

Conexión de la asistencia social y sanitaria. Análisis estratégico (4). A la búsqueda de una alternativa para los pacientes psiquiátricos crónicos (14). El anciano y el trabajo social hospitalario (19). El Gasto Público en Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma Vasca (28). Influencia de la pena privativa de libertad en la rehabilitación de drogodependientes (35). Drogodependencias: los distintos niveles de consumo (41). Valoración de campañas educativas (50). Algunas reflexiones sobre educación social y servicios sociales (54). La elección del sistema de comunicación en la educación de los niños sordos (58). Sobre "La Cultura de la Satisfacción" en John Kenneth Galbraith (67). Reflexiones en torno a la eutanasia (71). El programa cognitivo de competencia psicosocial (77). Reseñas y Comentarios. Aipamen eta Irazkinak (82). Normativa. Araudia (88). Bibliografía. Bibliografia (101).

ZERBITZUAN

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES

23



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ZERBITZUAN

23

SEPTIEMBRE 1993

EDITORIAL

Habitualmente la descoordinación entre los servicios sociales y los de salud se conceptúa como uno de los problemas técnico-administrativos de mayor impacto en la atención de las personas con discapacidad y, más concretamente, de los ancianos denominados "inválidos".

Resulta difícil determinar hasta qué punto el problema técnico-administrativo no se utiliza a veces como pretexto para eludir responsabilidades que, en cualquier caso, independientemente del ámbito en el que administrativamente mejor encajen, son públicas. El resultado, como reza el dicho, y deben pensar muchas personas condicionadas totalmente por las necesidades de atención de familiares aquejados de discapacidades graves, es que "el uno por el otro, la casa sin barrer".

Al margen de la enjundia técnico-administrativa del problema, que sin duda la tiene, resulta necesario que políticos y administradores superen la miopía sectorial y den respuesta —cualquier respuesta, pero una, estaríamos tentados a decir, dada la urgencia del problema— a las necesidades que plantea uno de los colectivos más desvalidos de nuestra sociedad.

Felizmente, existe motivo para el optimismo. Un reciente acuerdo entre la Diputación de Alava y Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, va a favorecer, sin duda, la mejor atención de las personas ancianas con problemas de orden psiquiátrico. En dicho convenio, después de hacer constar la necesidad de múltiples y diversas intervenciones en el campo de la psicogeriatría, se señala que "a nivel formal, estas intervenciones competen preferentemente al ámbito de los servicios sociales o al sanitario, pero, en la práctica, los destinatarios

de estos servicios suelen presentar problemáticas mixtas cuyo abordaje requiere una visión global y un trabajo en común entre las instituciones implicadas". Dentro de las estipulaciones, en las referentes a cometidos sectoriales, Osakidetza asume la atención psiquiátrica de los ancianos que la precisan, procurando aumentar la atención psicogeriatrica ambulatoria y domiciliaria y el desarrollo del apoyo psiquiátrico a las residencias de ancianos e instituciones similares, habilitando progresivamente los recursos oportunos. Por su parte, el Instituto Foral de Bienestar Social asume la atención social de los ancianos que lo precisan, incluyendo a aquellos que, padeciendo problemas psicogeriatricos, no plantean problemas de convivencia ni requieren control clínico permanente.

El segundo hecho que constituye motivo de satisfacción es el acuerdo de Osakidetza y la Diputación de Gipuzkoa para

crear una comisión de estudio de las cargas médico-sanitarias de los residentes en instituciones residenciales guipuzcoanas, al objeto de definir y valorar la necesaria intervención de la autoridad sanitaria en la atención de los mismos.

Casi con seguridad, el acuerdo entre los técnicos a la hora de medir tales cargas, será imposible, dado que ha de ser grande la disparidad entre los expertos "sanitarios" y los "sociales" en relación a la magnitud —y el coste— de la atención requerida y prestada a los ancianos "inválidos" en el medio residencial. Pero de los políticos se espera que sepan llegar a acuerdos que superen las contradicciones técnicas. Quizá quie, con criterios de corto plazo, menos celo muestre en la defensa de los intereses de "su" departamento, demostrará un mayor compromiso político con el interés general, a largo plazo. Lo ideal, no cabe duda, sería que cediesen ambos.

AURKIBIDEA

INDICE

- | | |
|---|---|
| <p>4 - Conexión de la asistencia social y sanitaria. Análisis estratégico (I).
ANTONIO AGUIRRE ELUSTONDO</p> <p>14 - A la búsqueda de una alternativa para los pacientes psiquiátricos crónicos.
PABLO ANGULO</p> <p>19 - El anciano y el trabajo social hospitalario.
ROSARIO MARTINEZ INVERNON</p> <p>28 - El Gasto Público en Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma Vasca.
JULIO DIAZ</p> <p>35 - Influencia de la pena privativa de libertad en la rehabilitación de drogodependientes.
TXEMA DUQUE CARRO</p> <p>41 - Drogodependencias: los distintos niveles de consumo.
MIGUEL ANGEL ELORZA JUARISTI</p> <p>50 - Valoración de campañas educativas.
BEATRIZ ESPARZA</p> | <p>54 - Algunas reflexiones sobre educación social y servicios sociales.
PEDRO MADRIGAL
ALFONSO GARCIA</p> <p>58 - La elección del sistema de comunicación en la educación de los niños sordos.
RAMON SAIZARBITORIA</p> <p>67 - Sobre "La Cultura de la Satisfacción" en John Kenneth Galbraith.
RAMON BARINAGA OSINALDE</p> <p>71 - Reflexiones en torno a la eutanasia.
BEGO MONTORIO</p> <p>77 - El programa cognitivo de competencia psicosocial.
ANA PARDO FERNANDEZ</p> <p>82 - Reseñas y comentarios
Aipamen eta Irazkinak</p> <p>88 - Normativa
Araudia</p> <p>101 - Bibliografía
Bibliografía</p> |
|---|---|

CONEXION DE LA ASISTENCIA SOCIAL Y SANITARIA. ANALISIS ESTRATEGICO (I)

1. INTRODUCCION

La asistencia sanitaria y la atención han vivido y viven todavía, en términos generales, de espaldas una de la otra. Su adscripción a ámbitos administrativos diferentes tiene repercusiones legales, presupuestaciones financieras, asistenciales y organizativas muy graves que afectan decisivamente, en muchos casos, a la eficiencia y a la equidad de ambos sistemas, sanitario y social.

La persona queda seccionada de manera arbitraria, contradictoria e incompleta en dos partes que se consideran separadas y autónomas, la sanitaria y la social; arbitraria porque la división no obedece a ningún criterio técnico- asistencial, sino a intereses administrativo-presupuestarios y contradictoria porque ni los responsables sanitarios y no los sociales se ponen de acuerdo en la parcelación arrojándose interesadamente unos a otros las responsabilidades que no quieren asumir y endosándose mutuamente las tareas asistenciales de las que se quieren desprender. E incompleta porque las responsabilidades mutuas que cada uno arroja de su campo no es recogida ni asumida por la otra parte generándose simplemente una zona de nadie, es decir, de no atendidos. Con frases acuñadas del estilo de *lo suyo es cosa de sanidad, nosotros no podemos hacer nada o lo que Vd. me plantea es un problema social y eso no es competencia*

nuestra, una fila interminable de personas peregrinan de una oficina sanitaria a otra social o a la inversa sin conseguir no ya que se solucionen sus problemas, sino sin siquiera ser escuchado.

Es cierto que existen situaciones y problemas con claro predominio sanitario o social y en consecuencia con responsabilidades asistenciales perfectamente definidas; las necesidades médico-quirúrgicas o las actividades de animación sociocultural en la tercera edad no generan ningún problema concurrencial. Pero no es menos cierto que en zonas próximas o de contacto entre ambos sistemas las fronteras no sólo son arbitrarias desde la perspectiva competencial o de responsabilidad política de proveer recursos—caso de la demencia senil, enfermedades crónicas, toxicomanías y un largo etcétera—, sino también desde la propia definición conceptual—minusvalías, deficiencia mental— o en la naturaleza de recursos a proveer. Pero en la realidad, *lo sanitario y lo social* forman un *continuum* sin frontera definida, objetiva y clara que separe conceptual o administrativamente ambos temas.

Una vez más lo formal-legal, lo político-administrativo se aleja de la realidad personal/individual y social. Una persona mayor demenciada no tiene dos problemas diferentes y separados, uno de carácter sanitario y otros de naturaleza social, sino que su problema afecta a toda su per-

sona de una manera *única*. Esa persona siente que tiene un solo problema aunque éste tenga diferentes vertientes o aspectos. Muchos problemas sanitarios y sociales se encarnan de forma *simultánea* en la misma persona configurando una sola cuestión que debe ser abordada consiguiendo de manera unitaria y global. No se pueden parcelar las personas y abordar sus problemas de manera fraccionada, compartimentando cada aspecto y cada intervención como si fueran temas desconectados entre sí.

Y esta descordinación socio-sanitario afecta negativamente a muchas, muchísimas, a millones de personas. Los problemas de los mayores, de los minusválidos, de los enfermos crónicos, de los afectados de SIDA, de los grandes inválidos presentan la doble vertiente sanitaria y social. Y sus problemas no se solucionan abordándolos sólo desde una de las perspectivas. Se necesita un planteamiento, un enfoque global, coordinado.

2. DIAGNOSTICO ESTRATEGICO DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

El diagnóstico estratégico implica examinar los factores y elementos que están determinando esas relaciones y detectar los aspectos positivos y negativos, los puntos fuertes y débiles existentes tanto en el interior de los sistemas social y sanitario como en el contexto, en el entorno que rodea su actividad.

2.1. El Análisis interno

La situación actual de la red socio-sanitaria presenta numerosos puntos débiles o negativos que deben ser corregidos, pero también existen aspectos positivos que deben aprovecharse para conseguir un funcionamiento más eficaz, eficiente y equitativo de ambos sistemas.

Los puntos débiles EL

MARCO JURIDICO

La actual regulación legal tanto sanitaria como social evidencia la estancamiento de ambas redes y la ausencia total de órganos de coordinación que permitan acciones corresponsables o conjuntas potenciadoras de la eficacia de dichos sistemas.

Ni la Ley 14/1986, de 24 de abril, General de Sanidad, que constituye el marco

de actuación en materia de salud ni su desarrollo reglamentario contienen ningún elemento de coordinación interinstitucional ni contempla actuaciones conjuntas con los servicios sociales. Tampoco las leyes promulgadas por las diferentes CC.AA. (Ley de creación de OSAKIDETZA, p.e.) prevén esta interrelación. Sólo la Comunidad Autónoma de Catalunya puso en marcha en 1986 un programa de atención sociosanitaria a la gente mayor con larga enfermedad, denominado *Vida Ais Anys* así como definió y reguló el funcionamiento de centros, servicios y establecimientos específicamente sociosanitarios, embrión de un espacio sociosanitario de carácter más general.

Por su parte, en el ámbito de los Servicios Sociales no existe ninguna normativa-marco de ámbito estatal y las sucesivas leyes autonómicas reguladoras del tema tampoco contemplan la posibilidad de esta interrelación.

La única coordinación prevista suele tener carácter generalmente vertical y en el interior del propio sistema.

Este hecho alcanza una enorme gravedad puesto que ha fomentado la consolidación de una cultura no sólo indiferente sino de confrontación entre ambas organizaciones. Con ello se potencia la visión compensatoria de que la apertura o la ampliación de los servicios sociales a determinados campos de acción supone cubrir una laguna del sistema sanitario proporcionando un substancial e inmerecido ahorro presupuestario al mismo. Desde el Sistema Sanitario se piensa exactamente igual pero en sentido contrario como si los dos ámbitos fueran vasos comunicantes culpabilizando siempre a la insuficiencia e ineficiencia del otro sistema de la existencia de cargas impropias en el suyo. Existe más confrontación que colaboración.

Esta cultura de sustitución y de no complementariedad ha perjudicado y dificulta en la actualidad cualquier proceso de aproximación entre ambos sistemas y el desarrollo de planes conjuntos y coordinados.

LOS SISTEMAS DE FINANCIACION

Las estructuras financieras de los Sistemas Sanitario y Social difieren profundamente entre sí.

En el Sistema Sanitario Público la universalización de las prestaciones y su *gra-*

tuidad en el sentido de que no existe un pago vinculado directamente a un acto terapéutico, salvo en la farmacia, están plenamente asumidas e incorporadas a la conciencia social como derivadas de un derecho ciudadano. A los Servicios Sociales se les atribuye, además de su papel asistencial y paliativo, un efecto redistribuidor de rentas por lo que la gratuidad indiscriminada de los mismos se considera como algo injusto, reforzador de desigualdades y se generaliza, en consecuencia, la participación del usuario en el coste del servicio recibido en función de sus ingresos.

Esta diferente concepción y funcionamiento de la aportación del usuario a la financiación del servicio plantea dificultades en la fluidez de la circulación de pacientes entre ambas redes: como el paso de una Residencia Asistida de ancianos a un Hospital de larga estancia supone cambiar de un sistema de pago, aunque sea parcial, a uno gratuito se facilita al trasvase de lo social a lo sanitario, mientras que el flujo en sentido inverso se ve notablemente frenado por razones contrarias.

La homogeneización de las estructuras de financiación de ambos sistemas neutralizaría las distorsiones actualmente existentes que pervierten y alteran el sentido de los flujos de pacientes entre ambos sistemas.

Por otra parte, las redes sanitaria y social administran sus ámbitos competenciales y sus recursos financieros de forma estanca. Salvo el citado programa catalán, no existen proyectos organizados de cofinanciación o gestión compartida en el que confluyan fondos procedentes de ambos sistemas. Es necesario abrir paso a una cultura de colaboración y coparticipación creando órganos mixtos de composición socio-sanitaria para la planificación, promoción y financiación de estos servicios específicos.

LA OFERTA DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS

• Los proveedores

En el ámbito sanitario la administración pública ha tenido la posibilidad formal y real de contratar servicios privados incluidos los lucrativos a través de ciertos establecidos con ellos. De hecho, esta provisión privada alcanza en algunas CC.AA. el 70% de toda la actividad sanitaria. En los Servicios Sociales, por

el contrario, la concertación con entidades lucrativas de prestación de servicios tiene escasa relevancia, ya que las posibilidades legales de colaboración con el sistema público son muy recientes. Este distinto tratamiento de la provisión de recursos perjudica el desarrollo del sector social por lo que resulta necesario abrir posibilidades formales y reales para incorporar, de manera normalizada y con carácter complementario a la provisión pública y privada no lucrativa, los recursos privados de carácter lucrativo.

Los Desequilibrios estructurales:

Existen en la actualidad problemas de fondo que dificultan fuertemente la cooperación entre ambos sistemas. En términos generales podemos destacar los siguientes elementos principales:

- Insuficiencia grave de recursos asistenciales. Puede darse tanto en ambos simultáneamente como en uno de ellos con especial incidencia. Un ejemplo claro de la primera situación sería el caso de las demencias seniles donde ninguno de los dos sistemas asume su responsabilidad asistencial mientras que en atención domiciliaria o en residencias de ancianos la carencia sanitaria es más notoria que la social, al contrario de los que ocurre en la atención psiquiátrica crónica de adultos por ejemplo. Estas carencias asistenciales afectan a numerosas personas en situación de absoluta desprotección. La cobertura de estas lagunas exige un esfuerzo inversor notable en infraestructuras que suponen la movilización de importantes medios financieros.
- Duplicidades y solapamientos. Todo el entramado asistencial del INSER-SO, transferido o no, dispone de una innecesaria red sanitaria propia —tanto en hogares como en Residencias— al margen del sistema general del INSALUD o de los Servicios públicos correspondientes de cada Comunidad Autónoma.
- Asunción de cargas impropias para ambas redes debido al deslizamiento asistencial o inhibición de la otra parte. Es el caso de los servicios hospitalarios obligados a prolongar la estancia de determinados pacientes con dificultades de evacuación por problemas sociales concurrentes o el

de los servicios sociales, como numerosas Residencias de Ancianos forzadas a desarrollar programas sanitarios que la red pública no le proporciona. La profesora Julia MONTSERRAT estimaba para 1989 en más de 250.000 millones de pesetas las cargas impropias que soportó el sistema sanitario por la excesiva prolongación de la estancia media hospitalaria en pacientes geriátricos o crónicos.

Las deficiencias funcionales:

Si las carencias señaladas originan en muchos casos situaciones de injusticia y de inequidad, la descoordinación funcional provoca una fuerte ineficacia en los recursos orientados a la solución de los problemas sociosanitarios:

- Sectorización/territorialización: al ser los *mapas* sanitarios y sociales diferentes a falta de una planificación conjunta para ambas redes no existen referencias territoriales comunes entre los centros sanitarios y sociales. Por ello, una persona puede ser atendida sanitariamente en una zona diferente a la que sirve de marco referencial para los servicios sociales.
- Ausencia de un único servicio de información para la oferta y la demanda de recursos sociales y sanitarios y vías de acceso diferentes al controlar cada red sus propios recursos asistenciales.
- En el campo de la Atención Primaria se constata con mayor precisión:
 - La falta de referentes administrativos y técnicos entre ambos sistemas que unido a la ausencia de profesionales de servicios sociales en los centros sanitarios obstaculizan extraordinariamente los simples contactos entre ambos sistemas.
 - El escaso desarrollo de los servicios sanitarios comunitarios y de alternativas a la institucionalización (atención domiciliaria, centros y hospitales de día, etc.) distorsionan las funciones de los dispositivos estrictamente sociales, dificultan el mantenimiento de los pacientes en su propio entorno y potencian su internamiento.

En el ámbito de la asistencia institucionalizada podemos señalar:

- Un crecimiento desigual de dispositivos sociosanitarios en las dos redes. En los últimos años el desarrollo de residencias asistidas para mayores, de la asistencia domiciliaria doméstica, de centros de día y otros dispositivos para ancianos incapacitados ha sido mucho mayor que el de hospitales de cuidados mínimos o de media/larga estancia en el ámbito sanitario debido al cierre de muchos Hospitales Provinciales ni siquiera compensados con la reconversión de algunos centros de la Cruz Roja.
- Falta de homogeneidad en la oferta de recursos sociosanitarios, diferente según el prestador. Personas con idénticas necesidades son ubicadas en redes diferentes en función de la vía sanitaria o social de contacto establecido con la administración. Pacientes con idéntica patología pueden ser internados en una residencia de ancianos o en un hospital de larga estancia, en función de la red contactada, con grandes diferencias de tratamiento y de inequidad en la participación en el coste de las prestaciones recibidas.
- Ausencia de conexión ordenada entre los dispositivos de urgencias de ambas redes, lo que resta fluidez a sus interrelaciones y causa numerosos trastornos a los usuarios.

RESUMEN DE LOS ASPECTOS NEGATIVOS

Desde una perspectiva general podemos decir que el marco jurídico actual contempla una separación absoluta entre las redes sanitaria y social y que sus sistemas de financiación son diferentes e inequitativos. Por otra parte, junto a una oferta desigual entre ambos dispositivos, su relación presenta notables desequilibrios estructurales —insuficiencia de recursos, duplicidades y asunción de cargas impropias— y fuertes deficiencias funcionales tanto de tipo general como específicos en la atención primaria y la institucionalizada. Estos aspectos negativos afectan, sin duda, muy desfavorablemente a la eficacia, a la eficiencia y a la equidad de las dos redes.

Los puntos fuertes

LOS ASPECTOS POSITIVOS

Pero junto a estos importantes aspectos negativos también existen puntos positivos donde apoyarse para mejorar la situación. Podemos citar algunos de ellos:

- Aunque de una manera territorialmente desigual, la red de servicios sociales ha sufrido un fuerte impulso en los últimos años con la ampliación de la atención domiciliaria, la habilitación de camas asistidas por creación de nuevos centros o remodelación de antiguas residencias y la apertura de dispositivos intermedios como centros de día para personas mayores, minusválidos y otros pacientes.
- El propio Sistema Sanitario ha mejorado substancialmente su red de atención psiquiátrica, la atención a los toxicómanos y lo que resulta de vital importancia la asistencia primaria se estructura en creciente medida en *equipos de atención primaria* con programas de carácter comunitario.
- Las posibilidades de establecer alternativas a la institucionalización son cada vez mayores al conocerse mejor sus técnicas y disponer de personal sanitario y social mucho más preparado para ello que hace unos pocos años.
- La reorganización de los recursos actuales puede mejorar la situación a corto plazo. La implantación de medidas de racionalización y mejora de la gestión de los recursos actualmente existentes, sin aumento del coste total del sistema, incrementaría a corto plazo su capacidad asistencial. Esta reorganización implica necesariamente la definición precisa de las tipologías de pacientes y usuarios de los servicios sociosanitarios, de sus necesidades genéricas y específicas para diseñar los servicios adecuados a ellas.

Numerosos hospitales de media/larga estancia para enfermos físicos o mentales, residencias asistidas, centros de rehabilitación de toxicómanos, unidades de tratamiento de grandes inválidos, programas de atención domiciliaria, centros de día y otros muchos dispositivos sean de carácter actualmente sanitario o social podrían adquirir en un plazo muy breve carácter sociosanitario integrado. Para ello basta adoptar las modificaciones reglamentarias necesarias, algunas reestructuraciones técnicas y establecer una buena conexión con los dispositivos sanitarios asistencialmente fronterizos que les preceden (hospitales de agudos, p.e.) o que les siguen (residencias de ancianos o el dominio del paciente) reduciendo con ello la estancia media de aquéllos y mejorando la calidad de vida en éstos.

2.2. El Análisis del entorno

Las amenazas

Si alguien tiene la tentación de minusvalorar la problemática sociosanitaria es suficiente un examen superficial de los procesos sociales en marcha para ver con claridad el importante crecimiento que se avecina de la población en riesgo de necesitar estos servicios y de la demanda consiguiente, en una coyuntura económica poco favorable al incremento de recursos sociales.

EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO

Si en 15 años la población española mayor de 65 años crecerá previsiblemente un 36%, los que superen los 80 años aumentarán más de un 44%. Es decir, España está envejeciendo de una forma muy rápida y esto implica necesariamente una mayor demanda de servicios sociales y sanitarios.

AÑO	65 y más años			80 y más años	
	N.º	% población	%	N.º	%
1986	4.679.500	12	100	917.100	100
2001	6.359.100	16	136	1.322.800	144

Fuente: Gregorio RODRIGUEZ CABRERO.

En 15 años la población anciana de España se va a incrementar en cerca de 1.700.000 personas y las de más de 80 años en más de 400.000. Ello significa que la demanda sanitaria y social va a crecer de una manera notable y más que proporcional, dadas las altas tasas de frecuentación hospitalaria y las de morbilidad de este

segmento de la población. Algunos datos extraídos de estudios de la Dirección de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, citadas por la Subcomisión de Atención Sanitaria y Social de la Comisión Abril son ilustrativos de este fenómeno:

Edad	Población	% Estancias Hospitalarias	Estancia Media Hospitalaria
• 65-74	7,7	18,6	21
• 75 y más	4,6	16,5	23
Suma	12,3	35,1	22
POBLACION TOTAL	100,0	100,0	13

A pesar de que en 1992 la población de más de 65 años representa el 12,3% de la población total se estima que generarán el 35,1% de todas las estancias hospitalarias.

La estancia media hospitalaria de los mayores de 65 años supera en 9 días la media general.

EDAD	POBLACION TOTAL	GASTO	
		TOTAL	P/CAPITA
▶ 0 - 1 años	1,38	7,30	5,30
• 2 - 4 »	6,53	5,72	0,88
» 5 - 14 »	13,49	5,83	0,43
▶ 15-44 »	42,90	13,95	0,33
• 45-64 »	21,32	15,74	0,74
▶ 65-74 »	8,84	18,12	2,05
▶ 75-84 »	2,61	10,87	4,16
• 85 y más años	2,95	22,48	7,64
TOTAL	100,00	100,00	1,00

Fuente: «Introductory Guide to N.H.S. Finance».

Por otra parte, según datos del National Health Service el gasto público se multiplica fuertemente a medida que aumenta la edad de la población de forma que el gasto originado por las personas de 85 y

más años es 18 veces el causado por las menores de 15 años, 23 veces el de 15 a 44 años y más de 10 veces el causado por los hombres y mujeres de 45 a 64 años.

EDAD	65-74	75 - 85	+ 85
0-15 años	4,74	9,62	17,65
15 - 44 »	6,30	12,80	23,47
45-64 »	2,77	5,63	10,34

Desde la perspectiva de los Servicios Sociales el efecto del envejecimiento sobre la demanda es aún más acusado dado que con la edad el desvalimiento y la dependencia crecen en proporción geométrica con la lógica repercusión en la demanda de prestaciones de carácter social.

El envejecimiento demográfico es, sin duda, el fenómeno social que más repercusiones presenta en la demanda socio-sanitaria.

LAS NUEVAS PATOLOGIAS

La creciente incidencia de las demencias seniles, sobre todo las de tipo Alzheimer —en consonancia con el sensible aumento de la esperanza de vida y del número de ancianos de elevada edad— la aparición y desarrollo exponencial del SIDA y las secuelas derivadas de los accidentes de tráfico, sobre todo en población joven (lesiones medulares, traumatismos diversos) constituyen también factores de crecimiento de la demanda conjunta de servicios sociales y sanitarios.

