIÓN DEL EDUCADOR ESPECIAL Y DEL MONITOR EDUCADOR EN FRANCIA

De todas las formaciones de trabajadores sociales, la profesión de monitor-educador y la de profesor de educación especial han sido las más criticadas. El ministerio de la solidaridad dirigió una triple crítica a estas formaciones calificando su contenido de un exceso de enciclopedismo, de un aprendizaje demasiado global desperdigado en pequeñas

nociones de múltiples conocimientos y de una falta de estructuración en los programas, dando todo ello como resultado, la falta de una respuesta satisfactoria para las necesidades sociales.

Esto ha dado lugar a que la formación inicial del profesor de educación especial y la del monitor-educador se haya visto modificada a partir del año escolar 1990-1991.

Formación del profesor de educación especial

Para optar a las pruebas de admisión, el candidato debe poseer uno de estos diplomas:

—Bachiller superior.

—Examen de acceso a la universidad.

—Diploma oficial de trabajo social o paramedical avalando una formación profesional de dos años.

—Aptitud como ayudante médico psicológico con una experiencia práctica de cinco años.

En su defecto deberá superar un examen que consiste en la exposición de un tema de orden general; un resumen de texto y una composición sobre los problemas ligados a la actualidad económica y social.

Aquellos que reúnan estas condiciones de admisión podrán presentarse a las pruebas.

Estas pruebas tienen como el poder apreciar la aptitud personal para seguir la formación de profesor de educación especial y beneficiarse del proyecto pedagógico del colegio. Están destinadas a resaltar las motivaciones, la madurez afectiva, el auto-control, la capacidad de adaptación y análisis, así como la actitud para el trabajo en equipo.

La duración del curso es de tres años, de los cuales quince meses son de cursillos prácticos. Esta duración puede ajustarse a un límite de cuatro años para los ya empleados en puestos educativos; modalidad que se puede disminuir por convalidación.

Existen diferentes tipos de reducción por convalidación:

—Un tercio del curso:

- Candidatos que presenten al menos dos años de estudios después de finalizar el bachiller superior.
- Titulares del certificado de aptitud en las funciones de ayudante médico- psicólogo con cinco años de práctica profesional.
- Enfermeros diplomados en el campo de la psiquiatría.

—Dos tercios del curso:

- Licenciados o con titulación equivalente o superior.
- Titulados con el diploma de Maestro o certificado de aptitud en educación especial.
- Titulados con el diploma oficial de educador de niños, de educador técnico especializado, de animador, de asistente de servicio social, de consejero de economía social y familiar.

- Los educadores de educación vigilada.
- Los profesores de educación especial que habiendo seguido una formación completa no hayan conseguido superar el examen.

-950 horas:

- Los titulares del certificado de aptitud como monitor-educador que tengan además la dispensa de los cursos de investigación en el campo de la educación especial.

También se conceden dispensas de siete a nueve meses de responsabilidad educativa a los estudiantes empleados dentro de la educación especial.

Asimismo se libera de un tercio de la formación teórica a los estudiantes que justifiquen tres años de experiencia profesional en un empleo dentro de la educación especial; en este caso deberán realizar un cursillo de tres meses en un centro o servicio de naturaleza distinta a su lugar de actividad habitual.

El nuevo programa formado por ocho unidades de formación pluridisciplinarias se organiza alrededor de una unidad central, la unidad de formación (UF) "Aproximación a la inadaptación y pedagogía de la educación especial" (240 horas). Esta unidad central estará organizada y condicionada por otras UF:

- La UF "Pedagogía general, relaciones humanas" (180 horas).
- La UF "Pedagogía de la expresión y técnicas educativas" (160 horas).
- La UF "Vida colectiva" (16D horas).

Destacamos dentro de las modificaciones aplicadas la creación de una UF de orden económico, "Economía y sociedad" (160 horas), y el considerable refuerzo de la UF "Unidad jurídica" que pasa de 60 horas a 180 horas de enseñanza.

Estas unidades de formación ofrecen al alumno los útiles necesarios para permitirle la comunicación con las personas a su cargo; orientan su acción en relación con la institución que le emplea, con el grupo en el que interviene, con el equipo pluridisciplinario con el que trabaja; favorecen el análisis del entorno económico y social de la acción social; permiten profundizar en el análisis de los sectores necesitados de atención especial así como la comprensión de las culturas, microculturas y sus costumbres, y dotan a los alumnos de unos conocimientos básicos para orientarles dentro de los terrenos administrativos y judiciales competentes.

En cuanto a la organización de los cursos destacamos cuatro puntos innovadores que contribuyen a su funcionamiento:

- a) El carácter optativo de dos UF sobre ocho.
- b) Una parte llamada de "elementos de profundización" dentro de las seis UF obligatorias que permite el desarrollo de un tema particular del programa (40 horas para la UF central y 20 horas para las otras).
- c) Cincuenta horas de formación libre que podrán ser utilizadas en:
 - Reforzar una o dos UF.
 - Conferencias de actualidad.
 - Seminarios de un tema de política social.
 - Preparación anterior al examen.
 - Apoyo a la expresión escrita.

- d) La concesión de una gran libertad a las instituciones en cuanto a las formas de control de los conocimientos.

La organización de los cursillos de prácticas también se ha actualizado debido a la nueva "arquitectura pedagógica".

Se realizarán por lo menos cuatro cursillos:

- Un cursillo de siete a nueve meses de responsabilidad educativa ligado a la unidad de especialización.
- Dos cursillos de al menos dos meses de introducción en sectores diferentes a los del cursillo anterior.
- Un cursillo externo, en el marco de la educación especial, de al menos un mes, relativo a los elementos del programa.

Uno de estos cursillos tendrá lugar en régimen de internado.

Cuando el interés de un tema lo justifique, el cursillo podrá ser efectuado en el territorio de uno de los Estados miembros de la Comunidad Europea.

El desarrollo de estos cursillos nos parece tener un gran interés en cuanto que permiten al estudiante, situado en una disposición profesional, la posibilidad de analizar y actuar en base a sus conocimientos teóricos y utilizar en la práctica sus nociones profesionales.

La parte final de la formación comprende un examen que consta de cuatro pruebas (anteriormente se realizaban tres):

- Una prueba escrita de psicopedagogía de coeficiente 3.
- La presentación y desarrollo de un informe de coeficiente 3.
- Un cuestionario sobre el contenido de las UF "Vida colectiva", "Economía y sociedad", "Elementos fundamentales de derecho", de coeficiente 2 (prueba añadida).
- Una conversación con el jurado sobre el dossier de escolaridad de coeficiente 2 (en lugar de 6).

FORMACIÓN DEL MONITOR-EDUCADOR

Todos los candidatos a esta profesión deberán superar un examen selectivo que comprende una prueba de cultura general y dos pruebas orales destinadas a resaltar las motivaciones, la madurez afectiva, el auto-control, la capacidad de adaptación y organización, así como la aptitud para el trabajo en equipo.

Estarán exentos de este examen los que posean uno de los siguientes títulos:

- Bachiller superior o equivalente.
- Certificado de estudios profesionales preparatorios para carreras sanitarias y sociales.
- Certificado de aptitud como ayudante médico-psicólogo.
- Certificado de asistente domiciliario.

La enseñanza teórico-técnica tiene una duración de dos años repartidos en 950 horas teóricas y siete meses de prácticas.

Existen convalidaciones para los poseedores de determinados diplomas y para aquellos que justifiquen tener una experiencia profesional.

Se benefician de estas convalidaciones en un tercio de la duración los titulares:

- Del certificado de aptitud como ayudante médico-psicólogo que tengan la dispensa de un cursillo de investigación en el campo de la educación especial.
- Del certificado de asistente domiciliario.
- Del certificado de animador técnico de educación popular.

Se benefician de la mitad de la duración, los titulares:

- Del certificado de estudios profesionales preparatorios para carreras sanitarias y sociales.

Dispensan de uno o dos cursillos obligatorios dentro de la acción social los estudiantes en situación de empleo como monitor-educador.

Se reduce la formación teórica en una quinta parte a los estudiantes que justifiquen tres años de experiencia profesional en un empleo de monitor-educador. En este caso deberán efectuar un cursillo de tres meses en un centro o servicio de naturaleza distinta a su lugar de trabajo habitual.

La enseñanza se compone de seis unidades de formación de las cuales ninguna es optativa ni está destinada a la especialización.

El nuevo programa se organiza alrededor de una unidad central, la unidad de formación (UF) "Pedagogía de la expresión y técnicas educativas" (240 horas).

Esta unidad tiene tres objetivos:

- A partir de la adquisición de técnicas educativas, poner en marcha una gestión educativa.
- Dar una dimensión pedagógica a los apoyos técnicos.
- Ahondar dentro de una especialidad de elección, voluntaria, como monitor de deporte adaptado, socorrismo...

Otras dos UF encuadran la unidad central:

- La UF "Cultura general y problemas de actualidad expresión escrita y oral" (90 horas).
- La UF "Derecho, economía y sociedad" (120 horas); el programa anterior dedicaba sólo 25 horas al tema.

La formación se completa por otras tres UF:

- La UF "Pedagogía general, relaciones humanas" (180 horas).
- La UF "Aproximación a las inadaptaciones o a la dependencia" (160 horas).
- La UF "Vida colectiva" (160 horas).

En cuanto a los cursillos prácticos por lo menos dos de dos meses, deberán realizarse en el campo de la acción social, y de éstos, uno, dentro de un centro vinculado a la Seguridad Social.

El examen de este programa consta de tres pruebas:

- Un formulario de coeficiente 2.
- Una entrevista sobre la vida cotidiana en una colectividad y sobre un problema educativo de coeficiente 2.
- Una conversación con el jurado sobre el dossier de escolaridad y sobre los cursillos de coeficiente 4.

Para finalizar esta exposición indiquemos que a menudo se pide la fusión de las profesiones de monitor-educador y de profesor de educación especial.

Conviene citar que el profesor de educación especial trabaja en la educación de niños, adolescentes y adultos con problemas físicos, psíquicos y de comportamiento; y el monitor-educador desarrolla las aptitudes de éstos para una utilización pedagógica.

El ministerio de la solidaridad estima que una escala de calificaciones comportando tres niveles (ayudante, médico-psicólogo, monitor-educador, profesor de educación especial) tiene el mérito de facilitar la organización de la enseñanza, prefiriendo reforzar los lazos existentes entre el profesor de educación especial y el monitor-educador, y facilitar las vías de acceso de una profesión a otra.

Pilar Arrieta

ESTUDIO DE LA POBLACIÓN POTENCIALMENTE BENEFICIARÍA DEL PLAN DE LUCHA CONTRA LA POBREZA. EMAIKER

El Departamento de Trabajo del Gobierno Vasco ha publicado los resultados de tres estudios relacionados con la aplicación del Plan Integral de Lucha contra la Pobreza. En el número 12-13 de ZERBITZUAN, Maite González dio cuenta de los resultados más importantes del sondeo entre los perceptores de la renta mínima. Hoy nos ocuparemos de la investigación sobre la población potencialmente beneficiaria llevada a cabo por el grupo de estudios EMAIKER.

Evidentemente, se trata del estudio más sugerente de los realizados, ya que, independientemente de la calidad del trabajo, que sin duda la tiene el tema, descubrir si existen unidades familiares que, pudiendo acceder a los beneficios del Plan, por desconocimiento o por convicción no lo hacen, despierta, como es lógico, el deseo de conocimiento de cualquier persona mínimamente interesada en la pobreza y en los resultados de la aplicación del Plan.

Efectivamente, hay familias que, cumpliendo con todos los requisitos legales para ser perceptores del salario social, no se han acercado a las ventanillas de los Servicios Sociales.

CUADRO 5

Distribución de los potenciales beneficiarios del IMF por territorio histórico y percepción o no de la prestación (Datos absolutos y prevalencias respecto al total de familiar)

SITUACIÓN	TOTAL	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA
<i>Datos absolutos</i>				
Percibe el IMF	3.979	454	2.602	923
No percibe el IF.....	3.345	180	2.539	626
TOTAL	7.423	634	5.141	1.549
Tasa de cobertura (En %)	54,3	71,6	50,6	59,5
<i>Prevalencias (En %)</i>				
		0,61	0,79	0,49
Percibe el IMF.....	0,67	0,85	1,55	0,82
No percibe el IMF	0,56			
TOTAL.....	1,23			

Si en las fechas en que se realizó la investigación, agosto-septiembre 1989, 3.979 familias percibían el IMF, casi otras tantas, 3.345, que cumplían todos los requisitos exigidos por el Decreto correspondiente para poder percibir la prestación, no hacían uso de su derecho. Es decir, la actual cobertura del IMF se sitúa en el 54,3 % del total de beneficiarios potenciales.

Es cierto que 1.506 familias más, es decir el 45% de las no perceptoras, tienen sus solicitudes en tramitación, y, en consecuencia, el colectivo de beneficiarios potenciales no acogidos al Programa queda reducido a la cuarta parte del total de unidades familiares que, percibiendo el IMF, no tienen derecho al mismo.

De esas 1.839 unidades familiares que no habían solicitado el IMF, 955 no pensaban recurrir al Plan, 207 tenían dudas y, finalmente, 677 unidades se enteraron de la existencia del mismo en el momento de la encuesta y parecían claramente dispuestas a solicitar la prestación.

Entre las familias potencialmente beneficiarias que conocían el Plan y no habían recurrido al mismo, el principal motivo señalado para no hacerlo podría identificarse con una actitud conformista, ya que el 61,2% de los interrogados alude a alguna razón en la que es apreciable el fatal sentimiento de resignación que inhabilita a estas personas incluso para solicitar ayudas. El sentimiento de que las cosas son como son, de que otros están peor, de que siempre han vivido así, son respuestas que recoge el informe.

Frente al conformismo, las demás razones de no acceso tienen escasa importancia, aunque el temor o la sensación de humillación afectan a un 29,8% de los potenciales beneficiarios del IMF.

El Estudio detecta, además, otras 1.810 unidades familiares que podrían tener acceso al IMF si se liberalizasen los requisitos de acceso de tipo no económico colectivo, grupo constituido en su mayoría por personas que viven solas y en su mayoría, 60,9 %, por hombres y mujeres que han rebasado los 65 años. Finalmente, otras 1.344 unidades dependientes podrían llegar a beneficiarse del IMF si logran la independización que parecen desear a corto plazo.

La cobertura total de las necesidades de la población potencialmente beneficiaria del IMF y que no recibe la prestación supondría un coste anual de 574.002.000 pesetas, y la ampliación del derecho a través de la liberalización de los criterios de acceso un coste añadido de 269.328.000 pesetas anuales.

En relación a las AES (Ayudas de Emergencia Social) son alrededor de 12.157 las familias que no han hecho efectivo su derecho a percibir las, cifra que representa el 2 % de las unidades residentes en la Comunidad Autónoma. Parece evidente, en consecuencia, que la eficacia más que aceptable de los servicios sociales de base en captar la demanda en el caso del IMF es totalmente insuficiente de cara a la distribución de las AES.

Los realizadores del Estudio estiman que abarcar a todos los potenciales beneficiarios asciende a 564.835.400 pesetas anuales en lo relativo a la cobertura de necesidades de vivienda, es decir en alquileres, amortizaciones y/o gastos generales.

El Estudio, breve, claro y muy concreto, es de obligada lectura para las personas que de cerca o de lejos están relacionadas con la "administración de la pobreza". Estamos seguros que servirá de base, para que la definición legal de la pobreza se adapte algo más a la realidad de los tiempos.

R. S.

COMUNICACIONES

KOMUNIKAZIOAK

LIBROS PARA NIÑOS DISCAPACITADOS

El IBBY, Centro de Documentación de Libros para Jóvenes Discapacitados, está llevando a cabo un nuevo proyecto cuyo objetivo es censar en todo el mundo, toda la literatura existente para jóvenes discapacitados.

A este respecto, en la próxima Feria del Libro para Niños de Bologna (Italia), se abrirá una exposición internacional itinerante de unos 200 libros acompañados de notas explicativas.

Para más información dirigirse a: IBBY Centro de documentación de libros para jóvenes discapacitados. P.O. Box 22, N. 1347 Hosle, Noruega.

DAÑOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS

Del 2 al 6 de Marzo de 1991, en el Palacio de Congresos de Barcelona, tendrá lugar la Segunda Conferencia Internacional sobre La Reducción de los Daños Relacionados con las Drogas.

Para más información dirigirse a: Mersey Drug Training & Information Centre, 10 Maryland Street, Liverpool L1 9BX, Reino Unido. Tel. (44) 51 709 3511. Fax: (44) 51 709 4916.

BIETXEAK

Bietxeak se define como un servicio social de carácter residencial, destinado a

personas afectadas por el SIDA que carezcan de soporte sociofamiliar.

La iniciativa nace del equipo médico que atiende a enfermos de SIDA en el hospital de Basurto, de la comisión ciudadana anti-SIDA y de otras asociaciones e instituciones cercanas a esta problemática.

Subvencionado por el Dpto. de Bienestar Social de la Diputación de Bizkaia, los requisitos para la admisión son: diagnóstico de SIDA con síntomas que no precisen hospitalización inmediata, carencia de apoyo sociofamiliar, y no precisar desintoxicación de drogas (o estar ya desintoxicado).

SYSTED'91

La Conferencia Internacional SYSTED'91 que tendrá lugar en Barcelona del 10 al 14 de Junio de 1991, tratará simultáneamente los problemas relativos a las personas mayores y a las personas con minusvalía.

Estos colectivos comparten algunas características, entre las que cabe destacar la dependencia -en mayor o menor grado— y el tipo de respuesta que se da a los problemas planteados, tanto por parte de las instituciones socio-sanitarias, como por parte del entorno inmediato que rodea a estas personas.

El objetivo fundamental de la conferencia es el análisis de los servicios, los recursos y los programas que requieren las personas mayores y con minusvalía; la naturaleza de los mismos, su evolución y los factores que los determinan, la forma de medirlos, así como su planificación, coordinación y financiación.

Para más información dirigirse a: Secretaría Técnica e Información. Inter-Congrés, Gran Via de les Corts Catalanes, 646, 08007 Barcelona. Tel. (93) 339 1111. Ext. 235 Fax: (93) 490 49 09 ó 411 11 14.

REVISTA DESTINADA A LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL

La revista suiza Pages Romandes está preparando la publicación de una revista para personas con deficiencia mental, experiencia anteriormente llevada cabo, entre otros, por la asociación "La Farandole" con

la revista *La Faranthése* y por el "Institut La Colombe" con *Mil/es Idees*.

Las lecturas a las que pueden acceder las personas adultas con deficiencia mental (lecturas para niños) no tienen relación con su psicología, por lo que la publicación estará dirigida a las personas con un nivel de lectura rudimentario (deficientes mentales medios) y elemental (deficientes mentales ligeros).

Para más información dirigirse a: ASA-Secrétariat Romand, Rué des Remparts, 13 - 1950 SION, SUIZA. Tel. 41-27-22 67 55.