LAS MEJORAS TECNICAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

De igual manera las novedades tecnológicas para métodos diagnósticos y de tratamiento proporcionan una mayor identificación de problemas sociosanitarios e incrementan la capacidad de supervivencia de enfermos con patologías crónicas, degenerativas o en situación terminal con su consiguiente incremento de la demanda de cuidados paliativos y cuidados sanitarios y sociales.

EL HORIZONTE ECONOMICO NEGATIVO

Frente a este previsible incremento de demanda las perspectivas económicas generales no son optimistas si nos atenemos a los augurios de las autoridades tanto estatales como autonómicas. El Plan de Convergencia se propone reducir el déficit público y sanear la estructura financiera del Estado aplicando drásticas medidas de austeridad al gasto de carácter social a pesar de las declaraciones del actual Ministro de Sanidad y Consumo en el sentido de que «el dinero para Sanidad tiene que seguir aumentando» (El Diario Vasco, 8/6/92).

En idéntico sentido el titular de Hacienda y Finanzas del Gobierno Vasco

quiere reducir radicalmente el déficit público conteniendo fundamentalmente los gastos de Educación, Sanidad y Servicios Sociales.

LOS CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

La familia, por su parte, ha modificado fuertemente su función provisor de servicios a sus miembros como consecuencia de los substanciales cambios que se han producido en su estructura y división interna de funciones. La incorporación masiva de la mujer al trabajo, la aparición de fuertes bolsas de pobreza, la reducción de la dimensión de la vivienda, la nuclearización familiar, la soledad, el divorcio con su secuela de familias monoparentales ha debilitado notablemente la capacidad asistencial de la unidad convivencial, uno de los soportes tradicionales de la prestación de servicios personales. La creciente demanda de soluciones a la administración sanitaria y social ante problemas que antes se resolvían en el núcleo familiar no ha sido adecuadamente cubierta por la oferta pública al no habilitarse los medios necesarios para sustituir o compensar las modificaciones del rol familiar.

Las oportunidades

A pesar de los numerosos factores negativos que giran en el entorno de este tema no faltan tampoco oportunidades que hacen pensar en la posibilidad de configurar una estrategia de potenciación de recursos sociosanitarios coordinados e incluso integrados.

MAYOR SENSIBILIDAD SOCIAL Y POLITICA SOBRE EL TEMA

Todas las Comunidades Autónomas están potenciando programas de apoyo social a colectivos en riesgo habilitando para ellos centros de rehabilitación de drogadictos, ayuda domiciliaria doméstica para personas dependientes, garantía de ingresos mínimos (salario mínimo de inserción o similares), plazas asistidas en residencias de ancianos, ayudas a mujeres con responsabilidades familiares y un largo etcétera de programas.

El Sistema Sanitario, por su parte, está extendiendo portada la geografía los equipos de atención primaria y programas de atención comunitaria que suponen, en mu-

chas ocasiones, un apoyo decisivo para evitar la institucionalización de personas en riesgo.

Es cierto que los recursos son aún escasos, desigualmente repartidos y las necesidades sin cubrir numerosas, pero también es cierto que jamás en nuestra historia los recursos sanitarios y sociales han sido cuantiosos y de tanta calidad. A pesar de todas las insuficiencias imaginables se cuenta con un punto de partida como nunca lo ha habido hasta la fecha.

LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Las Organizaciones No Gubernamentales como son las Fundaciones Privadas sin fin de lucro, las Asociaciones de usuarios o familiares de pacientes, incluidas la Cruz Roja, Caritas, O.N.C.E. y otras muchas no han tenido una vía para canalizar adecuadamente sus acciones en este campo. La ausencia de normativa legal que fomenta esta iniciativa, las recoja y las oriente en esta dirección ha hecho que los esfuerzos, muchas veces notables, de estas organizaciones no hayan tenido el impacto deseado al desarrollarse en iniciativas desperdigadas y proyectos incapaces de superar las barreras que separan los mundos sanitario y social.

EL SECTOR PRIVADO LUCRATIVO

Por otra parte, el sector privado lucrativo, tradicionalmente ausente de este mercado, puede aportar valiosos recursos si es adecuadamente estimulado dentro de un marco de relaciones regladas con los poderes públicos.

Y un hecho a destacar. Las entidades de ahorro han abandonado, casi totalmente, su tradicional orientación a crear y apoyar iniciativas de asistencia social dirigiendo su actividad *altruista* al ámbito cultural. La recuperación de la vocación asistencial de estas entidades supondría un considerable aporte de recursos para la configuración de la red sociosanitaria.

EL VOLUNTARIADO Y LOS RECURSOS INFORMALES

La carencia de una regulación legal del voluntariado, de las instituciones de autoayuda, de las de ayuda mutua y similares supone un freno insuperable para la creación y desarrollo de organizaciones que

encuadren al voluntariado y lo dirijan hacia el campo sociosanitario. El sentido altruista y solidario que existe en nuestra sociedad no debe ser ignorado, sino que debe estimularse y potenciarse con los apoyos legales y económicos adecuados, facilitando su expresión en lugar de abortarla. Todos los países europeos cuentan con multitud de organizaciones benévolas y altruistas que constituyen el soporte insustituible de muchas de las instituciones sociosanitarias. La normativa legal no garantiza por sí sola la aparición de un voluntariado estructurado y abundante, pero sin duda constituye la condición indispensable para ello.

Por otra parte, el apoyo vecinal, la ayuda voluntaria e informal del entorno social constituye un importante soporte para posibilitar a la persona en riesgo la continuidad en el medio sociofamiliar que le rodea con una calidad de vida aceptable sin necesidad de recurrir a la institucionalización. Es un hecho constatado que una proporción muy elevada de personas que viven solas con un apreciable nivel de dependencia física, sobreviven en su medio gracias a la ayuda desinteresada de sus vecinos. Por eso, estas actitudes solidarias constituyen un recurso social de primer orden que necesitan ser potenciadas.

2.3. Diagnóstico estratégico del conjunto sociosanitario. Panorama general

Hay una serie de datos que configuran con nitidez la situación actual:

1. Los problemas sociosanitarios afectan a un colectivo muy numeroso, de varios millones de ciudadanos, conformado en su mayoría por individuos en especial situación de desprotección y dependencias: ancianos mayores de 80 años, enfermos crónicos tanto físicos como psíquicos, pacientes de SIDA, enfermos terminales, minusválidos y toxicómanos.
2. La población en riesgo de necesitar estos servicios va a crecer de manera fulminante en las próximas décadas debido fundamentalmente al acelerado proceso de envejecimiento demográfico que tiene nuestra sociedad —con un fortísimo incremento del número de personas mayores de 80 años— a la aparición de nuevas enfermedades como las demen-

cías tipo Alzheimer o el SIDA y a los cambios en los medios diagnósticos y de tratamiento que permiten precisar mejor las enfermedades y prolongar la vida de las personas en circunstancias difíciles.

3. El horizonte económico no es favorable para el impulso de los gastos sociales. Todas las autoridades políticas y monetarias coinciden en formular amenazas al crecimiento de los mismos (educación, sanidad y servicios sociales) porque los han convertido en el *chivo expiatorio* y objetivo a batir para reducir el déficit público como panacea de todos los males financieros del Estado.

4. La estructura familiar ha variado substancialmente en los últimos años y su papel provisor de servicios sociales para sus componentes se ha reducido apreciablemente con el consiguiente incremento de la demanda de servicios a los poderes públicos para que contrarresten o compensen adecuadamente esta reducción.

5. Para responder a estos retos nos encontramos hoy con una red sanitaria y unos servicios sociales cuyo marco jurídico dificulta, cuando no impide, su coordinación posicionándolos como dos sistemas no pocas veces enfrentados y casi siempre sustitutorios en lugar de complementarios.

MATRIZ ESTRATEGICA «DAFO» DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

D	PUNTOS DEBILES	F	PUNTOS FUERTES
	1. El marco jurídico actual imposibilita la coordinación eficaz. 2. Diferentes sistemas de financiación. 3. Respecto a la oferta: 1. Ausencia del sector privado lucrativo. 2. Fuertes desequilibrios estructurales: a) Graves insuficiencias de recursos, b) Duplicidades y solapamientos innecesarios, c) Asunción de fuertes cargas impropias. 3. Importantes deficiencias funcionales entre ambas redes: a) Diferente sectorización/Territorialización. b) Pluralidad de servicios de información y vías de acceso, c) En la atención primaria: - Falta de referentes Técnico - Administrativos comunes. - Escaso desarrollo de recursos comunitarios. d) En la asistencia institucionalizada: - Crecimiento desigual de las dos redes. - Falta de homogeneidad en los recursos. - Descoordinación de los servicios de urgencias.		1. Fuerte impulso, aunque desigual, de los servicios sociales. 2. Mejora de red de asistencia sanitaria (psiquiatría, Atención Primaria). 3. Mayores posibilidades de alternativas a la institucionalización. 4. Posibilidades de mejorar la eficiencia de los recursos actuales.
A	AMENAZAS	O	OPORTUNIDADES
	1. Fuerte envejecimiento de la población. 2. Aparición de nuevas patologías (SIDA, Alzheimer, etc.). 3. Mayor identificación de problemas. 4. Horizonte económico negativo. 5. Cambios en la estructura y rol familiar.		1. Mayor sensibilización social y política sobre el tema. 2. Posibilidades de colaboración del sector privado lucrativo. 3. Las Organizaciones No Gubernamentales. 4. El voluntariado y los recursos informales.

6. La oferta de recursos sociosanitarios, pública y benéfico-privada en su mayoría, ya que la privada lucrativa resulta prácticamente inexistente, es por su parte insuficiente en términos absolutos y presenta importantes desequilibrios estructurales y deficiencias funcionales, con sistemas de financiación muy diferenciados que limitan su eficacia, su eficiencia y lesionan la equidad debida.
7. De todas formas, la red de servicios sociosanitarios ha experimentado, en los últimos años, un fuerte desarrollo, aunque territorialmente desigual, con una notable mejoría de los servicios sociales y de los dispositivos de asistencia sanitaria también en Atención Primaria, que cuentan ahora con mayores y mejores alternativas a la institucionalización de las personas.
8. Los actuales dispositivos sociosanitarios pueden mejorar notablemente su eficacia con la adopción de medidas de reordenación y reorganización de estos recursos que apenas implican coste adicional para el sistema. La identificación de un espacio sociosanitario específico, la definición de las necesidades de los usuarios, la adaptación de los actuales servicios a dichas necesidades y una mejora en las técnicas de gestión serían suficientes para incrementar apreciablemente la capacidad asistencial de los actuales dispositivos.
9. Existe un potencial de recursos no utilizados hasta la fecha por falta de legislación y estímulos adecuados que los potencie: el volunta-

riado, las Organizaciones No Gubernamentales y los recursos informales procedentes de la iniciativa social constituyen un capital disponible de gran virtualidad.

10. La colaboración de la iniciativa privada lucrativa, prácticamente ausente hasta la fecha del campo sociosanitario, permitía la aportación complementaria de recursos financieros y organizativos necesarios para cubrir las enormes lagunas que presenta la actual red y frente a las cuales el esfuerzo de la iniciativa pública resulta insuficiente.
11. Se observa finalmente una mayor sensibilidad social y política sobre el tema que permite albergar ciertas esperanzas de que puedan ponerse en marcha iniciativas suficientes en nuestra sociedad para enfrentarse con éxito a los problemas que tienen estos colectivos necesitados de servicios sociosanitarios.

En el cuadro adjunto podemos observar la situación en su conjunto en el que figuran las debilidades y fortalezas del actual sistema, así como las amenazas y oportunidades que presenta su entorno. Aunque el panorama no es optimista, existen puntos de apoyo y perspectivas positivas que permiten diseñar una estrategia superadora de las dificultades detectadas e iniciar un camino que a medio plazo permita mejorar la situación neutralizando los aspectos negativos y potenciando las oportunidades existentes. *Una estrategia eficaz debe tratar de corregir las debilidades, afrontar las amenazas, mantener las fortalezas y explotar las oportunidades.*

José Antonio Aguirre Elustondo

A LA BUSQUEDA DE UNA ALTERNATIVA PARA LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS CRONICOS

Las "*Maisons de soins psychiatriques*" (Hogar de cuidados psiquiátricos en adelante M.S.P.), son una experiencia puesta en marcha en Bélgica para intentar dar una solución real al problema que se plantea con los pacientes afectados de trastornos psíquicos crónicos, que no les permiten una vida autónoma y donde las posibilidades de reinserción, aunque existentes, son escasas.

Sanatia es una de estas casas, con 30 camas, situada en el corazón de Bruselas. En ella se ha querido dar una convivencia familiar a unos pacientes que no pueden beneficiarse de otros tipos de estructuras como los apartamentos protegidos u otros.

En la C.A.P.V. existe la necesidad y la demanda de instituciones intermedias, creados ya los apartamentos supervisados y los centros de día, existe una parte de la población con trastornos crónicos que se ve obligada a hospitalizaciones muy prolongadas, con todos los efectos negativos que esto conlleva. ¿Podrían ser las M.S.P. un ejemplo a seguir?

ANALISIS HISTORICO

Tras muchos siglos en que los psiquiátricos eran salas donde se encerraba a los pacientes, privándoles de todos sus

derechos. En los años 70 se asiste a la caída de los muros de los antiguos manicomios bajo la influencia de la teoría de antipsiquiatría o de Bassaglia en Italia. "Los enfermos mentales no necesitan ningún tipo de estructura institucional, se vive la destrucción del manicomio sin prever ningún tipo de modelo alternativo". Como consecuencia de esto, muchas de estas personas, acostumbradas a vivir en una estructura muy pesada donde su capacidad decisoria estaba anulada, se encontraron en la calle, con enormes dificultades de integración social y sin estructura de acogida alternativa.

En Inglaterra, el movimiento antipsiquiátrico fue acompañado de la creación de las primeras comunidades extrahospitalarias como alternativa a las reclusiones en los manicomios. Estas comunidades fueron el modelo que dio paso al inicio del trabajo terapéutico extrahospitalario.

La variedad belga ha seguido este mismo esquema evolutivo. A finales de los años 70, el Profesor Moroot lleva a cabo un estudio de un modelo asistencial en dos frentes:

a) Hospitalario con tres tipos de servicios:

- Camas A: Servicio de agudos adultos.

- Camas R: Servicio de agudos niños.
- Camas T: Servicio de crónicos, estancia prolongada.

b) Creación de equipos de postcama y no red de centros de salud mental que prevenga y retarden la readmisión en centros hospitalarios y que permitan disminuir el número de camas.

Este proyecto inicial, evoluciona a lo largo de los años 80. La disminución de camas de hospital choca en la realidad con un importante problema. El 35% de la población psiquiátrica belga era mayor de 65 años y el 26% vivía en instituciones desde hace más de 25 años. La creación de las camas T o de estancia prolongada no logró dar una solución a este problema ya que el tratamiento no es suficientemente intensivo y las medias de estancia en hospital aumentaban cronificando aún más a los enfermos y aumentando los gastos.

Como consecuencia de todo esto ha llegado a la conclusión de la necesidad de unas estructuras intermedias capaces de acoger a este tipo de pacientes. En total está prevista la creación de 6.000 camas M.S.P. es decir 0,6/1.000 habitantes.

¿QUE ES UNA M.S.P.?

"Maison de soins psychiatriques". Su traducción literal es "Hogar de cuidados psiquiátricos".

La filosofía con la que han sido creadas es la de dar un hogar a las personas que presentan un problema psíquico en situación estable, no precisando por ello la atención continuada de un hospital, sino un acompañamiento que les permite encontrar su autonomía y si es posible su reinserción en la sociedad.

Su objetivo fundamental es el de *acompañar*, ser un lugar donde vivir, pero con las puertas abiertas a la sociedad. Las normas de ubicación, organización, financiación y planificación del personal han sido realizadas teniendo en cuenta estos principios fundamentales.

1. Ubicación

Las M.S.P. deben estar situadas fuera del ámbito de un centro hospitalario, si es posible en pleno casco urbano.

Su tamaño debe ser reducido, alrededor de 40 camas de aspecto agradable y acogedor, con lugares de relación y la posibilidad de un espacio individual privado.

2. Aspectos organizacionales

a) La gestión de las M.S.P. escapa a la gestión tradicional hospitalaria en el sentido de implicar al paciente y su entorno en la organización del centro.

Así, la Comisión que dirige la institución está compuesta por los siguientes miembros:

- Un representante de los pensionistas, elegido por ellos mismos y con el acuerdo de las familias.
- Un representante de la Dirección.
- Un jurista.
- Un psiquiatra.
- Un asistente social.

Esta estructura organizativa está inspirada en el objetivo de lograr una mejor integración del paciente a partir de su participación en la construcción de su entorno vital.

b) La autonomía de que se pretende dotar al paciente choca con el problema de la gestión de sus recursos económicos. Es grado de afectación psíquica de algunos internos les impide una correcta toma de decisiones en la manipulación de su patrimonio. Varias son las alternativas en estos casos.

- Confiar la gestión de tal patrimonio a la familia. Ello conlleva problemas en los casos, frecuentes, en los que existen conflictos del enfermo con su entorno familiar.
- Dejar en manos del centro la potestad sobre el patrimonio de los pacientes. Esta solución genera en muchas ocasiones problemas de confianza entre el residente y la institución.
- Una tercera opción, por la que se ha optado en la mayoría de los casos es, la búsqueda de un administrador o tutor, externo a la M.S.P. y cuya función es, además de gestionar el patrimonio del enfermo, asegurar que éste disponga de un dinero de bolsillo considerado suficiente para atender sus gastos personales.

3. Financiación

La forma de financiación es un tanto especial dentro del sistema de seguridad social belga.

Existe una intervención importante estatal pero esta aportación no es del 100%. El resto es pagado por el propio paciente.

En los casos en que las posibilidades económicas de los pacientes sean inferiores a esta cifra, una ayuda suplementaria puede ser desbloqueada a cargo de financiación pública, de manera que el acceso a las M.S.P. quede abierto a todas las capas sociales.

Esta implicación económica de los pacientes en el mantenimiento de este tipo de centros permite al Sistema Sanitario Público poner en marcha unas estructuras intermedias de tratamiento ilimitado, liberando con ello camas de agudos, que difícilmente podrían haberse asumido de otra manera.

4. Planificación del personal

En línea con la vocación de este tipo de centros, aseguran una atención continuada a los pacientes, se da una importancia especial a que el personal paramédico y de cuidados de enfermería sea el suficiente.

La presencia de un psiquiatra se centra más en labores de coordinación de las actividades del centro, en función de la patología de los pacientes, que en la realización de actos propiamente médicos. Se trata de una actitud especiente y vigilante.

SANATIA: UN EJEMPLO CONCRETO

Sanatia es la primera experiencia M.S.P. existente en Bruselas. Está situado en un céntrico barrio. El centro está banalizado en el entorno de los edificios del barrio, no apreciándose externamente ningún rasgo que lo identifique como institución psiquiátrica.

Se trata de un edificio del siglo XIX de tres pisos de planta cuadrada y dos amplios jardines interiores, junto a los cuales existe un pequeño edificio donde se encuentran los talleres ocupacionales y el gimnasio. Se ha dividido la casa, en dos servicios:

- a) Dos grupos de atención dedicados a los enfermos capaces de una mayor autonomía y con grandes posibilidades de reinserción.

- b) Dos grupos de atención dirigidos a enfermos con un mayor grado de invalidez donde existe una sección especial dedicada a la psicogeriatría, con ancianos en algunos casos afectados de demencias en situación preterminales e incluso terminales.

En total actualmente existen unos 30 residentes con una media de edad entre 45-50 años.

El personal laboral está compuesto por treinta personas, entre las que hay que contar un asistente social, un psicólogo, dos ergoterapeutas y un fisioterapeuta. El resto es personal de enfermería.

La mayor parte de los residentes viven en habitaciones individuales que ellos mismos han decorado con sus propios muebles. Todas ellas sin excepción son exteriores y están orientadas a uno de los dos jardines.

Cómo se vive en Sanatia

Me parece importante volver a insistir en que el objetivo fundamental de Sanatia es el de convertirse en un hogar para aquellos que por razones psíquicas no son capaces de vivir fuera de una institución. El número reducido de pacientes y la distribución por pisos hace que los pensionistas acaben conociéndose bien y estableciendo fuertes lazos de amistad.

Durante una jornada cualquiera algunos de los residentes abandonan Sanatia para acudir a los Centros de Día o bien a talleres protegidos. Otros, la mayoría, se benefician de las actividades que se realizan en la casa.

Muchos de los pacientes que viven en Sanatia tienen problemas relacionados con la estructuración del tiempo, mantenerse en contacto con lo real es en muchos casos un gran reto. Por ello, cada residente realiza a su llegada un proyecto individualizado y concreto de actividades a fin de que el paciente pueda aprender a establecer relaciones con objetos reales, todo esto supone un gran esfuerzo para el personal de enfermería y de animadores. Se trata de una labor de estimulación constante y sostenido a veces difícil de llevar a cabo.

El organigrama de actividades muestra diferentes facetas de trabajo:

- a) Actividades manuales: Intentan facilitar la relación con objetos concretos (Trabajo con barro, madera, pintura).

b) Actividades corporales: (Gimnasia, relajación, musicoterapia). Conocer su cuerpo, sus límites y establecer contacto con sus sentimientos, aceptarlos como propios.

c) Actividades que exigen un trabajo en grupo coordinado:

- Publicación de un periódico mensual.
- Grupo cocina. Una vez a la semana, los pacientes, diseñan y confeccionan su menú.
- Salidas (cine, compras).
- Sesiones de video.

Lunes	9 h - 11 h	Ergoterapia (talleres de trabajo).
	10,30 h	Té.
	14 h - 14,30 h	Gimnasia para los menos válidos.
	14,30 h - 15,30 h	Cine Club.
Martes	15,30 h - 16,30 h	Ergoterapia - Salón.
	9 h - 11 h	Ergoterapia.
	9 h - 10 h	Periódico.
	10,30 h - 11 h	Té en el Taller.
	14 h - 14,30 h	Gimnasia.
	14 h - 16,30 h	Té con biblioteca.
Miércoles	15 h	Café.
	9,30 h - 11 h	Ritmo y canto.
	10,30 h	Té.
	14 h - 14,30 h	Gimnasia.
Jueves	14,30 h	Video.
	9,30 h - 13,30 h	Grupo cocina.
	9 h - 11 h	Ergoterapia.
	10,30 h - 11 h	Té en los talleres.
	14 h - 16,30 h	Ergoterapia
	15 h	Té en los talleres.
Viernes	14 h - 14,30 h	Gimnasia.
	9 h - 10 h	Grupo música.
	9 h - 11 h	Ergoterapia.
	13 h - 14 h	Ergoterapia en el salón (Juegos de azar, cartas).
	14 h - 16,30 h	Salida cultural.

El objetivo de todas estas actividades es el de mostrar a los pacientes sus propias capacidades y de enseñarles a valorarlas en su justa medida. Si esto se consigue, esta manera de vivir en grupos reducidos hace que la institución se convierta en una familia con todas sus consecuencias.

Merece un apartado especial la atención a los ancianos. En estos casos, la labor del personal de enfermería es más intensiva, abarcando las tareas más elementales tales como: mantener una higiene y nutrición adecuadas, mantener una actitud vigilante ante los deterioros orgánicos, y, sobre todo, ser un acompañante constante en los momentos de soledad supliendo en ocasiones a una familia ausente.

Por todo esto se ha ideado un sistema de trabajo en el cual cada enfermero tiene unos pacientes fijos a su cargo, de quienes se ocupa de manera personalizada. Se han implantado horarios fijos de trabajo que

son conocidos por los propios pacientes, evitándose los cambios de servicio y las rotaciones del personal.

Esta atención continuada puede llegar a crear problemas de dependencia y simbiosis pero la experiencia ha mostrado que la profesionalidad del personal de enfermería es fundamental para intentar corregir estas situaciones. La calidad de vida de estas personas mejora al saber a quien pueden dirigirse en cada momento.

¿ES LA M.S.P. UNA ALTERNATIVA VALIDA EN LA C.A.P.V.?

Actualmente la C.A.P.V. cuenta con una cobertura apropiada, tanto de los pacientes hospitalizados como del seguimiento ambulatorio. Sin embargo, faltan estructuras intermedias de postura.

Las soluciones alternativas que se han buscado son:

- LA FAMILIA. Como lugar de acogida, pero no debemos olvidar que en muchas ocasiones esta misma familia es uno de los nudos capitales de conflicto. Alejar al paciente de su medio, puede mostrarle otra manera de aprehender el mundo y la sociedad.

-APARTAMENTOS SUPERVISADOS. La experiencia belga con este tipo de estructuras, muy eficaces en algunos aspectos, muestra sin embargo que existe una franja de pacientes con un alto grado de rehospitalizaciones. Las M.S.P. están resultando en este momento una solución alternativa.

-HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS EN SERVICIOS ESPECIALES. La palabra hospital lleva consigo implícitamente el ser un lugar protegido, por una gran puerta que la separa del mundo exterior.

-LAS RESIDENCIAS. Probablemente mucha gente puede pensar que la M.S.P. no es muy diferente de las residencias de ancianos que todos conocemos en nuestro entorno.

La diferencia estriba en su filosofía dinámica. Se intenta que los pacientes no tengan en ningún momento la impresión de estar en una vía muerta, sino en un tren que viaja a una velocidad más lenta y apropiada a sus necesidades.

La experiencia en la atención al enfermo mental ha mostrado que no existen soluciones mágicas. Cada alternativa es válida pues cada individuo es diferente a otro. Diversificar la atención es aumentar la calidad asistencial.

Probablemente la M.S.P. no sea la solución ideal a los problemas de los pacien-

tes crónicos, pero sí una solución alternativa que nace con unos objetivos bien concretos, mostrar que cada individuo es fundamentalmente digno de reconocimiento y que cualquiera que sea su situación posee en sí mismo el potencial y el deseo de crecimiento y autorealización.

Pablo Angulo

BIBLIOGRAFIA

1. Anuario Estadístico Vasco. 1991. Eustat.
2. Avance de Directrices de Ordenación Territorial de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Mayo 1992.
3. Bassaglia Franco "L'autopia della realta e la realta dell'utopia".
4. Caplan Gerald. Principios de psiquiatría preventiva. Mayo 1980.
5. Estadística Hospitalaria. Eustat 1990.
6. Hauzoul Chantal, Page Frangoise. "Sociotherapie des Psychotiques". "Somatotherapies es Somatologie". Octubre 90.
7. Keirse Emmanuel. "La maison de repos et de Soins psychiatriques. De Wingerd - un lieu de vie alternatif pour les dementés seniles. Congrès international de psychogeriatric. Octubre 87.
8. Laing Ronald. "Metanoia some Experiences at Kingsley Hall". London. Diciembre 1968.
9. Ministère de la Sante Publique et Environnement. "1990. Une date historique pour le secteur psychiatrique". Julio 1990.
10. Moniteur Belge:
 - Normes d'agrement du M.S.P. Julio 1990.
 - Critères d'intervention Inami. Julio 1990.
 - Programmation. Julio 1990.
 - Fixation du prix M.S.P. Diciembre 1990.
 - Intervention de l'Etat dans le prix. Enero 1991.
11. Muños Pedro Enrique. Aspectos actuales de la asistencia psiquiátrica. 1970.

EL ANCIANO Y EL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

El fenómeno de la longevidad

Han sido muchos los años transcurridos en la Historia de la Humanidad durante los cuales las vidas prolongadas han sido un hecho excepcional. Los mayores han venido siendo objeto de unas determinadas respuestas sociales: admiración, reverencia y, en muchos casos, revestidos de un gran prestigio social, político y religioso.

La longevidad, hoy, ha perdido su sentido bíblico, casi mítico; la presencia del anciano en nuestra sociedad ha dejado de ser una circunstancia excepcional, su presencia es cotidiana, cotidaneidad que parece inducirnos a olvidar que la vejez es la piedra de toque de la vida entera. En ese momento en el cual, por encima de otros valores, intereses o actitudes, prevalece en el ser, la sabiduría, entendida según nos la describe Heinz Rempelin: «Es ese estar por encima de la vida, porque se advierte lo perecedero y se sabe de lo eterno y de lo que va más allá del tiempo. El hombre sabio irradia paz y bondad... Espera sereno su fin, porque puede verlo como la culminación de su existencia».

La presencia de los mayores en los hospitales no es menos cotidiana. En la experiencia del Hospital Universitario de Sevilla, y más concretamente en la de su Unidad de Trabajo Social, se basa la afirmación de que el anciano y las diversas circunstancias sociales que lo suelen acompañar se han convertido en uno de los campos de mayor intervención de los últimos años.

En 1979 tuvo lugar el I Encuentro Hispano-Mexicano entre los Hospitales Generales de México y el entonces Universitario de Sevilla, hoy «Virgen Macarena». Por aquellas fechas, la presencia del anciano en el medio hospitalario se apreciaba como un atisbo. En noviembre de 1992, con motivo del «III Encuentro» habido entre los mencionados Hospitales, se ha definido y comparado las demandas sociales y las situaciones que mayor número origina de las mismas son, junto a otros fenómenos entonces impensables —como puede ser el caso del SIDA—, el anciano y las distintas problemáticas que de esa realidad se derivan, se perfila como una abrumadora realidad, se ha convertido en uno de los campos de mayor actuación en los últimos años. Según las oficinas de estadística de la Comunidad Europea, en 1989, el 47% de camas hospitalarias fueron ocupadas por mayores de 70 años.

La Medicina, sus progresos, y dentro de todo ello la rama denominada Gerontología, ha realizado la gran transformación: la esperanza de vida para las personas se ha prolongado de forma insospechada. Basta hacer un recorrido retrospectivo en nuestros orígenes históricos y culturales para reafirmarnos en este convencimiento.

En la época en que vivió Platón, la mayor expectativa de vida se establece en los 30 años. Deberán pasar milenios para que se aumente a los 37. Nos situamos ya en los finales del siglo XIX y principios del XX, con los 57 como media de vida. Ya en fechas más próximas, 1968, Rempelin la

establece en los 70 años. No vamos a continuar con datos estadísticos y se concluye con lo establecido por la Comunidad Económica Europea en 1989, que la fija en los 79,4 años.

La longevidad se ha convertido en una realidad social que parece nos hubiera desbordado y sorprendido, LA SOCIEDAD NO HA TENIDO PREVISTAS UNA SERIE DE ALTERNATIVAS QUE URGEN CREAR. Además de haberse convertido en una realidad social, la longevidad ha llegado acompañada de otros fenómenos sociales: el bajo índice de natalidad, el nuevo concepto de familia, la transformación de la sociedad y sus valores. Por todo ello, esquemas que han resultado válidos durante siglos, se nos hacen estrechos y poco funcionales.

Papel del anciano en la Antigüedad

Para entender la situación por la que están pasando los mayores, parece oportuno hacer una consideración sobre las que se aceptan como fuentes de nuestra Cultura Occidental y sobre el papel que los ancianos han jugado en el devenir de dicha Cultura.

Mesopotamia, establece en su Código Hanmurabi —a pesar de que sus normas se rigen por la Ley del Talión— una de sus leyes reguladoras para "evitar que el fuerte oprima al más débil", con el objetivo de proteger a los más desvalidos: las viudas, los huérfanos y los ancianos.

Grecia, la defensora de las libertades políticas y humanas, responsable del despertar de los pueblos al ansia de saber, hace depositarios de dicho saber y de su Filosofía a los ancianos, ellos serán quienes los mantengan e impartan. Tienen un muy definido papel en la sociedad y gozan de un gran prestigio. Solón afirma en su vejez: "Envejezco sin dejar de aprender".

En Roma, el Senado lo constituyen los mayores, es en sus manos también donde se depositan los valores religiosos; se trata de un pueblo fuertemente influido por la religión, como consecuencia, la clase sacerdotal es una de las que ostentan mayor prestigio y poder; sus Sacerdotes son los Ancianos.

El pueblo judío, por su parte —tan entroncado en nuestra tradición cristiana, con la que comparte fuentes comunes que se nutren del Antiguo Testamento— constituye toda una forma de vida inspirada en una cultura y una tradición en torno a los

mayores, quienes además ostentan un gran poder y ejercen una fuerte influencia en la religión, en la política y en la familia: el Sanedrín lo constituyen los ancianos. El Rabinismo surge en torno a edades avanzadas. En la familia judía, el anciano está revestido de un sentido casi religioso, transmite las tradiciones, su palabra es sabia y en última instancia es la que se acata.

Nuestra cultura cristiana, además de haberse nutrido en gran parte de todo lo anterior, ha estado impregnada durante siglos del mandato divino "Honrarás a tu padre y a tu madre". Mandato que, de alguna manera —bien conciente, bien inconscientemente—, parece mantenerse aún en el hombre moderno, al que enfrenta consigo mismo, le provoca conflictos que, necesita paliar por distintos mecanismos que le permitan desechar la angustia que ese sentimiento le produce, cuando se enfrenta a la realidad social y familiar que le hace vivir la gran contradicción: el anciano pierde gradualmente su papel en todos los ámbitos de la vida cuando ésta se le ha prolongado, para que algunas veces no le encuentren su sentido, ni digna de ser vivida.

El Anciano hoy

Europa envejece y lo admite, sería injusto negar que existen propuestas políticas y sociales al respecto. Aún así, ante la realidad de nuestro entorno, cabría preguntarse si la longevidad en todos los casos va acompañada de la calidad que sería de desear. Las condiciones de vida más habituales que describe la Oficina de Estadística de la Comunidad Económica europea son: pobreza, rentas bajas (tan es así que en determinados países, la ancianidad constituye una de las variables para medir el índice de pobreza), es el caso de Grecia —la defensora de las libertades sociales e individuales— donde se maneja este criterio, junto a los de "familia numerosa" y de "empleo agrario".

Las condiciones de alojamiento de las personas mayores, son malas en toda la Comunidad Europea y acompañadas, en un muy importante número de casos, de situaciones de soledad.

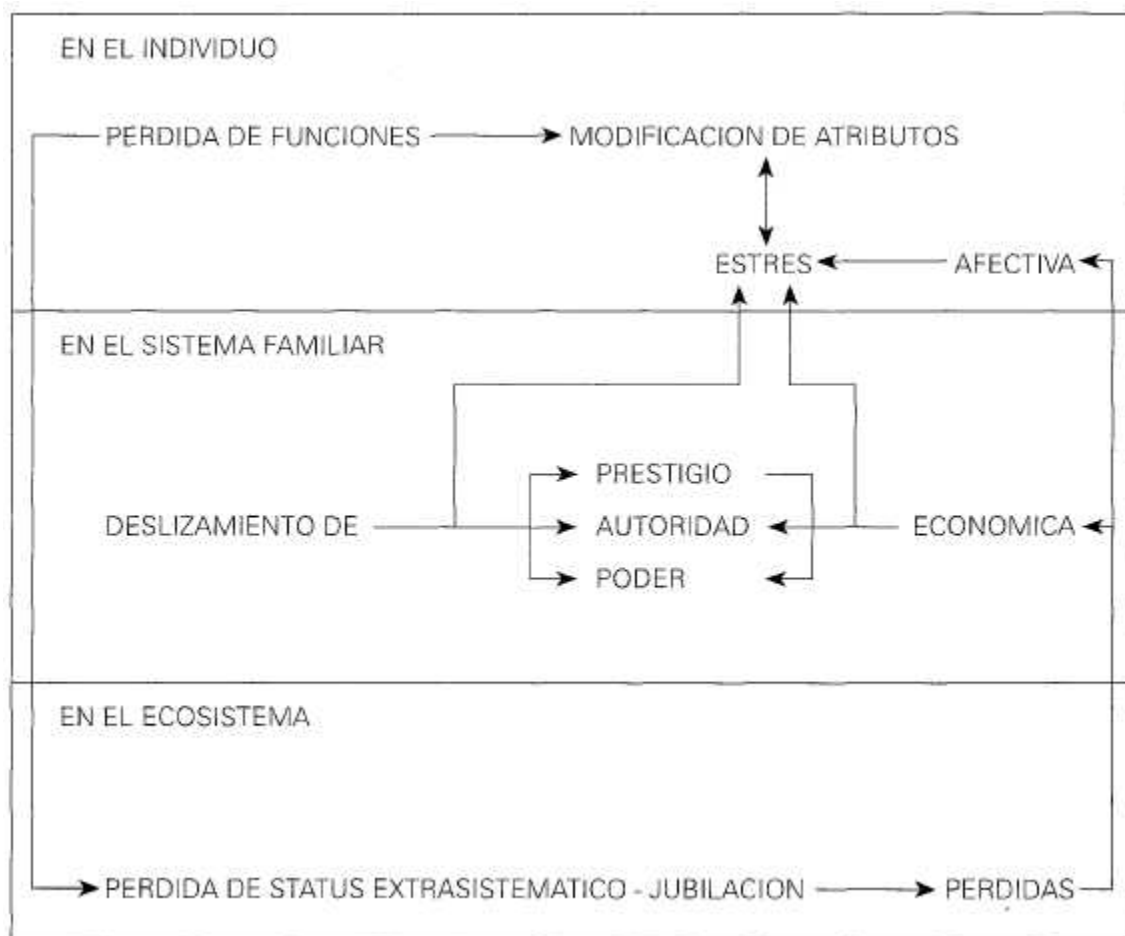
Ante esta serie de situaciones desfavorables que debe afrontar el anciano, parece hacerse obligado hacer una consideración sobre qué está pasando con los mayores en la sociedad, si son aceptados, cómo se les valora y el prestigio de que gozan.

La organización familiar está sufriendo una transformación rápida que ha alterado en gran parte, el sentido tradicional que de ella se ha venido manteniendo durante siglos. La familia de origen ocupa un lugar secundario y en muchos casos, de limitado valor en el momento de asumir compromisos. Este sentir social, nos pone de manifiesto eso que se ha dado en llamar "la intimidad a distancia" que, no parece tener otra traducción que el anciano está física y afectivamente solo. Soledad que, por otra parte, se está incrementando por una serie de hábitos recién estrenados en nuestro medio: el abandono del domicilio paterno al cumplir los hijos una determinada edad, sin que deba darse, como ha sido tradicional, la circunstancia de "emancipación por casamiento" o "elección de estado".

El hedonismo parece haberse convertido en un valor social, el hombre moderno tiene unos objetivos muy claros: búsqueda del confort, huida del dolor y de los

compromisos que puedan, de alguna forma producirse. Estos objetivos se ven obstaculizados o amenazados, cuando aparece la figura de unos padres ancianos, quienes generalmente, presentan una serie de inconvenientes, de trastornos de salud o de carácter, etc. Todo de difícil abordaje en cualquier medio, pero que se agudiza en el urbano, donde se da un tan alto índice de circunstancias adversas y deshumanizantes: falta de espacios adecuados, masificación, viviendas pequeñas, obligada ausencia del hogar de la mujer profesionalizada, etc., y que pueden desencadenar o empeorar los trastornos antes citados. Las alteraciones de carácter del anciano, las disminuciones físicas y/o psicológicas, pueden convertir al anciano en total o parcialmente dependiente, con las consiguientes alteraciones en la convivencia familiar y en su dinámica habitual. Son los impactos de la vejez, para los que excepcionalmente, los individuos y las sociedades suelen estar capacitados. (Cuadro n.º 1).

Cuadro n.º 1
IMPACTOS DE LA VEJEZ



Lo cierto es que, con o sin justificación, el ser humano, por esas contradicciones que le son tan características, cuando ha descubierto el valor de una familia bien constituida afectivamente hablando, para una evolución satisfactoria de la personalidad individual, parece empeñado en desposeerla de ese sentido entrañable y generador de seguridad, lo que por otra parte, ha sido valorado y recogido como una necesidad primaria que hay que resguardar de amenazas, en el Código Hamurabí.

Los lazos afectivos, con respecto a la familia de origen, se van haciendo cada vez menos firmes y el anciano pierde su papel dentro de ella, su voz en raras ocasiones es escuchada. Cuando el anciano tiene que reemprender, incluso en muchos casos, iniciar un contacto con los hijos, éstos tienen otros intereses que le son ajenos, extraños, su propia familia constituida.

En caso de convivencia obligada, se establece una lucha de poder padre-hijo, enfrentamientos generacionales, interferencia en la educación de los nietos. Situaciones entre las que no podemos olvidar las originadas por el mito social "los padres para las hijas" que, agrava la situación cuando la convivencia se da en el domicilio del hijo varón. Obviamente, no se pretende buscar "culpables", sí relacionar y poner de manifiesto unos hechos que, desestabilizan a la familia en muchos casos y que, desfavorecen la vida del anciano.

A las personas mayores, se les ha venido conociendo como a "nuestros mayores", "los abuelos", "los ancianos", etc., etc., denominaciones tradicionales que entrañan un sentimiento cálido, afectuoso y que, en la actualidad, parece negárseles, son "la tercera edad". Parece constituyera un esfuerzo aceptar plenamente el significado que tiene ser anciano y la dignidad de que esa palabra ha ido siempre acompañada.

Desde que la sociedad se organiza en torno a la actividad profesional, la jubilación es la declaración oficial y legal de incapacidad en el trabajo, muy frecuentemente acompañada de una serie de connotaciones afectivas negativas, que este hecho tiene para una serie de individuos que, sienten pierden fuerzas para su afirmación personal y su integración social; el jubilado ha perdido su papel social, al que por otra parte, ha sacrificado gran parte de sus energías y de sus posibilidades de enriquecimiento humano y cultural.

Este sentimiento se vé reforzado por una sociedad consumista, donde el sentido de "rentabilidad", "productividad", se antepone a otros valores o sentimientos. Conceptos de forma de vida que parecen olvidar que la disminución de la fuerza puede ser compensada por una mayor experiencia generadora de reflexión; obviando ese valor que supone la espiritualización de la actividad humana, que la convierte en un valioso recurso efectivo y real, hasta muy avanzada edad. Ello da como resultado un estar en la vida de esa forma que se ha llamado "sabiduría de los mayores", por la que han sido respetados, reverenciados y valorados en las distintas culturas que han confluído y conformado la nuestra.

El anciano, para afrontar ésto, tendrá que recurrir a sus propios valores humanos, recursos intelectuales, estructura de su propia personalidad y su situación dentro de la familia. Todo ello determinará que se sienta afectado más o menos por el llamado "trauma de la jubilación", de ahí la importancia de que las personas se preparen para este evento, recopilando conocimientos e inquietudes que vayan más allá de la preocupación por los bienes puramente materiales.

Pero en todos los casos, independientemente de la forma de afrontar la jubilación, el jubilado pierde poder adquisitivo y ello suele repercutir en su calidad de vida, hecho que, por material que resulte, no deja de ser real e impactante. Puede sentir además, que pierde su estatus social y lo que puede resultar aún más trágico: sus funciones y sus roles que, por otro lado, son los que han dado sentido a su vida y que sólo cabría aceptar perdiera, cuando las circunstancias así lo dan como hecho consumado: el anciano incapacitado realmente sería el demenciado en el que no cabe más que aceptar su actitud regresiva que, origina el ciclo representado según los cuadros número 2 y 3.

Una vez aceptada esta excepción y/o alguna similar, no es admisible olvidar que cuanto más consciente es la persona de su condición humana más precisa sentirse útil, de no ser así las alteraciones emocionales y de comportamiento en el anciano, se conviertan en una seria amenaza.

Estas alteraciones son menos frecuentes en el anciano que se siente necesario, valorado, y que comprende que su papel ha perdido relevancia. Confirmación de ello, pueden ser el del trabajador rural y el de "la abuela", que de alguna forma, tienen cierta similitud.

Cuadro n.º 2
MODIFICACIONES FUNCIONALES EN LA DEMENCIA

PADRE		ABUELO		DEMENTE		ROL
PODER	AUTORIDAD	RESPECTO	DEPENDENCIA	AGRESION		STATUS
EDUCATIVA	INFORMATIVA	COLABORADORA	LUDICA	DEPENDIENTE		FUNCION

En el primero de los casos —el trabajador rural—, al no necesitar más que de sus fuerzas para desarrollar su trabajo, como quiera que, las va perdiendo de manera gradual, de igual forma va adaptándose a la situación y cuando deja de trabajar, al sentir que realmente le supone un importante esfuerzo desarrollar su trabajo, cuando cesa en él, puede sentir el hecho como una liberación, ha tenido tiempo de adaptarse a la situación de una forma natural. Es de todos conocida la figura del anciano en el medio rural, donde con bastante menos frecuencia padece de alteraciones emocionales desencadenadas por la jubilación. Es posible que a estos resultados favorables coadyuve el hecho de que en el medio rural, su voz en la familia aún suele ser oída.

En el segundo de los casos—"la abuela"—, al tener una utilidad sin fin porque su "profesión" nunca se agota, mantiene ininterrumpidamente su papel, y que sólo perderá cuando se dé una incapacidad real para desarrollarlo, de no darse esta circunstancia "la abuela" nunca se "jubila", no vive esa situación traumatizante.

En ambos casos, suelen ser personas con un aceptable nivel de satisfacción en sus vidas y como consecuencia, en su estado emocional, de no aparecer alguna patología que lo desestabilice, no son extrañas las alteraciones emocionales en el anciano.

En relación a las incidencias de este desenlace en el anciano, la Unidad de Trabajo Social a la que se hace mención en estas páginas, se han recogido los siguientes datos en Sevilla y su provincia.

En el período que comprende los trimestres Junio, Julio, Agosto y Octubre, Noviembre y Diciembre del año 1991:

Total de suicidios	44
Mayores de 65 años	22
Entre 15 y 25 años	15
Otras edades	7

No se da ningún caso de suicidio en edades comprendidas entre los 43 y los 45 años.

Entre los individuos que se suicidaron en edades comprendidas entre los 15 y los 25 años, iba asociado a la drogadicción y/o sobredosis.

En el período comprendido entre los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre, de un total de 21 suicidios las cifras quedan así reflejadas:

Total suicidios	21
Mayores de 65 años	6
Entre 15 y 25 años	11
Otras edades	4

Se repite la circunstancia del grupo anterior de que las edades comprendidas entre los 15 y los 25 años, están asociadas a

Cuadro n.º 3



la drogadicción y no se da ningún caso entre los 43 y los 45 años.

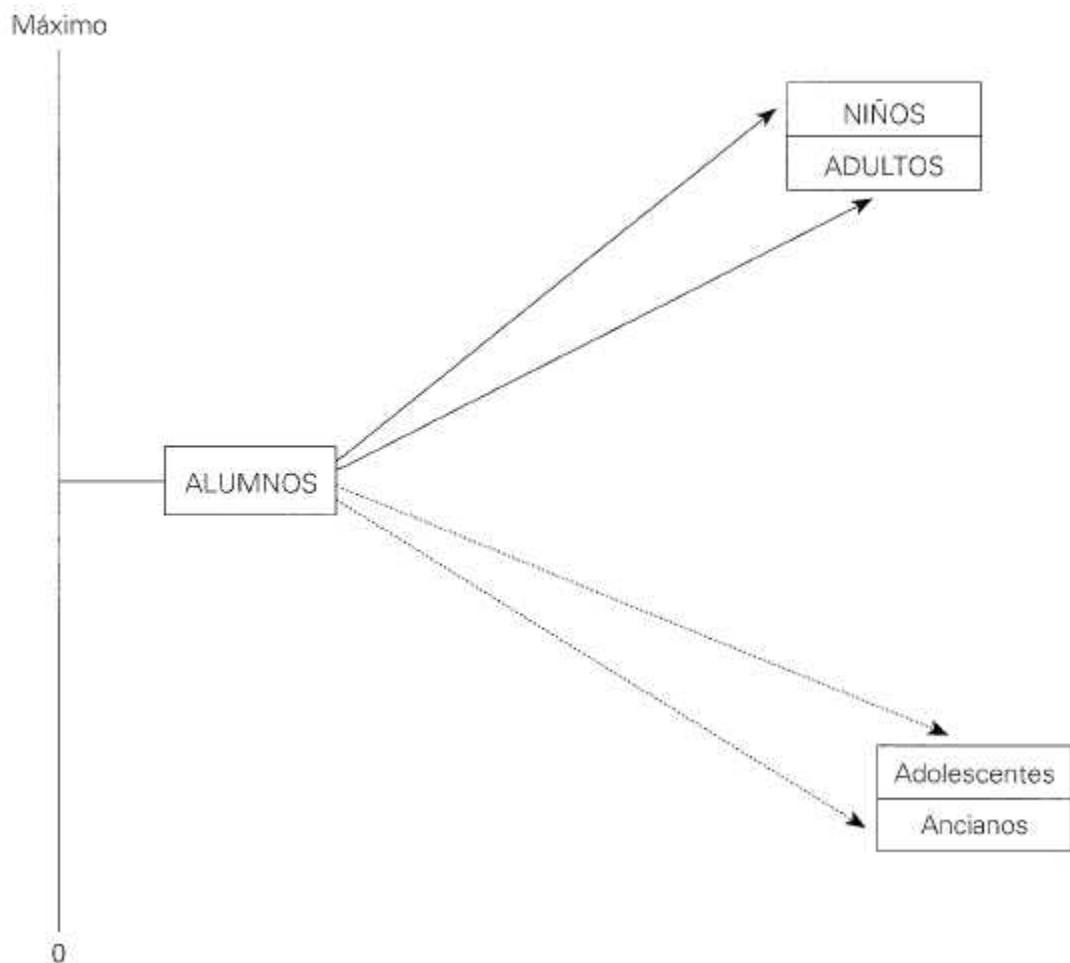
De todos los casos de suicidios detectados, todos se han dado en varones. Se eligen los trimestres concretos que se han indicado porque inicialmente parecía que el suicidio de ancianos aumentaría en los meses que coinciden con las vacaciones familiares. En cuanto a las de verano, queda patente dicho aumento, no obstante en el período de vacaciones navideñas, no se da aumento con respecto a otras épocas del año.

Se puede apreciar en el estudio a que se hace referencia que, el suicidio en el medio rural va apareciendo entre los ancianos, en pueblos con un alto índice de emigración, dándose la circunstancia de que alguno de los ancianos que se han

suicidado, ellos mismos han vivido la emigración y parecen haber retornado a su lugar de origen para morir.

Otro hecho que hemos creído detectar por paradójico que parezca, es que el anciano no resulta ser muy aceptado, no sólo en la familia y en la sociedad en general, sino incluso entre los mismos profesionales que, a priori, podemos esperar, deban ser los que presten sus servicios cuando sean profesionales de la salud. Esta afirmación se basa en los resultados obtenidos entre los estudiantes de una Escuela de Enfermería de Sevilla, donde una encuesta realizada durante el curso de 1990-1991, las preferencias de los estudiantes en cuanto a edades de los futuros pacientes, quedaron reflejados según gráfico que se incluye. (Cuadro n.º4).