ARAUDIA

albisteak

NORMATIVA

información

BOB	Boletín Oficial de la Ex. Diputación Foral de Bizkaia
BOC	Boletín Oficial de Cantabria
BOCLM	Boletín Oficial de Castilla La Mancha
BOCM	Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid
BOCyL	Boletín Oficial de Castilla y León
BOE	Boletín Oficial del Estado
BOG	Boletín Oficial de la Ex. Diputación Foral de Gipuzkoa
BON	Boletín Oficial de Navarra
BOPV	Boletín Oficial del País Vasco
BORM	Boletín Oficial de la Región de Murcia
BOTHA	Boletín Oficial de la Ex. Diputación Foral de Araba
DOE	Diario Oficial de Extremadura
DOG	Diario Oficial de Galicia
DOGC	Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya
DOGV	Diario Oficial de la Generalitat Valenciana

BOE 22-6	<i>LEY 3/1990, de 21 de Junio, por la que se modifica la Ley 49/1960, de 21 de Julio, de PROPIEDAD HORIZONTAL, para facilitar la adopción de acuerdos que tengan por finalidad la adecuada HABITABILIDAD de MINUSVALIDOS en el EDIFICIO de su VIVIENDA.</i>
DOGC 25/6	<i>Decreto de la Generalitat de CATALUÑA por el que se regula el PROGRAMA INTERDEPARTAMENTAL DE LA RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN (PIRMI).</i>
BOB 27/6	<i>El DEPARTAMENTO DE URBANISMO Y MEDIO AMBIENTE DE LA D.F. DE BIZKAIA anuncia la O.F. por la que se aprueba definitivamente el Plan Parcial del Sector Industrial n.º 7, de BERRIZ. Entre las rectificaciones, se entiende introducida expresamente la RESERVA de un 2 %, como mínimo, de PLAZAS DE APARCAMIENTO para MINUSVALIDOS.</i>
BOB 27/6	<i>El DEPARTAMENTO DE URBANISMO Y MEDIO AMBIENTE DE LA D.F. DE BIZKAIA adopta la O.F. que aprueba definitivamente el Plan Parcial Industrial del Sector 1-1, en ZALDIBAR. Se entiende corregida la anchura de la acera a los efectos de cumplir el Decreto para la SUPRESIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS Y URBANÍSTICAS.</i>

BOB 27/6	<i>El Ayuntamiento de SANTURTZI publica la relación de PUESTOS DE TRABAJO para 1990. Aparecen 3 plazas de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 29/6	<i>El Ayuntamiento de SANTURTZI anuncia la modificación de la PLANTILLA DE PERSONAL: Crea 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL y extingue 1.</i>
BOB 29/6	<i>El Ayuntamiento de SONDIKA aprueba inicia/mente la ORDENANZA Municipal Reguladora de las limitaciones, prevenciones y control del consumo de BEBIDAS ALCOHÓLICAS y TABACO.</i>
BOB 30/6	<i>El Ayuntamiento de LEIOA aprueba la ORDENANZA Reguladora del CONSEJO MUNICIPAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL</i>
BOB 2/7	<i>El Ayuntamiento de BARAKALDO aprueba la utilización, por parte del DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, de una vivienda municipal como VIVIENDA SEMI-INDEPENDIENTE PARA PERSONAS CON MINUSVALIA.</i>
BOG 4/7	<i>El Ayuntamiento de EIBAR publica la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. Aparecen 3 plazas de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 5/7	<i>La D.F. de BIZKAIA concede AYUDAS ECONÓMICAS a la ASOCIACIÓN VIZCAÍNA PRO SUBNORMALES para CENTROS DE DÍA y para TALLERES.</i>
BOPV 6/7	<i>El DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO del Gobierno VASCO concede autorización para la creación de un CENTRO DE ACOGIDA, una COMUNIDAD TERAPÉUTICA y un CENTRO DE REINSECCIÓN de TOXICOMANOS, solicitada por la Fundación ADRO.</i>
BOB 6/7	<i>Orden Foral del DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA D.F. DE BIZKAIA, de 6 de Julio, por la que se aprueba la CONVOCATORIA para el ingreso en RESIDENCIA LA ANEJA, destinada a personas con DEFICIENCIA MENTAL LIGERA O MEDIA.</i>
BOTHA 6/7	<i>El INSTITUTO MUNICIPAL DE BIENESTAR SOCIAL de VITORIA-GAZTEIZ convoca SUBVENCIONES de programas y actividades dirigidas a la INFANCIA Y JUVENTUD, TERCERA EDAD, MUJER y GRUPOS DE MARGINADOS.</i>
BOE 7/7	<i>Real Decreto 863/1990, de 6 de Julio, sobre revalorización de PENSIONES de la SEGURIDAD SOCIAL y de otras PRESTACIONES DE PROTECCIÓN SOCIAL PUBLICA para 1990.</i>
BOPV 7/7	<i>Decreto 178/1990, de 26 de Junio, por el que se establecen las AYUDAS ECONÓMICAS a SITUACIONES DE EMERGENCIA SOCIAL en el PAÍS VASCO. En el mismo Boletín se publica la Orden que desarrolla este Decreto.</i>
BOG 9/7	<i>El Ayuntamiento de EIBAR publica el Primer Expediente de Modificación de Créditos del PRESUPUESTO de la FUNDACIÓN PUBLICA SAN ANDRÉS RESIDENCIA DE ANCIANOS para 1990.</i>
BOB 10/7	<i>El Ayuntamiento de DIMA cede a la Mancomunidad de ARRATIA un terreno, en el B.º UGARANA, destinado a la construcción de una RESIDENCIA para la TERCERA EDAD.</i>
BOB 11/7	<i>CONVOCATORIA de PLAZAS DE PLANTILLA del Ayuntamiento de BILBO en la que se hace reserva del 3 % de las plazas para PERSONAS CON DISCAPACIDAD.</i>
BOG 11/7	<i>El Ayuntamiento de IRURA publica la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOG 11/7	<i>El Ayuntamiento de LEZO aprueba definitivamente y publica el REGLAMENTO del SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.</i>
BOB 12/7	<i>Norma Foral 7/90, de las JUNTAS GENERALES DE BIZKAIA, sobre MEDIDAS URGENTES DE CARÁCTER TRIBUTARIO. En las Disposiciones Adi-</i>

dónales se especifican, entre otras, las deducciones a aplicar en el EMPLEO de las PERSONAS CON MINUSVALIA.

BOTHA 13/7	<i>Decreto Foral 1.017/90, del CONSEJO DE DIPUTADOS de la D.F. de ARABA, de 26 de Junio, por el que se aprueba suscribir, con el DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL del Gobierno VASCO, el CONVENIO sobre el sistema de financiación para la ejecución del PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA a situaciones de EMERGENCIA SOCIAL en los ejercicios de 1990 a 1992, remitiéndose el citado Convenio a las JUNTAS GENERALES DE ARABA.</i>
BOCyL 17/7	<i>Decreto 132/90, de 12 de Julio, sobre INGRESOS MÍNIMOS DE INSERCIÓN en la C.A. de CASTILLA Y LEÓN.</i>
BOB 18/7	<i>El Ayuntamiento de SOPELANA publica el PRESUPUESTO y la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL, ocupada.</i>
BOG 18/7	<i>El Ayuntamiento de EIBAR aprueba definitivamente y publica el REGLAMENTO del SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.</i>
BOG 18/7	<i>El Ayuntamiento de ZALDIBIA publica las BASES DE CONVOCATORIA de una plaza de AYUDANTE DOMICILIARIO.</i>
BOB 19/7	<i>El Ayuntamiento de MUNGIA publica la modificación de la PLANTILLA DE PERSONAL Se especifica amortizada una plaza de ASISTENTE SOCIAL y se crean 12 de AUXILIARES DOMICILIARIOS.</i>
BOC 20/7	<i>Decreto 42/90, de 4 de Julio, por el que se modifica parcialmente el Decreto 40/89, de 17 de Mayo, que implantaba el PLAN CÁNTABRO DE AYUDA A LA NECESIDAD FAMILIAR.</i>
BON 20/7	<i>Decreto Foral de 28 de Junio, por el que se regulan las PRESTACIONES Y AYUDAS INDIVIDUALES y FAMILIARES en materia de SERVICIOS SOCIALES. Se regula la RENTA BÁSICA. En Decretos sucesivos, publicados en el mismo Boletín, se regulan las CONTRAPRESTACIONES relativas a la Renta Básica en NAVARRA.</i>
BOB 20/7	<i>El Ayuntamiento de ONDARROA publica el PRESUPUESTO y la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990.</i>
BOG 20/7	<i>El Ayuntamiento de ZARAUZ publica el PRESUPUESTO propio y el de la FUNDACIÓN PUBLICA DE SERVICIOS SOCIALES, así como la PLANTILLA DE PERSONAL.</i>
BOG 20/7	<i>El Ayuntamiento de ZUMARRAGA aprueba inicia/mente el REGLAMENTO del SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.</i>
BOB 21/7	<i>El Ayuntamiento de GETXO aprobó el Proyecto de SUPRESIÓN de BARRERAS URBANÍSTICAS y circuito integral para PERSONAS CON MINUSVALIA FÍSICA, en ALGORTA-CENTRO 1 990.</i>
BOB 21/7	<i>El Ayuntamiento de SANTURTZI convoca 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 21/7	<i>El Ayuntamiento de LEIOA publica el texto de AYUDA ECONÓMICA PARA INGRESO EN RESIDENCIAS PRIVADAS de la TERCERA EDAD.</i>
BOB 23/7	<i>El Ayuntamiento de BARRIKA hace público que la "Inmobiliaria Barrika Barri" solicita licencia municipal para el ejercicio de la actividad de RESIDENCIA para la TERCERA EDAD en terrenos del B.º de LEPÓLA.</i>
BOCM 25/7	<i>Decreto 73/90, de 19 de Julio, por el que se aprueba el INGRESO MADRILEÑO DE INTEGRACIÓN.</i>
BOB 25/7	<i>El Ayuntamiento de SESTAO publica la OFERTA DE EMPLEO PUBLICO para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>

BOB 25/7	<i>El Ayuntamiento de ABANTO-ZIERBENA hace pública una solicitud PRIVADA de licencia municipal para el ejercicio de la actividad de GERIATRICO, a ubicar en el B.º LA CUESTA.</i>
BOB 26/7	<i>El Ayuntamiento de PORTUGALETE publica el PRESUPUESTO y la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. En la Plantilla aparecen 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL</i>
BOTHA 27/7	<i>EL INSTITUTO MUNICIPAL DE BIENESTAR SOCIAL del Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ aprueba el Proyecto de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TERAPIA DE FAMILIA mediante un CONVENIO con Gabinetes PRIVADOS.</i>
BOTHA 27/7	<i>Decreto Foral de 3 de Julio, del CONSEJO DE DIPUTADOS DE LA D.F. DE ARABA, por el que solicita al Ayuntamiento de VITORIA-GAZTEIZ la cesión gratuita de una parcela en URITIASOLO, para la construcción de un CENTRO OCUPACIONAL para MINUSVALIDOS.</i>
BOG 30/7	<i>La D.F. de GIPUZKOA acuerda conceder SUBVENCIONES a la ASOCIACIÓN GUIPUZCOANA PRO SUBNORMALES "ATZEGI", la Asociación ASPACE y al PATRONATO EIBARRES DE BENEFICENCIA INFANTIL</i>
BOG 30/7	<i>La D.F. de GIPUZKOA acuerda renovar para 1990 los CONCIERTOS de SERVICIO RESIDENCIAL y de DÍA con la ASOCIACIÓN GUIPUZCOANA PRO SUBNORMALES "ATZEGI", la Asociación ASPACE y la Asociación GAUTENA.</i>
BOG 30/7	<i>El Ayuntamiento de USURBIL publica su PRESUPUESTO y PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOTHA 30/7	<i>El Ayuntamiento de VITORIA-GAZTEIZ publica la Oferta de EMPLEO PÚBLICO para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOTHA 30/7	<i>El DEPARTAMENTO DE URBANISMO Y ARQUITECTURA DE LA D.F. DE ARABA aprueba, por Decreto de 3 de Julio, el plazo de ejecución de las obras de construcción de la RESIDENCIA para ANCIANOS en la localidad de AMURRIO.</i>
BOPV 31/7	<i>EL INSTITUTO VASCO DE LA MUJER convoca BECAS de colaboración para la INVESTIGACIÓN y FORMACIÓN en el área de DOCUMENTACIÓN.</i>
BOE 2/8	<i>Corrección de errores de la LEY 4/1990, de PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO para 1990. Corrección de errores de la LEY 5/1990, de Medidas en materia PRESUPUESTARIA, FINANCIERA Y TRIBUTARIA.</i>
BOB 3/8	<i>El Ayuntamiento de ZALLA aprueba definitivamente la modificación de los ESTATUTOS de la FUNDACIÓN PÚBLICA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD, RESIDENCIA ZALLA'KO EGUZKI y cambia su denominación.</i>
BOB 3/8	<i>El Ayuntamiento de ZALLA publica la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOTHA 3/8	<i>El INSTITUTO MUNICIPAL DE BIENESTAR SOCIAL del Ayuntamiento de VITORIA-GAZTEIZ anuncia el Concurso de construcción de APARTAMENTOS para la TERCERA EDAD, y la ampliación de la RESIDENCIA de ANCIANOS CASA AURORA.</i>
BOB 9/8	<i>La D.F. de BIZKAIA publica las listas de admitidos y excluidos en las CONVOCATORIAS de ASISTENTE SOCIAL, MEDICO REHABILITADOR, ESTIMULADOR, MONITOR OCUPACIONAL y PSICOMOTRICISTA.</i>
BOG 9/8	<i>El Ayuntamiento de DEBA aprueba y publica la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOG 9/8	<i>El Ayuntamiento de LASARTE-ORIA recibe solicitud de autorización, por parte de TALLERES PROTEGIDOS GUREAK, para la instalación de un CEN-</i>

TRO DE ATENCIÓN OCUPACIONAL y ESPECIAL DE EMPLEO para MINUS-VALIDOS.

BOB 10/8	<i>El Ayuntamiento de SOPELANA publica las condiciones para la adjudicación por concurso de ESTUDIOS DE VIABILIDAD de GUARDERÍA INFANTIL Municipal y de CENTRO DE ACOGIDA para la MUJER en situación de maltrato.</i>
BOB 10/8	<i>El Ayuntamiento de ETXEBARRI publica las bases de CONVOCATORIA de una plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOCyL 13/8	<i>CORRECCIÓN de errores del Decreto 132/1990, de 12 de Julio, sobre INGRESOS MÍNIMOS DE INSERCIÓN en la Comunidad de CASTILLA Y LEÓN.</i>
BOG 13/8	<i>El Ayuntamiento de EIBAR aprueba definitivamente el Estudio de Detalle del edificio de la RESIDENCIA DE ANCIANOS San Andrés.</i>
BOG 13/8	<i>El Ayuntamiento de ESKORIATZA publica su PLANTILLA DE PERSONAL para 1990 en la que aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 14/8	<i>Corrección de errores de la CONVOCATORIA de plazas publicada en el BOB de 21 de julio, por el Ayuntamiento de SANTURTZI.</i>
BOG 14/8	<i>La D.F. de GIPUZKOA acuerda conceder AYUDAS para la adquisición, construcción, ampliación, reforma y equipamiento de CENTROS DE MINUS-VALIDOS y MENORES a la Federación KATEA, a Talleres Protegidos GUREAK y a la Asociación Guipuzcoana Pro-Subnormales ATZEGI.</i>
DOE 16/8	<i>Decreto 66/1990, de 31 de Julio, por el que se regulan las AYUDAS PARA LA INTEGRACIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA SOCIAL (A.I.S.E.S.) en EXTREMADURA.</i>
BOG 17/8	<i>El Ayuntamiento de IRUN acuerda contratar directamente las obras de un CENTRO de ACTIVIDADES DE DÍA para ADULTOS PARALÍTICOS de la zona.</i>
BOPV 20/8	<i>Decreto del Departamento de Economía y Planificación del GOBIERNO VASCO, de 30 de Julio, por el que se aprueba el PROGRAMA ESTADÍSTICO ANUAL de 1990.</i>
BOPV 20/8	<i>Decreto del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del GOBIERNO VASCO, de 17 de Julio, del REGLAMENTO de aplicación del INGRESO MÍNIMO DE INSERCIÓN.</i>
BOPV 20/8	<i>Orden de 18 de Julio de 1990, del Consejero de Trabajo y Seguridad Social del GOBIERNO VASCO, por la que se establece el SISTEMA de determinación de RECURSOS previsto en el REGLAMENTO de aplicación del INGRESO MÍNIMO DE INSERCIÓN.</i>
BOB 20/8	<i>El Ayuntamiento de GETXO publica su OFERTA DE EMPLEO para 1990. Convoca 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 20/8	<i>El Ayuntamiento de ERANDIO publica su PLANTILLA para 1990. Aparecen 4 plazas de ASISTENTE SOCIAL; una de ellas, en proceso selectivo.</i>
BOTHA 20/8	<i>El Ayuntamiento de VITORIA-GAZTEIZ aprueba la cesión a la D.F. de ARABA, de una parcela sita en el Polígono Uritiasolo, con destino a CENTRO DE MINUSVALIDOS de uso EDUCATIVO.</i>
BOTHA 20/8	<i>Decreto Foral de la D.F. de ARABA, de 24 de Julio, por el que se aprueba el proyecto de CONVENIO entre la D.F., el GOBIERNO VASCO, el Ayuntamiento de VITORIA-GAZTEIZ y la FUNDACIÓN JEIKI, para la realización de acciones tendentes a la INTEGRACIÓN y ORGANIZACIÓN SOCIAL de los EXDROGADICTOS.</i>

BOB 21/8	<i>El Ayuntamiento de ETXEBARRI convoca 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 21/8	<i>El Ayuntamiento de GETXO anuncia la aprobación de las Condiciones para la contratación, por concierto directo, de las obras del Proyecto de SUPRESIÓN DE BARRERAS URBANÍSTICAS y CIRCUITO INTEGRAL para personas con MINUSVALIA FÍSICA.</i>
BOG 21/8	<i>El Ayuntamiento de USURBIL aprueba y publica el REGLAMENTO del SERVICIO del PISO POLIVALENTE DE EMERGENCIA SOCIAL</i>
BOG 22/8	<i>OFERTA PUBLICA DE EMPLEO del Ayuntamiento de IRUN en la que aparecen dos plazas de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 27/8	<i>El Ayuntamiento de GETXO aprueba un Proyecto de Acondicionamiento de "Nagusien Etxea", para APARTAMENTOS TUTELADOS de ANCIANOS.</i>
BOG 27/8	<i>El Ayuntamiento de VILLABONA hace públicos los PUESTOS DE TRABAJO reservados para personal laboral, aparece 1 de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOTHA 27/8	<i>Decreto Foral de la D.F. de ARABA, de 3 de Agosto, por el que se adquieren determinados inmuebles para su adscripción al INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL, para ser destinados a RESIDENCIA ASISTIDA DE INFANCIA.</i>
BOG 28/8	<i>La D.F. de ARABA acuerda prestar aprobación al CONVENIO con diversas INSTITUCIONES en materia de PROTECCIÓN, TUTELA y REINSERCIÓN SOCIAL de MENORES.</i>
BOB 29/8	<i>El Ayuntamiento de BERMEO publica la PLANTILLA para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL</i>
BOB 29/8	<i>El Ayuntamiento de GERNIKA-LUMO aprueba la PLANTILLA y la OFERTA DE EMPLEO para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 30/8	<i>El Ayuntamiento de GETXO aprueba la relación de PUESTOS DE TRABAJO. Aparecen 4 de ASISTENTE SOCIAL</i>
BOPV 31/8	<i>Decreto del Departamento de Trabajo y S.S. del GOBIERNO VASCO, de 30 de Julio, sobre los SERVICIOS SOCIALES RESIDENCIALES para la TERCERA EDAD.</i>
BOB 31/8	<i>El Ayuntamiento de BERMEO publica la ORDENANZA Municipal Reguladora de la Concesión de SUBVENCIONES y de Uso de Medios Públicos.</i>
BOB 31/8	<i>El Ayuntamiento de PORTUGALETE aprueba las Condiciones para la contratación directa de las obras de construcción del HOGAR DELJUBILADO en el campo de San Roque.</i>
BOTHA 31/8	<i>Decreto Foral de la D.F. de ARABA, de 3 de Agosto, por el que se declara desierto el concurso para la ejecución de las obras de un piso protegido para RESIDENCIA DE ANCIANOS en la localidad de ESPEJO.</i>
BOTHA 31/8	<i>Decreto Foral de la D.F. de ARABA, de 3 de Agosto, por el que se aprueba el proyecto básico y de ejecución de un CENTRO OCUPACIONAL en el Polígono de Uritiasolo de VITORIA-GAZTEIZ, para el INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</i>
BOB 1/9	<i>El DEPARTAMENTO DE URBANISMO Y MEDIO AMBIENTE DE LA D.F. DE BIZKAIA adopta la Orden Foral por la que se suspende la aprobación definitiva del Plan Parcial del Sector II "Residencial Torrónategui", por deficiencias a subsanar; entre éstas: las aceras han de tener la anchura mínima establecida en el Decreto de BARRERAS ARQUITECTÓNICAS y URBANÍSTICAS del GOBIERNO VASCO.</i>
BOB 3/9	<i>El Ayuntamiento de ERANDIO convoca 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>