Cuadro n.º 4
PREFERENCIAS PROFESIONALES EN RELACION
A LA EDAD DEL PACIENTE



Es posible que estos resultados sean consecuencia de un sentir social generalizado, porque de una forma u otra, el anciano aparece relacionado con grupos sociales conflictivos o en conflicto: Con respecto al suicidio, prácticamente en igualdad numérica con los drogadictos. Con respecto a preferencias por edades, aparecen englobados con otro grupo de personas en crisis: los adolescentes, de los que algunos técnicos han llegado a afirmar se trata de una "psicosis normal".

Ambos grupos, causa de desestabilidad familiar y concretamente, el de los drogadictos, en nuestro medio, fenómeno social que, al igual que el de la longevidad parece habernos desbordado y sorprendido.

Los recursos sociales

Llegamos a un punto siempre árido y es el de los recursos sociales. Los relacionados con el anciano, están siendo revisados, con los resultados de una serie de propuestas políticas y sociales interesantes que, no podemos negar han paliado algunas situaciones, pero que adolecen de una serie de lagunas sin cubrir.

Se hace alusión a las exigencias sanitarias de los mayores, porque si bien es cierto que la vejez no es una enfermedad, no lo es menos que, las personas a partir de una determinada edad, casi en su totalidad, presentan una serie de alteraciones de salud que las hacen susceptibles de una atención sanitaria, en muchas ocasiones en Centros Hospitalarios, cuando sus síntomas van alcanzando un cierto grado de cronicidad y/o incapacidad.

Por ello, no deja de ser sorprendente que las unidades de Gerontología, sean prácticamente inexistentes en toda Europa, donde la atención al anciano está adscrita a otras Unidades donde se atiende al resto de la población. De ahí la presencia, no siempre deseada y si muchas prolongadas, de ancianos en los hospitales que, viene a empeorar la situación de saturación que muchos de ellos padecen.

En el Hospital "Virgen Macarena" de Sevilla, la Geriátrica se encuentra adscrita al Servicio de Medicina Interna. El anciano está disperso por todas las especialidades que puede precisar en un momento determinado (Oftalmología, Otorrinolaringología, Nefrología, etc., etc.). No obstante, su presencia es más habitual en Medicina Interna y en Traumatología.

En dicho Hospital, su Unidad de Trabajo Social, puede sintetizar así, el Perfil Psicosocial de los ancianos por ella atendida.

El 75% de los ancianos atendidos, superan los 80 años.

En el 95% de los casos, sus ingresos, están por debajo del salario mínimo.

El 80% de Exitus corresponden a personas mayores de 80 años (constatado con otros hospitales españoles).

Según su situación familiar, se contemplan como tres bloques:

- Anciano con familia
- Anciano que vive con su cónyuge impedido
- Anciano marginado.

Inicialmente, el problema por el que acude a la Unidad de Trabajo Social es por precisar un lugar donde ir en el momento de producirse el alta hospitalaria, por no poder continuar viviendo en las condiciones en las que venía haciéndolo hasta el momento de su hospitalización, bien por la desorientación que el anciano hospitalizado presenta frecuentemente, bien a causa de las secuelas de la enfermedad que provocó su hospitalización o por la inmovilidad obligada que le haya provocado alguna disminución física o psíquica que, puede incapacitarlos para vivir solos, temporal o indefinidamente.

Cuando el anciano vive solo, el miedo a enfrentarse con su soledad y la incapacidad concreta que presente, puede hacerle contemplar la posibilidad de ser trasladado a una institución como una liberación. Tal es el caso cuando el cónyuge con el que vivía está en parecidas o peores condiciones que el anciano o la anciana hospitalizados.

Distinto es el caso cuando el anciano tiene familiares con los que debe retornar y a los que cuesta trabajo hacer entender que esa disminución de facultades, sólo podrá mejorarse —en caso de que el pronóstico médico así lo entienda—, cuando el anciano retorne a su medio habitual, o por el contrario, que tiene un proceso irreversible que no requiere su hospitalización. Esta resistencia familiar, suele ser una de las causas de estancias prolongadas de ancianos en el hospital que sienten el reproche de estar ocupando una cama hospitalaria, tal vez necesaria para disminuir esas angustias listas de espera. Siente, igualmente que, está contribuyendo negativamente en la situación de co-

lapso que atraviesan muchos de nuestros hospitales. Esta percepción, no puede ser favorable para ningún enfermo, sin diferencia de edad, pero el anciano, son ya muchos los rechazos a los que está sometido.

Otra causa de reiterados ingresos y/o estancias prolongadas, la constituye el que se están convirtiendo en un hábito social: llevar al anciano a morir al hospital. Ese tipo de muerte abiografiada, despersonalizada y no deseada, constituye otro aspecto negativo que se le impone al anciano que verbaliza su deseo de morir en su casa.

En las memorias de Trabajo de la Unidad de trabajo Social, en 1991, se refleja la apertura de 1.912 Historias Sociales nuevas, de ellas, 568, son ancianos. Parece una cifra harto significativa, si tenemos en cuenta que al hacer dicho recuento, no se han contabilizado aquellos ancianos que ya se atendían anteriormente, por ingresos reiterados y si se tiene en cuenta que, dichas Historias, reflejan las abiertas en otros servicios donde la presencia del anciano es inexistente.

A Modo de Conclusiones

A pesar de ser admitido universalmente que muchas vidas han alcanzado su máxima fecundidad después de alcanzada la longevidad GOETHE, termina "Fausto" cuando ha cumplido los 82 años, TIZIANO, a los 98 su "Batalla de Lepanto" y "La Coronación de Espinas". VERDI, compone "Falstaff" a los 80. Como colofón y por encontrarla muy adecuada, se transcribe lo que al respecto afirma ROTHACKER: "Todo hombre bien dotado tiene la posibilidad, no sólo de mantener durante el período de su vejez el nivel ya alcanzado, sino de elevarse a alturas de las que él no se había creído capaz", —los ancianos, parecen estar muy lejos de sentirse así, en un alto porcentaje, sienten que, la teoría parece una cosa, la realidad otra: los obstáculos, impedimentos, contradicciones, que, esta sociedad que nos ha tocado vivir les brinda, sobrepasan, con mucho lo que se refleja en estas páginas.

Esta situación afecta al anciano, a su familia y a los profesionales de la salud, quienes vemos cómo, además del anciano, otros enfermos crónicos, sufren esta situación generadora de angustias, desintegraciones familiares, etc., sin recursos sociales que les ayude a afrontar este estado de cosas.

Todo ello, parece invitarnos, como entes sociales y como profesionales a sentirnos cansados, desilusionados, "quemados" y como consecuencia a "abandonar". Lo que resultaría inadmisibles ya que una postura profesional madura se ve obligada a sustraerse a dicha tentación y afrontar los problemas e impedimentos, aceptar la realidad, modificando lo modificable, nunca inhibirse excusándose en ello.

El anciano, además es merecedor de que le recordemos con la comprensión y el afecto, el reconocimiento del que es acreedor y que se envejece mal cuando se sacrifica el presente al pasado, a lo que parece ser constantemente invitado, si se siente sometido al olvido del que parece estar siendo víctima. El anciano es responsable de todos y, en el logro de una buena calidad de vida para él, tienen que implicarse los distintos sectores sociales e institucionales, en una acción preventiva y saludable que evite que en el menos malo de los casos, el único refugio con el que cuenta, sea el hospital.

Posiblemente, todos estos impedimentos, el estar constantemente en contacto con el dolor y la muerte, fuera lo que indujo a JUNG a hacer la alegoría de las profesiones sanitarias y Quirón, el centauro bondadoso, amante de la justicia que, rompiendo todos los esquemas de sus congéneres, se dedica a ayudar a los enfermos y heridos. A pesar de no haber existido más que en la Mitología, se ha hablado de él como iniciador de la Medicina y Maestro de otros sanadores reales de la antigüedad. Este personaje atípico y apasionante, recibe una herida que nunca llega a curar, su sangre es sanadora para otros, pero ella permanece abierta para siempre. Quirón llega a pedir a Zeus, la capacidad de morir, la inmortalidad le abruma, no puede sopórtala.

Es posible que los profesionales de la salud tengamos que asumir esa comparación que nos convierte en "Sanadores Heridos", pero teniendo a nuestro favor el no pertenecer al mundo del mito, no tenemos la vida determinada por los dioses, ni sus designios. Estamos, por el contrario, en una sociedad real somos mortales y libres para asumir compromisos que, en nuestro caso son los enfermos ancianos, a los que se les ha prolongado la vida y por tanto, tienen derecho a que esté revestida de la dignidad y calidad que merece esa vida y que la haga digna de ser vivida.

No es éste un sentimiento paternalista o proteccionista, se basa en el convenci-

miento de que ello constituye un derecho de persona, de esa persona anciana con la que estamos en deuda por muchas razones, que abarcan a todos los ámbitos humanos, uno de los cuales y que puede ser una síntesis de todos, nos recuerda Julián Marías: "La vejez es el compendio de nuestra Cultura Viva".

El desconocimiento de esto, la ignorancia de nuestras raíces, de nuestra Historia, de la cual somos herederos, porque a diferencia del animal que parte de cero, el hombre es también lo que ha sido, si lo olvida se empobrece, pierde su sentido de pertenencia, pierde una posibilidad de vivir unas sensaciones que lo limitan, al igual que a Adán, de quien se dice que,

dueño del Universo, conocedor de todo, se siente desgraciado, incompleto, no es capaz de soñar o de añorar, al no tener conocimiento de otras vidas, de otros mundos, no tiene nada que recordar, nada por qué conmoverse.

Es bueno que el hombre reconozca y recuerde todo esto, con ello reconoce su origen, su historia y se reconoce a sí mismo, tendrá la capacidad de añorar, de conmoverse con sus recuerdos, desechando de sí la mezquindad.

Rosario Martínez Invernón
Diplomada en Trabajo Social
Sevilla

BIBLIOGRAFIA

BIZE, O.R. Y VALLIER, C. "La Tercera Edad". Editorial Mensajero. Bilbao, 1970.

MASLOW, A. "La Personalidad Creativa". Editorial Dairón, 1987.

REMPLEIN, H. "Tratado de Psicología Evolutiva". Editorial Labor, S.A. Madrid, 1968.

FUENTES

Hemeroteca Municipal
Sevilla, 1991

Memorias de Trabajo de la Unidad de Trabajo Social
Hospital Universitario "Virgen Macarena". 1991

Intervención del Trabajo Social desde el Método Sistémico. Noviembre de 1992. Docentes: Dres.: MORENO CHAPARRO, J.L y SANCHEZ MUR, M.C. Servicio Andaluz de Salud. Gerencia Provincial de Sevilla.

EL GASTO PUBLICO EN SERVICIOS SOCIALES EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA

El artículo que se presenta es un extracto del estudio «El Gasto Público en Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma Vasca en 1990». El objetivo fundamental de esta investigación era determinar el esfuerzo económico que la sociedad vasca, a través de las administraciones públicas, está realizando en el apoyo y la atención a las personas y grupos más marginados, en la prevención de determinados problemas sociales y, en cierta medida, en la promoción del bienestar social.

Desde otra perspectiva, complementaria, la finalidad del estudio es la recogida sistemática de información de carácter económico, las cifras de gasto público corriente en servicios sociales, y su ordenación atendiendo simultáneamente a los siguientes criterios:

- Instituciones públicas que intervienen en la financiación.
- Sectores de población y programas a los que se destinan estos recursos.
- Municipio de residencia de los beneficiarios de las prestaciones, los programas y los servicios.

El estudio ha sido elaborado por el SUS, Centro de Documentación y Estudios,

respondiendo al encargo del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

No es la primera vez que se emprende un trabajo de este carácter en la Comunidad Autónoma; desde el año ochenta y siete la Diputación de Gipuzkoa ha venido delegando en este mismo Centro la tarea de realizar anualmente un estudio de la misma naturaleza, circunscrito, lógicamente, al ámbito de ese Territorio Histórico.

La investigación, ampliada esta vez a Alava y Bizkaia, mantiene los mismos objetivos y similar metodología que los tres informes confeccionados hasta la fecha en Gipuzkoa.

El estudio se centra en el ejercicio económico del año mil novecientos noventa y las cantidades que se reflejan, prácticamente en todos los casos, son las correspondientes a los gastos comprometidos en dicho ejercicio, magnitudes que se corresponden, con pequeñas diferencias, con los gastos efectivamente realizados.

Han sido objeto de investigación todos los organismos públicos supramunicipales que financian programas dentro del campo de los servicios sociales y una muestra muy amplia de los Ayuntamientos de la Comunidad integrada por ciento treinta y cuatro municipios investigados

reúnen el 91,6 por 100 de habitantes de la Comunidad Autónoma Vasca.

El ámbito del trabajo se circunscribe «a priori», por definición, al campo de los servicios sociales, entendidos éstos, además, en un sentido bastante tradicional y restringido que tiende a priorizar tanto las acciones puntuales —las que tratan de casos individuales, como las acciones por categorías, las centradas en torno a grupos de individuos—, en detrimento de las acciones globales, cuyo objetivo, más inespecífico y que entra con mayor profundidad en los campos de la promoción y la prevención, es de modificar el medio más que la situación particular de los individuos y de los grupos. Estamos ante un campo de análisis delimitado por criterios administrativos y empíricos: los servicios sociales que aquí se investigan están integrados, por decirlo de forma gráfica, por toda la serie de programas y prestaciones que las administraciones de la Comunidad Autónoma Vasca, y en lo fundamental las Diputaciones, consideran propios de sus Departamentos de Bienestar Social. En estas condiciones, los resultados del estudio de la Comunidad Autónoma son difícilmente homologables y comparables con los que se podrían obtener en otros contextos socioeconómicos distintos.

Pero es más, incluso en el caso de que se hubiera llegado a recoger y reflejar todo el conjunto de intervenciones que integran en la actualidad un sistema «moderno» de servicios sociales, lo que hubiera supuesto complejizar y encarecer en buena medida el trabajo, las comparaciones con otros sistemas de otros contextos socioeconómicos hubieran resultado también bastante problemáticas; aunque el contenido hubiese sido igual, el alcance de las medidas podría resultar diferente como consecuencia del carácter residual de esta última red de protección social que son precisamente los servicios sociales. Comparar, por poner un ejemplo simple, los resultados del Programa de Lucha contra la Pobreza de la Comunidad Autónoma Vasca con los del *Revenu Minimum d'Insertion* francés, desconsiderando aspectos tan esenciales como los distintos niveles de cobertura de las prestaciones por desempleo o de las pensiones contributivas —aspectos ambos que permanecen al margen de la red de servicios sociales— es efectuar una comparación poco relevante y que puede resultar además equivocada en sus conclusiones.

El problema de las homologaciones en estos terrenos, y por tanto de las com-

paraciones, resulta tan complejo que, para abordarlo, la Oficina Estadística de las Comunidades Europeas se ha visto obligada a «romper» no sólo el marco de los servicios sociales, sino incluso el de la Seguridad Social y ampliarlo, diseñándose para ello el Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social, SEE-PROS, que contempla una heterogénea serie de prestaciones y servicios englobados en las siguientes funciones: enfermedad; invalidez-incapacidad; accidentes de trabajo, enfermedad profesional; vejez; supervivencia; maternidad; familia; promoción del empleo; desempleo; vivienda; diversas. En este terreno, en este ámbito, es donde efectivamente cobra significado hablar de esfuerzo social solidario, medirlo y efectuar comparaciones.

A corto y medio plazo parece lógico preconizar por ello que todas las operaciones estadísticas relacionadas con este campo de la protección social que se pongan en marcha en la Comunidad Autónoma Vasca, incluida lógicamente ésta, se organicen teniendo en cuenta, entre otras cuestiones, esa metodología y ese horizonte de referencia.

Si los datos obtenidos resultan, por las razones expuestas, difícilmente homologables con los correspondientes a otras realidades distintas, las comparaciones internas, las que se producen entre unos y otros resultados de este mismo trabajo, deben ser tratadas también con una cierta dosis de relativismo. Todo el trabajo se estructura en torno a una única variable de naturaleza económica, el gasto público corriente en servicios sociales y el empleo de esta variable como único indicador de un campo tan diverso y heterogéneo como el de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma no siempre resulta igualmente válido y representativo.

El gasto público corriente en servicios sociales en la Comunidad Autónoma Vasca, en el ejercicio económico mil novecientos noventa supera ligeramente los treinta y cinco mil millones de pesetas, cifra a la que se llega, de forma casi exclusiva, en más del noventa y ocho por ciento, sumando las aportaciones realizadas por Ayuntamientos, Diputaciones, Gobierno Vasco y otros organismos autónomos dependientes de estas instituciones.

Para tener una idea aproximada de la importancia de esta cifra no existe por el momento otra alternativa que contextualizarla y ello, lógicamente, se puede hacer desde muy diferentes perspectivas de las que hemos seleccionado las siguientes:

- Los treinta y cinco mil millones de pesetas, en relación con el conjunto de habitantes de la Comunidad se traducen en un gasto anual per cápita de casi dieciseis mil cuatrocientas pesetas; en otras palabras, cada ciudadano del País Vasco aporta algo así como cuarenta y cinco pesetas diarias al campo de los servicios sociales.
- Tres pesetas con cincuenta céntimos de cada cien corrientes gastadas por el conjunto integrado por las administraciones públicas vascas se destinan a este tipo de atenciones; el 3,51 por cien (1) del gasto corriente para ser más precisos, frente al 2,34 que, para el año 1988 se obtiene a nivel del conjunto del Estado (2).
- En relación al gasto corriente de estas mismas administraciones autonómicas en otros sectores y subsectores de actividad próximas al de los servicios sociales se obtienen los siguientes resultados:
 - El gasto en servicios sociales es algo superior a la mitad del gasto destinado a la enseñanza pública en 1989, el 59,32 por ciento.
 - Si se toma como referencia la red hospitalaria de Osakidetza, cuyo gasto corriente en 1989 alza casi los cincuenta y cinco mil millones, el porcentaje que se obtiene es algo superior, el sesenta y tres por ciento del total.
 - El gasto en servicios sociales duplica prácticamente, es un 97,90 por ciento más elevado, al destinado por Osakidetza al mantenimiento de la red sanitaria extrahospitalaria.
- Señalaremos por último que la cifra de gasto alcanzada representa el 1,24 por cien del Producto Interior Bruto, porcentaje que, en relación al que se obtiene para 1988 a nivel del Estado Español, 0,88 por 100, resulta un 40,9 por 100 superior (3).

Ya nos hemos referido antes, en la parte introductoria, el interés que ofrece la metodología SEEPROS a la hora de realizar comparaciones en el ámbito de la protección social entre los distintos Países de la Comunidad Europea y a las dificultades que en estos momentos se presentan para ajustar la información estadística existente en la Comunidad Autónoma Vasca a los

requerimientos de esta metodología. Trabajando en términos muy estimativos, controlando el sesenta y cuatro por ciento de las partidas de gasto que se incluyen en ese sistema estadístico tanto en el ámbito de la Comunidad Autónoma Vasca como en España (4), podemos sin embargo llegar a algunos resultados aproximados de indudable interés:

- Mientras en España se gastan 65.830 millones de ecus en todos los conceptos que integran SEEPROS, en la Comunidad Autónoma Vasca esa misma magnitud alcanzaría un valor de 4.279 millones.
- En términos de ecus per cápita el gasto anual español ascendería a 1.666 frente a los 1990 que se tendrían en Euskadi; en consecuencia el gasto per cápita en protección social en la Comunidad Autónoma resulta un diecinueve por ciento superior al gasto español.
- El gasto per cápita español y vasco en protección social, medido en ecus, en el contexto de algunos de ecus, en el contexto de algunos de los países europeos de la Comunidad quedaría como sigue:

• Portugal	730
• España	1.666
• Irlanda	1.854
• País Vasco	1.990
• Italia	3.368
• Países Bajos	4.478
• Francia	4.488
• Dinamarca	5.628
• Luxemburgo	4.741
- El gasto público corriente en servicios sociales en la Comunidad Autónoma Vasca representa prácticamente el seis por ciento del gasto total en protección social.

El campo de los servicios sociales ha dejado de tener, a la vista de los indicadores expuestos, el carácter residual que hasta hace bien poco lo caracterizaba o, al menos, se le presumía. No se dispone de más información en lo que respecta a la evolución del gasto que de los datos correspondientes a Gipuzkoa y ello para un período de tiempo manifiestamente corto; merece la pena sin embargo detenerse en ellos brevemente.

Cinco mil quinientos millones de pesetas en 1987, algo más de seis mil setecientos al año siguiente, más de nueve mil doscientos en 1989 y más de diez mil setecientos en el noventa son las cifras más

expresivas de la evolución descrita por el sector público de los servicios sociales en los cuatro últimos años. Entre 1987 y 1990 el gasto prácticamente se duplica. Las tasas de crecimiento interanual son bastante desiguales: 22 por 100 entre el ochenta y siete y el ochenta y ocho, 37 por 100 entre este último año y el siguiente y un 17,3 por 100 entre el ochenta y nueve y el noventa. Es excesivamente corto el período investigado como para poder hablar de tendencias claras, en cualquier caso, si desconsiderásemos el impacto económico de la implantación del Programa de Lucha contra la Pobreza en 1989, podríamos apreciar que el sector ha estado creciendo a un ritmo sostenido que gira en torno al veinte por cien interanual.

En relación al crecimiento del gasto de otros servicios públicos esta tasa resulta llamativamente alta y ello, unido a su persistencia a lo largo del tiempo, explica la salida de los servicios sociales de las ca-

tacumbas y su salto a la homologación con otros más tradicionales. Estamos en definitiva ante un sector parangonable al menos con los citados anteriormente y empezar a pensarlo en estos términos y no en términos marginales resulta ya imprescindible.

Casi veintidós de los treinta y cinco mil millones gastados, 62,26 por 100 del total constituyen aportaciones de las Diputaciones, distribuyéndose la financiación del resto, en orden de importancia, entre Ayuntamientos, 15,87 por 100, Departamento de Trabajo del Gobierno Vasco, 12,46 por 100, y otros organismos, 9,40 por 100. En relación a estos últimos conviene señalar que el gasto realizado por otros Departamentos del Gobierno Vasco resulta decisivo, alcanza prácticamente el noventa por ciento del total, con lo que la participación del Gobierno, considerado en su conjunto, se elevaría al 20,92 por 100, del total del gasto en servicios sociales.

El gasto público corriente en servicios sociales: las fuentes de financiación

	Miles de ptas.	Ptas. per cápita	% Verticales
Ayuntamientos	5.557.908	2.602	15,87
Diputaciones	21.797.335	10.204	62,26
Dpto. Trabajo y S.S.	4.365.385	2.044	12,47
Otros Organismos	3.290.822	1.541	9,40
TOTAL	35.011.450	16.390	100,00

Más del cincuenta por ciento del gasto se destina a dos sectores de población, tercera edad, 27,72 por 100, y minusválías, 25,59 por 100. Aparecen a continuación con porcentajes significativamente inferiores el sector que hemos denominado conjunto de población, 14,64 por 100, el de

marginación y pobreza, 12,15 por 100, el de drogodependencias, 10,06 por 100, y el de infancia y juventud, 8,94 por 100. Con carácter marcadamente más marginal queda el sector mujer, 0,90 por 100 del total del gasto (5).

El gasto público corriente en servicios sociales. Destino sectorial

	Miles de ptas.	Ptas. per cápita	% Verticales
Tercera Edad	9.703.566	4.543	27,72
Minusválías	8.959.448	4.194	25,59
Infancia y Juventud	3.128.509	1.465	8,94
Mujer	315.121	147	0,90
Marginación y Pobreza	4.255.645	1.992	12,15
Drogodependencias	3.523.079	1.649	10,06
Conjunto de Población	5.126.082	2.400	14,64
TOTAL	35.011.450	16.390	100,00

Otra perspectiva, también finalista, que contribuye a dar una buena visión del gasto en servicios sociales es la que lo ordena en los siguientes grandes bloques:

- Prestaciones económicas individuales. Se incluyen en este epígrafe tanto las ayudas económicas periódicas como las puntuales, se trata de prestaciones de derecho o de prestaciones graciables, siempre que no estén directamente condicionadas a la utilización de un determinado servicios social.
- Servicios asistenciales/residenciales. Se recogen todas las partidas gastadas para proporcionar servicios que tienen, como denominador común, el cubrir las necesidades residenciales; incluye el acogimiento familiar.
- Prestaciones económicas relacionadas con la utilización de servicios

concretos. En este apartado aparecen los gastos que las administraciones públicas destinan directa o indirectamente a financiar los siguientes servicios: centros de día, hogares de jubilados, centros especiales de empleo u ocupacionales, guarderías, comedores, centros de rehabilitación y diagnóstico y servicio de asistencia domiciliaria.

- Otros gastos. Este capítulo está integrado básicamente por los siguientes conceptos: actividades de promoción, prevención y reinserción, servicios sociales de base, subvenciones al movimiento asociativo no relacionadas con el mantenimiento de centros o servicios concretos y gastos generales y de dirección.

Ordenados los gastos desde esta perspectiva los resultados serían los que aparecen recogidos en el siguiente cuadro.

Naturaleza del gasto público en servicios sociales

	Miles de ptas.	% Verticales
Prestaciones Económicas	10.649.516	30,42
Servicios Residenciales	9.690.098	27,68
Otros Servicios	6.482.586	18,51
Otros Gastos	8.189.250	23,39
TOTAL	35.011.450	100,00

Interesa subrayar de este cuadro la importancia del peso de los dos conceptos más homogéneos: la suma de las partidas destinada a prestaciones económicas y servicios residenciales consume el cincuenta y ocho por cien del gasto total.

Algo más de la mitad de estos treinta y cinco mil millones, el 50,74 por 100 se gasta en el Territorio Histórico de Bizkaia,

el 30,67 por 100 Gipuzkoa y el resto, el 18,59 por 100 en el Tercer Territorio Histórico, Alava. El Gasto per cápita resulta sin duda un indicador más expresivo de la actual distribución territorial y ese indicador parece señalar la existencia de dos realidades diferentes en el seno de la Comunidad Autónoma: la bizkaína y guipuzkoana por un lado y la alavesa, con un sesenta por cien más de gasto, por el otro.

Distribución Territorial del Gasto en Servicios Sociales

	Miles de ptas.	Ptas. per cápita	% Verticales
Alava	6.508.370	24.307	50,74
Bizkaia	17.766.258	15.068	18,59
Gipuzkoa	10.736.822	15.579	30,67
TOTAL	35.011.450	16.390	100,00

Si a nivel territorial las diferencias medias alcanzan una dimensión un tanto excesiva a nada que se tengan en cuenta las dimensiones demográficas de la Comunidad, a nivel municipal el problema se agudiza en buena medida. De entrada, aunque el hecho tiene más bien un carácter anecdótico, se observa que entre el municipio en que se produce el menor gasto per cápita y el municipio de mayor gasto existe una proporción de uno a cuarenta y uno. Más expresivo de la desigual distribución del gasto resulta sin duda el cuadro que figura en la siguiente página en el que se refleja la población de los municipios investigados, en términos porcentuales, distribuida de acuerdo con los escalones de

gasto medio de los municipios en que residen. El porcentaje de personas que viven en municipios cuyo gasto per cápita se encuentra comprendido entre las quince y las dieciocho mil pesetas, esto es, aproximadamente dentro del estrato de gasto correspondiente al +10 de la media, sólo representa el 51,7 por 100 del total. Hay un diez por cien de la población que reside en municipios cuyo gasto per cápita es inferior a doce mil pesetas y, en el extremo opuesto, un doce por ciento de residentes en municipios con un nivel de gasto medio superior a las veintiún mil pesetas. Distribución porcentual de la población atendiendo a los niveles de gasto per cápita

Distribución porcentual de la población atendiendo a los niveles de gasto per cápita

Estratos de gasto p. c.	% Población	% Poblac. Acumulada
Hasta 6.000 pesetas.	0,01	0,01
De 6.000 a 7.000 pesetas.	—	0,01
De 7.000 a 8.000 pesetas.	0,07	0,08
De 8.000 a 9.000 pesetas.	1,97	2,05
De 9.000 a 10.000 pesetas.	2,06	4,11
De 10.000 a 11.000 pesetas.	5,85	9,96
De 11.000 a 12.000 pesetas.	5,53	15,49
De 12.000 a 13.000 pesetas.	13,06	28,55
De 13.000 a 14.000 pesetas.	4,56	33,11
De 14.000 a 15.000 pesetas.	12,05	45,16
De 15.000 a 16.000 pesetas.	15,78	60,94
De 16.000 a 17.000 pesetas.	23,91	84,85
De 17.000 a 18.000 pesetas.	1,76	86,61
De 18.000 a 19.000 pesetas.	1,19	87,80
De 19.000 a 20.000 pesetas.	0,23	88,03
De 20.000 a 21.000 pesetas.	1,12	89,15
De 21.000 a 22.000 pesetas.	0,01	89,16
De 22.000 a 23.000 pesetas.	0,05	89,21
De 23.000 a 24.000 pesetas.	0,21	89,42
De 24.000 a 25.000 pesetas.	0,04	89,46
De 25.000 a 26.000 pesetas.	10,37	99,83
Más de 28.000 pesetas.	0,17	100,00

Estas son en síntesis las principales macromagnitudes económicas que definen al sector de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma Vasca. Teniendo en cuenta el carácter de este trabajo, sus objetivos y limitaciones y, en especial, el signo exclusivamente económico de las variables que se barajan, la desigual distribución espacial del gasto en servicios sociales resulta sin duda el principal problema a investigar y constituye el eje central en torno al que se estructura el trabajo desarrollado por el SUS.

Julio Díaz

Centro de Documentación y Estudios SUS

¹ El cálculo ha sido realizado considerando en el denominador no los gastos corrientes efectivamente liquidados sino los presupuestos. Fuente: Estadísticas Presupuestarias del Sector Público. Liquidaciones 1989, Presupuestos 1990. EUSTAT.

² A nivel del Estado Español se consideran conjuntamente gastos corrientes y de inversión por lo que la comparación no resulta del todo homogénea. Fuente: el Gasto Público en Servicios Sociales en España (1972 - 1988). Gregorio Rodríguez Cabrero. Colección Estudios. Ministerio de Asuntos Sociales.

³ A nivel del Estado Español se consideran conjuntamente gastos corrientes y de inversión por lo que la comparación no resulta del todo homogénea.

⁴ Para realizar estas estimaciones se ha trabajado con los Anuarios Estadísticos del EUSTAT y los datos del EUROSTAT, Anuario de Estadísticas Laborales 1991, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

⁵ Habría que decidir, para los sucesivos estudios de esta naturaleza que se aborden, la inclusión o no de determinadas partidas de gasto del Instituto Vasco de la Mujer que en éste no se recogen.

INFLUENCIA DE LA PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD EN LA REHABILITACION DE DROGODEPENDIENTES

0. INTRODUCCION

El objetivo de estas páginas es profundizar sobre la *incidencia* que la pena privativa de libertad tiene sobre los centros de rehabilitación y las *personas* que en ellos se encuentran.

Nos enfrentamos a este tema con un *convencimiento*: los últimos años están suponiendo un gran esfuerzo en la sociedad respecto a la realidad DROGA: abuso de sustancias, prevención, rehabilitación, movimientos de iniciativa social, actividades en centros escolares, actividad policial, modificaciones legislativas, etc.

En este último aspecto estamos convencidos de haber avanzado —sobre todo en nuestra C.A.V.— pero pensamos que se impone ya dar un verdadero paso *hacia adelante*, que demuestre que esta sociedad acepta el "éxito" de muchas personas que, habiendo recibido la ayuda necesaria, están ya formando parte —como otros— de nuestras universidades, empresas, listas de parados, familias y amigos.

Una segunda *certeza*: el sistema de rehabilitación es como un *chivato de nivel* para esta sociedad. Esta debe mirarlo periódicamente y reclamarle esa información luminosa con el fin de prevenir nuevos errores; aquel hace de espejo continuo a los miembros e instituciones que quieran mirar. Esto es una responsabilidad que ambos han de asumir.

1. PUNTO DE PARTIDA

1.1. La filosofía con la que se pretende justificar la existencia de la prisión, esto es, la "reeducación y la reinserción social" (según CE, 25.2; LOGP, 1 y RP, 1.1) no va a más allá de ser un "fin primordial". La práctica demuestra, sin embargo, un mayor empeño en cumplir las funciones de "retención y custodia".

La prisión, globalmente hablando, genera más problemas de los que resuelve. El elevadísimo índice de reincidencia, nos demuestra que el concepto de "tratamiento penitenciario" no está dotado de contenido reeducativo, sino de aspectos cuya naturaleza es meramente regimental (sistema de grados, tiempos, permisos, visitas...); así el resultado que se consigue es solamente un mayor o menor *índice de adaptación* o sometimiento al régimen de vida en prisión.

Para una persona drogodependiente la respuesta penal no resuelve su conflicto: a veces lo aplaza-las menos- y en ocasiones, lo reproduce y recrea, entrando así en contradicción frontal con el objetivo teórico de la prisión.

1.2. La intervención del Sistema Jurídico produce en la mayoría de las personas *un gran efecto disuasorio* frente a determinados comportamientos; es inevitablemente la base de *miedo*. Este miedo constituye un elemento importante y su-

pone en muchos casos el primer eslabón para que la persona consiga *tornar conciencia del conflicto* en el que se encuentra, y derivar en una petición de ayuda concreta.

Para esto no se hace imprescindible, ni tan siquiera necesaria en la mayoría de las personas, una respuesta penal que suponga el ingreso en prisión.

Lo que no puede obviarse es la importancia de trabajar con el *significado* de todos estos sucesos en el individuo.

El ingreso en prisión va a influir negativamente en la persona drogodependiente, ya que colabora activamente en el proceso de destrucción personal. Esta influencia negativa ocurrirá antes, durante y después del proceso de rehabilitación.

Si una persona se encuentra ya en un proceso de rehabilitación, cualquier intervención o suceso que proceda del Sistema Jurídico y Penal provocará *una crisis*, cuyo significado e incidencia dependerá de la relación entre las siguientes *secuencias*:

- a) *El proceso penal*: sobre todo el tiempo transcurrido entre los hechos y el juicio. Además la sentencia y el cumplimiento.
- b) *El proceso terapéutico*: atendiendo al proceso que comienza con el fin del consumo, pasa por la situación límite vivida y la demanda realizada a los recursos terapéuticos, y llega a una incorporación normalizada (reinserción social y alta terapéutica).
- c) *El proceso evolutivo*: paso de infancia al estado adulto, con la importancia de la adolescencia y juventud. Todo ello desde una experiencia de interiorización y socialización.

2. SITUACIONES - PROBLEMA QUE ENCONTRAMOS

Hace ya unos cuantos años que en la sociedad se va asumiendo el hecho de que el drogodependiente es una persona "enferma", es una persona con problemas. Por ello, hablamos de la necesidad de *rehabilitación*. La respuesta será, por lo tanto, *terapéutica*. Y sin embargo no se renuncia a la respuesta penal.

En este momento, la oferta del sistema de rehabilitación ha crecido cuantitativa y cualitativamente. Deberá crecer en dos di-

recciones: diversificación de servicios y coordinación entre centros y administraciones.

Sin embargo la realidad que nos ofrece el sistema Jurídico es un endurecimiento de las leyes, reduciendo así las posibilidades del desarrollo de la respuesta terapéutica. Las modificaciones del Código Penal no prevén medidas que sean realmente "alternativas" a la privación de libertad.

2.1. Antes de empezar un proceso de rehabilitación

Las personas que están en prisión se encuentran en una situación desfavorable por lo siguiente:

- Deterioro progresivo de su calidad de vida, ya sea desde un punto de vista físico, psíquico, afectivo, relacional, laboral espiritual, etc.
- Su motivación para iniciar un proceso de rehabilitación está polarizada por su deseo de libertad, eclipsando así otras dimensiones de su motivación.
- La dinámica originada por la oferta y demanda de droga en la cárcel hace que su motivación, aún débil, se vea frecuentemente derrumbada.
- La falta de información, la sensación de impotencia y la calidad destructiva de las relaciones hacen que a la persona le sea muy difícil mantener la esperanza.
- Atendiendo a la gran desestructuración de muchas personas que están en la cárcel, el hecho de no poder contar con el apoyo familiar, (familiar disponible y/o favorable) supone un problema añadido para salir y acceder a un centro de rehabilitación.

2.2. Durante el proceso de rehabilitación

No tiene las mismas consecuencias si el ingreso en prisión se produce muy al principio, cuando se encuentra en alguna etapa intermedia o si ocurre ya en las etapas finales del proceso de rehabilitación.

De todos los modos, el ingreso en prisión supone siempre una crisis, una *RUP-TURA* con lo que la persona está haciendo: un proceso de crecimiento personal, basado en el conocimiento de sí mismo, en libertad y responsabilidad, disponiendo de unos medios —ambiente, estructura, instrumentos— que le posibilitan descubrir y

experimentar sus propios valores, encontrando así el sentido de su existencia. Este descubrimiento de sus capacidades, y limitaciones vendrá conformado en las interacciones con otras personas formal o informalmente: grupos de terapia, individuos, familia, amigos, terapeutas, etc.

En este sentido el *choque* vivido por la persona cuando entra en prisión es muy grande; hay que tener en cuenta lo siguiente:

-Sabiendo que ha de entrar, su espera es bloqueadora; su proceso está ya polarizado: su vivencia es de *impotencia* porque no puede hacer nada, vive una *inseguridad esperanzada* ya que no sabe con quién se encontrará, si podrá aguantar sin droga; pero *ha comenzado un proceso* y se *siente apoyado*. Aun así, el significado de todo ello ha de ser utilizado en su proceso de rehabilitación.

Si es la primera vez que entra en prisión, la experiencia es mucho más intensa y la persona está más descentrada, y el *miedo* le hace vivir una mayor confusión.

- Una vez dentro de la prisión, este choque se concreta en los valores que sustentan la mayoría de las relaciones que allí se dan: el control y la represión producen desconfianza, chantaje, violencia-agresión, mentira, miedo. Esto supone un paso atrás ya que esta persona se encontraba caminando (empezando a creer que es posible y que merece la pena) en dirección contraria: en base a la solidaridad, haciendo un gran esfuerzo para relacionarse con claridad, por confiar, por respetar a otras personas, objetos etc; un esfuerzo por ser el mismo, expresando adecuadamente, y sin prejuicios sus sentimientos, revisando y entendiendo sus comportamientos, haciendo planes de futuro y desarrollándolos de forma responsable etc. Este enfrentamiento de valores produce en la persona una gran *CONFUSION* de *INSEGURIDAD*, que le hace valorar a preguntarse si todo el esfuerzo merece la pena. Esa pregunta es muy peligrosa (peligro innecesario) en un medio tan desfavorable.

Si el paso a la prisión se produce de una Comunidad Terapéutica, todo este choque es mucho más intenso, ya que la persona se encuen-

tra muy activa desde el punto de vista afectivo y ello supone una cruda experiencia con gran carga de violencia psicológica.

- La pena de privación de libertad merece especial atención para una persona que se encuentra ya en un período de incorporación al sistema social. Su nivel de autoestima y autoconcepto está ya en un claro desarrollo basado sobre todo en que está realizando *de hecho* todo eso que a él le hace encontrar *sentido* a su vida; es capaz de ir reinventando su propia vida, se siente fuerte porque está creando, es autor de su vida: trabajo, relaciones afectivas, familia, tiempo libre, vive solidariamente (no sólo para sí, también para los otros), amigos... Está construyendo su vida de forma *responsable*.

Aunque se supone un mayor fortalecimiento de su motivación y más seguridad, la prisión supone una ruptura tal que es como transportarle de repente al centro de su historia personal de consumo de droga —desde el punto de vista de las propias vivencias—.

Esto no tiene sentido y además supone una provocación innecesaria.

2.3. Terminado proceso de rehabilitación

Supone la prolongación del punto anterior, no sólo en el tiempo, sino en lo que supone de avance en su realización personal. En este caso está claro que la pena privativa de libertad no tiene sentido ya que esta persona está ya, de hecho, incorporándose al funcionamiento social de forma normalizadora y responsable.

2.4. Incidencia directa en el sistema de rehabilitación

Desde el punto de vista de los centros de rehabilitación, la problemática que se nos plantea es que, desarrollando solamente las posibilidades existentes hoy día, a medio plazo se produce una *prisionización* de los centros de rehabilitación; y especialmente de las comunidades terapéuticas. Ello se debe a que tenemos que asumir la tarea de "retención y custodia", que en absoluto nos corresponde. Desde el punto de vista terapéutico, la modalidad de internado o régimen residencial es solamente *una* entre varias posibilidades dentro de un sistema de trabajo diversificado y coherente.

Es imprescindible no perder de vista que el objetivo de nuestro trabajo terapéutico está fundamentado en dos cuestiones: el proceso terapéutico ha de tener un principio y un fin claros; en segundo lugar, la voluntariedad del cliente.

2.5. Discontinuidad y anacronismo de la intervención del sistema jurídico

El proceso penal actúa con tales plazos de tiempo —*lentitud y descoordinación*— que en las personas en proceso de rehabilitación, esta intervención ha perdido el sentido y lo único que hace es complicar su situación. Esto incluso en los procesos de rehabilitación de larga duración.

2.6. Falta de unificación de criterios

La realidad que nos encontramos es que en las diferentes comunidades autónomas se aplica la legislación vigente en base a criterios y sensibilidades bien distintas.

En nuestro caso observamos que mientras en la Comunidad Autónoma Vasca se muestra mucho más sensible ante la drogodelincuencia posibilitando alternativas que permitan evitar la privación de libertad, otras comunidades autónomas lo hacen inviable ingresando en prisión a residentes que se encuentran en proceso de rehabilitación.

3. EN BUSQUEDA DE SOLUCIONES

Abordamos en primer lugar *desde* donde buscamos soluciones, para ver más tarde, *cómo* hacer, para que suponga un avance en la resolución progresiva de los conflictos de las personas.

3.1. Cuestiones fundamentales

3.1.1. El Sistema Jurídico y el Sistema de rehabilitación han de *reconocerse*, ya que la realidad es que los dos existen. Quiere esto decir:

- a) Los dos tienen una entidad, con sus estructuras y mecanismos propios de funcionamiento.
- b) Han de respetarse, complementándose para poder cumplir los fines para los que han sido creados. No deben trasladarse sus objetivos y deben ser fieles a sus principios de mínima intervención.
- c) Han de reconocerse profundamente: sus *procesos* de funcio-

namiento son complejos; es la forma de evitar recelos y descalificaciones.

- d) Tienen una gran población de personas común sobre la que intervienen: ello hace necesario un *diálogo* basado en el respeto y la responsabilidad; para esto se precisan unos *cauces* sólidos y eficaces.

3.1.2. Tanto el proceso penal como el proceso terapéutico actúan sobre la *persona*; y ésta se desarrolla según un proceso vital. Por ésto, los dos primeros han de estar *al servicio* de su objetivo común: la persona.

3.1.3. En la práctica, la privación de libertad conlleva otras privaciones añadidas como son el desarrollo de la actividad laboral, el crecimiento de su dimensión afectiva, paralización de las relaciones afectivas y proyectos personales etc. En este sentido, merece la pena invertir un gran esfuerzo por diversificar y flexibilizar la respuesta penal, en orden a favorecer la posibilidad de rehabilitación.

La responsabilización es el eje sobre el cual trabaja el sistema de rehabilitación. La situación precaria de salud de muchos drogodependientes (SIDA, hepatitis...), nos animan aún más si cabe a apostar por la mínima utilización de la pena privativa de libertad, ya que, según los expertos, el sistema inmunológico reacciona muy favorablemente y en relación con la situación afectiva de la persona, la cual va a desarrollarse adecuadamente en el sistema de rehabilitación y se va a ir deteriorando progresivamente en la cárcel.

3.1.4. La persona drogodependiente no ha de jugar el rol de víctima, ya que no lo es. No debemos *desresponsabilizarle* de sus comportamientos ni de las consecuencias que se derivan de ellos. Desde el sistema terapéutico es interesante ayudar al individuo a desarrollar todo un *trabajo de reparación personal* en lo que se refiere a la víctima.

Trabajamos desde la convicción de que la persona, disponiendo del ambiente y los medios adecuados, puede recuperarse y retomar su proceso de crecimiento y autorealización personal.

- 3.1.5. El sistema de Rehabilitación no puede ser una "alternativa a la prisión"; es decir, la privación de libertad es una respuesta a unas consecuencias (delitos) derivadas o producidas de un estado de drogodependencia.
El sistema de rehabilitación es respuesta y oferta a la persona para abordar las causas de su drogode-

pendencia. Sólo así —no nos engañemos— ayudaremos a la persona para que se incorpore a la sociedad.

Nos movemos en *dos lógicas distintas*, claves para interpretar muchas cuestiones relacionadas con la realidad droga: lógica de la sustancia y lógica de la persona. Algunos ejemplos que lo ilustran:

LOGICA DE LA SUSTANCIA

- Droga
- Tipos de drogas
- Oferta
- Ex-drogadicto

- Información morbosa
- Prevención basada en información sobre sustancias, efectos y consecuencias
- Consecuencias: Dependencias, Beneficios económicos, Inseguridad ciudadana. Blanqueo de dinero, Tráfico, Delitos, Destrucción física
- Legalización

- Respuesta represiva: Destrucción (policía, cárcel)

LOGICA DE LA PERSONA

- Persona que la consume
- Por qué y para qué usa esas drogas
- Demanda
- Una persona más (con conflictos y recursos personales), con un pasado superado.
- Información objetiva y clara
- Prevención basada en la realización personal, valores y salud
- Causas: Crecimiento personal, Desarrollo capacidades, Valores, Potenciación salud

- Reducción de la demanda: Prevención primaria, Rehabilitación
- Respuesta constructiva (Liberadora): Rehabilitación

3.2. Qué hacer

Nos proponemos caminar *hacia* lo que expresamos a continuación:

- a) Establecer un diálogo sólido, basado en el respeto y confianza mutua, cuyo objeto es un profundo conocimiento de los propios procesos de funcionamiento.
- b) Ampliación de la respuesta penal, no reducirla a la privación de libertad. Trabajar juntos para que se vayan haciendo realidad otras medidas en las modificaciones del Código de Derecho Penal.
- c) No utilización de la privación de libertad para personas que se encuentran en proceso de rehabilitación o que lo hayan terminado (altas terapéuticas). Mientras el Código Penal no ofrezca más posibilidades, debemos seguir haciendo uso de interpretaciones más o menos libres (en cuanto posibi-

litadoras), y además coordinarnos con medidas, que, sin desviar nuestros objetivos, eviten la alarma social (muy frecuentemente infundada). En este sentido, pueden desarrollarse más los Servicios Sociales de Base y otros específicos como CAS, IRSE etc.

- d) Mínima utilización de la privación de libertad para personas detenidas; es un momento clave para ofrecer la rehabilitación. Potenciación de los profesionales del Trabajo Social en los Juzgados.
- e) Excarcelación de presos preventivos que vayan demostrando su motivación para iniciar su rehabilitación. Y de todos modos, facilitar sus relaciones con el exterior para apoyar su motivación.
- f) Diversificación y flexibilización de las estructuras terapéuticas por parte de los Centros de Rehabilitación con el fin de atender a per-

sonas sin recursos de apoyo familiares, problemas psiquiátricos etc.

- g) Agilidad y coordinación en el Sistema Jurídico con el fin de no alargar procesos innecesaria y desordenadamente (encontrar expedientes etc).

4. CONCLUSION

Hace unos diez años *empezamos a creernos* —como personas y como profesionales— que era posible la rehabilitación, que era posible salir de la droga. Hoy ya no podemos resistirnos ante las evidencias, cientos de personas *lo han hecho*: **ES POSIBLE SALIR DE LA DROGA.**

En este sentido creemos que el *marco legal* de nuestra sociedad ha de ser un fiel reflejo de su funcionamiento, y ha de estar

adaptado realmente a los procesos que sus gentes *protagonizan*.

Así, ha de posibilitar y prever el *cambio de rumbo* que las personas somos *capaces de dar*, a nuestras vidas. Esto es estar en todo momento al servicio de la personas y no en su contra. De lo contrario la sociedad sigue manifestándose hipócrita en sus leyes.

Creemos en nuestra propia capacidad, de aquí nace nuestro *optimismo y por ello es realista*.

Ciertamente hemos de correr ciertos riesgos, los que surgen naturalmente cuando *damos de verdad una posibilidad de cambio a una persona*. La privación de libertad no puede ser *la respuesta*.

Txema Duque Carro
Proyecto Hombre
Bilbao

DROGODEPENDENCIAS: LOS DISTINTOS NIVELES DE CONSUMO

1. Introducción

Existe una visión parcial restringida y hasta errónea del llamado problema de las drogas. Así podemos hablar de que la percepción social de la mayoría de la población respecto al tema drogas se ciñe, en exceso, a nuestro entender, a unos aspectos y unos sectores y en gran parte de las veces con una visión bastante distorsionada.

Podemos caracterizar esta percepción social con diferentes características que van configurando una especie de prototipo de consumidor de la siguiente manera:

Persona en edad juvenil varón mayormente que por su irrefrenable forma de consumo en cantidades exageradas, tiene que pegar "tirones", atracar a la gente por la calle, ya que sino, no le llega para "picarse" heroína, externo a nuestras costumbres y pautas de vida y que nos puede contagiar el SIDA.

Así, entendemos que existe un etiquetaje o imagen social que identifica en general droga a:

- Delincuencia, inseguridad
- Jóvenes marginales
- "Pico" de heroína
- Una vez probado, irrefrenablemente te "engancha"
- No hay diferentes niveles de consumo
- Enfermos, contagiosos
- Pobreza, represión, única solución

Pero de todos estos aspectos que forman parte de lo que podemos definir como Percepción Social que comparte la opinión, pública general, nos interesan para este trabajo los referidos a:

- Una vez probado, irrefrenablemente te "engancha"
- No hay diferentes niveles de consumo
- Delincuencia, inseguridad

Nos referimos con estos aspectos a las argumentaciones que se utilizan partiendo de esta Imagen social de las drogas (refiriéndose a las ilegales) de que una vez que se empieza es prácticamente imposible no caer en su fatal atracción que lleva así a sus consumidores a un consumo irrefrenable.