DOGV 7/9	<i>Decreto 132/1990, de 23 de Julio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el PLAN DE MEDIDAS DE INSERCIÓN SOCIAL en la COMUNIDAD VALENCIANA.</i>
BOB 8/9	<i>Decreto Foral 99/90, de 22 de Agosto, de la D.F. de BIZKAIA, por el que se dictan normas para la concesión de SUBVENCIONES a AYUNTAMIENTOS que organicen ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS para la TERCERA EDAD.</i>
BOB 10/9	<i>El Ayuntamiento de GÜENES publica la relación de PUESTOS DE TRABAJO para 1990. Aparece 1 de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 10/9	<i>El Ayuntamiento de ORTUUELLA publica su PLANTILLA ORGÁNICA. Aparecen 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BORM 12/9	<i>Orden de 6 de Septiembre de 1990, de la Consejería de Bienestar Social de la REGIÓN DE MURCIA, de AYUDAS DEL PROGRAMA DE EMERGENCIA SOCIAL</i>
BOG 14/9	<i>Acuerdos adoptados por la D.F. de GIPUZKOA; -Conceder AYUDAS ECONÓMICAS a varios AYUNTAMIENTOS por razón de inversiones para CENTROS de la TERCERA EDAD. -Conceder AYUDA al CENTRO MUNICIPAL DE ACOGIDA SOCIAL de DONOSTIA, para gastos de mantenimiento. -Regular la APORTACIÓN ECONÓMICA a los AYUNTAMIENTOS para el Plan de AYUDA A DOMICILIO.</i>
BOG 17/9	<i>El Ayuntamiento de ANDOAIN publica la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. Aparece 1 de ASISTENTE SOCIAL</i>
BOG 18/9	<i>El Ayuntamiento de IRUN publica la modificación de créditos del PRESUPUESTO del PATRONATO DE RESIDENCIA MUNICIPAL DE ANCIANOS para 1990.</i>
DOGC 19/9	<i>Orden de 4 de Septiembre de 1990, del Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de CATALUÑA, de creación del CONSEJO SECTORIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>
BOB 19/9	<i>Decreto Foral 105/1990, de 4 de Septiembre, de la D.F. de BIZKAIA, por el que se modifica parcialmente el D.F. 64/90, de 10 de Abril, sobre distribución de las AYUDAS DE EMERGENCIA SOCIAL entre los MUNICIPIOS del Territorio Histórico.</i>
BOPV 21/9	<i>Decreto 189/1990, de 17 de Julio, sobre ACTUACIONES PROTEGIDAS de REHABILITACIÓN del PATRIMONIO URBANIZADO Y EDIFICADO en el PAÍS VASCO. Se contemplan medidas para la eliminación de BARRERAS que afectan a las personas con MINUSVALIA.</i>
BOB 21/9	<i>El Ayuntamiento de BASAURI publica, entre otros, el PRESUPUESTO de la RESIDENCIA DE ANCIANOS para 1990.</i>
BOCyL 24/9	<i>La Consej. de Cultura y Bienestar Social de la Junta de CASTILLA Y LEÓN somete a información pública el ESTATUTO DE CENTROS Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE MENORES.</i>
BOG 24/9	<i>El Ayuntamiento de BEASAIN aprueba un proyecto técnico de obras de REFORMA de la RESIDENCIA DE ANCIANOS ARANGOITI.</i>
BOTHA 24/9	<i>El Inst Municipal de Bienestar Social anuncia que en el tablón de anuncios del Ayuntamiento de VITORIA-GAZTEIZ se exponen las bases para la CONTRATACIÓN de la PRESTACIÓN DE SERVICIOS de EDUCACIÓN DE CALLE para 2 zonas de la ciudad.</i>
BOCyL 25/9	<i>Decreto 184/1990, de 20 de Septiembre, por el que se aprueba el REGLAMENTO de EXPEDIENTES DE ADOPCIÓN en la Comunidad de CASTILLA Y LEÓN.</i>

BOG 26/9	<i>El Ayuntamiento de GETARIA publica la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOB 27/9	<i>El Ayuntamiento de ZALLA publica la PLANTILLA DE PERSONAL para 1990. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.</i>
BOG 27/9	<i>El Ayuntamiento de ANDOAIN publica el REGLAMENTO del CONSEJO ESCOLAR MUNICIPAL</i>
BOCM 28/9	<i>Decreto 80/1990, de 20 de Septiembre, por el que se modifica el Decreto 73/90, de 19 de Julio, que regula el INGRESO MADRILEÑO DE INTEGRACIÓN.</i>
BOTHA 28/9	<i>El DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA D.F. DE ARABA publica la relación de SUBVENCIONES concedidas por el Departamento durante 1990, en materia de MINUSVALIAS, MARGINACION y TERCERA EDAD.</i>
BOG 1/10	<i>La D.F. de GIPUZKOA acuerda conceder una SUBVENCIÓN al Ayuntamiento de ZESTOA dentro de Programa de Inversiones para CENTROS de TERCERA EDAD.</i>
BOE 2/10	<i>Orden de 18 de Septiembre de 1990, del M.º de Educación y Ciencia, por la que se establecen las PROPORCIONES de PROFESIONALES/ALUMNOS en la atención educativa de los ALUMNOS con NECESIDADES ESPECIALES.</i>
DOG 2/10	<i>Decreto 447/1990, de 20 de Septiembre, por el que se crea la COMISIÓN INTERDEPARTAMENTAL DE PREVENCIÓN E INTEGRACIÓN DE LOS MINUSVALIDOS de la Administración de GALICIA.</i>
BOCM 2/10	<i>Decreto 81/1990, de 13 de Septiembre, por el que se aprueba la ZONIFICACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES de la Comunidad de MADRID.</i>
BOE 4/10	<i>LEY ORGÁNICA 1/1990, de 3 de Octubre, de ORDENACIÓN GENERAL DEL SISTEMA EDUCATIVO.</i>

BIBLIO- GRAFIA

ANCIANOS

"Envejecimiento, enfermedad, incapacidad". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 25, 4, 1990, págs. 100, Biblio. R.355.

Ancianos, envejecimiento, enfermedad, visión, audición, demencia senil, escalas.

"Abstracts in social gerontology" 33, 1, 1990, págs. 154, Biblio. R.875.

Gerontología, ancianos, referencia, bibliografías, "fuentes".

"L'influence de l'evolution demographique sur le financement de l'avs". *RCC* 5, 1990, págs. 232-247, Biblio. R.213.

Ancianos, envejecimiento demográfico, impacto, Seguridad Social, jubilación, financiación, Suiza.

"Les repercussions de la deuxième révision des PC du point de vue des organes d'application". *RCC* 5 1990 págs. 247-251, Biblio. R.213.

Ancianos, Seguridad Social, prestaciones económicas, Suiza.

"Ethique. L'entree en institution grand age et societe". *Gerontologie et societe* 53, 1990, págs. 120, Biblio R.642.

Ancianos, residencias, institucionalización, ética, problemas jurídicos, medio familiar, medio social, estudio sociológico.

"Notre service de suite". *Amentia* 63, 1990, págs. 5-8, Biblio. R.B.

Deficiencia mental, ancianos, seguimiento, envejecimiento, trabajo social.

AMERICAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL AGING, THE. "The foster grandparent program. A manual for planning, implementing, and operating the foster grandparent program Washington (USA)", *American Association for International Aging, The*, 1988, 53 págs. Biblio. R1h.6.

Ancianos, acogimiento familiar, programas y métodos, planificación, recomendaciones, Estados Unidos.

ASSOCIATION SUISSE DES ORGANISATIONS D'AIDE FAMILIALE. "Les services d'aide a domicile en Suisse Berna (CH)", *Association Suisse des Organisations d'Aide Familiale*, 1988, 4 págs. Biblio. N1d fol. 52.

Asistencia domiciliaria, familia, niños, ancianos, deficiencias, enfermos, organización y gestión, formación de personal, coste, Suiza.

BAYLES, K. A.; TOMOEDA, C. K. "Delayed recall deficits in aphasic stroke patients: evidence of alzheimer's dementia?". *Journal of Speech and Hearing Disorders* 55, 2, 1990, págs. 310-314, Biblio. R.637.

Enfermedad de Alzheimer, demencia senil, ancianos, memoria, afasia, problemas de lenguaje.

BEAUCHESNE, M. N. "Vieillissement et population active: quelle problematique sociale?". *Revue Belge de Securite Sociale* 31, 10, 1989, págs. 851-877, Biblio. R.645.

Ancianos, envejecimiento, población activa, retiro, jubilación, prejubilación, trabajo, educación, alternativas, estadísticas de población, panorama internacional, bibliografías.

BELLAMY, D. F.; IRVING, A. "Canadá". En: *Social Welfare in Developed Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 47-88 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación, Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Canadá.

BLANKK, T. O. "Older persons and their housing. Today and tomorrow springfield", II (USA), Charles C. Thomas, 1988, 304 págs. Biblio. R1n.164.

Ancianos, vivienda, residencias, psicología social, teoría.

BLANQUE, J. M., Y OTROS. "Una experiencia de terapia de grupo en una institución geriátrica". *Informaciones psiquiátricas* 120, 1990, págs. 101-110, Biblio. R.673.

Ancianos, psiquiatra, terapia de grupo, atención geriátrica, residencias asistidas, experiencias.

BODAK, A., Y OTROS. "Prevalence et traitement de l'hypertension arterielle du sujet age en institution". *Revue de Geriatrie, La*, 15, 4, 1990, págs. 171-178, Biblio. R.660.

Ancianos, hipertensión, tratamiento, servicios y centros, datos epidemiológicos.

BOOTH, T., Y OTROS. "Staff attitudes and caring practices in homes for the elderly". *British Journal of Social Work*, 20, 2, 1990, págs. 117-131, Biblio. R.717.

Ancianos, residencias, evaluación de servicios, actitudes personal, cuestionarios, indicadores.

BREITENBACH, N. "Le malade mental stabilise, vieux avant l'age ou vieux tout court, ou vivra-t-il ses dernieres annees". *Readaptaron*, 372, 1990, págs. 22-23, Biblio. R.112.

Enfermedades mentales, deficiencia mental, ancianos, envejecimiento.

BURNINGHAM, S. "The craft of keeping elderly people active". *Social Work Today*, 21, 20, 1990, págs. 12-13, Biblio. R.310.

Ancianos, terapia ocupacional, actividades artísticas y culturales, actividades recreativas, residencias, experiencias.

BUYSSE, E.; PRETER, A. DE. "Les allocations pour les personnes au dessus de 65 ans". *Amentia*, 63, 1990, págs. 9-12, Biblio. R.B.

Deficiencia mental, ancianos, prestaciones económicas, Suiza.

CABALLERO, J. C, Y OTROS. "Apuntes de semiología psiquiátrica en el anciano. La exploración psicogeriatrica". *Geriatrka*, 6, 6, 1990, págs. 278-288, Biblio. R.408.

Ancianos, psiquiatría, evaluación, terminología.

CARBONELL, J. "El mundo de los ancianos (1). Activos, pasivos, deprimidos, alegres". *Cruz Roja*, 910, 1990, págs. 8-13, Biblio. R.796.

Ancianos, calidad de vida, autonomía personal, relaciones sociales, actividades vida diaria.

CHARNLEY, H. "The practice of case management in domiciliary care for elderly people". Canterbury (GB). *Personal Social Services Research Unit*, 1987, 17 págs. Biblio. R1n.57.

Ancianos, asistencia domiciliaria, casuística, estudios. Reino Unido.

CLAPHAM, D.; MUNRO, M. "Ambiguities and contradictions in the provision of sheltered housing for older people". *Journal of Social Policy*, 19, 1, 1990, págs. 27-45, Biblio. R.804.

Ancianos, vivienda asistida, organización de servicios, recomendaciones, características usuario, criterios de admisión.

COLVEZ, A., Y OTROS. "Pathologie et incapacite des personnes de 65 ans et plus". Paris (FR). *I.N.S.E.R.M.*, 1981, 102 págs. Biblio. R1a.36.

Ancianos, salud, morbilidad, patología, deficiencias, audición, visión, motricidad, datos epidemiológicos, estadísticas de población.

CONWELL, Y., Y OTROS. "Completed suicide at age 50 and over". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 6, 1990, págs. 640-644, Biblio. R.273.

Ancianos, suicidio, datos epidemiológicos, estudio descriptivo.

COOPER, J. K., Y OTROS. "Relation of cognitive status and abnormal behaviors in Alzheimer's disease". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 8, 1990, págs. 867-870, Biblio. R.273.

Ancianos, enfermedad de Alzheimer, conducta, memoria, estudios.

DANIGELIS, N. L; FENGLER, A. P. "Homesharing: how social exchange helps elders live at home". *Gerontologist, The*, 30, 2, 1990, págs. 162-170, Biblio. R.155.

Ancianos, vivienda asistida, intercambio, asistencia.

DANISH CULTURAL INSTITUTE, THE. "The elderly in Denmark". Copenhagen (DK). *Danish Cultural Institute, The*, 1989, 47 págs. Biblio. R1, fol. 20.

Ancianos, política social, jubilación, pensiones, vivienda, residencias asistidas, asistencia domiciliaria, ceguera, deficiencia auditiva, geriatría, Dinamarca.

DAVIES, A. M. "Envejecimiento de poblaciones e individuos y salud para todos". *Foro Mundial de la Salud*, 10, 3-4, 1989, págs. 309-332, Biblio. R.502.

Ancianos, envejecimiento, salud, crítica.

DEFEYT, P. "Soins de sante et vieillissement demographique". *Revue Be/ge de Securite Sociale*, 31, 10, 1989, págs. 915-931, Biblio. R.645.

Ancianos, envejecimiento, salud, sanidad, coste, estadísticas de población, estadísticas de servicios, estadísticas económicas, panorama internacional, estudio económico.

DELVAUX, B. "Le statut du travailleur salarie pensionne". *Revue d'Action Sociale*, 3, 1990, págs. 6-11, Biblio. R.734.

Ancianos, jubilación, pensiones, criterios de admisión, tramitación, generalidades. Bélgica.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. "Care in the Community. A consultative document on moving resources for care in England". Londres (GB). *Department of Health and Social Security*, 1981, 21 págs. Biblio. G9c, fol. 25.

Seguridad Social, servicios sociales, deficiencias, ancianos, enfermedades mentales, prestaciones. Reino Unido.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. "The statistics of residential accommodation for the elderly and for younger physically handicapped people at 31 march 1984". Londres (GB). *Department of Health and Social Security*, 1985, 100 págs. Biblio. N1a.29.

Ancianos, deficiencia física, residencias, estadísticas de servicios.

DIPUTACIÓN TORAL DE BIZKAIA. "Problemática de la tercera edad en Bizkaia, Bilbao". *Diputación Foral de Bizkaia*, 1990, 183 págs. Biblio. R1.37.

Ancianos, estudio sociológico, factores psicológicos, factores sociales, soluciones residenciales, Bizkaia.

DIXON, J.; SCHEURELL, R. P. "Social welfare in developed market countries". Londres (GB). *Routledge*, 1989, 422 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, panorama internacional.

EATON, L. "A place in the sun". *Social Work Today*, 21, 49, 1990, págs. 14-15, Biblio. R.310.

Ancianos, servicios sociales, residencias, estudios, España.

EDELMAN, P.; HUGHES, S. The impact of community care on provision of informal care to home-bound elderly persons". *Journals of Gerontology, The*, 45, 2, 1990, págs. S74-84, Biblio. R.420.

Ancianos, servicios sociales comunitarios, intervención informal, evaluación de servicios.

ESCOVAR, H. "Estereotipos acerca del anciano". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22, 2, 1990, págs. 253-263, Biblio. R.431.

Ancianos, ancianismo, actitudes sociales, autoestima, cuestionarios, estudio sociológico.

EUROLINK AGE. "Une annee europeene des personnes agees. Proposition pour un programme d'action". Surrey (GB). *Eurolink Age*, 1988, 21 págs. Biblio. R1.35.

Ancianos, datos estadísticos, información, servicios sociales, programas y métodos, Comunidades Europeas.

EUSKO JAURLARITZA. "Situación actual y propuestas de mejora del Servicio de Ayuda Domiciliaria para la tercera edad". Vitoria-Gasteiz. *Eusko Jauraritz*, 1988, 24 págs. Biblio. R1n, fol. 69.

Ancianos, asistencia domiciliaria, recomendaciones, estudios, CAPV.

FEDERATION FRANCAISE DES SOCIETES D'ASSURANCE, BUREAU COMMUN D'ASSURANCES COLLECTIVES. "La dependance: un risque assurable". *Annees Documents CLEIRPPA*, 203, 1990, págs. 1 -4, Biblio. R.611.

Ancianos, autonomía personal, seguros, tipología, cobertura, Francia.

FEINSON, M. C. "Are psychological disorders most prevalent among older adults? Examining the evidence". *Social Science and Medicine*, 29, 10, 1989, págs. 1175-1181, Biblio. R.790.

Ancianos, psiquiatría, problemas psicológicos, detección, datos epidemiológicos, política sanitaria.

FELTESSE, H. "Les etablissements specialises". *Revue de droit Sanitaire et Social*, 25, 3, 1989, págs. 531-542, Biblio. R.231.

Deficiencias, ancianos, residencias, acreditación, financiación.

FERRERA, M. "Italy". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 122-146 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Italia.

FINCH, J.; MASÓN, J. "Filial obligations and kin support for elderly people". *Ageing and Society*, 10, 2, 1990, págs. 151-175, Biblio. R.352.

Ancianos, relaciones familiares, obligaciones, casuística, Reino Unido.

FLOREZ, F. J., Y OTROS. "Arterioesclerosis: epidemiología, prevención, factores de riesgo". *Geriatrka*, 6, 5, 1990, págs. 240-253, Biblio. R.408.

Ancianos, arterioesclerosis, epidemiología, prevención, factor de riesgo.

FONDATION DE FRANCE. "Les cantou en questions. Des petites unites de vie communautaires pour les personnes agees dependantes". Paris (FR). *Fondation de France*, 1988, 111 págs. Biblio. R1n.169.

Ancianos, autonomía personal, vivienda asistida, centros de día, organización de servicios, arquitectura, financiación, personal, soluciones residenciales, participación familia, estadísticas económicas, coste, estándares, experiencias.

FONDATION DE FRANCE. "La coordination des actions en faveur des personnes agees dependantes". Paris (FR). *Fondation de France*, 1989, 176 págs. Biblio. R1n.167.

Ancianos, deficiencias, autonomía personal, servicios y centros, coordinación, asistencia domiciliaria, programas y métodos, acogimiento familiar, prestaciones, servicios sanitarios, reuniones, bibliografías, Francia.

FORSUND, H. M. "Norway". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 228-263 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Noruega.

FRIJDA, J. S. "Homehelp service as a special resource to multi-problem families la Utrecht (NL). *International Council of Homehelp Services*, 1981, 11 págs. Biblio. N1d, fol. 56.

Asistencia domiciliaria, marginación, drogodependencias, pobreza, ancianos, migración.

FUKUI, J., Y OTROS. "A newly designed deodorant pad for urinary incontinence". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 8, 1990, págs. 889-892, Biblio. R.273.

Ancianos, incontinencia, equipamiento, experimentación.

GARAY, J. "Humanismo geriátrico". *Geriatrka*, 6, 6, 1990, págs. 270-277, Biblio. R.408.

Ancianos, envejecimiento, teoría, generaciones, ancianismo, familia.

GIL, P. "Demencia senil: una perspectiva geriátrica". *Tribuna Médica*, 1289, 1990, págs. 3-4, Biblio. R.151.

Ancianos, enfermedad de Alzheimer, geriatría, demencia senil.

GLOUCESTERSHIRE COUNTY COUNCIL "User involvement: directory of initiatives and ideas". Gloucesters (GB). *Gloucestershire County Council*, 1989, 53 págs. Biblio. G9, fol. 55.

Servicios sociales, acción comunitaria, servicios sociales de base, participación usuarios, residencias, centros de día, asistencia domiciliaria, ancianos, deficiencias, enfermedades mentales, menores, trabajo social, innovaciones.

GOLD, D. T., Y OTROS. "Relationship classification using grade of membership analysis: A typology of sibling relationship in later life". *Journals of Gerontology*, The, 45, 2, 1990, págs. S43-51, Biblio. R.420.

Ancianos, conducta, relaciones sociales, tipología.

GONZÁLEZ, M. A., Y OTROS. "Estereotipos hacia los ancianos. Los ancianos vistos por otros grupos de edad". *Geriatría*, 6, 4, 1990, págs. 46-55, Biblio. R.408.

Ancianos, generaciones, actitudes sociales, ancianismo, envejecimiento, factores sociales, factores psicológicos.

GROSSBERG, G. T., Y OTROS. "Psychiatric problems in the nursing home". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 8, 1990, págs. 907-917, Biblio. R.273.

Ancianos, residencias asistidas, problemas psiquiátricos, estudios.

GUISSET, M. J., Y OTROS. "Gran age, dependance et lieux de vie". Paris (FR). *Fondation de France*, 1990, 83 págs. Biblio. R1n.168.

Ancianos, deficiencias, vivienda, residencias, soluciones residenciales, centros de día, criterios de admisión, participación familia, participación usuarios, tarifas, organización y gestión, personal, estándares, asistencia médica.

HARPER, D. C., Y WADSWORTH, J. S. "Dementia and depression in elders with mental retardation: a pilot study". *Research in developmental disabilities*, 11, 2, 1990, págs. 177-198, Biblio. R.775.

Deficiencia mental, ancianos, demencia senil, depresión, fármacos, diagnóstico diferencial.

HEARN, B. "Networks of care: a team approach". *Social Work Today*, 21, 4, 1989, pág. 22, Biblio. R.310.

Ancianos, asistencia domiciliaria, alternativas, apoyo social, grupos de apoyo.

HELP THE AGED. "Recall Tape". Londres (GB). *Help the Aged*, 1990, 47 págs. Biblio. R1n.171.

Ancianos, residencias, programas de actividades, memoria histórica.

HUGHSTON, G. A., Y OTROS. "Aging and family therapy. Practitioner perspectives on golden pond". Londres (GB). Haworth Press, The, 1989, 244 págs. Biblio. R1h.5.

Ancianos, familia, terapia familiar, psicoterapia, enfermedades mentales, suicidio, prevención, alcoholismo.

INSTITUT SUEDOIS. "L'accueil des personnes agees en Suede". *Revue d'Action Sociale*, 3, 1990, págs. 16-26, Biblio. R.734.

Ancianos, política social, vivienda, vivienda asistida, servicios y centros, asistencia domiciliaria, cuidados a domicilio, atención sanitaria, financiación, coste, Suecia.

INSTITUTO IDES. "El ocio en la tercera edad: Programa de Vacaciones". Madrid. *Instituto Nacional de Servicios Sociales*, 1989, 141 págs. Biblio. R1f.5.

Ancianos, ocio, tiempo libre, vacaciones, cuestionarios, estudios, España.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. "La tercera edad en Europa. Necesidades y demandas". Madrid. *Instituto Nacional de Servicios Sociales*, 1989, 399 págs. Biblio. R1g.55.

Ancianos, estudio de necesidades, evaluación de necesidades, estadísticas de población, geriatría, jubilación, servicios sociales, servicios y centros, Europa.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. "La tercera edad en España: Aspectos cuantitativos". Madrid. *Instituto Nacional de Servicios Sociales*, 1989, 210 págs. Biblio. R1g.56.

Ancianos, estadísticas de población, España.

INSTITUTO SUECO, EL. "La asistencia a las personas mayores en Suecia". Estocolmo (SE). *Instituto Sueco*, El, 1990, 4 págs. Biblio. R1n, fol. 68.

Ancianos, servicios y centros, panorama general, estadísticas de población, estadísticas de servicios, residencias, servicios alternativos, Suecia.

JERVIS, M. "Self sufficiency in residence". *Social Work Today*, 21, 34, 1990, págs. 20-21, Biblio. R.310.

Ancianos, residencias asistidas, autonomía personal, experiencias, Alemania.

JONES, R. "Registered homes act manual". Londres (GB). *Sweet and Maxwell*, 1989, 145 págs. Biblio. R1n.170.

Residencias, residencias asistidas, ancianos, niños, deficiencias, acreditación, normativa, control, manuales, estándares. Reino Unido.

KART, C. S.; DUNKLE, R. E. "Assessing capacity for self-care among the aged". *Journal of Aging and Health*, 1, 4, 1989, págs. 430-450, Biblio. R.816.

Ancianos, actividades vida diaria, autonomía personal, evaluación.

KEITHLEY, J. "United Kingdom". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 309-344 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro. Reino Unido.

KESSLER, F. "La mise en place de l'accueil par des particuliers, a leur domicile, a titre onereux, des personnes agees (Loi n.º 89-475 du 10 juill. 1989)". *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 25, 3, 1989, págs. 583-590, Biblio. R.231.

Ancianos, acogimiento familiar, normativa, Francia.

KILLEFFER, E. H. P.; BENNETT, R. "Successful models of community long term care services for the elderly". *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 8, 1-2, 1989, págs. 174, Biblio. R.496.

Ancianos, residencias, residencias asistidas, hogares, centros de día, formación de personal, programas y métodos, universidad tercera edad, ayuntamiento, nivel provincial, normativa.

KIRKOV, A. "Life-styles for long life. Longevity in Bulgaria". Springfield, IL (USA), *Charles C. Thomas*, 1988, 96 págs. Biblio. R1.34.

Ancianos, longevidad, envejecimiento, causas, forma de vida, ecología social, Bulgaria.

KITWOOD, T. "The dialectics of dementia: With particular reference to Alzheimer's disease". *Ageing and Society*, 10, 2, 1990, págs. 177-196, Biblio. R.352.

Ancianos, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, factores sociales.

KNAPP, M. R. J. "Cost functions for care services for the elderly". *Gerontologist*, The, 18, 1, 1978, págs. 30-36, Biblio. Rin, fol. 61.

Gerontología, ancianos, atención geriátrica, residencias. Reino Unido.

KOHNER, N. "Caring at home. A handbook for people looking after someone at home - someone young or old, handicapped or disabled, ill or frail". Londres (GB). *King's fund Centre*, 1989, 125 págs. Biblio. N1d.39.

Deficiencias, ancianos, medio familiar, cuidador familiar, intervención familiar, orientación familiar, manuales, generalidades.

LANDELIUS, S.; GJERSTAD, L. "National Report. Sweden". Stockholm (SE). *National Board of Health and Welfare*, The, 1989, 12 págs. Biblio. R1n, fol. 70.

Asistencia domiciliaria, ancianos, estudio descriptivo, estándares, estadísticas de servicios, Suecia.

LAWTON, M. P. "The Philadelphia geriatric center morale scale: A revision". *Journal of Gerontology*, 30, 1, 1975, págs. 85-89, Biblio. R1n, fol. 66.

Ancianos, actitudes usuarios, psicología, satisfacción, escala de satisfacción.

LÍANG, J., Y OTROS. "Appropriateness of composites in structural equation models". *Journals of Gerontology*, The, 45, 2, 1 990, págs. S52-59, Biblio. R.420.

Ancianos, salud, estadísticas.

LLOYD, E. L. "Hypothesis: Temperament recommendations for elderly people: Are we wrong?". *Age and Ageing*, 19, 4, 1990, págs. 264-267, Biblio. R.429.

Ancianos, temperatura, vivienda, recomendaciones.

LÓPEZ, R. "Consideraciones epidemiológicas y sociales de un grupo de la tercera edad". Madrid, *Popular*, 1987, 155 págs. Biblio. R1.32.

Ancianos, residencias, estudio sociológico, auto-nomías, cuestionarios.

MAGAZINER, J.; OTROS. "Medication use and functional decline among community-dwelling older women". *Journal of Aging and Health*, 1, 4, 1989, págs. 470-484, Biblio. R.816.

Ancianos, mujer, fármacos, consumo, autonomía personal, depresión.

MAGILL R. S. "United States of America". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 345-386 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Estados Unidos.

MALPASS, P. "The housing crisis". London (GB). Routledge, 1990, 243 págs. Biblio. G4d.11.

Vivienda, crisis, política de vivienda, ancianos, sin techo, juventud. Reino Unido.

MEERRIAM, S. B.; CROSS, L. H. "Aging, reminiscence and life satisfaction". *Activities, Adaptation and Aging*, 2, 1, 1981, págs. 39-50, Biblio. R1, fol. 19.

Ancianos, psicología, investigación, memoria histórica, escala de satisfacción, escala de adaptación.

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS. "Summary of the Danish partial pensions act". Copenhagen (DK). *Ministry of Social Affairs*, 1987, 4 págs. Biblio. R1g, fol. 28.

Ancianos, jubilación, pensiones, normativa, Dinamarca.

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS. "National social pensions". Copenhagen (DK). *Ministry of Social Affairs*, 1987, 8 págs. Biblio. R1g, fol. 29.

Ancianos, pensiones, jubilación, prestaciones, Dinamarca.

MONK, A. "Health care of the aged: Needs, policies, and services". *Journal of Gerontological Social Work*, 15, 3-4, 1990, págs. 183, Biblio. R.131.

Ancianos, gerontología, necesidades, política de la vejez, servicios geriátricos, estudio descriptivo, Estados Unidos.

MULLER, C. W. "Germany, West". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 89-121 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Alemania.

MCCALLUM, J. "Australia". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 1-46 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Australia.

MCCUSKER, J., Y OTROS. "Outcomes of a Geriatric rehabilitation program in a long-term care facility". *Journal of Aging and Health*, 1, 4, 1989, págs. 485-506, Biblio. R.816.

Ancianos, geriatría, rehabilitación, programas de rehabilitación, resultados, estudios.

NATIONAL BOARD OF SOCIAL WELFARE. "Social services for the elderly in Denmark". Copenhagen (DK). *National Board of Social Welfare*, 1985, 10 págs. Biblio. R1g, fol. 26.

Ancianos, servicios sociales, asistencia domiciliaria, personal, centros de día.

NUSBERG, C. "La formation a l'emploi pour les travailleurs ages dans les pays industrialises". *Annees Documents CLEIRPPA*, 2033, 1990, págs. I-VII, Biblio. R.203.

Trabajo, adultos, ancianos, formación permanente, reciclaje, datos estadísticos, estudio descriptivo, panorama internacional.

OLSSON, S. E. "Sweden". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 264-308 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Suecia.

ORTON, C. "Care for the carer" Northampton (GB). *Thorsons*, 1989, 160 págs. Biblio. N1d.38.

Ancianos, cuidador familiar, recomendaciones, manuales, información.

OSUNA, P. "Las residencias de la tercera edad del INSERSO". *Cuadernos de Acción Social*, 16, 1989, págs. 109-114, Biblio. R.491.

Ancianos, residencias, residencias asistidas, INSERSO, organización de servicios, funcionamiento.

OT1NIANO, M. "Influencia ecológica en el anciano: estudio piloto en Lima". *Geriatika*, 6, 4, 1990, págs. 57-68, Biblio. R.408.

Ancianos, envejecimiento, ecología, ecología social, efectos, Perú.

PAMBLANCO, E., Y OTROS. "Incidencia del suicidio consumado en mayores de 60 años". *Geriatika*, 6, 5, 1990, págs. 265-268, Biblio. R.408.

Ancianos, suicidio, datos estadísticos.

PARSONS, R. J.; COX, E. O. "Family mediation in elder caregiving decisions: an empowerment intervention". *Social Work*, 34, 2, 1989, págs. 122-126, Biblio. R.671.

Ancianos, atención, mediación familiar, trabajador social, conflicto generacional.

PASTALAN, L. A. "Aging in place: the role of housing and social supports". *Journal of Housing for the Elderly*, 6, 1-2, 1990, págs. 130, Biblio. R.321.

Ancianos, forma de vida, autonomía personal, medio familiar, intervención informal, apoyo social, estudios, Estados Unidos.

PAWLSON, L. G.; LAVIZZO, R. J. "Financing long-term care". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 6, 1990, págs. 696-703, Biblio. R.273.

Ancianos, residencias, financiación, coste.

PENNING, M. J. "Receipt of assistance by elderly people: hierarchical selection and task specificity". *Gerontologist*, The, 30, 2, 1990, págs. 220-227, Biblio. R.155.

Ancianos, asistencia, apoyo social, entrevistas, medio social.

PETERSEN, J. H. "The Danish 1891 act on old age relief: A response to agrarian demand and pressure". *Journal of Social Policy*, 19, 1, 1990, págs. 69-91, Biblio. R.804.

Ancianos, Seguridad Social, protección social, política social, teoría, historia. Reino Unido, Dinamarca.

PRITCHARD, J. "Confronting the taboo of the abuse of elderly people". *Social Work Today*, 21, 4, 1989, págs. 12-13, Biblio. R.310.

Ancianos, malos tratos, investigación, trabajo social, servicios sociales, conflicto generacional, estrés.

PRITCHARD, J. "Old and abused". *Social Work Today*, 21, 23, 1990, págs. 22-23, Biblio. R.310.

Ancianos, malos tratos, investigación, mujer.

REAL, M. "Aparcar a los viejos". *Perfiles*, 52, 1990, págs. I-VII, Biblio. R.749.

Ancianos, residencias, criterios de admisión, calidad de vida, España.

FIEUBEN, D. B., Y OTROS. "A hierarchical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (AADL) level". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 8, 1990, págs. 855-861, Biblio. R.273.

Ancianos, salud, salud mental, ejercicio físico, actividades vida diaria, escala de autonomía.

RITCHIE, K., Y OTROS. "Les familles des personnes agees dementes hebergees en institution". *Revue de Geriatrie, La*, 15, 4, 1990, págs. 179-182, Biblio. R.660.

Ancianos, demencia senil, impacto familiar, residencias, estudios.

ROEBROEK, J. M. "Netherlands". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 147-189 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación, Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Holanda.

SARDA, N., Y OTROS. "El equipo de atención primaria frente al problema del aislamiento social de los ancianos". *Geriatika*, 6, 4, 1990, págs. 29-35, Biblio. R.408.

Ancianos, atención primaria, problemas sociales, aislamiento, detección, estudios.

SCOGIN, F.; ROHLING, M. "Cognitive processes, self-reports of memory functioning, and mental health status in older adults". *Journal of aging and Health*, 1, 4, 1989, págs. 507-520, Biblio. R.816.

Ancianos, función mental, memoria, salud mental, estudios.

SISTLER, A. "Adaptive coping of older caregiving spouses". *Social Work*, 34, 5, 1989, págs. 415-420, Biblio. R.671.

Deficiencias, ancianos, pareja, relaciones familiares, atención, adaptación.

SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. "Inspection of Kendal multi-purpose day centre, Cumbria". Londres (GB). *Department of Health*, 1989, 50 págs. Biblio. N4a.32.

Deficiencias, ancianos, centros de día, evaluación de servicios, experiencias, control.

SPINELLY, B. "El viejo, su familia y su entorno: Los desamparados del siglo XX". *Geriatika*, 6, 5, 1990, págs. 258-262, Biblio. R.408.

Ancianos, gerontología, familia, generaciones, ancianismo.

STEEN, B. "Nutrition and ageing". *Age and Ageing*, 19, 4, 1990, págs. S1-S52, Biblio. R.429.

Ancianos, nutrición, dieta, educación sanitaria.

STUART, B.; LAGO, D. "Prescription drug coverage and medical indigence among the elderly". *Journal of Aging and Health*, 1, 4, 1989, págs. 451-469, Biblio. R.816.

Ancianos, fármacos. Seguridad Social, servicios médicos, cobertura.

SWEDISH MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL WELFARE, THE. "Recommendations on comprehensive mandatorship for public caring services for the elderly". Stockholm (SE). *Swedish Ministry of Health and Social Welfare, The*, 1989, 8 págs. Biblio. R1g, fol. 25. Ancianos, servicios sociales, asistencia domiciliaria, residencias asistidas, servicios sanitarios, coordinación, financiación, recomendaciones, Suecia.

TERI, L., Y OTROS. "Cognitive deterioration in Alzheimer's disease behavioral and health factors". *Journals of Gerontology, The*, 45, 2, 1990, págs. P58-63, Biblio. R.420.

Ancianos, enfermedad de Alzheimer, conducta, salud, deterioro mental.

THORNTON, P. "Relief care into safe hands". *Social Work Today*, 21, 4, 1989, págs. 22-23, Biblio. R.310.

Servicios de alivio, ancianos, asistencia domiciliaria, alternativas, experiencias. Reino Unido.

TINKER, A. "An evaluation of very sheltered housing". Londres (GB). *Her Majesty's Stationery Office*, 1989, 164 págs. Biblio. R1n.117.

Ancianos, vivienda asistida, evaluación de servicios, características usuario, recomendaciones, estándares, estadísticas de servicios, coste, personal, organización de servicios, creación. Reino Unido.

TOSELAND, R. W., Y OTROS. "Comparative effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers". *Social Work*, 35, 3, 1990, págs. 209-217, Biblio. R.671.

Ancianos, intervención informal, intervención familiar, estudio comparativo, evaluación de servicios.

TRACY, M. B.; ADAMS, P. "Age auquel les pensions de retraite sont octroyées par la Securite Sociale: Evolution de la situation dans dix pays industrialises 1960-1986". *Revue Internationale de Securite Sociale*, 4, 1989, págs. 486-504, Biblio. R.423.

Pensiones, ancianos, jubilación. Seguridad Social, evolución, panorama internacional.

UTTLEY, S. "New Zealand". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). *Routledge*, 1989, 190-227 págs. Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Nueva Zelanda.

VÍCTOR, C. R. "Old age in modern society: a textbook of social gerontology". Londres (GB). *Chapman and Hall*, 1987, 338 págs. Biblio. R1.36.

Ancianos, envejecimiento, sociología de la vejez, esperanza de vida, actitudes sociales, estadísticas

de población, vivienda, vivienda asistida, residencias asistidas, servicios sociales, autonomía personal, asistencia domiciliaria.

VILLE DE VALENCIENNES. "Les elements d'une politique locale en faveur des personnes agees". Lille (FR). *C.A.ED.EC.S.*, 1989, 77 págs. Biblio. R1g.54.

Ancianos, nivel local, residencias, asistencia domiciliaria, servicios y centros, política sectorial, política social, experiencias, recomendaciones, Francia.

WANDS, K., Y OTROS. "A questionnaire investigation of anxiety and depression in early dementia". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 5, 1990, págs. 535-538, Biblio. R.273.

Ancianos, demencia senil, ansiedad, depresión, cuestionarios.

WENGER, G. C. "Elderly carers: the need for appropriate intervention". *Ageing and Society*, 10, 2, 1990, págs. 197-219, Biblio. R.352.

Ancianos, cuidador familiar, participación familia, intervención familiar.

WOOD, J. B. "The emergence of adult day care centers as post-acute care agencies". *Journal of Aging and Health*, 1, 4, 1989, págs. 521-539, Biblio. R.816.

Ancianos, servicios médicos, post-hospitalización, centros de día, financiación, estudios.

WOOD, K. A., Y OTROS. "Affective flattening in elderly patients". *Age and Ageing*, 19, 4, 1990, págs. 253-256, Biblio. R.429.

Ancianos, enfermedad de Parkinson, expresión, evaluación.

WOOLF, S. H., Y OTROS. "The periodic health examination of older adults: the recommendations of the U.S. preventive services task force. Part II. Screening tests". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 8, 1990, págs. 933-942, Biblio. R.273.

Ancianos, salud, examen clínico, prevención, recomendaciones, Estados Unidos.

ZILLMER, E. A., Y OTROS. "Comparison of two cognitive bedside screening instruments in nursing home residents: a factor analytic study". *Journals of Gerontology, The*, 45, 2, 1990, págs. P69-74, Biblio. R.420.

Ancianos, función mental, escalas, estudio comparativo, residencias asistidas.

MUJER

ALCOBENDAS, P. "Datos sobre el trabajo de la mujer en España". Madrid. *Centro de Investigaciones sociológicas*, 1983, 218 págs. Biblio. G1b.27.

Mujer, trabajo, derecho laboral, datos estadísticos, normativa. Seguridad Social, educación, España.

ARONSON, J. "Women's perspectives on informal care of the elderly: public ideology and personal experience of giving and receiving care". *Ageing and Society*, 10, 1, 1990, págs. 61-84, Biblio. R.352.

Mujer, ancianos, intervención informal, atención.

BARNETT, S., Y OTROS. "Group treatment for women sex offenders against children". *Practice*, 3, 2, 1989, págs. 148-159, Biblio. R.852.

Niños, mujer, abusos sexuales, terapia de grupo, estudio descriptivo, casuística, estadísticas de población. Reino Unido.

BASTARD, B., Y OTROS. "Recours a l'alcool et a l'automédication chez les femmes dans les situations de rupture familiale". *Deviance et Societe*, 14, 3, 1990, págs. 295-312, Biblio. R.769.

Alcohol, fármacos, consumo, mujer, conflicto familiar, problemas familiares, datos estadísticos.

BROCAS, A. M., Y OTROS. "Les femmes et la Securite Sociale. Les progres de l'egalite de traitement". Ginebra (CH). *O.I.T.*, 1988, 118 págs. Biblio. G1b.29.

Mujer, igualdad de oportunidades. Seguridad Social, trabajo, panorama internacional.

COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. "La labor del CEDAW", vol. 1. 1982-1985. Viena (AU). *Naciones Unidas*, 1990, 791 págs., Biblio. G1b.28.

Mujer, marginación social, igualdad de oportunidades, servicios sociales, panorama internacional, ONU.

DAVIDSON, F. "Occupational pensions and equal treatment". *Journal of Social Welfare Law, The*, 5, 1990, págs. 310-331, Biblio. R.474.

Mujer, trabajo, igualdad de oportunidades, discriminación sexual, pensiones, normativa. Reino Unido.

EISIKOVITS, Z. C.; EDLESON, J. L. "Intervening with men who batter: A critical review of the literature". *Social Service Review*, 63, 3, 1989, págs. 384-414, Biblio. R.690.

Mujer, malos tratos, hombre, intervención, técnicas, teoría.