Llevándoles así, a los consumidores de drogas (ilegales) a la necesidad de delinquir para poderse satisfacer.

Una vez que planteamos la Hipótesis de partida y el andamiaje teórico o para dígmas explorativos sobre los cuales planteamos nuestra aportación, pasaremos a contrastar estos aspectos de la Imagen Social con los datos para ver si se mantienen o en su defecto, es necesaria una nueva redefinición.

2. Hipótesis

- Lo mismo que podemos hablar de personas con diferentes niveles de consumo de alcohol, tabaco (drogas legales)

podemos hablar también de personas con usos y consumos diferentes de drogas ilegales.

- O lo que es lo mismo, el consumir drogas ilegales, incluida la heroína, no lleva aparejado el consumo irrefrenable, el enganche.

- Ni tampoco lleva aparejado la delincuencia, ni robos forzosamente.

3. Paradigmas explicativos

En cuanto al "andamiaje teórico" del que partimos se puede clasificar de híbrido entre dos líneas explicativas del fenómeno droga.

Nos hemos ido encontrando, en la medida que contrastábamos diferentes autores, con dos líneas principales para la exploración del fenómeno.

Absorbiendo en una la necesidad de un enfoque que recoja el máximo de características que se dan alrededor de las drogas, por difícil que se nos plantee su exploración.

Esta sería la línea multifactorial-Sistémica. Y cogiendo de la otra la necesidad de ampliar esquemas de superación de etiquetajes que junto a la anterior intenta también superar la Criminología Crítica.

a) Del lado de la línea Sistémico-Multifactorial tenemos: BIXER-88, COMAS-89, ELZO-90, RUIZ OLABUENAGA-91, Ep S.-90, ITZA-91.

b) Del lado de la Criminología Crítica tenemos: MAYOL, FUNES-89, GRUP IGIA.

De ellas partimos:

a) Sin descartar, a priori al menos, ninguno de los factores de las variables que aparecen.

b) Dotando de un marco que englobe esas características que no suelen acabar de encajar del fenómeno drogas.

4. Contrastación con los datos

Como ya hemos remarcado en la introducción lo que nos va a interesar en esta ocasión son unas características concretas de esa definición más general que hemos perfilado en torno a la Percepción Social que existe respecto al tema drogas.

Y así estudiaremos hasta qué punto es real que:

- Una vez probada la droga (se refiere a la ilegal) irrefrenablemente te "engancha"
- No se contemplan diferentes niveles de consumo
- Generándose así delincuencia e inseguridad

4.1. Irrefrenable consumo

Así, desde estos aspectos se proyecta una visión que entiende la droga como un virus que cae encima de los jóvenes que una vez se ha probado termina enganchando como una sustancia especialmente peligrosa y mala en la que no cabe contemplar diferentes niveles de consumo.

Esto es, no da pie a diferenciar personas que o bien

- hayan probado solamente
- lo hagan esporádicamente
- o sean consumidores habituales
- o diarios

Sirva como un ejemplo de la posible clasificación en diferentes niveles de los consumidores.

Al igual que se diferencia y se puede ver como algo que no es malo el consumir una copa por ejemplo, porque incluso nos reporta placer sin más y no vemos que necesariamente nos lleve al "enganche", podemos hacer una diferenciación similar respecto al consumo de drogas ilegales, incluyendo la heroína.

Vemos pues que hay consumidores de drogas ilegales que no se les puede considerar que están enganchados. Así también hay consumidores de heroína a los que no se les puede considerar heroínómanos o "yonkis".

Y relacionado con este aspecto del inevitable consumo abusivo de drogas está el otro aspecto que hemos mencionado y es el de relacionar consumo o consumidores de drogas ilegales con delincuencia e inseguridad ciudadana. Delincuencia que se plantearía como única vía para poder acceder al dinero suficiente como para mantenerse los elevados consumos.

Teniendo así caracterizados los aspectos que nos interesan concretamente, vamos a proceder a contrastarlos con los datos obtenidos de diferentes encuestas.

Vamos a manejar datos de:

- a) "BIXER" Colectivo. Jóvenes de 13-20 años para Bilbao 83-85.
- b) LEANIZBARRUTIA, M.R. Población general - CAV 83.
- c) ELZO, J. Jóvenes 14-29 años para toda la CAV 1990.

Comenzando por los datos aportados por el Colectivo "BIXER" para jóvenes entre los 13 y los 20 años de Bilbao entre el 83-85, tenemos

1. Consumo Cannabis

Tabla 1: % consumo de cannabis

	%
Han probado alguna vez	37,5
Han tomado durante el último año .	30,3
Han tomado durante el último mes	25,0

Y de este 25,0% que han probado durante el último mes, tenemos

Tabla 2: Frecuencia de consumo de cannabis entre los que ha probado en el último mes

	%
Menos de 1 vez/semana	48,2
Una vez/semana	27,4
Diariamente	12,8
2 ó 3 veces al día	4,8
Más de 4 veces al día	6,8

Fuente datos: "BIXEFT-85.

O sea que considerando el 25,0% de los que han tomado durante el último mes tenemos un 24,4% que consumen una o más veces al día.

2. Consumo Alucinógenos

Tabla 3: % consumo de alucinógenos

	%
Han probado alguna vez	7,4
Han tomado durante el último año .	4,9
Han tomado durante el último mes	3,0

Tenemos pues de ese 3,0% de los encuestados que han consumido en el último mes, alucinógenos un 2,8% consumen una o más veces al día.

3. Consumo de Anfetaminas

Tabla 5: % consumo de anfetaminas

	%
Han probado alguna vez	11,0
Han tomado durante el último año .	5,3
Han tomado durante el último mes	3,4

Y de este 3,4% que han probado en el último mes tenemos que:

Tabla 6: Frecuencia de consumo de anfetaminas entre los que han probado en el último mes

	%
Menos de una vez/semana	65,9
Una vez por semana	12,2
Diariamente	14,0
Dos o tres veces al día	2,4
Más de cuatro veces/día	4,9

4. Consumo Cocaína

Tabla 7: % consumo de cocaína

	%
Han probado alguna vez	4,6
Han tomado durante el último año .	3,4
Han tomado durante el último mes	2,1

Del 2,1% que han probado durante el último mes vemos que

Tabla 8: Frecuencia de consumo de cocaína entre los que han probado en el último mes

	%
Menos de una vez/semana	76,0
Una vez por semana	16,0
Diariamente	0,0
Dos o tres veces al día	4,0
Más de cuatro veces/día	4,0

Tenemos así un 8% que consumen una o más veces al día del 2,1% que han probado el último mes.

5. Consumo Heroína

Tabla 9: % consumo de heroína

	%
Han probado alguna vez	4,3
Han tomado durante el último año .	3,0
Han tomado durante el último mes	2,2

De este 2,2% que han probado heroína el último mes nos encontramos que:

Tabla 10: Frecuencia de consumo de heroína entre los que han probado en el último mes

	%
Menos de una vez/semana	55,5
Una vez por semana	7,4
Diariamente	22,2
Dos o tres veces al día	11,1
Más de cuatro veces/día	3,7

El 37,2% lo hacen una o más veces al día.

Vemos en estas tablas cómo hay diferentes niveles de consumo de drogas ilegales.

Con estos datos reunidos en una tabla:

Tabla 11: % de los que han probado el último mes y de estos los más frecuentes

	Sustancias				
	Cannabis	Alucinógenos	Anfetaminas	Cocaína	Heroína
Probado último mes	25,0%	3,0%	3,4%	2,1%	2,2%
1 o más al día (de los que han consumido últimos mes)	24,4%	2,8%	21,%	8%	37,2%

Fuente datos: Elaboración propia a partir de "BIXER"-89.

Podemos ver qué porcentaje de los consumidores, habituales podríamos decir, son los que consumen más frecuentemente.

Si se hubieran considerado datos en vez de respecto de los que han probado el último mes, datos de los que han probado el último año o incluso respecto de los que han probado, tan sólo, los porcentajes de consumidores "excesivos" que hubiéramos obtenido hubieran sido todavía menores.

Pasamos ahora a ver los datos que nos aporta M.R. LEANIZBARRUTIA refiriéndose a población mayor de 14 años en Euskadi 1983.

1. Consumo Cannabis:

Consumidores de drogas ilegales en n.º de personas en Euskadi

Esporádicos 74.125 consumidores
Ocasionales 37.063 consumidores
Habituales 59.123 consumidores

Fuente datos: LEANIZBARRUTIA-83.

De aquí podemos obtener que el 34,71% son consumidores habituales del total de consumidores.

2. Consumo alucinógenos:

Ocasionales 7.390 consumidores
Habituales 2.956 consumidores

Fuente datos: LEANIZBARRUTIA-83.

Así sabemos del total de consumidores de alucinógenos el 28,57% son habituales.

3. Consumo Cocaína:

Ocasionales 14.781 consumidores
Habituales 2.957 consumidores

Fuente datos: LEANIZBARRUTIA-83.

Tenemos pues un 16,66% de consumidores habituales sobre el total de consumidores.

4. Consumo Opiáceos:

Ocasionales 44.344 consumidores
Habituales 2.956 consumidores

Fuente datos: LEANIZBARRUTIA-83.

Tenemos así que de los consumidores de heroína un 6,25% son habituales.

Si ahora cogemos los datos aportados por ELZO, J. en "Jóvenes Vascos 1990", en edades de 14-29 años en base a una muestra de 2.282 encuestados:

1. Consumo "porro"

Tabla 12: Frecuencia consumo porro Juventud Vasca 1990

Nunca	51,1
Sólo probar.....	22,8
2/+veces al año. Esporádico	9,9
2/+ veces al mes. Ocasional	6,5
21+ veces semana. Habitual	5,5
1/+ veces al día. Diario	4,1
Total	2.282

Fuente de datos: ELZO-90.

Es el propio Javier ELZO quien al consultar la tabla dice así:

"La mitad de la población joven ha probado el porro pero sólo una cuarta parte lo ha consumido más de 2 veces al año. Siendo además el consumo habitual exclusivo de uno de cada 10 jóvenes".

Nosotros lo referimos de esta otra manera: si bien la mitad de los jóvenes (48,8%) han probado el porro, tan sólo algo más de su cuarta parte (19,7%) consumen habitualmente de esos que han probado. (Para obtener esta cifra de habituales, sumamos el de 2 o más veces a la semana o Habitual con el de 1 o más veces al día o Diario).

2. Consumo Alucinógenos:

Tabla 13. Frecuencia consumo Alucinógenos Juventud Vasca 1990

Nunca	91,7
Sólo probar	5,4
2/4- veces al año	2,4
21+ veces al mes	0,4
21+ veces semana	-
1/+ veces al día	0,2
Total	2.382

Fuente de datos: ELZO-90.

De esta tabla obtenemos que el 8,4% de los jóvenes han probado Alucinógenos. Y de éstos a su vez tan sólo un 2,4% son los que lo consumen habitualmente.

3. Consumo Anfetaminas:

Tabla 14. Frecuencia consumo Anfetaminas

Nunca	88,9
Sólo probar	5,4
21+ veces al año	3,1
21+ veces al mes	1,6
21+ veces semana	0,7
1/+ veces al día	0,3
Total	2.282

Fuente de datos: ELZO-90.

En el caso de las anfetaminas tenemos un 11,1% de consumidores de los cuales no llega a una décima parte (9%) los consumidores habituales.

4. Consumo Cocaína:

Tabla 15. Frecuencia consumo Cocaína

Nunca	89,6
Sólo probar	5,7
21+ veces al año	3,7
21+ veces al mes	0,6
21+ veces semana	0,3
1/+ veces al día	0,1
Total	2.282

Fuente de datos: ELZO-90.

Tenemos que han consumido una décima parte (10,4%) de entre los cuales un 3,8% consumen habitualmente.

5. Consumo Heroína:

Tabla 16. Frecuencia con que has consumido heroína

Nunca	96,7
Sólo probar	2,4
21+ veces al año	0,3
21+ veces al mes	0,2
21+ veces semana	0,1
1/+ veces al día	0,3
Total	2.282

Fuente de datos: ELZO-90.

Tenemos un 3,3% que han probado la heroína de los cuales un 12,1% son los habituales.

6. Consumo Alcohol:

Tabla 17. Frecuencia consumo alcohol Juventud Vasca 1990

	Labo- rables	Fines de semana
Abstemios	70,8	32,9
Bebedores moderados	26,8	38,7
Bebedores excesivos ...	1,8	18,2
sospechosos alcohólicos	0,6	10,3
TOTAL	2.282	2.282

Fuente de datos: ELZO-90.

Luego, el 29,2 y 67,2% de los jóvenes entrevistados son los que consumen alcohol entre semana y los fines de semana respectivamente.

Y a su vez, tenemos que de estos bebedores el 8,2% entre semana y el 42,4% los fines de semana son los "sospechosos alcohólicos".

De estos datos podemos obtener la siguiente tabla:

Tabla 18: % han probado y % habituales de estos que han probado diferentes sustancias

	Can- nabis	Aluci- nógenos	Anfeta- minas	Co- caína	He- roína	Alcohol	
						Labo- rables	Fes- tivos
Han probado	48,8%	8,4%	11,1%	10,4%	3,3%	29,2%	67,2%
Habituales (de los que han pro- bado	19,6%	2,4%	9%	3,8%	12,1%	8,2%	42,4%

Fuente de datos: Elaboración propia a partir de ELZO-90.

Con estas tablas hemos querido poner de relieve los diferentes niveles de consumo, que las personas consumidoras de una sustancia, de una droga, ilegal o legal pueden consumir diferentes cantidades, pueden haberla probado, o consumir esporádicamente u ocasionalmente o realizar un consumo habitual o diario.

Y así vemos las diferentes frecuencias que corresponden a cada sustancia y cada cantidad consumida.

Incluso en el clasificado por la Percepción Social como droga más peligrosa como la heroína, se puede ver, cómo hay diferentes niveles de consumo sin ser "heroínómanos" o "yonkis".

- Nuestra pretensión es, pues, quitar parte de ese dramatismo que caracteriza la Percepción Social del consumo de drogas (referido a las ilegales) existente en gran parte de la población.

- Así, como decíamos anteriormente, de forma parecida a como hay diferentes niveles de consumo de alcohol o de tabaco y constatamos que el alcohol o el tabaco en sí no son "malas" sino su mal uso, vemos con las drogas ilegales diferentes niveles que no tienen por qué llevar a su dependencia.

- No pretendemos caracterizar como de inocuo el consumo continuado de drogas ilegales, sino que lo que decimos es que igual es las ilegales como en las legales, es su uso excesivo lo que resulta peligroso.

- Creemos necesario también poner de relieve que las sustancias que en principio están consideradas como menos dañinas o peligrosas son hoy en día las que están más extendidas y nos crean mayores problemas. Como el Alcohol, tabaco. Así en este punto coincidimos con la línea de los datos avanzados de un informe de la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, publicados por el periódico *EL MUNDO* el 15 de Junio del 92, en el que se sacan a la luz pública la extensión y la importancia de las consecuencias del consumo de alcohol, en este caso.

Así, nos aporta estos datos para la provincia de Bizkaia:

Tabla 19: Frecuencia de consumo de alcohol en Bizkaia

Bebedores moderados (31-80 ce)	13,4%
---	-------

Bebedores excesivos (81-150 ce.)	3,5%
(*) Sospechosos alcohólicos (Más de 150 ce)	1,2%

Fuente de datos: *EL MUNDO*, 15 Junio del 92.

(*) Sospechosos alcohólicos. Más de 150 ce. de alcohol, equivale a más de dos botellas de vino al día.

- La provincia de Bizkaia registra el mayor consumo de alcohol de todo el Estado, con el 19% de la población que bebe el equivalente a una botella de vino al menos, al día.

- En la C.A.V. contamos con el mayor número de alcohólicos del Estado 400.000 (datos de EDEX) e *EL MUNDO* del 15 Junio.

- Asimismo, en todo el País Vasco existen más bares que en toda la Comunidad Europea junta. Solamente en Bizkaia cuenta con unos 6.000, casi la mitad en Bilbao (*EL MUNDO*, 15 Junio 92).

- Somos de la opinión pues, de que la diferenciación o división entre drogas legales o ilegales más nos despistan que nos ayudan a ver la importancia de cada sustancia.

- Llegados a este punto nos parece necesario recordar una especie de clasificación de la importancia de los problemas originados en torno a las drogas, realizada por Domingo COMAS-89.

1. Efectos del tabaquismo sobre la Salud Pública.
2. Efectos consumo de alcohol sobre la Salud Pública.
3. Efectos alcoholismo sobre la Sociedad.
4. Efectos de las Drogas ilegales sobre la integración social.
5. Efectos de las Drogas ilegales sobre la Salud Pública.

- Por otra parte los datos y tablas aportados en base a los tres anteriores, creemos que no se pueden comparar directamente sino que los hemos querido utilizar con la intención de que se vieran las tendencias generales, tanto de diferentes frecuencias de consumo según las sustancias, como de sus correspondientes porcentajes de consumidores habituales.

La comparación así pues, no puede ser precisa debido a que los criterios con los que se han medido tanto los consumidores como la cantidad de habituales está hecha en base a criterios diferentes.

- Así, además de constatar las diferentes frecuencias de consumo según la

sustancia de que se trate y de ver cómo hay diferentes niveles de consumo nos ha llamado la atención la Tabla 18.

No nos hemos encontrado con que a mayor peligrosidad de la droga considerada, a mayor rapidez de "enganche", a mayor tolerancia de la droga (cantidad de más que hay que aumentar la siguiente dosis para producir el mismo efecto) no nos da mayor frecuencia de consumidores, como ya sabíamos, pero tampoco nos da mayor cantidad de consumidores elevados, de porcentajes mayores en cantidades altas de consumo. Suponíamos que a mayor tolerancia de la droga mayores porcentajes de consumidores en las tomas mayores.

O sea que la heroína tendría un mayor porcentaje de consumidores "enganchados", en los consumos más elevados que el Cannabis. Y no es así. Es un:

12,1% heroína — 19,6% Cannabis.

O que pasaría lo mismo con la Cocaína o las Anfetaminas o los Alucinógenos con respecto al Cannabis.

Pues lo que sucede es justo lo contrario, habiendo diferencias considerables.

% Consumidores habituales, respecto de los que ai menos han probado

Cocaína		3,8%		
Anfetaminas	.	9%	—	Cannabis .. 19,6%
Alucinógenos		2,4%		

Fuente de datos: Elaboración propia a partir de datos ELZO-90.

También ocurre así para el Alcohol, teniendo en cuenta que los consumidores de alcohol en su mayor parte lo son de cerveza y vino, o sea, de baja graduación.

Siendo en este caso la diferencia mucho más clara en los Fines de Semana.

Alcohol (Fines de Semana) — 42,4%
(N.º Consumidores habituales)

Un 42,4% de los que consumen alcohol los fines de semana lo hacen en cantidades muy elevadas.

La explicación puede deberse a varias razones de las que creemos que son más importantes:

-El que tanto el alcohol como el tabaco no estén estigmatizadas, señaladas como peligrosas socialmente.

Es más, hasta ahora al menos, ha sido justo lo contrario y sigue siéndolo en gran parte. Han sido y son consideradas como

potenciadoras socialmente, como socializadoras, esto es:

"Se bebe para hacerse mayor"
"Bebe como los hombres"

También se bebe y se fuma como forma mayoritaria de ocio, sobre todo fines de semana y como forma a través de la cual nos relacionamos con los demás, vía bares...

Ya no es que estén mal vistas o clasificadas como peligrosas sino que están muy bien vistas.

- Las ilegales, en cambio, aunque sean de un nivel de tolerancia mayor en principio tienen por contra el que están estigmatizadas como peligrosas y que ya sea por razones históricas como de otro tipo, no han sido tan integradas por las culturas europeas en general.

Luego el poder del ritual, de las costumbres va a influir de manera más poderosa, haciendo que las drogas asumidas y no estigmatizadas como peligrosas además de tener una mayor expansión, cuenten con un porcentaje más elevado de consumidores elevados.

De aquí también deducimos que la distinción entre legales e ilegales no tiene demasiado sentido, al menos en cuanto a su peligrosidad, en cuanto a capacidad y tolerancia de "enganche"

4.2. ¿Peligrosidad relacionado con Delincuencia?

Además de estar relacionadas las drogas (referido a las ilegales) con su inminente "enganche", también se les atribuye otra característica referida a su "peligrosidad" muy vinculada a la anterior.

Nos referimos a la relación Drogas (ilegales) — Delincuencia.

Basándonos en un estudio del CIS-85, nos muestra al "drogodependiente" como enfermo y relacionado con la delincuencia en un 91% y 75% respectivamente. Aquí se originaría, en parte al menos, la reacción adoptada por la población frente a los consumidores de este tipo de sustancias y no a las otras.

Reacción de miedo y de rechazo. Mientras que a los otros consumidores, los de las sustancias legales, al no ser considerados como delincuentes, sobre todo, no se habla de miedo ni de rechazo.

Remitiéndonos a ITZA, L-91 vemos que desde algunos medios, se dice que la mayor parte de los delitos son cometidos por personas heroinómanas.

Contraponiendo datos a esta otra característica de la Percepción Social, tenemos:

Audiencias Provinciales y Juzgados CAV (88-89), (3.929 Sentencias).

Tabla 20: Delitos relacionados con drogas ilegales y alcohol

Drogas Ilegales	25%
Alcohol	29%

Fuente de datos: ITZA-91, p.92.

Podemos ver pues que:

- los principales causantes de la delincuencia NO son las drogas ilegales
- hay más delitos producidos por el alcohol que por drogas ilegales

En este mismo sentido van los datos publicados en "EL MUNDO" 15 de Junio 92, de un informe de la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco en el que se asegura que:

- De cada 100 sentencias dictadas en la Comunidad Autónoma, 30 están relacionadas, de alguna manera con el alcohol.

5. Conclusiones

Se puede ver cómo se ha ido respondiendo a las diferentes preguntas que estaban presentes en la hipótesis.

¿Es la droga mala?

¿Lleva la droga directamente al "enganche" una vez probada?

¿Consumiendo droga, como nos lleva a consumir cantidades muy elevadas nos aboca a la Delincuencia?

Así hemos visto que son las menos las personas que consumen drogas, ilegales, y están "enganchadas".

Viendo cómo la mayor parte de los consumidores consumen diferentes cantidades sin situarse en consumos dependientes.

Que son justamente las no consideradas como peligrosas los mayores porcentajes de niveles elevados como el Alcohol, Cannabis, Tabaco por ejemplo.

Que éstas resultan más importantes en cuanto a efectos producidos en cuanto que son las más extendidas además de por

tener porcentajes mayores de consumidores elevados.

No pensábamos que esto pudiera resultar así por que en principio cabía esperar que las drogas de mayor Tolerancia fueran las que presentaran porcentajes más grandes de "enganchados". Pero no ha resultado así.

Se puede explicar principalmente a que o bien están muy enraizadas en las costumbres y culturas actuales y además como no han sido vistas como de las peligrosas no se establecen seguramente precauciones en su consumo.

También hemos visto cómo Drogas no conlleva Delincuencia. Que hay muchos consumidores de drogas ilegales que no tienen que recurrir a la Delincuencia. Ya sea por que consumen diferentes cantidades o por otras razones como la de que cuentan con una fuente de ingresos que les suministra el dinero que consumen.

No hay pues drogas "malas" sino que es su consumo excesivo el que puede resultar peligroso.

Y que no parece aconsejable dividir las entre:

- Legales.
- Ilegales.

Miguel Angel Elorza Juaristi

6. Bibliografía

"BIXER" Colectivo: *La juventud de Bilbao, consumo de drogas, tiempo libre, autoconcepto y rendimiento escolar* (1983-1985). Instituto de Ciencias de la Educación. Bd. 1989.

COMAS, Domingo: *Guía para realizar programas de formación de mediadores*, Instituto de la juventud, Md. 1989.

ELZO, Javier (Director): *Jóvenes vascos* 1990, Deiker-Univ. de Deusto, Gobierno Vasco, SS. 1990.

GONZALES, C, FUNES, J., GONZALEZ, S., MAYOL, I., ROMANI, O.: *Repensar las drogas*, Grup IGIA, 1989.

ITZA, Leire: "Situación de las drogodependencias en Euskadi-1991", en *Primeras Jornadas Municipales sobre Prevención de Drogodependencias* - Basauri. Ponencias. Ayuntamiento de BASauri, 1991.

ITZA, Leire: *La educación para la salud en la C.A.V. 1987-1990 Gobierno Vasco, Bd. 1990.*

LEANIZBARRUTIA, M.R.: *Drogr dependencias. Un reto multidisciplinar*, Eusko Jaurlaritza, SS., 1984, tomo II.

Libro de Actas de las XVI Jornadas Nacionales. Sociodrogalcohol. II Tomo, Valladolid, 1989:

"Actitudes de la población española ante el tabaco, alcohol y las drogas", Centro de Investigaciones Sociológicas, C.I.S., Revista Española de la Investigación Sociológica, n.º 34. Md. Ab-Jn 1985.

MARKEZ, I., GURRUTXAGA, F., BARRIOS, L.: *Las drogas en Euskadi. El dominio de la hipocresía*, Ed. GAKoa. Madrid, 1989.

MAYOL, I., FUNES, J.: "Incorporarse a la sociedad", Cruz Roja Española, Md. 1989, en *Comunidad y Drogas* 13/14. Dic. 89. Ministerio Sanidad y Consumo, Md. 1989.

RUIZ OLABUENAGA, J.I., DE LA TORRE, M., VAZQUEZ, P., ARRIEN, B.: *Narcotráfico y estilo de vida juvenil*. Gobierno Vasco, Bb. 1991.

VEGA, A.: *Las drogas, ¿un problema educativo?*. Diálogos en Educación. Ed. Cincel. Md. 1981.

VALORACION DE CAMPAÑAS EDUCATIVAS

EL CONTROL DE LA TRANSMISION DEL VIRUS DEL SIDA EN LOS HEROINOMANOS DEL PAIS VASCO

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

A principios de la década de los 80, un elevado % de los usuarios de drogas por vía parenteral compartían agujas y jeringuillas. La prevalencia de anticuerpos frente al VIH-1 en el suero de estos heroinómanos fue incrementando entre los años 1983 y 1987; sin embargo, en 1988 era sólo del 20%. Las evidencias sugieren que en los UDVP estudiados, la transmisión del VIH-1 ha disminuido en estos últimos años.

Pasada ya una década de la aparición de la epidemia del SIDA, existen algunos signos de esperanza para la infección del virus de inmunodeficiencia humana: han aparecido algunas drogas y tratamientos que ofrecen un potencial para prolongar y que sea de mejor calidad la vida de las personas infectadas, aunque no existe una cura o vacuna contra ella. Mientras tanto, el mejor medio para evitar la infección es mediante la prevención.

Actualmente la única forma de controlar la expansión de la enfermedad es la modificación de conductas típicas y específicas de la sociedad. Hasta que se desarrolle una vacuna o un remedio para la enfermedad, nuestro conocimiento de la conducta social desempeñará una importante función, tanto para cambiar las actitudes públicas hacia el SIDA y sus vícti-

mas, como para eliminar o modificar las conductas de riesgo que conducen a la infección por el VIH-1 y su diseminación. Dada la importancia de la presión social en el comportamiento individual, una intervención necesaria es la modificación de las creencias del grupo. Hay diferencias que dependen del factor riesgo predominante en el grupo de referencia, de forma que se han podido observar cambios importantes y mantenidos en grupos con comportamientos homosexuales, mientras que en grupos con adicción a drogas en vía intravenosa, los cambios son mucho más limitados, por las características de los grupos y la sustancia en sí. Es importante destacar que en ocasiones los mensajes y tareas preventivas no se ajustan a los valores del grupo al que van dirigidos, por lo que su efecto es escaso, aunque no contraproducente. Se ha visto cómo la educación en las escuelas promovía como vía de prevención del SIDA la abstinencia hasta la llegada al matrimonio y debía ser estrictamente monógamo. Se observó que no era realista o asumible por un elevado porcentaje de adolescentes y adultos, por lo que el resultado final fue generar actitudes desfavorable ante los mensajes de prevención. Es necesario investigar, primero, para intervenir después teniendo en cuenta: conocimientos de la población, creencias, valores predominantes y actitudes hacia las medidas preventivas e intervenciones de cambio.

La prevención del problema SIDA es posible realizarla mediante campañas educativas dirigidas a un cambio en el estilo de vida. El estilo de vida constituye un determinante esencial de la salud y es responsable de múltiples procesos, entre ellos el SIDA. Al mismo tiempo, se ha visto la necesidad de llevar a cabo estrategias preventivas basadas en la adquisición de pautas de conducta saludable que en este caso constituirán el procedimiento básico para evitar la difusión del mencionado síndrome.

Estas campañas educativas deben estar dirigidas a ayudar a personas y grupos a analizar las conductas que pueden originar problemas de transmisión del VIH-1. El hecho de que las conductas relacionadas con el SIDA estén ligadas a los aspectos más últimos de la personalidad como las relaciones de pareja y el modo de entender y vivir la sexualidad, por un lado, y el uso de sustancias ilegales, por otro, hace muy difícil la labor educativa y exige del educador tacto y acercamiento personal necesarias también en otros campos de la educación para la salud. Todo ello hay que enmarcarlo en una sociedad como la nuestra, en la que estas cuestiones están rodeadas de tabúes, lo cual hace aún más difícil el éxito de estas campañas educativas.

Por otra parte, cuando se realizan las campañas educativas sobre el virus de inmunodeficiencia o el problema SIDA, debemos de tener en cuenta que es una afección que tiene muchas características que hacen especialmente difícil su tratamiento educativo. Entre estas especiales características, hay que destacar las siguientes:

1. Su largo período de incubación, que origina muchos portadores asintomáticos, infectantes, generalmente ignorantes de la situación e ignorados por los demás.
2. Su alta letalidad y su evolución con un debilitamiento general progresivo, desfiguración y sufrimiento que aumentan el temor a contraerla, lo que en ocasiones provoca reacciones de negación que incapacitan para la adopción de un comportamiento preventivo lógico.
3. Haberse dado a conocer en grupos marginados socialmente y estar ligada a conductas rechazadas, temidas o condenadas, lo que ha producido el error, aún persistente, de que sólo estos grupos son susceptibles de padecerla.

4. Haber provocado reacciones primarias de rechazo social, estigmatización, discriminación y culpabilización de los afectados.

A pesar de las dificultades con las que se pueden encontrar los programas educativos para lograr su éxito, dado el gran esfuerzo y coste económico que conllevan los mismos, quisimos conocer si la disminución que encontramos en la frecuencia de infección por VIH-1 en los heroinómanos, tal y como lo comunicamos en el Congreso Internacional del SIDA que se celebró en San Francisco (USA) en junio de 1989, pudiera deberse al efecto de esos programas.

El objetivo del estudio fue averiguar el grado de conocimientos, actitudes y conceptos que sobre el SIDA tenían los heroinómanos, así como estimar de qué modo este conocimiento repercute en sus hábitos de riesgo de infección.

Hemos efectuado el trabajo en heroinómanos, pues es importante la opinión dada por ellos sobre el SIDA, puesto que es el colectivo de mayor número de infectados en el País Vasco.

Los heroinómanos con los cuales hemos contado son los que han acudido a las consultas de la Unidad de Drogodependencias del Servicio Vasco de Salud Mental, del Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, Bilbao y de la Sección de Enfermedades Infecciosas, del Servicio de Medicina Interna, del Hospital Civil de Bilbao, Bilbao. Consideramos que es interesante la utilización de estos centros para la realización de los trabajos de investigación, ya que mantienen contactos más prolongados con los pacientes, lo cual da una mayor oportunidad para la realización de estudios; sin embargo, hay que tener muy presentes las características particulares de los usuarios de estos servicios y que pueden no reflejar la realidad de la globalidad de los UDVP.

Los resultados que hemos obtenido en la realización del trabajo, indican que el conocimiento de los encuestados sobre el problema SIDA es razonablemente alto, pero también presentan muchos conceptos equivocados que ponen de relieve las deficiencias de información sobre determinadas conductas que implican un riesgo de contraer la infección por VIH-1 en los grupos de población más afectados por el SIDA. También se encuentran considerables lagunas en los conocimientos sobre el riesgo, en los portadores de VIH-1 no enfermos.

A pesar de que en los resultados de esta encuesta se ha visto que existen errores en el conocimiento de la transmisión del virus del SIDA, creyendo que se transmite por compartir la toalla, donar sangre, la homosexualidad en las mujeres, etc., lo cual puede contribuir de modo negativo contra la gente con SIDA y disminuir las donaciones de sangre, el mayor problema en estos malentendidos son en aquellos conceptos que hacen que la infección por VIH se siga transmitiendo, especialmente en mujeres no heroinómanas y sus hijos. El concepto peor entendido fue la transmisión del virus del SIDA de alguien sin enfermedad aparente pero con historia previa de comportamiento que pudiere ser portador del virus. La falta de entendimiento entre las parejas con un inadecuado reconocimiento que el hecho de no usar condones en una zona donde hay una gran cantidad de sujetos heroinómanos hace que la infección siga extendiéndose.

Estos resultados evidencian que los programas de educación y prevención llevados a cabo hasta el momento en el País Vasco no han servido para una adecuada información a un gran número de drogadictos.

Existe un núcleo de adictos a drogas por vía parenteral, además de los que acuden a centros sanitarios y sociales y a los que se puede acceder mediante trabajadores de calle y escasamente a través de campañas dirigidas a población general.

Si la situación sobre el conocimiento y conducta ante el riesgo de padecer SIDA en los sujetos encuestados es la que hemos analizado, nada nos hace suponer que la situación entre los UDVP que no contactan con los centros de tratamiento sea más optimista. Así pues, sería prioritario realizar programas, sin criterios restrictivos, que permitan contactar con el mayor número posible de UDVP e intervenir positivamente en los hábitos de riesgo de todos ellos.

Puesto que en España la concentración de la epidemia del SIDA se sitúa en la comunidad de adictos a drogas por vía parenteral, es necesario que se realicen este tipo de estudios a nivel local y se reconozca la necesidad de campañas dirigidas a esos grupos de sujetos fuera del sistema de servicios sanitarios y sociales.

Todo ello indica la necesidad de incrementar las actividades educativas, especialmente en la adolescencia, período en el que los hábitos de vida no están totalmente definidos.

El modelo de prevención es un proceso que se desarrolla en tres etapas: 1) el individuo identifica correctamente sus comportamientos de riesgo y los considera como un problema; 2) decide cambiarlos; 3) encuentra y practica estrategias que reducen o eliminan los mencionados comportamientos de riesgo. Son muy complejos los factores psicológicos que influyen (o son susceptibles de influir) positiva o negativamente, en los comportamientos de riesgo y prevención. Es de interés prioritario investigar el proceso que partiendo del conocimiento de las formas de contagio, gravedad del mismo y procedimiento de prevención, conduce a algunas personas a la adopción de comportamientos coherentes con dicha información, pero a muchas otras a seguir actuando, como si nada supiera, de forma peligrosa para ellas y para las demás.

Los cambios observados en la distribución de la infección en la población y las conclusiones sacadas a través de diversos programas educativos analizados en las revistas internacionales, indican la conveniencia de orientar estas actividades hacia:

1. Las personas con relaciones homosexuales.
2. Los grupos de edad más jóvenes, especialmente adolescentes, antes de que hayan podido establecerse las pautas sexuales y de consumo de sustancias.
3. El enfoque hacia la adopción de conductas sin riesgo y la creación de habilidades para llevarlas a cabo, más que a la adquisición de conocimientos.
4. La búsqueda de mejores métodos de comunicación interpersonal.
5. El recurso a intervenciones mucho más personalizadas y el menor uso de los grandes medios de comunicación.
6. El estudio de las condiciones y características psicosociales de los grupos con quienes se trabaja, haciendo partir la acción educativa de las orientaciones desde las personas y desde situaciones reales.
7. Las participaciones de los grupos en la determinación de sus necesidades, en la búsqueda de solución a sus intereses y problemas y en la evaluación de sus logros.

8. La flexibilidad de la metodología usada, adaptarla a las necesidades de las personas que se deben educar y buscar nuevos procedimientos si fuera necesario.

A pesar de los innovadores programas de educación, éstos, en la mayoría de las ocasiones, no son del todo aclaratorios y hacen que la población presente conceptos erróneos al respecto.

Se deben desarrollar y comparar los programas educativos para determinar qué estrategias son las más eficaces para aumentar el conocimiento y reducir el riesgo de infección. En todos los programas debe incorporarse información sobre la realización de la práctica sexual sin riesgos y el uso de drogas; puede ser más eficaz en los programas educativos inculcar sobre cómo reducir los riesgos de infección que inculcar sobre la abstinencia del sexo o uso de drogas.

Los individuos afectados son los primeros responsables de prevenir la transmisión, ya que son ellos los que tienen la mayor posibilidad de evitarla, pero la responsabilidad no sólo recae en ellos, los sujetos no infectados también deben saber cómo protegerse de la infección. Por otra parte, la sociedad en general tiene la responsabilidad de proveer los programas y servicios sociales necesarios para que se mantenga y pueda llevarse a cabo esa responsabilidad. Estos servicios deben de estar basados en el conocimiento científico y médico y deben ser sensibles a los valores, cultura y prácticas de los sujetos afectados; por otra parte, deben de ser dirigidos de modo claro y específico para cada grupo afectado.

Los métodos empleados para los programas educativos deben incluir métodos didácticos, audiovisuales, metodología experimental, según las circunstancias y el grupo a enseñar; asignación de revistas adecuadas al tema y sobre todo, por comprobar qué es lo más eficaz, los conferenciantes que sean de prestigio y con poder de convicción.

Como conclusión, diremos que el esfuerzo realizado hasta el presente para lograr una educación adecuada sobre el problema SIDA ha sido insuficiente. Es necesario impulsar campañas sobre el conocimiento del SIDA, para concienciar a la población de que ésta es una enfermedad que se puede controlar con unos adecuados y sencillos métodos de prevención. El esfuerzo hecho hasta el presente a nivel educativo para evitar la expansión de la

infección por VIH-1, ha sido inadecuada. Se requiere un mayor compromiso para una eficaz educación de la gente. A pesar de los costos que esto puede suponer actualmente, estos programas pueden salvar muchas vidas y evitar el gasto de muchos millones de pesetas en gastos médicos futuros. Deben de hacerse estas campañas educativas, pero de un modo adecuado.

El que un heroinómano de cada cinco esté infectado con el virus del SIDA, es una alta incidencia, pero también significa que se pueden ayudar a otras muchas personas a que se protejan. En nuestras manos está el lograrlo.

Sugerimos y recomendamos a la vista de los resultados obtenidos que:

1. La prevención de la infección por VIH-1/SIDA debe ser prioritario de cualquier programa de control del SIDA.
2. La educación sobre SIDA debe formar parte de los programas educativos que se imparten tanto en los centros de educación primaria, bachiller, etc. Su implementación debe ser responsabilidad del Departamento de Educación, Cultura y Deportes.
3. Las campañas educativas deben realizarse de modo adecuado, teniendo en cuenta el mensaje correcto para que no haya malas interpretaciones ni errores que conduzcan al pánico por el problema SIDA. Estas campañas educativas no deben basarse en una mera información, sino además en fomentar un cambio en los hábitos de vida.
4. Para prevenir la transmisión sugerimos se facilite a las personas con riesgo o que padecen la infección jeringuillas y/o condones.
5. Deben darse repetidas recomendaciones y preferentemente en grupo, en las que se insista en cuestiones como: conocer a la pareja, reducir en lo posible el número de parejas, usar condones, no utilizar jeringas usadas, realizarse chequeos médicos, etc.

Ora. Beatriz Esparza
Universidad del País Vasco/
Hospital Civil de Bilbao
Bilbao

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EDUCACION SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES

I. INTERVENCION SOCIOEDUCATIVA Y SERVICIOS SOCIALES

Es bien conocido como, precisamente, a través de las políticas desarrolladas por las Comunidades Autónomas mediante la promulgación de **Leyes de Servicios Sociales**, ha tenido lugar la definitiva implantación en España del llamado "**sexto sistema de protección social**"¹. La vertebración del modelo autonómico de Estado es, sin duda, una de las claves fundamentales para entender, por el ejercicio de una competencia constitucional exclusiva, el desarrollo e impulso de los Servicios Sociales personales².

Los Servicios Sociales se configuran, por tanto, como uno de los sistemas públicos que oferta protección social, contribuyendo a satisfacer las conocidas cuatro necesidades básicas de los individuos y grupos: necesidad de acceder a los recursos sociales, necesidad de convivencia, necesidad de integración social y necesidad de solidaridad social³. Los recursos de este sistema se integran de atenciones personalizadas, preventivas y de promoción social, que se proyectan mediante las conocidas "**prestaciones básicas**" de Servicios Sociales: **información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento e inserción social**⁴.

Un aspecto central de estas prestaciones es que deben garantizar tratamientos psicosociales individualizados y socio-familiares, además de una intervención socio-educativa de carácter fundamental-

mente preventivo e integrador, especialmente con la infancia y juventud⁵.

En efecto, la atención a la **infancia en dificultad o conflicto social** desde el Sistema de Servicios Sociales —también, pero parcialmente, desde la jurisdicción especializada de menores o la de familia— tiene por objeto, en primer término la compensación de las desigualdades sociales al nacimiento en un entorno carencial, a través del apoyo a la socialización familiar. Igualmente, la promoción y defensa de los derechos del menor y la integración del menor desadaptado devienen instrumentos indispensables para una eficaz intervención social⁶.

De igual modo, la búsqueda de la normalización de las condiciones de vida de la **juventud inserta en núcleos de alto riesgo de marginación**, favoreciendo la permanencia en su medio, mediante el desarrollo de actividades de promoción personal, ocupacionales, recreativas y socioculturales, confiere a las políticas de inserción-reeducación-resocialización su verdadera dimensión⁷.

En general, se puede afirmar la pertinencia de la acción socio-educativa o, mejor dicho, de la intervención educativa promocional y socializadora-normalizadora tanto en los Servicios Sociales Especializados, como en los Servicios Sociales de Atención Primaria o de Base, bien en medios institucionales o bien en medio abierto, ora de forma individual o grupal, ya de adultos⁸ ya de jóvenes infractores⁹ o de menores y sus familias¹⁰.

Ciertamente, este tipo de intervención se vincula con una dimensión política determinada como es la consolidación y desarrollo del Estado del Bienestar, en el que el Sistema de Servicios Sociales aparece como su principal característica¹¹.

Como es sabido, el Consejo de Universidades en su sesión del 29 de abril de 1991 aprobó, de forma definitiva, la creación de la Diplomatura en Educación Social. La directriz general propia primera del título establece que las enseñanzas deberán orientarse a la formación de un **educador** en los campos siguientes:

- educación no formal
- **inserción social de jóvenes desadaptados**
- **acción socio-educativa** y
- educación de adultos.

Es bien conocida la historia y evolución de la educación social en España, o mejor de los educadores especializados, hasta alcanzar su consagración universitaria¹². La historia del educador social es, ante todo, la historia de la pedagogía de los inadaptados sociales¹³.

Sin embargo, casi nada se ha dicho acerca del lugar del educador social en el Sistema de Servicios Sociales, ni tampoco, salvo excepciones, sobre la concepción pedagógica de los Servicios Sociales¹⁴. Curiosamente, el programa de actividades del Centro de Estudios del Menor, dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales, en la **línea de formación de educadores sociales** —que crea un modelo de formación y perfeccionamiento de educadores— incluye un seminario sobre "educador social y Servicios Sociales", junto a cursos sobre pedagogía comunitaria y de la vida cotidiana o intervención educativa en el ámbito de las drogodependencias, entre otros¹⁵.

No deja de sorprender, como veremos, la **ausencia de los Servicios Sociales entre las materias troncales de la Diplomatura**. Pero es que, más aún, en alguna propuesta de curriculum ya conocida ni siquiera se incluye esta materia entre las asignaturas obligatorias de Universidad¹⁶, sino sólo con carácter de optativa y limitado su contenido a la intervención en el ámbito municipal.

En efecto, sorprende la omisión a la vista de las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas en las que se contemplan los **Servicios de Atención a la Infancia** (a veces, también de Adolescencia) o de **Juventud** como el marco institucional adecuado para el desarrollo de

políticas de protección de menores, por medio de instrumentos como la apreciación del desamparo, la tutela o la guarda o mediante recursos como Centros de Acogida, Residencias Infantiles, Viviendas Tuteladas o directamente con la intervención en medio abierto o cerrado para los menores infractores¹⁷.

De igual manera, la **acción socio-educativa** adquiere un despliegue inmediato al operar sobre los beneficiarios y usuarios del Sistema público de Servicios Sociales: ancianos, minusválidos, mujeres en riesgo social, drogodependientes, expresos, emigrantes y minorías étnicas, fundamentalmente. En este contexto es dado afirmar que no es concebible una profundización de los Servicios Sociales exenta de intervención educativa, especialmente en los Servicios de Base o Comunitarios, y sobre todo en la perspectiva de la prevención de la marginación o exclusión social. Afortunadamente, estas omisiones no son generalizables, ya que otras propuestas sí recogen esta necesidad curricular¹⁸.

II. EDUCADOR SOCIAL E INTERVENCIÓN FAMILIAR

La familia, elemento natural y fundamental de la sociedad, es objeto de una intensa protección constitucional por parte de los poderes públicos en los órdenes social, económico y jurídico.

Esta protección se hace efectiva también a los hijos, cualquiera que sea su afiliación y a las madres, cualquiera que sea su estado civil. No hay dudas, por otra parte, en cuanto al lugar que ocupa la familia entre las instituciones españolas que han experimentado cambios importantes en el último medio siglo¹⁹.

Hoy más que nunca, y debido a los cambios sociales y económicos, fundamentalmente, la familia se configura como núcleo básico de la acción socio-educativa, y demanda una alta especialización profesional por parte de los sujetos que intervienen técnicamente en el proceso de apoyo y orientación familiar.

Es aquí donde puede situarse uno de los ámbitos profesionales más característicos del educador social, esto es, en la elaboración —en el seno de un equipo multidisciplinar— de **programas de intervención socio-familiar**, destinados a ofrecer la ayuda necesaria para la adquisición de habilidades sociales y aprendizajes básicos, así como para impulsar el proceso

de autonomía social y personal de los miembros del grupo familiar.

Así pues, será al educador de familia a quién corresponda, principalmente, la ejecución directa del tratamiento socio-educativo incluido en el programa de ayuda familiar. A título de ejemplo, pueden señalarse, con carácter general, algunos de los ejes sobre lo que pivota la intervención del educador respecto de las **familias en situación de dificultad o riesgo social**:

- organización doméstica y administración económica del hogar
- atención, cuidado y educación de los hijos
- apoyo y seguimiento escolar de los hijos
- orientación en relaciones familiares y educación para la salud
- impulso y asesoramiento en iniciativas laborales
- cooperación en el establecimiento de relaciones integradoras con el entorno social y
- coordinación con instituciones de bienestar social.

En resumen, la **acción socio-educativa familiar** puede convertirse en un **instrumento de primer orden para la prevención** de la desestructuración familiar, el maltrato infantil, la reproducción de patrones de conducta marginales o delincuenciales o, en muchos casos, de las institucionalizaciones o internamientos de menores, ancianos o drogodependientes en los recursos del Sistema de Servicios Sociales o de Salud.

III. A MODO DE CONCLUSIONES

A. El perfil del educador social, en cualquiera de sus especialidades, no pue-

de entenderse como perfectamente completo sin el conocimiento de sus espacios naturales de intervención. Uno de éstos, tal vez el de mayor importancia y mejores expectativas profesionales, es el Sistema Público de Servicios Sociales.

B. El curriculum académico de la Diplomatura de Educador Social debe incorporar en el plan de estudios, como materia obligatoria de universidad, el conocimiento en toda su extensión de los Servicios Sociales, tanto generales como especializados, y de las instituciones prestadoras de los mismos.

C. La inserción social de jóvenes desadaptados, como campo formativo del educador social, de acuerdo con el derecho autonómico y el proceso de traspasos de competencias, exige introducir al profesional titulado en el conocimiento del funcionamiento y organización de los Servicios Sociales.

D. La acción socio-educativa se proyecta actualmente con especial intensidad —en un futuro próximo lo hará todavía más sobre las instituciones del bienestar social, en particular sobre las del sistema de Servicios Sociales. La atención a la tercera y cuarta edad, así como a los excluidos de la sociedad es una referencia fundamental para la educación social del futuro.

E. El educador de familia, en cuanto educador social especializado, debe reclamar y ocupar un lugar privilegiado en el Sistema Público de Servicios Sociales, para asegurar una intervención socio-educativa eficaz y preventiva con respecto al tratamiento de las causas y las consecuencias de la marginación social.

Pedro Madrigal y Alfonso García
E.U. de Trabajo Social de Murcia

¹ Kahn, A.J./Kamerman, S.B.: **Los servicios sociales desde una perspectiva internacional. El sexto sistema social.** Siglo XXI, Madrid, 1987.

² Valle Gutiérrez, Antonio del.: **El modelo de servicios sociales en el estado de las autonomías.** Siglo XXI, Madrid, 1986.

³ Programa 2000. PSOE.: **Los servicios sociales en España.** Siglo XXI, Madrid, 1989.

⁴ García Herrero, Gustavo.: **Centros de Servicios Sociales.** Siglo XXI, Madrid, 1988.

⁵ Quintana Cabanas, José María.: **Pedagogía Social.** Dykinson, Madrid, 1988.

⁶ Ministerio de Asuntos Sociales. Dirección de Protección Jurídica del Menor.: **Análisis de situación y perspectivas del nuevo sistema de protección a la infancia en dificultad social en España.** Mecnografiado. Madrid, 1991.

⁷ Madrigal de Torres, Pedro y Molina Morales, Pedro.: **Una experiencia de inserción social de jóvenes: El Centro de Promoción Juvenil de Espinardo (Murcia).** Comunicación a las MI Jornadas de Psicología de la Intervención Social, Madrid, 1991.

⁸ Sáez, Narciso y Vega, José Luis.: **Acción socio-educativa en la tercera edad.** Ceac, Barcelona, 1989.

⁹ Garrido Genovés, Vicente.: **Pedagogía de la delincuencia juvenil.** Ceac, Barcelona, 1989.