EPPS, S., Y OTROS. "Social acceptability of menstrual-care training methods for young women with developmental disabilities". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 1, 1990, págs. 33-44, Biblio. R.404.

Deficiencia mental, mujer, menstruación, autonomía personal, actitudes sociales, entrenamiento.

GARCÍA, D., Y OTROS. "La unidad terapéutica de hospitalización (UTH)". *Informaciones psiquiátricas*, 120, 1990, págs. 131-150, Biblio. R.673.

Psiquiatría, mujer, tratamiento, hospital psiquiátrico, organización de servicios, terapias.

GERMÁN, D. E., Y OTROS. "Psychological profile of the female adolescent incest victim". *Child Abuse and Neglect*, 14, 3, 1990, págs. 429-438, Biblio. R.631.

Adolescentes, mujer, abusos sexuales, incesto, personalidad, cuestionarios, escalas.

GUIJARRO, J. M. "Resumen del informe «La situación social en el mundo». Presentado por el secretario general de la Comisión de Desarrollo en su XXXI Sesión". *Cuadernos de Acción Social*, 16, 1989, págs. 47-67, Biblio. R.491.

Situación social, panorama internacional, ONU, estructura de gasto, desarrollo social, informes, familia, mujer, consumo, pobreza, nuevas tecnologías, migración, drogas, ecología.

INSTITUTO DE LA MUJER. "Guía de Asociaciones de Mujeres y Centros de Interés". Madrid. *Instituto de la Mujer*, 1989, 127 págs., Biblio. Z16.15.

Mujer, asociaciones, servicios y centros, directorios, España.

KNIGHT, C. "Use of support groups with adult female survivors of child sexual abuse". *Social Work*, 35, 3, 1990, págs. 202-206, Biblio. R.671.

Mujer, abusos sexuales, intervención informal, apoyo social, estudio prospectivo.

LEX, B. W. "Characteristics of women receiving mandated treatment for alcohol or polysubstance dependence in Massachusetts". *Drug and alcohol dependence*, 25, 1, 1990, págs. 13-20, Biblio. R.854.

Alcoholismo, mujer, tratamiento, características usuario, historia clínica, Estados Unidos.

MAGAZINER, J., Y OTROS. "Medication use and functional decline among community-dwelling older women". *Journal of Aging and Health*, 1, 4, 1989, págs. 470-484, Biblio. R.816.

Ancianos, mujer, fármacos, consumo, autonomía personal, depresión.

MALIPHANT, R., Y OTROS. "Autonomic nervous system (ANS) activity, personality characteristics and disruptive behaviour in girls". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 4, 1 990, págs. 619-628, Biblio. R.458.

Mujer, conducta, juventud, personalidad, sistema nervioso, investigación.

MARMANEU, D., Y OTROS. "Síndrome alcohólico fetal y cromosomopatía. A propósito de un caso". *Revista Española de Pediatría*, 46, 274, 1 990, págs. 330-332, Biblio. R.394.

Síndrome alcohólico fetal, alcoholismo, anomalías cromosómicas, mujer, embarazo, datos estadísticos.

MILMAN, D.; GAMA, K. DE. "Sexual discrimination in education: One step forward, two steps back?". *Journal of Social Welfare Law, The*, 1, 1989, págs. 4-22, Biblio. R.474.

Mujer, educación, educación superior, universidad, discriminación sexual, igualdad de oportunidades, normativa. Reino Unido.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI. "Les femmes an 2000". Paris (FR). *Documentation Française, La*, 1988, 354 págs., Biblio. G1b.26.

Mujer, familia, maternidad, soledad, integración laboral, igualdad de oportunidades, recomendaciones, encuestas, cuestionarios.

MOSSUZ-LAVAU, J. "Mujeres de Europa. Reflejo de la evolución de los derechos de la mujer europea (1977-1987)". *Cuadernos de Mujeres de Europa*, 27, 1988, 62 págs., Biblio. R.857.

Mujer, derechos, normativa, estudios. Comunidades Europeas.

NACIONES UNIDAS. "Mejoramiento de las estadísticas y los indicadores relativos a la mujer mediante el uso de encuestas de hogares". New York (USA). *Naciones Unidas*, 1988, 147 págs., Biblio. G1b.25.

Mujer, encuestas, cuestionarios, hogares, indicadores, estadísticas de población, metodología, diseño.

PRITCHARD, J. "Old and abused". *Social Work Today*, 21, 23, 1990, págs. 22-23, Biblio. R.310.

Ancianos, malos tratos, investigación, mujer.

ROE, K. M. "Private troubles and public issues: providing abortion amid competing definitions". *Social Science and Medicine*, 29, 10, 1989, págs. 1191-1198, Biblio. R.790.

Aborto, práctica, profesiones, medicina, actitudes profesionales, derechos, mujer.

RUIZ, M. A., Y OTROS. "Uso de métodos anticonceptivos en población adolescente". *Revista Española de Pediatría*, 273, 1990, págs. 229-232, Biblio. R.394.

Adolescentes, mujer, fecundidad, planificación familiar, embarazo, datos estadísticos.

STANLEY, L. "British feminist histories". *Women's Studies International Forum*, 13, 1 -2, 1990, págs. 182, Biblio. R.773.

Mujer, feminismo, historia, movimientos sociales, discriminación sexual, sociología. Reino Unido.

TYMCHUK, A. J., Y OTROS. "Home safety training with mothers who are mentally retarded". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 2, 1990, págs. 142-149, Biblio. R.404.

Deficiencia mental, adultos, mujer, entrenamiento, autonomía personal, accidentes domésticos, programas educativos, programas de prevención.

WARR, M. "Fear of rape among urban women". *Social problems*, 32, 3, 1985, págs. 238-250, Biblio. R.692.

Mujer, abusos sexuales, violación, angustia, medio urbano, estudios, estadísticas de población, evaluación, estudio local, Estados Unidos.

WEBB, S. "Oid lesbians: out and proud". *Social Work Today*, 20, 34, 1989, págs. 20-21, Biblio. R.310.

Mujer, homosexualidad, envejecimiento, calidad de vida, experiencias, recursos, grupos de apoyo. Reino Unido.

WEINER, H. D., Y OTROS. "Culture and social class as intervening variables in relapse prevention with chemically dependent women". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 239-248, Biblio. R.829.

Drogodependencias, mujer, clase social, prevención, recaída.

WORRALL, A. "Working with female offenders: beyond «alternatives to custody»?". *British Journal of Social Work*, 19, 2, 1989, págs. 77-93, Biblio. R.717.

Delincuencia, mujer, libertad condicional, género, profesiones, práctica, alternativas.

MARGINACION

"La pena de trabajo de interés general aplicada a los menores". Donostia-Sn. Sn., *Fondo de Documentación del S.I.I.S.*, 9 págs., Biblio. G1i, fol. 2.

Menores, delincuencia juvenil, sanciones, normativa, trabajo. Tribunal de Menores, Francia.

"L'enfant et la justice. Journées d'Etude de l'A.F.S.E.A.". *Sauvegarde de l'Enfance*, 45, 2-3, 1990, págs. 363, Biblio. R.114.

Menores, justicia, delincuencia juvenil, Tribunal de Menores, impacto, derecho, normativa, Francia.

"Insertion des jeunes". *Travail Social Actuates*, 326, 1990, págs. 3, Biblio. R.735.

Menores, conducta, integración laboral, integración social, prestaciones económicas, ley, Francia.

"L'enfance en danger. 1. Les professionnels". *Informations Sociales*, 1, 1990, págs. 2-84, Biblio. R.641.

Menores, protección de menores, delincuencia, malos tratos, juez de menores, policía, trabajador social, Francia.

"L'enfant, sujet de droit. Attachement et deracinement: au coeur du placement". *Sauvegarde de l'enfance*, 44, 4, 1989, págs. 361-467, Biblio. R.114.

Menores, protección de menores, delincuencia juvenil. Tribunal de Menores, derechos del niño, trabajo social, custodia, estudio comparativo, normativa, Francia, Canadá.

ALLEN, N. "Making sense of the Children Act 1 989". Essex (GB). *Longman*, 1990, 180 págs., Biblio. G1i.28.

Menores, justicia, delincuencia juvenil, protección de menores, adopción, custodia. Tribunal de Menores, policía, responsabilidad familiar, servicios sociales, normativa, manuales. Reino Unido.

BEBBINGTON, A.; MILES, J. The supply of foster families for children in care". *British Journal of Social Work*, 20, 4, 1990, págs. 283-307, Biblio. R.717.

Menores, acogimiento familiar, características usuario, tendencias, estudio prospectivo, predicción. Reino Unido.

BELLAMY, D. F.; IRVING, A. "Canadá". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 47-88 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Canadá.

BLACKMAN, T., Y OTROS. "Housing and health: A case study of two areas in west Belfast". *Journal of Social Policy*, 18, 1, 1989, págs. 1-26, Biblio. R.804.

Vivienda, salud, menores, ecología social, factores socioeconómicos, estudio epidemiológico. Irlanda, Reino Unido.

CONSEIL DE L'EUROPE. "Reactions sociales a la delinquance juvenile". Strasbourg (FR). *Conseil de l'Europe*, 1989, 87 págs., Biblio. G1L25.

Menores, delincuencia juvenil, prevención, justicia. Tribunal de Menores, policía, sanciones, estudio descriptivo, actitudes sociales, panorama internacional, recomendaciones, ley. Consejo de Europa.

CONSEJO DE EUROPA. "Notas acerca del Derecho de menores y su evolución en los Estados miembros del Consejo de Europa". Donostia-Sn. Sn., *Fondo de Documentación del S.I.I.S.*, 7 págs., Biblio. G1i, fol. 3.

Menores, delincuencia juvenil, protección de menores, Tribunal de Menores, sanciones, generalidades, Europa.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. "Which Benefit?". Londres (GB). *Her majesty's Stationery Office*, 1988, 59 págs., Biblio. G9c, fol. 24.

Seguridad Social, pensiones, prestaciones, paro, maternidad, menores, deficiencias, Reino Unido.

DIXON, J.; SCHEURELL, R. R. "Social Welfare in Developed Market Countries". Londres (GB). *Routledge*, 1989, 422 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, panorama internacional.

FAMILY AND CHILD CARE LAW TRAINING GROUP, THE. "Training together: A training and curriculum model for the Children Act 1989". Londres (GB). *Family Child Care Law Training Group, The*, 1990, 159 págs., Biblio. G11.27.

Menores, protección de menores, normativa, información, trabajo social, formación de personal. Reino Unido, evaluación de necesidades.

FERRANDIS, A. "Orientaciones educativas y sociales del Servicio de Menores Protegidos de la Comunidad de Madrid". En: *La educación social en España*. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia, 1989, 164-186 págs., Biblio. G9.186.

Menores, atención, desinstitucionalización, servicios alternativos, educación.

FERRERA, M. "Italy". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). *Routledge*, 1989, 122-146 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Italia.

FORSÜND, H. M. "Norway". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). *Routledge*, 1989, 228-263 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación, Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Noruega.

FRIJDA, J. S. "Homehelp service as a special resource to multi-problem families. La". Utrecht (NL). *International Council of Homehelp Services*, 1981, 11 págs., Biblio. N1d, fol. 56.

Asistencia domiciliaria, marginación, drogodependencias, pobreza, ancianos, migración.

GARDINI, M. "Progetto di assistenza domiciliare ai minori del comune di Milano". *Rivista di Servizio Sociale*. La, 30, 2, 1990, págs. 83-91, Biblio. R.649.

Menores, asistencia domiciliaria, servicios sociales, organización y gestión.

GARRIDO, V. "Pedagogía de la delincuencia juvenil". Barcelona. *CEAC*, 1989, 157 págs., Biblio. G3.26.

Menores, delincuencia juvenil, conducta, diagnóstico, evaluación, escalas, terapia, prevención, escuela, familia.

HARRIS, R.; WEBB, D. "Welfare, power, and juvenile justice". Londres (GB). *Tavistock*, 1987, 209 págs., Biblio. G1c.7.

Menores, juventud, delincuencia juvenil, justicia. Tribunal de Menores, servicios sociales, trabajo social, control social, datos estadísticos. Reino Unido.

HOWING, P. T., Y OTROS. "Child abuse and delinquency: The empirical and theoretical links". *Social Work*, 35, 3, 1990, págs. 244-249, Biblio. R.671.

Menores, delincuencia, abusos sexuales.

HUBER, B. "La pena juvenil en Inglaterra y Gales. Principios jurídicos y práctica sancionadora". *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 40, 1, 1987, págs. 165-191, Biblio. G1i, fol. 14.

Menores, protección de menores, tutela, delincuencia juvenil. Tribunal de Menores, policía, sanciones, estadísticas de población, datos estadísticos, normativa. Reino Unido.

JONES, R. "Adoption act manual". Londres (GB). *Sweet and Maxwell*, 1988, 263 págs., Biblio. E2b.10.

Menores, adopción, tribunales, tramitación, responsabilidad familiar, cuestionarios, normativa. Reino Unido.

KEITHLEY, J. "United Kingdom". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). *Routledge*, 1989, 309-344 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro. Reino Unido.

MAGILL, R. S. "United States of America". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). *Routledge*, 1989, 345-386 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación, Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Estados Unidos.

MULLER, C. W. "Germany, West". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). *Routledge*, 1989, 89-121 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación, Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Alemania.

MUNCIE, J. "The juvenile criminal justice system". En: *Delivering Justice Milton*. Keynes (GB). *Open University Press*, 1981, 81-111 págs., Biblio. G3.28.

Menores, delincuencia juvenil, justicia, Tribunal de Menores, sanciones, prisión, tipología, trabajo social, estudio descriptivo, normativa. Reino Unido.

MUNCIE, J. "Scottish children's hearings: The case for welfare?". En: *Delivering Justice Milton*. Keynes (GB). *Open University Press*, 1981, 113-172 págs., Biblio. G3.28.

Menores, delincuencia juvenil, justicia, policía. Tribunal de Menores, trabajo social, sanciones, prisión, tipología, normativa, estudio descriptivo, Escocia, Reino Unido.

McCALLUM, J. "Australia". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 1-46 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Australia.

NATIONAL ASSOCIATION FOR THE CARE AND RESETTLEMENT OF OFFENDERS. "Reducing custody for juveniles: The DHSS intermediate treatment initiative". Londres (GB). *National Association for the Care and Resettlement of Offenders*, 1990, 30 págs., Biblio. G1i, fol. 10.

Menores, delincuencia juvenil, justicia, sanciones, alternativas, trabajo social, voluntariado, coordinación, programas y métodos. Reino Unido.

NATIONAL ASSOCIATION FOR THE CARE AND RESETTLEMENT OF OFFENDERS. "School reports in the juvenile court. A second look". Londres (GB). *National Association for the Care and Resettlement of Offenders*, 1988, 36 págs., Biblio. G1i, fol. 11.

Menores, delincuencia juvenil, justicia. Tribunal de Menores, escuela, información, relación profesionales, coordinación, recomendaciones. Reino Unido.

NATIONAL ASSOCIATION FOR THE CARE AND RESETTLEMENT OF OFFENDERS. The children act: Implications for juvenile justice". Londres (GB). *National Association for the Care and Resettlement of Offenders*, 1989, 7 págs., Biblio. G1i, fol. 12.

Menores, delincuencia juvenil, sanciones, normativa. Reino Unido.

OLSSON, S. E. "Sweden". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 264-308 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación, Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Suecia.

PALEY, J., Y OTROS. "Acting on behalf of children. Part 1, An introduction to the Children Act 1989". Londres (GB). *Arta Ltd., London Boroughs Training Committee*, 1990, 83 págs., Biblio. G1f.26.

Menores, protección de menores, normativa, información, terminología. Reino Unido.

PETR, C. G.; SPANO, R. N. "Evolution of social services for children with emotional disorders". *Social Work*, 35, 3, 1990, págs. 228-234, Biblio. R.671.

Menores, servicios sociales, problemas afectivos, evolución, historia, Estados Unidos.

POLLARD, T. G. "Relative addiction potential of major centrally —active drugs and drug classes— Inhalants and anesthetics". *Advances in alcohol and substance abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 149-165, Biblio. R.230.

Drogodependencias, inhalantes, toxicidad, menores.

QUAY, H. C. "Handbook of juvenile delinquency". New York (USA). *John Wiley & Sons*, 1987, 480 págs., Biblio. G3.27.

Menores, delincuencia juvenil, epidemiología, ecología social, factores psicológicos, factores socioeconómicos, prevención, institucionalización, alternativas.

ROEBROEK, J. M. "Netherlands". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 147-189 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Holanda.

RONDEAU, J. L. "Des espaces tsiganes au travail social". *Sauvegarde de l'enfance*, 1, 1990, págs. 116, Biblio. R.114.

Gitanos, menores, protección de menores, educación, trabajo social, ley, Francia.

SCOTT, J. "Please speak up... Children's evidence in legal proceedings". *Adoption and Fostering*, 13, 3, 1989, págs. 49-51, Biblio. R.822.

Niños, menores, abusos sexuales, tribunales, Europa.

SEABERG, J. R. "Child well-being: A feasible concept?". *Social Work*, 35, 3, 1990, págs. 267-272, Biblio. R.671.

Menores, escala de satisfacción, concepto.

STAFFORD, E.; HILL, J. "The tariff, social inquiry reports and the sentencing of juveniles". *British Journal of Criminology*, The, 27, 4, 1987, págs. 411-419, Biblio. G1i, fol. 13.

Menores, delincuencia juvenil. Tribunal de Menores, trabajo social, relación profesionales, información, datos estadísticos. Reino Unido.

TRACY, E. M. "Identifying social support resources of at-risk families". *Social Work*, 35, 3, 1990, págs. 252-258, Biblio. R.671.

Menores, apoyo social, intervención familiar, familias problemáticas.

UTTLEY, S. "New Zealand". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 190-227 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Nueva Zelanda.

VALVERDE, J. "El proceso de inadaptación social". Madrid. *Popular*, 1988, 287 págs., Biblio. G2b.25.

Marginación social, inadaptación social, delincuencia, concepto, sociología, psicología, normativa, menores, vivienda, familia, escuela, trabajo.

VELASCO, J.; UNQUERA, M. J. "Cuestiones de interés suscitadas en la aplicación de la Ley 21/87". *Revista de Treball Social*, 117, 1990, págs. 196-198, Biblio. R.418.

Menores, protección de menores, normativa, España.

YOUNG, E. B. "The role of incest issues in relapse". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 249-258, Biblio. R.829.

Drogodependencias, menores, abusos sexuales, incesto, recaída.

ZABARTE, M. E. "Diferencia versus marginación. Anotaciones sobre un debate sobre los diferentes, la tole-

rancia y la incorporación social". *Comunidad y Drogas*, 15, 1990, págs. 51-59, Biblio. R.784.

Drogodependencias, marginación, integración social, integración escolar, integración laboral, reuniones.

JUVENTUD

BELLAMY, D. F.; IRVING, A. "Canadá". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 47-88 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación, Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Canadá.

CASTRO, D. DE; GARCÍA, M. L. "La formación de animadores. El modelo español a través de las legislaciones central y autonómicas". Salamanca. *Universidad Pontificia de Salamanca*, 1989, 176 págs., Biblio. F9.13.

Juventud, animación sociocultural, profesiones, formación de personal, programas educativos, normativa, autonomías, España.

DIXON, J., Y SCHEURELL, R. P. *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 422 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, panorama internacional.

FERRERA, M. "Italy". En *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 122-146 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Italia.

FORSUND, H. M. "Norway". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 228-263 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Noruega.

GURREA, P. "Síntesis del Informe sobre la situación de la juventud en España, 1988". *Cuadernos de Acción Social*, 16, 1989, págs. 102-108, Biblio. R.491.

Juventud, estudio descriptivo, características población, emancipación, España.

HARRIS, R.; WEBB, D. "Welfare, power, and juvenile justice". Londres (GB). *Tavistock*, 1987, 209 págs., Biblio. G1c.7.

Menores, juventud, delincuencia juvenil, justicia. Tribunal de Menores, servicios sociales, trabajo social, control social, datos estadísticos. Reino Unido.

HOMEL, P., Y OTROS. "The drug market position of cocaine among young adults in Sydney". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 891-897, Biblio. R.696.

Drogas, cocaína, consumo, juventud, Australia.

HUFF, C. R. "Youth gangs and public policy". *Crime and delinquency*, 35, 4, 1989, págs. 524-537, Biblio. R.813.

Juventud, violencia, compañeros, grupo, política social, factores socioeconómicos, recomendaciones.

JUVENTUD OBRERA CRISTIANA, EQUIPO DE INVESTIGACIÓN SOCIOLÓGICA EDIS. "Ocio y vida cotidiana de la juventud trabajadora". Madrid. *Popular*, 1980, 77 págs., Biblio. F1.11.

Juventud, trabajo, ocio, barrios, estudio sociológico.

KEITHLEY, J. "United Kingdom". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 309-344 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Reino Unido.

MAGILL, R. S. "United States of America". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 345-386 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Estados Unidos.

MALLOWS, M. "Abercrave weekend: Exploring the needs of transracially adopted young people". *Adoption and Fostering*, 13, 3, 1989, págs. 34-36, Biblio. R.822.

Juventud, adopción, etnia, estudio de necesidades.

MALPASS, P. "The housing crisis". London (GB). Routledge, 1990, 243 págs., Biblio. G4d.11.

Vivienda, crisis, política de vivienda, ancianos, sin techo, juventud. Reino Unido.

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. "Convention Internationale des Droits de l'Enfant". París (FR). *Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale*, 1990, 24 págs., Biblio. E1a.14.

Niños, juventud, derechos, ley.

MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS. "Social services act and care of young persons (special provisions) Act/LVU". Stockholm (SE). *Ministry of Health and Social Affairs*, 1981, 47 págs., Biblio. G9, fol. 47.

Servicios Sociales, Juventud, ley, organización y gestión, Suecia.

MULLER, C. W. "Germany, West". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 89-121 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Alemania.

McCALLUM, J. "Australia". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 1-46 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación, Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Australia.

NAVARRO, M. E.; OTROS. "Depresión y peligro de autolisis en psicóticos jóvenes. Una nueva modalidad de evaluación". *Informaciones psiquiátricas*, 119, 1990, págs. 7-15, Biblio. R.673.

Psiquiatría, juventud, depresión, suicidio, alto riesgo, psicosis, detección.

OLSSON, S. E. "Sweden". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 264-308 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Suecia.

PANTOJA, L. "Juventud en situación marginal y educativa en algunas Comunidades. Euskadi: Necesidades y realizaciones. En: *La educación social en España*. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia, 1989, 244-267 págs., Biblio. G9.186.

Niños, juventud, marginación social, atención, servicios sociales, historia, soluciones residenciales, CAPV.

PUIG, E. "La política de juventud como pedagogía social". En: *La educación social en España*. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia, 1989, 268-287 págs., Biblio. G9.186.

Juventud, política social, política sectorial, marginación social, perspectivas.

ROEBROEK, J. M. "Netherlands". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 147-189 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Holanda.

SKOVRON, S. E.; OTROS. "The death penalty for juveniles: An assessment of public support". *Crime and Delinquency*, 35, 4, 1989, págs. 546-561, Biblio. R.813.

Juventud, delincuencia, penalización, actitudes sociales, Estados Unidos.

SMITH, C, Y OTROS. "Prison adjustment of youthful inmates with mental retardation". *Mental retardation*, 28, 3, 1990, págs. 177-81, Biblio. R.101.

Deficiencia mental, juventud, prisión, adaptación.

UTTLEY, S. "New Zealand". En: *Social Welfare in Developed Market Countries*. Londres (GB). Routledge, 1989, 190-277 págs., Biblio. G9e.13.

Política social, estructura jurídico-administrativa, financiación. Seguridad Social, servicios sociales personales, evaluación de servicios, ancianos, deficiencias, enfermedades crónicas, menores, juventud, familias problemáticas, paro, Nueva Zelanda.

WHITAKER, L. C.; DAVIS, W. N. The bulimic college student. Evaluation, treatment and prevention". Londres (GB). *Haworth Press, The*, 1989, 340 págs., Biblio. A4b.9.

Juventud, nutrición, obesidad, psiquiatría, evaluación, tratamiento, prevención.

POBREZA

"Logement des plus demunis". *Travail Social Actualites*, 318, 1990, pág. 4, Biblio. R.735.

Pobreza, política de vivienda, planes regionales, normativa, Francia.

POBREZA, SALARIO SOCIAL, EVALUACIÓN, FRANCIA. "Las diferentes prestaciones sociales en la Comunidad Europea y en España. Rentas de inserción". *Cuadernos de Acción Social*, 23, 1990, págs. 60-97, Biblio. R.491.

Pobreza, salario social, prestaciones sociales, estudio comparativo, Autonomías, Comunidades Europeas.

ALLASSM, D. "Caracteristiques des beneficiaires et nature des contrats etablis dans le cadre du revenu minimum d'insertion". *Solidarite sante. Etudes statistiques*, 1, 1990, págs. 25-34, Biblio. R.653.

Pobreza, salario social, beneficiarios, características usuario, integración social, cuestionarios.

AMURRIO, R. "Realizaciones en 1988 de los programas sobre situaciones de necesidad (II Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza). Actividades previstas para 1989". *Cuadernos de Acción Social*, 16, 1989, págs. 18-24, Biblio. R.491.

Pobrezas, Autonomías, programa de lucha contra la pobreza, resultados.

APARICIO, M. "Renta mínima y salario ciudadano", vol. II. Madrid. *Caritas*, 1990, 222 págs., Biblio. G4a57.

Pobreza, salario social, panorama internacional. Autonomías, política económica, política social, integración social, alternativas, derechos humanos, crítica, normativa, datos estadísticos, estudio comparativo.

CHRISTIAN, D. "Le revenu minimum d'insertion: Quelle part regionale?". *Echanges-sante*, 58, 1990, págs. 20-26, Biblio. R.703.

Salario social, datos estadísticos, pobreza, características usuario, Francia.

COMITÉ ESPAÑOL PARA EL BIENESTAR SOCIAL "Acciones frente a la pobreza". Madrid. *Acebo*, 1 990, 181 págs., Biblio. G4a.58.

Pobreza, política social, concepto, etiología, programa de lucha contra la pobreza, salario social, planes locales, experiencias.

COMUNIDADES EUROPEAS. "El empleo en Europa". *Documentos*, 1989, pág. 176, Biblio. R.741.

Trabajo, política empleo, paro, formación profesional, economía sumergida, estudio descriptivo, prestaciones económicas, datos estadísticos, pobreza, normativa. Comunidades Europeas.

DAY, P. J. "The new poor in America: Isolationism in an international political economy". *Social Work*, 34, 3, 1989, págs. 227-233, Biblio. R.671.

Pobreza, trabajo social, servicios sociales, estadísticas de población, etnia, Estados Unidos.

DHOOGHE, Y.; BECKER, S. "Working with unemployment and poverty". Londres. *Barbara Harrison*, 1989, 100 págs., Biblio. G4a.56.

Pobreza, paro, trabajo social, manuales. Reino Unido.

ELIOT, N. "Jornadas Internacionales sobre Servicios Sociales Municipales. Un año de experiencia de inserción en el Municipio de Rennes". *Cuadernos de Acción Social*, 21-22, 1990, págs. 80-84, Biblio. R.491.

Pobreza, salario social. Ayuntamientos, planes locales, política municipal, reuniones, Francia.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN SOCIOLOGICA EDIS. CARITAS. "Pobreza y desigualdad en la Comunidad de Madrid". Madrid. *Popular*, 1989, 381 págs., Biblio. G4a.51.

Pobreza, desigualdad social, estudio de necesidades, servicios y centros, prestaciones, programas y métodos, diagnóstico, estudio descriptivo. Autonomías.

EUROSTAT. "Informe de Eurostat: Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas". Luxemburgo, mayo 1987". *Zerbitzuan*, 7, 1989, págs. 78-91, Biblio. R.721.

Pobreza, estadísticas económicas. Comunidades Europeas.

EUSKO JAURLARITZA. "Decreto por el que se regula la concesión del ingreso mínimo familiar". Vitoria-Gasteiz. *Eusko Jaurlaritz*, 1989, 22 págs., Biblio. G4a, fol. 8.

Pobreza, salario social, ley, CAPV.

FRIJDA, J. S. "Homehelp service as a special resource to multi-problem families". La Utrecht (NL). *International Council of Homehelp Services*, 1981, 11 págs., Biblio. N1d, fol. 56.

Asistencia domiciliaria, marginación, drogodependencias, pobreza, ancianos, migración.

GUIJARRO, J. M. "Resumen del Informe «La situación social en el mundo». Presentado por el secretario general de la Comisión de Desarrollo en su XXI Sesión". *Cuadernos de Acción Social*, 16, 1989, págs. 47-67, Biblio. R.491.

Situación Social, panorama internacional, ONU, estructura de gasto, desarrollo social, informes, familia, mujer, consumo, pobreza, nuevas tecnologías, migración, drogas, ecología.

HIRSCH, E. "Nouvelles pauvretes, nouvelles solidantes". *Problemes politiques et sociaux*, 588, 1988, págs. 64, Biblio. R.293.

Pobreza, concepto, Francia, Comunidades Europeas, Estados Unidos, características usuario, planes de emergencia, salario social.

HOUSE OF COMMONS. "Families on low income: low income statistics". Londres (GB). *Her Majesty's Stationery Office*, 1988, 27 págs., Biblio. G4a.26.

Pobreza, estadísticas de población, estadísticas económicas, informes, familia. Reino Unido.

HOZ, J. M. DE LA. "Un año de aplicación de la RMI en Francia: el inicio de un largo y complejo camino". *Cuadernos de Acción Social*, 23, 1990, págs. 108-119, Biblio. R.491.

Pobreza, salario social, evaluación, Francia.

LAPARRA, M.; OTROS. "El salario social sudado". Madrid. *Popular*, 1989, 286 págs., Biblio. G4a.53.

Pobreza, salario social, estadísticas de población, programas y métodos, estudios. Autonomías.

LARSON, O. W.; OTROS. "Migrants and maltreatment: Comparative evidence from central register data". *Child Abuse and Neglect*, 14, 3, 1990, págs. 375-385, Biblio. R.631.

Niños, migración, niños maltratados, pobreza, datos epidemiológicos, Estados Unidos.

LOIS, J.; OTROS. "Marginados". Madrid. *Popular*, 1988, 110 págs., Biblio. G2b.26.

Marginación social, pobreza, desigualdad social, servicios y centros, experiencias, España.

MILANO, S. "Le revenu minimum garanti dans la C.E.E.". París (FR). *Presses Universitaires de France*, 1989, 125 págs., Biblio. G4a.54.

Pobreza, salario social, estudios. Comunidades Europeas.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. "Intervention sociale d'interet collectif". París (FR). *Documentación Francaise*, La, 1988, 569 págs., Biblio. G9.185.

Servicios sociales, política social, desarrollo social, pobreza, trabajo social comunitario, concepto, terminología, estudio retrospectivo, nivel local, política, política municipal, bibliografías, Francia.

PARIJS, P. VAN. "Peut-on justifier une allocation universelle?". *Futuribles*, 144, 1990, págs. 29-42, Biblio. R.805.

Salario social, pobreza, teoría, crítica, política social.

PREVOT-SCHAPIRA, M. F. "Pauvrete, crise urbaine et emeutes de la faim dans le grand Buenos Aires". *Notes et etudes documentaires*, 95, 1990, págs. 51-71, Biblio. R.762.

Pobreza, ecología social, distribución de riqueza, nivel de vida, crisis económica, medio urbano, América del Sur.

RODGERS, G.; STANDING, G. "Trabajo infantil, pobreza y subdesarrollo". Ginebra (CH). *O.I. T.*, 1983, 131 págs., Biblio. G11.19.

Niños, pobreza, trabajo.

ROS, E. "Salario social y pensiones no contributivas versus pobreza y marginación social". *Revista de Treball Social*, 117, 1990, págs. 165-169, Biblio. R.418.

Pobreza, salario social, pensiones asistenciales, marginación social, participación usuarios, panorama internacional. Autonomías.

SAIZARBITORIA, R. "La acción social contra la pobreza (2.^a parte)". *Zerbitzuan*, 8, 1989, págs. 7-14, Biblio. R.721.

Pobreza, servicios sociales, análisis, coste, programas y métodos, resultados.

SIMBILLE, J. "Revenu minimum d'insertion. D'une reforme a une autre: le progres des idees ou le retour au passe?". *Cahiers du C. T.N.E.R.H.I. handicaps et inadaptations*, 49, 1990, págs. 103-115, Biblio. R.562.

Pobreza, salario social, organización y gestión, normativa, Francia.

U.N.I.C.E.F. "Les strategies d'aide a l'enfance pour les annees 1990". New York (USA). *U.N.I.C.E.F.*, 1989, 50 págs., Biblio. G11.16.

Niños, pobreza, salud materna, nutrición, educación, problemas, recomendaciones, reuniones internacionales.

DEFICIENCIAS

"Les formations d'educateur specialise et de moniteur-educateur". *Travail Social Actualites*, 327, 1990, págs. 11-13, Biblio. R.735.

Deficiencias, formación de personal, educador especializado, monitor, normativa, Francia.

"Qu'est-ce que le M.T.M.?". *Insertion et Travail Adapte*, 69, 1990, págs. 43, Biblio. R.485.

Deficiencias, centros de empleo, trabajo protegido, evaluación, escalas.

"Adult services around the world". *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 84, 6, 1990, págs. 344, Biblio. R.606.

Deficiencia visual, rehabilitación, adultos, programas y métodos, servicios y centros, panorama internacional.

"Orden por la que se establecen las proporciones de profesionales/alumnos en la atención educativa de los alumnos con necesidades especiales". *Comunidad Escolar*, 290, 1990, págs. 28, Biblio. R.590.

Deficiencias, educación especial, educador especializado, estándares, normativa, España.

"Proceedings of the Third International Down's Syndrome Congress", 1989, 8 págs., Biblio. Z1, fol. 18.

Síndrome de Down, bibliografías.

ALLEN, D. "Evaluation of a community-based day service for people with profound mental handicaps and additional special needs". *Mental Handicap Research*, 3, 2, 1990, págs. 179-195, Biblio. R.228.

Deficiencia mental profunda, centros de día, evaluación de servicios, deficiencia múltiple, acción comunitaria.

ALTMAN, R., Y LEWIS, T. J. "Social judgments of integrated and segregated students with mental retardation toward their same-age peers". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 2, 1990, págs. 107-119, Biblio. R.404.

Deficiencia mental, integración escolar, socialización, compañeros.

ARTIGUE, J. "La atención a disminuidos psíquicos en una institución psiquiátrica". *Informaciones Psiquiátricas*, 120, 1990, págs. 151-160, Biblio. R.673.

Deficiencia mental, hospital psiquiátrico, atención psiquiátrica, programas y métodos, desinstitucionalización, experiencias.

ASSOCIATION SUISSE DES ORGANISATIONS D'AIDE FAMILIALE. "Les services d'aide a domicile en Suisse". Berna (CH). *Association Suisse des Organisations d'Aide Familiale*, 1988, 4 págs., Biblio. N1d, fol. 52.

Asistencia domiciliaria, familia, niños, ancianos, deficiencias, enfermos, organización y gestión, formación de personal, coste, Suiza.

BAKER-SHENK, C; KYLE, J. G. "Research with deaf people: issues and conflicts". *Disability, Handicap and Society*, 5, 1, 1990, págs. 65-75, Biblio. R.743.

Deficiencia auditiva, tratamiento, crítica, investigación.

BECKER, H. A., Y OTROS. "Health promoting attitudes and behaviors among persons with disabilities". *International Journal of Rehabilitation Research*, 12, 3, 1989, págs. 235-250, Biblio. R.493.

Deficiencias, salud, actitudes usuarios, autonomía personal, educación sanitaria.

BEGUE-SIMON, A. M. "Instruments de mesure utilises en readaptaron". *International Journal of Rehabilitation Research*, 12, 3, 1989, págs. 279-295, Biblio. R.493.

Deficiencias, actividades vida diaria, rehabilitación, autonomía personal, evaluación, escalas.

BEST, A. B. "Steps to independence: practical guidance on teaching people with mental and sensory handicaps". Londres (GB). *Bimh Publications*, 1987, 104 págs., Biblio. C3.39.

Deficiencia mental, deficiencia sensorial, deficiencia múltiple, entrenamiento, autonomía personal, programas y métodos, actividades vida diaria, directorios.

BEST, A. B. "General principles of training". En: *Steps to Independence*. Londres (GB). *Bimh Publications*, 1987, 15-22 págs., Biblio. C3.39.

Deficiencia visual, entrenamiento, autonomía personal, generalidades.

BEST, A. B. "Communication". En: *Steps to Independence*. Londres (GB). *Bimh Publications*, 1987, 23-30 págs., Biblio. C3.39.

Deficiencia mental, deficiencia múltiple, deficiencia sensorial, comunicación.

BEST, A. B. "The living environment". En: *Steps to Independence*. Londres (GB). *Bimh Publications*, 1987, 31-45 págs., Biblio. C3.39.

Deficiencia sensorial, deficiencia mental, deficiencia múltiple, vivienda, equipamiento, barreras.

BEST, A. B. "Training approaches". En: *Steps to Independence*. Londres (GB). *Bimh Publications*, 1987, 46-60 págs., Biblio. C3.39.

Deficiencias, deficiencia múltiple, entrenamiento, educación especial.

BEST, A. B. "Activities". En: *Steps to Independence*. Londres (GB). *Bimh Publications*, 1987, 61-95 págs., Biblio. C3.39.

Deficiencia visual, entrenamiento, actividades vida diaria, programas de actividades.

BLACK, M. M., Y OTROS. "Families caring for a young adult with mental retardation: Service needs and

urgency of community living requests". *American Journal on mental retardation*, 95, 1, 1990, págs. 32-39, Biblio. FU 00.

Deficiencia mental, adultos, estudio de necesidades, medio familiar, intervención familiar, servicios de alivio, servicios de apoyo.

BOOTH, W.; OTROS. "Return journey: The relocation of adults from long-stay hospital into hostel accommodation". *British Journal of Mental Subnormality, The*, 36, 71, 1990, págs. 87-97, Biblio. R.119.

Deficiencia mental, adultos, post-hospitalización, integración social, autonomía personal, soluciones residenciales, investigación.

BOWYER, J. J.; Y OTROS. "Exercise ability after mustard's operation". *Archives of disease in childhood*, 65, 8, 1990, págs. 865-870, Biblio. R.186.

Deficiencias, cardiopatías, niños, ejercicio físico.

BREITENBACH, N. "Le malade mental stabilise, vieux avant l'age ou vieux tout court, ou vivra-t-il ses dernières années". *Readaptaron*, 372, 1990, págs. 22-23, Biblio. R.112.

Enfermedades mentales, deficiencia mental, ancianos, envejecimiento.

BRINKER, R. P. "In search of the foundation of special education: Who are the individuals and what are the differences?". *Journal of Special Education, The*, 24, 2, 1990, págs. 174-184, Biblio. R.350.

Deficiencias, educación especial, estudiantes, programas individualizados.

CASADO, D. "Las NT están siendo utilizadas por debajo de sus posibilidades en relación con la discapacidad". *FUNDESCO*, 109, 1990, págs. 5-6, Biblio. R.636.

Deficiencia física, nuevas tecnologías, información. Real Patronato, organismos, programas y métodos, España.

CÍA, C, Y OTROS. "Una experiencia a estudio. Convivencias sociales en el Hospital Psiquiátrico San Luis, de Palencia". *Informaciones Psiquiátricas*, 120, 1990, págs. 181-209, Biblio. R.673.

Psiquiatría, enfermedades mentales, deficiencia mental, hospital psiquiátrico, relación familia-profesionales, estadísticas de servicios, organización de servicios, trabajo social, desinstitucionalización, terapia ocupacional. Autonomías, experiencias.

CLARE, I.; CLEMENTS, J. "Social cognition and impaired social interaction in people with severe learning difficulties". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 4, 1990, págs. 309-324, Biblio. R.104.

Deficiencia mental, problemas de aprendizaje, inteligencia, socialización, interacción social.

COTTRELL, J.; SUMMERS, K. "Communicating and evolutionary diagnosis of disability to parents". *Child Care, Health and Development*, 16, 4, 1990, págs. 211-218, Biblio. R.628.

Deficiencias, niños, diagnóstico, impacto familiar.

CRAIG, D. E.; BOYD, W. E. "Characteristics of employers of handicapped individuals". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 40-43, Biblio. R.100.

Deficiencia mental, trabajo, empresa, medio laboral, características, contratos, estudio descriptivo.

CROCE, R. V. "Effects of exercise and diet on body composition and cardiovascular fitness in adults with severe mental retardation". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 2, 1990, págs. 176-187, Biblio. R.404.

Deficiencia mental severa, salud, ejercicio físico, adultos.

CROCKER, T. M. "Assessing client participation in mental handicap services: A pilot study". *British Journal of Mental Subnormality, The*, 36, 71, 1990, págs. 98-107, Biblio. R.119.

Deficiencia mental, organización de servicios, participación usuarios, evaluación de servicios, rehabilitación.

DATTA, D., Y OTROS. "Myoelectric prostheses for below-elbow amputees: The trent experience". *International Disability Studies*, 11,4, 1989, págs. 167-170, Biblio. R.831.

Deficiencia física, extremidades superiores, ortoprótesis, rehabilitación, ayudas técnicas, evaluación de servicios.

DEMCHAK, M. A.; BROWDER, D. M. "An evaluation of the pyramid model of staff training in group homes for adults with severe handicaps". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 2, 1 990, págs. 150-163, Biblio. R.404.

Deficiencia mental severa, vivienda asistida, formación de personal, evaluación educativa.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. "Health service residential accommodation for the mentally handicapped. Interim building design guidance". *Health Notice*, 21, Anexo III, 1980, págs. 1-9, Biblio. N1a, fol. 81.

Deficiencia mental, residencias, normativa, arquitectura, equipamiento, estándares, coste, recomendaciones, estadísticas de servicios.

DUKER, P.; RIKKEN, A. "Assessing transparency of communicative gestures for mentally handicapped individuals". *International Journal of Rehabilitaron Research*, 12, 3, 1989, págs. 318-320, Biblio. R.493.

Deficiencia mental, comunicación no verbal, estudios.

DUNN, P. A. "The impact of the housing environment upon the ability of disabled people to live independently". *Disability, Handicap and Society*, 5, 1, 1 990, págs. 37-52, Biblio. R.743.

Deficiencia física, barreras, vivienda, impacto, autonomía personal, estudios.

DUNNE, T. P.; POWER, A. "Sexual abuse and mental handicap: Preliminary findings of a community based study". *Mental Handicap Research*, 3, 2, 1990, págs. 111-125, Biblio. R.228.

Deficiencia mental, abusos sexuales, estudio descriptivo, investigación, conducta, encuestas, tratamiento.

ESPIÉ, C. A., Y OTROS. "Antiepileptic polypharmacy, psychosocial behaviour and locus of control orientation among mentally handicapped adults living in the community". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 4, 1990, págs. 351-360, Biblio. R.104.

Deficiencia mental, epilepsia, tratamiento, fármacos, efectos, evaluación.

F.E.A.P.S. "Tutela: Teoría y práctica". Madrid. *F.E.A.P.S.*, 1990, 101 págs., Biblio. E2a.16.

Deficiencia mental, tutela, incapacidad jurídica, tutores, consejo de familia, ley, estudio descriptivo, España.

FARDEAU, M., Y OTROS. "Pour une analyse de la politique sociale en faveur des handicaps: l'activité des cotorep". *Cahiers du C.T.N.E.R.H.I. handicaps et inadaptations*, 49, 1990, págs. 1-31, Biblio. R.562.

Deficiencias, integración laboral, orientación profesional, servicios de diagnóstico, prestaciones económicas, datos estadísticos.

FERNANDEZ, J. M. "Código completo de los minusválidos. La legislación que les concierne, las prestaciones y los subsidios que les corresponden". Barcelona. *De Vecchi*, 1988, 312 págs., Biblio. E1.24.

Deficiencias, normativa, ley, incapacidad jurídica, prestaciones sociales, prestaciones económicas, integración social, barreras, España.

GERBER, D. A. "Listening to disabled people: The problem of voice and authority in Robert B. Edgerton's «The cloak of competence»". *Disability, Handicap and Society*, 5, 1, 1990, págs. 3-23, Biblio. R.743.

Deficiencia mental, concepto, crítica, desinstitucionalización, estigma.

GONZÁLEZ, P. "La figura del animador". *Revista de Servéis Socials*, 6, 1989, págs. 23-28, Biblio. R.503.

Deficiencias, ocio, animación sociocultural, perfil profesional, integración social.

GOODMAN, J. F. "Variations in children's conceptualizations of mental retardation as a function of inquiry methods". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 6, 1990, págs. 935-948, Biblio. R.458.

Deficiencia mental, actitudes sociales, niños, etiquetamiento, concepto.

HALDY, M. B.; HANZLIK, J. R. "A comparison of perceived competence in child-rearing between mothers of children with down syndrome and mothers of children without delays". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 2, 1990, págs. 132-141, Biblio. R.404.

Deficiencia mental, síndrome de Down, relación madre-hijo, educación, medio familiar, estudio comparativo.

HARRISON, B.; TOMES, A. "Employers' attitudes to the employment of people with mental handicaps: An empirical study". *Mental Handicap Research*, 3, 2, 1990, págs. 196-213, Biblio. R.228.

Deficiencia mental, integración laboral, empresa, actitudes sociales, etiquetamiento.

HEGARTY, S.; POCKLINGTON, K. "Programas de integración. Estudios de casos de integración de alumnos con necesidades especiales". Madrid. *Siglo XXI*, 1989, 380 págs., Biblio. C3.41.

Deficiencias, integración escolar, educación especial, programas educativos, experiencias.

HESS, A. M., Y OTROS. "Reducing truancy in students with mild handicaps". *Remedial and Special Education*, 11,4, 1990, págs. 14-19, Biblio. R.515.

Deficiencia mental media, delincuencia, escuela, tratamiento.

HOFMEISTER, A. M. "Individual differences and the form and function of instruction". *Journal of Special Education, The*, 24, 2, 1990, págs. 150-159, Biblio. R.350.

Deficiencias, educación especial, profesiones, práctica, métodos educativos, rendimiento.

JACOB, E. "Alternative approaches for studying naturally occurring human behavior and thought in special education research". *Journal of Special Education, The*, 24, 2, 1990, págs. 195-211, Biblio. R.350.

Deficiencias, educación especial, conducta, desarrollo cognitivo, investigación.

JIANG, 2. D., Y OTROS. "Long-term impairments of brain and auditory functions of children recovered from purulent meningitis". *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 6, 1990, págs. 473-480, Biblio. R.727.

Meningitis, secuelas, deficiencia auditiva, lesión cerebral, estudio prospectivo.

JOHNSON, A.; ASHURST, H. "Screening for sensorineural deafness by health visitors". *Archives of Disease in Childhood*, 65, 8, 1990, págs. 841-845, Biblio. R.186.

Deficiencia auditiva, detección precoz, metodología, tests auditivos, datos epidemiológicos.

JONES, R. "Registered homes act manual". Londres (GB). *Sweet and Maxwell*, 1989, 145 págs., Biblio. R1n.170.

Residencias, residencias asistidas, ancianos, niños, deficiencias, acreditación, normativa, control, manuales, estándares. Reino Unido.

JONGBLOED, L; CRICHTON, A. "Difficulties in shifting from individualistic to socio-political policy regarding disability in Canada". *Disability, Handicap and Society*, 5, 1, 1990, págs. 25-36, Biblio. R.743.

Deficiencias, concepto, teoría, política social, calidad de vida.

KASARI, C, Y OTROS. "Affect and attention in children with Down syndrome". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 55-67, Biblio. R.100.

Síndrome de Down, afectividad, atención, comunicación, lenguaje.

KATSIYANNIS, A. "Provision of related services: State practices and the issue of eligibility criteria". *Journal of Special Education, The*, 24, 2, 1990, págs. 246-254, Biblio. R.350.

Deficiencias, educación especial, criterios de admisión, estudio nacional, características usuario, Estados Unidos.

KORTERING, L, Y OTROS. "An instructive review of the law pertaining to the graduation of special education students". *Remedial and Special Education*, 11,4, 1990, págs. 7-13, Biblio. R.515.

Deficiencia mental, educación especial, acreditación, normativa, Estados Unidos.

LACASTA, J. J. "El ocio como medio integrador". *Revista de Servéis Socials*, 6, 1989, págs. 7-14, Biblio. R.503.

Deficiencias, integración social, ocio, teoría.

LANCIONI, G. E.; HOOGEVEEN, F. R. "Non-aversive and mildly aversive procedures for reducing problem behaviours in people with developmental disorders: A review". *Mental Handicap Research*, 3, 2, 1990, págs. 137-160, Biblio. R.228.

Deficiencia mental, conducta, tratamiento, estudio descriptivo, casuística, modificación de conducta.

LOFTS, R. H. "Effects of serum zinc supplementation on pica behavior of persons with mental retardation". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 103-109, Biblio. R.100.

Deficiencia mental, ingestión, conducta, tratamiento, fármacos.

LOWENBRAUN, S., Y OTROS. "Parental satisfaction with integrated class placement of special education and general education students". *Remedial and Special Education*, 11,4, 1990, págs. 37-40, Biblio. R.515.

Deficiencias, educación especial, integración escolar, actitudes usuarios, relación familia-profesionales, escala de satisfacción.

MACZKA, K. "Assessing physically disabled people at home". Londres (GB). *Chapman and Hall*, 1990, 126 págs., Biblio. P.22.

Deficiencia física, servicios sociales comunitarios, equipo multidisciplinar, vivienda asistida, barreras, evaluación, ayudas técnicas, directorios.

MEUAC, C; BARBOT, F. DE. "L'integration scolaire des enfants infirmes moteurs cerebraux: Mythe ou realite?". *Cahiers du C.T.N.E.R.H.I. handicaps et adaptations*, 49, 1990, págs. 33-49, Biblio. R.562.

Parálisis cerebral, integración escolar, evaluación.

MELTZER, H., Y OTROS. "Disabled children: Services, transport and education". Londres (GB). *Office of Population Censuses and Surveys, Her Majesty's Stationery Office*, 1989, 148 págs., Biblio. N1.58.

Deficiencias, niños, características población, movilidad, educación, acción comunitaria, utilización de servicios, residencias, medio familiar, coste, financiación, evaluación, cuestionarios, escalas, datos estadísticos. Reino Unido.

MERRILL, E. C; BILSKY, L. H. "Individual differences in the representation of sentences in memory". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 68-76, Biblio. R.100.

Deficiencia mental, memoria, investigación.

MITCHELL, R. A., Y OTROS. "Emerging patterns of disability distribution in developing countries". *International Disability Studies*, 11, 4, 1989, págs. 145-148, Biblio. R.831.

Deficiencias, estudio epidemiológico, países en vías de desarrollo, datos estadísticos, datos epidemiológicos, medio rural, medio urbano, OMS.

MITTLER, P. "Prospects for disabled children and their families: An international perspective". *Disability, Handicap and Society*, 5, 1, 1990, págs. 53-64, Biblio. R.743.

Niños, deficiencias, educación, relación familia-profesionales, programas y métodos.

MOLSA, P. K. "Hepatitis B carriers in a centre for the mentally retarded in Finland and immunogenicity of

hepatitis B vaccine". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 4, 1990, págs. 379-383, Biblio. R.104.

Deficiencia mental, hepatitis, residencias, Finlandia.

OJEDA, M., Y OTROS. "Diseño, implantación y evaluación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales a deficientes mentales institucionalizados". *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, 2, 1989, págs. 183-197, Biblio. R.618.

Deficiencia mental ligera, programas de rehabilitación, entrenamiento, hospital psiquiátrico, socialización, evaluación.

PRING, L. "Getting in touch with pictures and words: educational strategies for the blind". *International Journal of Rehabilitation Research*, 12, 1, 1989, págs. 57-65, Biblio. R.493.

Deficiencia visual, educación, experiencias, aprendizaje, estudios.

PROGETTO (JOMO). "Luce sul mare. Centro vacante progetto uomo igea". Marina (IT). *Progetto Uomo*, 1990, 6 págs., Biblio. P.2f, fol. 2.

Deficiencia física, servicios y centros, vacaciones, Italia.

QUICKE, J. C. "Pupils' knowledge of mental handicap: A study of second year pupils in a british comprehensive school". *International Journal of Rehabilitation Research*, 12, 1, 1989, págs. 17-26, Biblio. R.493.

Deficiencia mental, educación especial, integración escolar, compañeros, estudio descriptivo.

REED, J. "Identification and description of adults with mental handicaps showing physically aggressive behaviours". *Mental Handicap Research*, 3, 2, 1990, págs. 126-136, Biblio. R.228.

Deficiencia mental, adultos, agresividad, conducta, evaluación psicológica, test de Vineland, adaptación.

RIMMERMAN, A., Y OTROS. "Who benefits most from respite care". *International Journal of Rehabilitation Research*, 12, 1, 1989, págs. 41-47, Biblio. R.493.

Deficiencia mental, madre, servicios de alivio, características usuario, autoestima, adaptación, estudio descriptivo.

ROPER, P. A. "Special olympics volunteers' perceptions of people with mental retardation". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 2, 1990, págs. 164-175, Biblio. R.404.

Deficiencia mental, actitudes sociales, cuestionarios, voluntariado.

ROSEN, J. W.; BURCHARD, S. N. "Community activities and social support networks: A social comparison of adults with and adults without mental retardation". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 2, 1990, págs. 193-204, Biblio. R.404.

Deficiencia mental, vivienda asistida, apoyo social, estudio comparativo.

ROTH, H. "Planning information services in the disability field: Some essential steps". *International Journal of Rehabilitation Research*, 12, 4, 1989, págs. 439-448, Biblio. R.493.

Deficiencias, información, planificación de servicios, organización de servicios, coordinación.

RUEDRICH, S. L., Y OTROS. "Beta adrenergic blocking medications for aggressive or self-injurious mentally retarded persons". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 110-119, Biblio. R.100.

Deficiencia mental, autoagresión, agresividad, tratamiento, fármacos.

RYNDERS, J. E.; HORROBIN, J. M. "Always trainable? Never educable? Updating educational expectations concerning children with down syndrome". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 77-83, Biblio. R.100.

Síndrome de Down, entrenamiento, educación, rendimiento escolar, inteligencia, profesiones, práctica.

SANDMAN, C. A., Y OTROS. "An orally administered opiate blocker, naltrexone, attenuates self-injurious behavior". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 93-102, Biblio. R.100.

Deficiencia mental, autoagresión, tratamiento, fármacos.

SCHARNHORST, U.; BUCHEL, F. P. "Cognitive and metacognitive components of learning: Search for the locus of retarded performance". *European Journal of Psychology of Education*, 5, 2, 1990, págs. 207-230, Biblio. R.728.

Deficiencia mental, aprendizaje, teoría, metodología.

SHULMAN, S., Y OTROS. "The family system of moderately mentally retarded children". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 4, 1990, págs. 341-350, Biblio. R.104.

Deficiencia mental, niños, medio familiar, conducta, actitudes familia.

SIMILA, S.; KOKKONEN, J. "Coexistence of celiac disease and Down syndrome". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 120-122, Biblio. R.100.

Síndrome de Down, enfermedades crónicas, enfermedades digestivas.

SINSON, J. C. "Micro-institutionalisation? Environmental and managerial influences in ten living units for people with mental handicap". *British Journal of Mental Subnormality, The*, 36, 71, 1990, págs. 77-86, Biblio. R.119.

Deficiencia mental, residencias, calidad de vida, evaluación de servicios, escalas, aprendizaje, desarrollo, rehabilitación, autonomía personal.

SLOPER, P., Y OTROS. "Social life of school children with Down's syndrome". *Child Care, Health and Development*, 16, 4, 1990, págs. 235-251, Biblio. R.628.

Síndrome de Down, integración escolar, relaciones sociales, apoyo social, evaluación, metodología.

SPANGLER, P., Y OTROS. "Frequency and type of incidents occurring in urban-based group homes". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 4, 1990, págs. 371-378, Biblio. R.104.

Deficiencia mental, residencias, conducta, investigación, fármacos.

SPEECE, D. L. "Aptitude-treatment interactions: Bad rap or bad idea?". *Journal of Special Education, The*, 24, 2, 1990, págs. 139-149, Biblio. R.450.

Deficiencias, educación especial, aptitudes, tratamiento, investigación.

SPINGA, J. "The development of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps in France". *International Disability Studies*, 11,4, 1989, págs. 175-177, Biblio. R.831.

Deficiencias, clasificación, concepto, rehabilitación, educación, epidemiología, impacto, Francia.

STANSFIELD, J. "Prevalence of stuttering and cluttering in adults with mental handicaps". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 4, 1990, págs. 287-307, Biblio. R.104.

Deficiencia mental, problemas de lenguaje, tartamudez, estadísticas de población, lenguaje, comunicación.

SZIVOS, S. E. "Attitudes to work and their relationship to self esteem and aspirations among young adults with a mild mental handicap". *British Journal of Mental Subnormality, The*, 36, 71, 1990, págs. 108-117, Biblio. R.119.

Deficiencia mental ligera, actitudes usuarios, autoestima, trabajo, experiencias.

TALO, S., Y OTROS. "Psychologists' role in functional assessment of rehabilitation patients". *International Journal of Rehabilitation Research*, 12, 3, 1989, págs. 251-259, Biblio. R.493.

Deficiencias, rehabilitación, factores psicológicos, factores sociales, actividades vida diaria, conducta, actitudes profesionales, criterios.

THIERMAN, G. J.; MARTIN, G. L. "Self-management with picture prompts to improve quality of household cleaning by severely mentally handicapped persons". *International Journal of Rehabilitation Research*, 12, 1, 1989, págs. 27-39, Biblio. R.493.

Deficiencia mental severa, actividades vida diaria, higiene, evaluación, escala de aptitudes, escala de autonomía.

THOMAS, E. "Intervención temprana sobre el lenguaje en niños con síndrome de Down". *Síndrome de Down Noticias*, 7, 2, 1990, págs. 15-16, Biblio. R.626.

Deficiencia mental, síndrome de Down, lenguaje, intervención temprana.

TINES, J. "Benefit-cost analysis of supported employment in Illinois: A statewide evaluation". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 44-54, Biblio. R.100.

Deficiencia mental, trabajo protegido, análisis coste-beneficio, estudio local, Estados Unidos.

TRUEDELL, L. A. "Behavior and achievement of mainstreamed junior high special class students". *Journal of Special Education, The*, 24, 2, 1990, págs. 234-245, Biblio. R.350.

Deficiencias, educación especial, educación secundaria, integración escolar, conducta, rendimiento escolar.

TUTTON, C., Y OTROS. "Rating management difficulty: A study into the prevalence and severity of difficult behaviour displayed by residents in a large residential hospital for the mentally handicapped". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 4, 1990, págs. 325-339, Biblio. R.104.

Deficiencia mental, conducta, hospital psiquiátrico, estadísticas de población, tratamiento, control.

TYMCHUK, A. J., Y OTROS. "Home safety training with mothers who are mentally retarded". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 2, 1990, págs. 142-149, Biblio. R.404.

Deficiencia mental, adultos, mujer, entrenamiento, autonomía personal, accidentes domésticos, programas educativos, programas de prevención.

WATKIN, P. M., Y OTROS. "Parental suspicion and identification of hearing impairment". *Archives of Disease in Childhood*, 65, 8, 1990, págs. 846-850, Biblio. R.186.

Deficiencia auditiva, detección, familia, tests auditivos, estudios.

WEHMAN, P., Y OTROS. "Transition from school to work. New challenges for youth with severe disabilities". Baltimore, MD (USA). *Paul H. Brookes*, 1988, 315 págs., Biblio. D5.10.

Deficiencias, post-escolarización, trabajo, integración laboral, programas individualizados, planificación de servicios, evaluación, recomendaciones, referencia.

WILLIAMS, W., Y OTROS. "Level of acceptance and implementation of best practices in the education of students with severe handicaps in Vermont". *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 2, 1990, págs. 120-131, Biblio. R.404.

Deficiencia mental severa, educación, profesiones, práctica, métodos educativos, evaluación de servicios, encuestas.

ZIGLER, E., Y OTROS. "From theory to practice in the care and education of mentally retarded individuals". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 1-12, Biblio. R.100.

Deficiencia mental, educación, historia, normalización, integración escolar, desinstitucionalización.

DROGODEPENDENCIAS

"Drug dependence: Defining the issues". *Advances in alcohol and substance abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 1-7, Biblio. R.230.

Drogodependencias, concepto, tipo de drogas.

"Declaración de Cartagena de Indias". *Comunidad y Drogas*, 15, 1990, págs. 61-69, Biblio. R.784.

Drogas, tráfico de drogas, economía, reuniones internacionales, cooperación internacional, acción contra las drogodependencias.

"Declaración política y programa mundial de acción aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas". *Comunidad y Drogas*, 15, 1990, págs. 71-90, Biblio. R.784.

Drogas, acción contra las drogodependencias, cooperación internacional, ONU.

"Declaración de la Conferencia Ministerial Mundial para reducir la demanda de drogas y combatir la amenaza de la cocaína". *Comunidad y Drogas*, 15, 1990, págs. 91-100, Biblio. R.784.

Drogas, cocaína, consumo, acción contra las drogodependencias, programas y métodos, cooperación internacional, reuniones internacionales.

"L'alcolismo nella legislazione italiana nazionale e regionale". *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 1, 1990, págs. 13-19, Biblio. R.797.

Alcoholismo, normativa, Italia.

A.P.A.T. "Associació per a la prevenció de l'alcoholisme, altres toxicomanies i per a la reinserció social". Barcelona. A.P.A.T., 1990, 8 págs., Biblio. Q1n, fol. 3.

Drogodependencias, información, asociaciones, centros de documentación.

ALCOHOL CONCERN. "The drinking revolution. Building a campaign for safer drinking". Londres (GB). *Alcohol Concern*, 1987, 50 págs., Biblio. Q2g, fol. 1.

Alcoholismo, datos estadísticos, actitudes sociales, campañas de prevención, análisis coste-eficacia.

ANNIS, H. M. "Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive-social learning approach". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 117-124, Biblio. R.829.

Alcohol, consumo, asesoramiento, prevención, recaída.

ASSOCIATIONS DE PREVENTION CONTRE LA TOXICOMANIE. "Franchir la frontière et avancer ensemble". Bayonne (FR). *Associations de Prevention contre la Toxicomanie*, 1986, 151 págs., Biblio. Q1.40.

Drogodependencias, acción contra las drogodependencias, estudio epidemiológico, programas y métodos, servicios y centros, reuniones, CAPV, Francia.

BAAR, A. VAN. "Development of infants of drug dependent mothers". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 6, 1990, págs. 911-920, Biblio. R.458.

Drogodependencias, embarazo, madre, niños, desarrollo infantil, desarrollo intelectual.

BARRIO, G., Y OTROS. "Cocaína en España, 1984-89. Indicadores de oferta y consumo". *Comunidad y Drogas*, 15, 1990, págs. 9-36, Biblio. R.784.

Drogas, cocaína, consumo, datos estadísticos, indicadores, hospitalización, tráfico de drogas.

BENNETT, T. "Links between drug misuse and crime". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 833-835, Biblio. R.696.

Drogas, delincuencia, criminología, investigación, enfoque multiprofesional.

BENSON, P. L. "Help-seeking for alcohol and drug problems: To whom do adolescents turn?". *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1, 1, 1990, págs. 83-94, Biblio. R.868.

Drogodependencias, adolescentes, tratamiento, apoyo social.

BROWN, R. J., Y OTROS. "Neurodynamics of relapse prevention: A neuronutrient approach to outpatient drug offenders". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 173-187, Biblio. R.829.

Alcohol, cocaína, consumo, automóvil, fármacos, neurolépticos, accidentes de tráfico, prevención, recaída.

BRUVOLD, W. H. "A meta-analysis of the California School-based risk reduction program". *Journal of Drug Education*, 20, 2, 1990, págs. 139-152, Biblio. R.708.

- Drogodependencias, programas de salud escolar, programas de prevención, escuela, salud.
- CALVANESE, E.; ROSSI, E. "I Servizi Penitenziari per Tossicodipendenti in Lombardia". *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 15, 1990, págs. 9-13, Biblio. R.214.
- Drogas, delincuencia, prisión, organización y gestión, servicios de rehabilitación, terapia, Italia.
- CARMODY, T. P. "Preventing relapse in the treatment of nicotine addiction: Current issues and future directions". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 211-238, Biblio. R.829.
- Tabaquismo, nicotina, recaída.
- CARROLL, M. E. "PCP and hallucinogens". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 167-190, Biblio. R.230.
- Drogodependencias, alucinógenos, LSD, conducta, toxicidad, epidemiología.
- COLLINS, A. C. "An analysis of the addiction liability of nicotine". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 83-101, Biblio. R.230.
- Drogodependencias, tabaquismo, nicotina, consumo, efectos, epidemiología, investigación.
- COMPTON, D. R., Y OTROS. "Cannabis dependence and tolerance production". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 129-147, Biblio. R.230.
- Drogodependencias, cannabis, consumo, neurología.
- COMUNIDADES EUROPEAS. "Conclusión del Convenio de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas". *Documentación psicológica*, 353, 1 990, págs. 7, Biblio. R.741.
- Drogas, tráfico de drogas, ley. Comunidades Europeas.
- CORTES, M. "Proyecto para un estudio sociológico sobre la incidencia del alcoholismo en Tolosaldea". Donostia-Sn. Sn. *Fondo de Documentación del S.I.I.S.*, 1990, 21 págs., Biblio. Q2g.9.
- Alcoholismo, estudio sociológico, metodología, encuestas, cuestionarios, estudio local, CAPV.
- DACKIS, C. A.; GOLD, M. S. "Addictiveness of central stimulants". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 9-26, Biblio. R.230.
- Drogodependencias, estimulantes, cocaína, epidemiología, tratamiento.
- FACY, F., Y OTROS. "Role de l'epidemiologie dans l'approche du phenomene toxicomanie". *Revue d'Action Sociale*, 5, 1989, págs. 63-75, Biblio. R.734.
- Drogodependencias, epidemiología, indicadores, estudios.
- FALCONER, J. "The effect of maternal ethanol infusion on placental blood flow and fetal glucose metabolism in sheep". *Alcohol and Alcoholism*, 25, 4, 1990, págs. 413-416, Biblio. R.532.
- Alcoholismo, síndrome alcohólico fetal, embarazo, madre, tratamiento.
- FREIXA, F. "Bebidas alcohólicas, tabaco y cáncer". *Adicciones*, 2, 2, 1990, págs. 129-141, Biblio. R.841.
- Tabaco, alcohol, consumo, dieta, forma de vida, abstinencia, prevención, riesgo, recomendaciones.
- GARCÍA, M. I., Y OTROS. "Patología orgánica derivada de la drogadicción, prevención y tratamiento". *Adicciones*, 2, 2, 1990, págs. 143-160, Biblio. R.841.
- Drogodependencias, patología, prevención, tratamiento.
- GENERALITAT VALENCIANA. "Guía de Servicios Sociales. Drogodependencia, I y II". Valencia, Generalitat Valenciana, 1989, 67 págs., Biblio. Q4g, fol. 3a y b.
- Drogas, servicios sociales, directorios, prevención, relación familia-profesionales, participación familia, servicios y centros, Autonomías.
- GOLDING, J. M., Y OTROS. "Alcohol use and depressive symptoms among mexican americans and non-hispanic whites". *Alcohol and Alcoholism*, 25, 4, 1990, págs. 421-432, Biblio. R.532.
- Alcoholismo, depresión, factores sociales.
- GONZÁLEZ, A., Y OTROS. "Variables de personalidad, juego patológico". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 5, 1990, págs. 203-209, Biblio. R.591.
- Psiquiatría, ludopatía, personalidad, C.I., estudio descriptivo.
- GORSKI, T. T. "The cenaps model of relapse prevention: Basic principles and procedures". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 125-133, Biblio. R.829.
- Drogodependencias, tratamiento, prevención, programas y métodos, recaída.
- GRANA, J. L. "Modelo de intervención psicosocial comunitario en drogodependencias". *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 1989, págs. 221-240, Biblio. R.618.
- Drogodependencias, programas de rehabilitación, acción comunitaria, intervención familiar, grupos de apoyo, integración social, seguimiento, tratamiento, terapias.
- HAMMER, T.; VAGLUM, P. "Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 899-909, Biblio. R.696.
- Drogas, cannabis, consumo, estudio nacional, características población, datos estadísticos, Noruega.
- HARRISON, P. A., Y OTROS. "Correlates of sexual abuse among boys in treatment for chemical dependency". *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1, 1, 1990, págs. 53-67, Biblio. R.868.
- Drogodependencias, adolescentes, abusos sexuales, problemas emocionales, conducta, problemas sociales.
- HOMEL, P., Y OTROS. "The drug market position of cocaine among young adults in Sydney". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 891-897, Biblio. R.696.
- Drogas, cocaína, consumo, juventud, Australia.
- HUSSON, R. N., Y OTROS. "Diagnóstico de la infección por VIH en lactantes y niños". *Pediatrics*, 30, 1, 1990, págs. 21-29, Biblio. R.788.
- Niños, lactantes. Sida, diagnóstico.

INCHAUSPE, J. A.; VALVERDE, M. "Una intervención comunitaria en torno a la oferta de opiáceos: un modelo para el debate". *Revista de Treball Social*, 117, 1990, págs. 177-195, Biblio. R.41 8.

Drogas, prevención, trabajo social comunitario, experiencias, Navarra.

ITZA, L.; GONZÁLEZ DE AUDIKANA, M. "Las drogodependencias se pueden prevenir. Campaña de prevención comunitaria de las drogodependencias". Vitoria-Gasteiz. *Comisión Interinstitucional de Drogodependencias de Euskadi, Eusko Jaurilaritza*, 1989, 51 págs., Biblio. Q1a.7.

Drogodependencias, prevención, información, CAPV.

KIM, S., Y OTROS. "A short-term outcome evaluation of the «I'm special» drug abuse prevention program: a revisit using scat inventory". *Journal of Drug Education*, 20, 2, 1990, págs. 127-138, Biblio. R.708.

Drogodependencias, programas de prevención, evaluación, escalas, salud pública.

KLITZNER, M., Y OTROS. "The assessment of parent-led prevention programs: a national descriptive study". *Journal of Drug Education*, 20, 2, 1990, págs. 111-125, Biblio. R.708.

Drogas, asociaciones de padres, programas de prevención, estudios, Estados Unidos.

LARIMER, M. E.; MARLATT, G. A. "Applications of relapse prevention with moderation goals". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 189-195, Biblio. R.829.

Alcoholismo, prevención, tratamiento, recaída.

LEIGH, B. C. "The relationship of sex-related alcohol expectancies to alcohol consumption and sexual behavior". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 919-928, Biblio. R.696.

Alcoholismo, efectos, actitudes sociales, sexualidad, conducta, género, relaciones sexuales.

LESCH, O. M., Y OTROS. "Relation entre consommation medicamenteuse et securite routiere". *Revue d'Action Sociale*, 5, 1989, págs. 54-62, Biblio. R.734.

Drogodependencias, fármacos, consumo, seguridad vial, accidentes de tráfico.

LEWIS, M. J. "Alcohol: mechanism of addiction and reinforcement". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 47-66, Biblio. R.230.

Drogodependencias, alcoholismo, cerebro, fármacos, genética, investigación.

LINN, L. S., Y OTROS. "Professional VS. personal factors related to physicians' attitudes toward drug testing". *Journal of Drug Education*, 20, 2, 1990, págs. 95-109, Biblio. R.708.

Drogas, médicos, actitudes profesionales, cuestionarios.

LOOFF, D. H. "Recognizing and treating attention deficit disorders in chemically dependent adolescents". *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1,1,1990, págs. 5-30, Biblio. R.868.

Adolescentes, drogodependencias, problemas de atención, detección, prevención.

LOZANO, M., Y OTROS. "Diez años de tratamiento del alcoholismo con psicoterapia de grupo familiar". *Adicciones*, 2, 2, 1990, págs. 105-112, Biblio. R.841.

Alcoholismo, tratamiento, terapia familiar, resultados, evaluación de servicios.

LUDWIG, A. M. "Alcohol input and creative output". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 953-963, Biblio. R.696.

Alcoholismo, creatividad, actividades artísticas y culturales, factor de riesgo, actitudes sociales.

MACGREGOR, S. "Could Britain inherit the American nightmare?". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1 990, págs. 863-872, Biblio. R.696.

Drogas, consumo, legalización, crítica. Reino Unido, política sanitaria.

MANZANO, J.; PALACIO, F. "Les enfants de parents toxicomanes: une etude clinique". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38, 6, 1990, págs. 378-384, Biblio. R.105.

Drogodependencias, paternidad, hijos, salud mental, familia, factores psicológicos, factores sociales, psiquiatría infantil, servicios ambulatorios, terapias, intervención familiar.

MARCOS, J. J. "Clasificación y farmacoterapia del síndrome de abstinencia a opiáceos en politoxicómanos ingresados en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria". *Adicciones*, 2, 2, 1990, págs. 121-128, Biblio. R.841.

Drogodependencias, síndrome de abstinencia, desintoxicación, fármacos, hospital.

MARMANEU, D., Y OTROS. "Síndrome alcohólico fetal y cromosomopatía. A propósito de un caso". *Revista Española de Pediatría*, 46, 274, 1990, págs. 330-332, Biblio. R.394.

Síndrome alcohólico fetal, alcoholismo, anomalías cromosómicas, mujer, embarazo, datos estadísticos.

MONRAS, M., Y OTROS. "Abandono de la terapia grupal en pacientes alcohólicos. Seguimiento de diez grupos". *Adicciones*, 2, 2, 1990, págs. 93-104, Biblio. R.841.

Alcoholismo, terapia de grupo, seguimiento, estudios.

MORGAN, W. W. "Abuse liability of barbiturates and other sedative-hypnotics". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 67-82, Biblio. R.230.

Drogodependencias, fármacos.

MUTOVKINA, L. G.; LAPIN, I. P. "Attenuation of effects of phenylethylamine on social and individual behaviour in mice by ethanol pretreatment". *Alcohol and Alcoholism*, 25, 4, 1990, págs. 417-420, Biblio. R.532.

Alcoholismo, ansiedad, tratamiento, efectos, conducta.

NEWCOMB, M. D. "Consequences of adolescent drug use. Impact on the lives of young adults". Londres (GB). *Sage Publications*, 1988, 285 págs., Biblio. Q1g.15.

Drogodependencias, adolescentes, datos epidemiológicos, conducta, educación, sexualidad, delincuencia, integración social, impacto.

OSTROW, D. G. "Behavioral aspects of aids". Londres (GB). Plenum Publishing Corporation, 1990, 414 págs., Biblio. A1.13.

Sida, ETS, problemas neurológicos, problemas psicológicos, población riesgo, prevención, diagnóstico, tratamiento, servicios sanitarios, prostitución, drogas.

PÉREZ, A.; ESCALLON, A. "El problema de las drogas en América latina: una perspectiva desde el ojo del huracán". *Comunidad y Drogas*, 15, 1990, págs. 37-50, Biblio. R.784.

Drogas, cocaína, consumo, producción, tráfico de drogas, América del Sur.

PLANT, M. "Aids, drugs, and prostitution". Londres (GB). *Routledge*, 1990, 213 págs., Biblio. Q4a.9.

Drogas, sida, prostitución, alcoholismo, panorama internacional, estudios.

POLLARD, T. G. "Relative addiction potential of major centrally-active drugs and drug classes- inhalants and anesthetics". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 149-165, Biblio. R.230.

Drogo dependencias, inhalantes, toxicidad, menores.

RAUSCH, J. L., Y OTROS. "Influence of negative affect on smoking cessation treatment outcome: a pilot study". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 929-933, Biblio. R.696.

Tabaquismo, desintoxicación, emoción, tratamiento, efectos, prevención secundaria, investigación.

RAWSON, R. A., Y OTROS. "Neurobehavioral treatment for cocaine dependency". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 159-171, Biblio. R.829.

Drogas, cocaína, tratamiento, prevención, recaída.

REDMAN, S., Y OTROS. "Drug research: a comparison of ongoing research and perceived research priorities". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 943-952, Biblio. R.696.

Drogo dependencias, investigación, estudio de necesidades, prioridades, Australia.

REINA, F., Y OTROS. "Patrones de accidentabilidad de una muestra de alcohólicos en comparación con la población general". *Adicciones*, 2, 2, 1990, págs. 113-119, Biblio. R.841.

Alcoholismo, accidentes, estudio comparativo, riesgo.

ROACHE, J. D. "Addiction potential of benzodiazepines and non-benzodiazepine anxiolytics". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 103-128, Biblio. R.230.

Drogo dependencias, fármacos, ansiedad.

RODRÍGUEZ, J. "Drogo dependencias y su tratamiento en siete países europeos". Barcelona. *Instituí de Treball Social i Serveis Socials*, 1989, 181 págs., Biblio. Q1n.3.

Drogo dependencias, tratamiento, panorama internacional, Europa, acción contra las drogo dependencias, consumo, servicios y centros, estadísticas de población.

S.E.S.I. "La prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes en novembre 1988". *Informations Rapides*, 159, 1990, págs. 16, Biblio. R.715.

Drogas, heroína, sida, estadísticas de servicios, servicios sanitarios, servicios sociales, estudio descriptivo, estudio sociológico, centros de acogida, servicios de rehabilitación, Francia.

S.E.S.I. "La frequentation hospitaliere des patients infectes par le virus de l'immunodeficiency humaine (VIH). Enquete du 6 decembre 1989". *Informations rapides*, 162, 1990, págs. 11, Biblio. R.715.

Sida, enfermos, hospital, hospitalización, estadísticas de población, estadísticas de servicios, estudio nacional, Francia.

SHAPER, A. G. "Alcohol and mortality: a review of prospective studies". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 837-847, Biblio. R.696.

Alcoholismo, mortalidad, morbilidad, cardiopatías, hipertensión, estudio prospectivo, salud.

TERNES, J. W., Y O'BRIEN, C. P. "The opioids: abuse liability and treatments for dependence". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 1/2, 1990, págs. 27-45, Biblio. R.230.

Drogo dependencias, opiáceos, tratamiento, fármacos.

TOLONE, W. L., Y TIEMAN, C. R. "Drugs, delinquency and «nerds»: Are loners deviant?". *Journal of Drug Education*, 20, 2, 1990, págs. 153-162, Biblio. R.708.

Drogo dependencias, delincuencia juvenil, actitudes sociales, sociabilidad, estudio comparativo.

WAGNER, J. G., Y OTROS. "Estimation of the amount of alcohol ingested from a single blood alcohol concentration". *Alcohol and Alcoholism*, 25, 4, 1990, págs. 379-384, Biblio. R.532.

Alcohol, consumo, detección, metodología.

WALLACE, B. C. "Treating crack cocaine dependence: The critical role of relapse prevention". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 149-158, Biblio. R.829.

Drogas, cocaína, crack, prevención, recaída, tratamiento.

WASHTON, A. M., Y STONE-WASHTON, N. "Abstinence and relapse in outpatient cocaine addicts". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 135-147, Biblio. R.829.

Drogas, cocaína, tratamiento, abstinencia, prevención, recaída.

WEINER, H. D., Y OTROS. "Culture and social class as intervening variables in relapse prevention with chemically dependent women". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 239-248, Biblio. R.829.

Drogo dependencias, mujer, clase social, prevención, recaída.

WILLIAMS, C. I., Y OTROS. "Ratings of behavior problems in adolescents hospitalized for substance abuse". *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1, 1, 1990, págs. 95-112, Biblio. R.868.

Drogo dependencias, adolescentes, hospitalización, conducta, escalas.

WILLIAMS, C. M., Y SKINNER, A. E. G. "The cognitive effects of alcohol abuse: A controlled study". *British Journal of Addiction*, 85, 7, 1990, págs. 911-917, Biblio. R.696.

Alcoholismo, función mental, deterioro mental, investigación, evaluación psicológica, tests.

WILLIAMS, R. W. "Adolescent chemical dependency as a handicapping condition: An analysis of state regulations". *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1, 1, 1990, págs. 69-80, Biblio. R.868.

Drogodependencias, adolescentes, educación especial, normativa.

WINTERS, K. "Clinical considerations in the assessment of adolescent chemical dependency". *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1, 1, 1990, págs. 31-52, Biblio. R.868.

Drogodependencias, adolescentes, evaluación, diagnóstico, escalas.

YOUNG, E. B. "The role of incest in relapse". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 2, 1990, págs. 249-258, Biblio. R.829.

Drogodependencias, menores, abusos sexuales, incesto, recaída.

ZABARTE, M. E. "Diferencia versus marginación. Anotaciones sobre un debate sobre los diferentes, la tolerancia y la incorporación social". *Comunidad y Drogas*, 15, 1990, págs. 51-59, Biblio. R.784.

Drogodependencias, marginación, integración social, integración escolar, integración laboral, reuniones.

ZERBITZUAN

Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente de ZERBITZUAN

Publicación Trimestral

DIRECTOR: R. Saizarbitoria

S.I.I.S. Reina Regente, 5 - 20003 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Comisión Permanente del Consejo
Vasco de Bienestar Social

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Félix M.a Moratalla
Luis Sanzo
Patxi López Cabello
Juan Carlos Ansotegi
Manuel Vígo
Rafael Mendiá
José Antonio Agirre Elustondo
Elena Martín Zurimendi
Rosalía Miranda Barandalla

EDITA: Servicio Central de Publicaciones
del Gobierno Vasco
C/ Duque de Wellington, 2-01011 Vitoria-Gasteiz

FOTOCOMPOSICION: RALI, S.A. Particular de Costa, 12-14, 3.º izda. - BILBAO

IMPRIME: Gráficas Santamaría, S.A. Bekolarra, 4 - VITORIA-GASTEIZ

Depósito Legal: VI-17/91