¹⁰ Amorós Martí, Pedro.: **La adopción y el acogimiento familiar.** Narcea, Madrid, 1987.

¹¹ Requejo Osorio, Agustín.: **Intervención peda-**

gógico-social y desarrollo comunitario. Revista de Pedagogía Social nº 4. Universidad de Murcia, Murcia, 1989.

¹² Nuñez, Violeta.: **"El educador especializado como antecedente histórico del educador social", en Revista Menores IMúms. 13-14.** Centro de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1989.

¹³ Vega, Amando.: **Pedagogía de los inadaptados sociales.** Narcea, Madrid, 1989.

¹⁴ Petrus Rotger, Antonio.: **"Servicios sociales y pedagogía social", en Revista de Pedagogía Social nº 3.** Universidad de Murcia, Murcia, 1988.

¹⁵ Centro de Estudios del Menor.: **Programa de Actividades 1991.** Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1991.

¹⁶ March Cerda, M.X. Orte Socías, C.y Vallespir Soler, J.: **"La Diplomatura en Educación Social: aspectos curriculares". VII Jornadas Nacionales de Pedagogía Social.** Mecnografiado. Sevilla, 1991.

¹⁷ Ministerio de Asuntos Sociales.: **Leyes Autonómicas de Servicios Sociales.** Centro de Publicaciones, Madrid 1990.

¹⁸ SAEZ, J., GONZALEZ, A., GARCIA, A. y ESCARBAJAL, A.: **"Anteproyecto de Plan de Estudios conducente a la obtención de la Diplomatura en Educación Social", en VII Jornadas Nacionales de Pedagogía Social,** Sevilla, 1991.

¹⁹ Campo, Salustiano del.: **La nueva familia española.** Eudema, Madrid, 1991.

LA ELECCION DEL SISTEMA DE COMUNICACION EN LA EDUCACION DE LOS NIÑOS SORDOS

Tradicionalmente el lenguaje de signos ha estado ausente del sistema educativo y, hasta fecha muy reciente, su uso se reprimía con mayor o menor rigor en función del talante de los educadores. En la niñez el aprendizaje se realiza, de manera furtiva, a través generalmente del contacto con hijos de sordos, pero es frecuente, sobre todo en el caso de sordos integrados, que la iniciación se efectúe pasada la adolescencia, al entrar en relación con la comunidad de sordos adultos.

La cuestión del lenguaje de signos era, y en gran medida sigue siendo un tema tabú entre los padres y la mayoría del profesorado de niños sordos que han basado la defensa de su monolingüismo oral en un doble razonamiento. En la consideración primera de que, incluso a igual potencialidad expresiva de ambos sistemas, el oral ofrece un ámbito de comunicación más amplio y, en consecuencia, mayor posibilidad de integración lo que exige centrar esfuerzos en su aprendizaje, mientras que el temor a que la inclinación natural al gesto —al amparo de la ley del mínimo esfuerzo— se exprese en la indisposición para el aprendizaje de la palabra, determina su prohibición.

Obviamente, hay factores más complejos y sutiles en la base de la apuesta por el monolingüismo oral, como es el rechazo existencial por parte de muchos padres oyentes de un sistema de comuni-

cación que se les hace extraño a su naturaleza y que ha sido considerado secularmente como prototipo de estigma.

El enfoque oralista triunfó plenamente en el Segundo Congreso Internacional sobre la educación del sordo, celebrado en Milán en el año 1880, ya que consagró la utilización del oralismo como sistema único de comunicación en base a las siguientes manifestaciones:

«Considerando el Congreso la incontestable superioridad de la palabra sobre el gesto de cara a la integración del sordomudo y para facilitarle un mejor conocimiento de la lengua declara que el método oral es preferible al de los signos en su educación».

«Considerando que el uso simultáneo del gesto y de la palabra tiene la desventaja de perjudicar el habla y la labiolectura así como la precisión de ideas, el Congreso declara su preferencia por los métodos orales puros» (1).

El fuerte progreso tecnológico general, y en particular el desarrollo de los sistemas de amplificación, abre fundadas esperanzas a las posibilidades de la habilitación auditiva y fortalece las tesis oralistas. Un claro exponente de la confianza en la técnica y en la educación oral lo constituye sin duda A.G. Bell, inventor del teléfono, profesor de sordos, casado él

mismo con una sorda, que ya en 1883 proponía la integración en escuelas ordinarias con el fin de «evitar que se forme una variedad de la raza humana» estableciendo como medidas preventivas la supresión del lenguaje de signos, el cierre de los internados —que aseguran la transmisión del lenguaje— la ilegalización del matrimonio entre sordos y la prohibición de profesores sordos.

No fue necesario implantar ningún tipo de prohibición para que se operase una paulatina disminución de la proporción de profesores sordos en las escuelas (2). Algunos autores han señalado la posibilidad de que en paralelo a esa disminución se produjese una pérdida del nivel general de cualificación del profesorado atribuible también quizá a la masiva incorporación de niños sordos al sistema educativo ordinario.

Una de las principales consecuencias de la desaparición de la figura del educador sordo es la pérdida de pautas referenciales. No hay que olvidar al respecto el hecho ya indicado de que, tan sólo una minoría de sordos padecen sorderas familiares por lo que, en general, el encuentro con el mundo adulto —de los adultos sordos se entiende— se produce de forma tardía muchas veces a espaldas de la familia, cuando el adolescente o el joven adulto toma contacto con las asociaciones de sordos. Es entonces cuando se encuentran con una cultura y una lengua a la que sus padres y el sistema escolar sustraían con el ánimo, bienintencionado, de protegerles y facilitarles el camino a la integración escolar y laboral.

Este hecho, la tardía exposición al lenguaje gestual, tiene entre otras muchas importantes consecuencias algunas de carácter sociolingüístico que afectan al propio desarrollo del lenguaje de signos y que interesa considerar, ya que sería aventurado emitir juicios acerca de las opciones y/o de las obligaciones lingüísticas de los sordos sin entender la naturaleza de dicho lenguaje y la especial situación sociolingüística de la comunidad que lo usa.

Los lenguajes de signos

Es preciso distinguir antes de nada entre sistemas de comunicación manual, basados en un lenguaje audiovocal determinado, y los lenguajes naturales de sordos propiamente dichos.

De los primeros cabe decir que constituyen sistemas codificados creados arti-

ficialmente casi siempre con fines educativos específicos. Reciben el nombre de sistemas auxiliares y tratan de representar visualmente la lengua oral: sus signos se refieren a letras, deletreo dactílico, o a unidades lingüísticas más complejas, morfemas, palabras, correspondiéndose su sintaxis a la del lenguaje oral. Constituyen un antecedente histórico los sistemas de comunicación que utilizaban los monjes trapenses en los cuales se inspiró probablemente Ponce de León el precursor de la educación de los sordos. Existen variedades en los sistemas de representación signada de un mismo idioma ajustadas en general a sus específicas necesidades educativas o comunicativas.

Los segundos, por el contrario, no se corresponden a ningún lenguaje hablado, aunque naturalmente, en situaciones de contacto debe producirse un mayor o menor grado de influencia. A este grupo pertenecen los lenguajes naturales de signos de los sordos y también los que algunos pueblos —es el caso de los aborígenes australianos y de los indios americanos— han utilizado como segunda lengua a lo largo de la historia.

Los lenguajes de sordos, en contra de lo que suele creerse, no son universales, es decir, que lo mismo que ocurre con el lenguaje oral, también el de signos presenta variaciones que resultan ininteligibles para los sordos pertenecientes a distintas comunidades lingüísticas. Ello es debido a que la iconicidad, y en consecuencia la transparencia de los signos, es menor de lo que se supone habitualmente. Por otra parte, los límites lingüísticos de los lenguajes de signos, no coinciden siempre con los de los lenguajes hablados, y es así que estadounidenses e ingleses utilizan distintos sistemas—el American Sign Language ASL y el British Sign Language BSL respectivamente— mientras que los sordos escandinavos utilizan básicamente el mismo.

No es infrecuente que los sordos de distintas regiones de un mismo país tengan dificultades de inteligibilidad más o menos serias (3). Refiriéndose a EEUU Fischer (4) opina que, sociolingüísticamente, la situación de los sordos es asimilable a la de una comunidad criolla. El ASL sería el «basilecto» en un continuo que comprendería desde las variedades más alejadas del inglés estándar, hasta las más próximas que constituirían el «acrolecto». En este extremo se sitúan las formas de «inglés visual» y los diversos sistemas auxiliares, mientras que la zona intermedia

correspondiente al «mesolecto» quedaría constituida por lo que se ha dado en denominar Pidgin Sign English PSE.

Como es sabido con el nombre de «pidgin» se designa en sociolingüística el lenguaje común que utilizan las comunidades plurilingües a partir de combinaciones léxicas y gramaticales simplificadas de las lenguas propias. La función de los «pidgin» suele ser por lo común puramente instrumental, su vocabulario reducido y su sintaxis muy elemental. Su destino oscila entre la desaparición al cabo de pocas generaciones o su criollización, fenómeno de desarrollo que se produce al adoptarlo la comunidad como lengua propia, lo que conlleva su enriquecimiento parejo a la asunción de funciones expresivas.

Nada sabemos acerca de la realidad sociolingüística de los sordos del País Vasco, pero suponiendo que el esquema descrito para los EEUU fuese aplicable a nuestro caso, sería asimismo razonable establecer a título de hipótesis dos consideraciones importantes.

En primer lugar que la proporción de sordos que hablan el lenguaje natural «español» —suponiendo que exista— correspondiente al ASL debe ser más reducido de lo que comúnmente se piensa si se tiene en cuenta que en los EEUU donde al fin y al cabo nunca desapareció completamente del medio educativo y el movimiento de los sordos en favor de «su» lengua es fuerte y prestigioso, lo usan menos de las tres cuartas partes de los sordos adultos.

De hecho, la mayoría de los sordos jóvenes que se han educado en escuelas especiales dominan mejor, según su propia apreciación, el lenguaje oral que el de signos, lo que no excluye desgraciadamente que muchos de ellos tengan un pobre nivel de expresión verbal (5). Es lícito suponer en consecuencia que el lenguaje de signos que habitualmente utilizan los sordos vascos es un «pidgin» y como tal pobre y poco preciso. En consecuencia, si se considerase su inclusión en el sistema educativo habría que realizar un importante esfuerzo, primero para conocerlo, y en segundo lugar para establecer las medidas necesarias de cara a su estandarización y desarrollo.

El dualismo palabra-gesto: Hacia una síntesis

En los años 60 se produce en EEUU un replanteamiento de las posturas oralis-

tas puras y un amplio sector del mundo de la pedagogía especializada empieza a considerar la necesidad de abordar la educación de los sordos desde una perspectiva diferente. El fundamento del cambio, que obedece a razones de distinto orden, se traduce en el replanteamiento del papel que les corresponde a los lenguajes gestuales en la educación y en la vida de las personas sordas. Puede decirse que se pasa de un general rechazo del signo a su general aceptación como recurso educativo, aunque, evidentemente, desde quienes lo consideran así, como un simple apoyo, complemento, o remedio para los casos más graves, a quienes reclaman para él un auténtico estatus lingüístico, varían más que en el puro matiz el conjunto de opciones que se definen en torno al tema.

Hemos señalado que el cambio de enfoque se debe a diferentes razones. Sin duda alguna es consecuencia directa o indirecta de los resultados del primer estudio lingüístico sobre el ASL llevado a cabo por Stokoe—Sign Language Structure: An Outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf— y de la general consideración de dicho sistema como una auténtica lengua (6). En efecto, a partir de Stokoe no cabe considerar el lenguaje de signos como un sistema de comunicación rudimentario y limitado. En el peor de los casos, si hay que aceptar sus limitaciones, no cabe otro remedio que atribuírselas al estado de exclusión al que ha sido sometido. Este hecho incontestable según los sociolingüistas justifica sin duda el cuestionamiento del monolingüismo oral defendido a ultranza.

En segundo lugar, la toma de conciencia acerca de los pobres resultados académicos de los sordos es otra cuestión que sin lugar a dudas exige un debate sobre opciones lingüísticas y prioridades. Diferentes estudios realizados en la década y de los que da cuenta Evans (7) mostraban que más del 30 por ciento de la población sorda era analfabeta que el 60 por ciento no era capaz de obtener el certificado de estudios básicos (educación primaria) y que el 5 por ciento que alcanzaba el décimo grado (educación secundaria obligatoria) eran duros de oído o sordos post-locutivos.

También resultaba evidente que los sordos hijos de sordos mejoraban los resultados académicos de los sordos hijos de oyentes (8) y que el uso temprano del ASL no suponía ningún tipo de retraso en la adquisición del lenguaje hablado. Por si fuera poco algunos estudios parecían su-

gerir que, debido a su mayor iconicidad, los niños sordos aprenden antes el lenguaje de signos de lo que comúnmente suele adquirirse el lenguaje oral.

En definitiva, multitud de trabajos americanos plantean con crudeza y realismo la evidencia del fracaso escolar generalizado de los sordos en el sistema oral y se extiende la convicción de que se debe a su incompetencia lingüística y ésta a su vez a la pobreza del input lingüístico que reciben primero de sus padres y más tarde de sus profesores (9). Los sordos no alcanzan el suficiente nivel lingüístico en el lenguaje verbal —ingresan en la escuela sin la suficiente habilidad en un primer lenguaje— y tampoco desarrollan adecuadamente el lenguaje natural de signos ausente en la enseñanza, de manera que en lugar de bilingües quedan reducidos a la condición de «semilin gües», expresión utilizada por Cummins para designar la condición de aquellas personas que se expresan deficientemente en dos lenguas (10).

Según voces autorizadas resulta más coherente desde una perspectiva sociolingüística, interpretar los problemas y necesidades de los sordos a la luz de los conocimientos que se poseen en materia de bilingüismo que seguir considerando su educación en general y el aprendizaje de la lengua oral en particular, como un remedio para mejorar los efectos de una condición patológica. Apoyarían este cambio conceptual datos de distinto orden aportados por los numerosos estudios emprendidos en los años 60 como por ejemplo el hecho de que los sordos prelocutivos presenten el mismo tipo de dificultades para aprender inglés que los oyentes que tratan de adquirirlo como segunda lengua.

Establecer el esquema bilingüe supone lógicamente aceptar que el nivel de competencia L2 que alcanza un niño en el segundo idioma es, al menos parcialmente, función del nivel de competencia alcanzado en L1 en el momento en que comienza a estar expuesto intensamente a la influencia de L2 lo que, en relación a la alternativa oral/mímica y siempre que se acepte una predisposición al aprendizaje de la segunda, legitima la necesidad de iniciar precozmente el lenguaje natural de los sordos como medio para facilitar la mejor adquisición del lenguaje oral como segunda lengua.

En efecto, el argumento principal en el que se apoya la corriente favorable a la adopción del lenguaje natural de sordos

como primer idioma es precisamente la necesidad precoz que tiene el niño de contar con un instrumento de comunicación. Como señalan J.P. Bouillon y otros (11), los mecanismos de adquisición de la lengua materna nos son en gran medida desconocidos y el análisis lingüístico es incapaz todavía de desentrañar el milagroso proceso mediante el cual se adquiere tan tempranamente un sistema extremadamente complejo. Sin embargo, desde hace una decena de años los resultados convergentes de numerosos estudios comienzan a diseñar las grandes líneas de esa aventura que los niños oyentes redescubren por sus propios medios a través del diálogo y el juego. Esta adquisición no se produce en cualquier momento del desarrollo infantil; entre el nacimiento y los siete años lo principal de las estructuras se ha asimilado. Diferir por una causa cualquiera (y la sordera a pesar de los medios actuales constituye una causa mayor) este «período sensible», significa fatalmente exponerse a perder esos momentos privilegiados, acumular un retraso cada vez más difícil de compensar, significa finalmente según una opinión hoy unánimemente admitida estar obligados a transformar un proceso de aprendizaje familiar en una empresa de aprendizaje en el marco de la escolaridad... De ordinario los padres no tienen por qué preocuparse del proceso de aprendizaje ni es necesario establecer programas educativos ni cualquier otro tipo de procedimiento específico tendente a hacer adquirir por medio de una toma de conciencia metalingüística la lógica de los enunciados, los valores semánticos de los lemas, etc. Los padres no tienen que plantearse todo ese cúmulo de problemas que asedian al educador especializado: ¿Cómo hacer que descubran el signo de interrogación? ¿Cómo hacerles dominar el sistema de los artículos? El niño oyente aprende a hablar hablando, adquiere simultáneamente el código y el uso del código... A pesar de los progresos de la detección, del apareamiento y de la educación precoz a pesar de los tesoros de ingenio desplegados por padres y profesionales resulta raro observar las condiciones funcionales y cronológicas de adquisición de una lengua audio-vocal con niños deficientes auditivos severos y sobre todo profundos. En la medida que las comunicaciones gestuales nos sitúan en el cuadro habitual de un aprendizaje espontáneo y «natural» que nos permite entendernos con el niño y recibirtempranamente enunciados organizados se concibe que gran número de progenitores y de enseñantes encuentran en el lenguaje natural

de los sordos la posibilidad única de establecer una comunicación precoz susceptible de evolucionar hacia un lenguaje constituido.

En otro orden de cosas hay que tener en cuenta que en los 60 florecieron los movimientos pro derechos civiles de las minorías lo que no dejó de tener influencia en los sordos americanos que comenzaron a definirse como una cultura y a reivindicar el derecho a ser educados en su propia lengua. (Comparación con ciegos). Por otra parte el ASL tras su reconocimiento como lengua adquiere un progresivo prestigio; «hablada» por más de medio millón de personas si se tiene en cuenta también la comunidad sorda de Canadá se puede considerar como la cuarta lengua de EEUU.

En cualquier caso, dos hechos resultan incontestables: Por una parte son evidentes las muestras de lo que puede denominarse «orgullo sordo» patente en la estima por la lengua que se reivindica como propia (12). Por otra parte es patente también, a la luz de la experiencia, que el establecimiento del monolingüismo oral en el medio escolar no es óbice para que los sordos adolescentes busquen encontrarse al margen de la escuela y de la familia para transmitirse el lenguaje de signos. La ignorancia del hecho lingüístico diferencial contribuye únicamente a que el contacto con el lenguaje de signos sea tardío, se produzca en condiciones inadecuadas, en detrimento del desarrollo de la propia lengua y de la calidad expresiva de sus usuarios que quedan reducidos en demasiadas ocasiones a la condición de «semilingües».

El enfoque bicultural

Del movimiento de oposición al monolingüismo oral que consagrara el Congreso de Milán y que fue prácticamente indiscutible a lo largo de un siglo nace un enfoque bilingüe/bicultural en la educación del sordo que recogen, con diferente grado de radicalidad los programas de muchas instituciones a lo largo y ancho de los EEUU y que cabe sintetizar en los siguientes puntos (13):

Todos los niños al nacer están predispuestos al aprendizaje de una lengua natural. Los niños sordos poseen también esa predisposición y en consecuencia, adquieren un lenguaje natural siempre que se les haga accesible a lo largo del crítico período de desarrollo de la primera infancia.

El lenguaje natural más accesible para los sordos es el lenguaje de signos en la medida que es un lenguaje visual. Es natural puesto que se ha desarrollado a través de la historia mediante el uso de una comunidad que lo ha considerado como propio. Posee una gramática propia que lo distingue de las lenguas orales y hace cada lenguaje de signos único. Se comunica a través de movimientos de las manos, del cuerpo y de la expresión facial. Es un lenguaje espacial no oral y que carece de escritura.

El lenguaje de signos se aprende mediante similares mecanismos que el oral y en un estadio más precoz.

El aprendizaje del lenguaje de signos no sólo no impide sino que facilita el proceso de aprendizaje de un segundo lenguaje siempre que el primero esté suficientemente consolidado.

El proceso de aprendizaje de una lengua oral constituye para el sordo una experiencia visual por lo que debe potenciarse al máximo el conocimiento a través de la lectura y de la escritura (14).

El habla no debe utilizarse con los niños sordos como primer vehículo para el aprendizaje de una lengua oral. La comprensión y la producción de la palabra constituyen habilidades que deben ser desarrolladas no como un medio de adquisición, sino como el resultado de una adquisición lograda mediante la lectura y la escritura. Lo anterior no excluye en absoluto el precoz uso de la estimulación auditiva ni de la ortofonía. Ambos son importantes en la educación temprana de los niños sordos. Tampoco excluye la necesidad de una adecuada amplificación auditiva en el tiempo adecuado, significa únicamente que la audición no debe utilizarse como principal canal de recepción del input lingüístico y que la priorización del lenguaje oral tampoco debe entorpecer que el niño sordo pueda adquirir el nivel de lenguaje y de conocimientos adecuados para su edad.

Los sordos postlocutivos deben ser educados en el lenguaje oral y recibir el lenguaje de los signos como segunda lengua.

Los sordos provenientes de minorías culturales tienen derecho a leer, escribir y hablaren esa lengua por lo que debe dárseles la oportunidad de reci-

bir la formación necesaria para participar activamente en esa cultura.

El lenguaje de signos debe utilizarse como vehículo de instrucción. Los estudiantes deben usar asimismo las formas escritas del lenguaje oral como medio de aprendizaje. De esta forma tendrán la oportunidad de adquirir conocimientos en dos lenguas a través del lenguaje de signos y del lenguaje escrito.

Las personas desarrollan su identidad relacionándose en grupo con otras personas de parecidas experiencias vitales. Dichos grupos se caracterizan generalmente por el uso de una lengua común. Dentro de cada grupo las personas aceptan un sistema de creencias que gobierna sus conductas, comparten una forma de organizar el mundo conceptualmente, un conjunto de valores, y una rica herencia de tradiciones. Los sordos constituyen uno de esos grupos. Poseen un fuerte sentido de identidad como miembros de la comunidad sorda lo cual no excluye su participación en la sociedad.

El pensamiento crítico constituye un requisito imprescindible de cara al auténtico conocimiento. Requiere que el estudiante posea un firme y claro conocimiento de su propia identidad y la capacidad de interpretar el mundo desde una variedad de perspectivas. El pensamiento crítico se traduce en el respeto y aprecio de la diversidad cultural. Implica asimismo la capacidad y el compromiso para trabajar en defensa del interés personal de la comunidad y de la sociedad. Un aula favorece el pensamiento crítico cuando sus alumnos desarrollan una imagen positiva de sí mismos y los instrumentos necesarios para controlar sus propias vidas. Dichos instrumentos se adquieren a través de un curriculum capaz de reflejar la diversidad cultural de nuestro mundo y de métodos educativos que animen a la reflexión y a la acción social.

El desarrollo de las «terceras vías»

Obviamente, el lenguaje de signos no constituye el remedio milagroso para solucionar los problemas educativos que plantea el niño sordo. J.P. Bouillon y otros constatan la decepción de algunos padres que habiendo hecho la apuesta de la co-

municación gestual consideran que los resultados no colman sus expectativas. El lenguaje de signos, dicen, permite que algunos padres —bien dispuestos hacia el lenguaje de signos— puedan establecer una comunicación feliz a través de la lengua, que no es poco, con ese hijo que constituía un enigma, un muro en el que chocaban todas sus tentativas de comunicación. Sin embargo es inevitable que tengan dificultades para seguir «alimentándoles» lingüísticamente si se tiene en cuenta su tardío y apresurado aprendizaje del lenguaje de signos lo que influye sin duda en una merma del confort comunicativo.

La «tercera vía» de aproximación al tema de la educación y el lenguaje del sordo lo constituye la «comunicación total». Edward M. Gallaudet a la vuelta del siglo ya preconizaba la necesidad de un «método combinado» cuando el oralismo estaba en su apogeo. Mucho más tarde, en los 60, una profesora de instituto, madre de una niña sorda, decepcionada por el oralismo puro, decidió el uso combinado del lenguaje de signos y de la dactilología, en adición al lenguaje oral, la labiolectura y la rehabilitación auditiva, bautizando el procedimiento con el nombre de «enfoque total». Más tarde fue adoptándose en diferentes escuelas y en 1976 la «Conference of Executives of American Schools for the Deaf» definía bajo la denominación de «Comunicación Total» la filosofía que incorpora los métodos apropiados, sean orales, manuales o auditivos, para asegurar una comunicación efectiva con y entre las personas con deficiencias auditivas.

En principio fue siguiendo esa filosofía como nacieron en la década numerosos sistemas para «visualizar» el inglés, o traducirlo a signos, procedimiento que suele conocerse bajo la denominación «sign-supported speech» (SSS). Se ha hablado ya de estas lenguas signadas que constituyen un repertorio de gestos-lexemas que guardan el orden sintagmático de los idiomas orales en los que se basan, y una parte más o menos importante de sus morfemas. En la medida que constituyen representaciones visuales de las lenguas orales pueden utilizarse simultáneamente con éstas. Tienen la enorme ventaja de que a los oyentes, padres y profesores, les resulta menos problemático su aprendizaje y uso, por cuanto que les permite la verbalización espontánea de ideas y sentimientos.

Pero probablemente el sistema que mayor eco ha tenido en nuestro medio ha sido el «cued speech» o «palabra comple-

mentada» procedimiento desarrollado en 1967 por Orin y Cornett en el Gallaudet College. Sirve como complemento de la labiolectura para distinguir los «sosias labiales», es decir los sonidos que se producen mediante parecidos movimientos labiales y se lleva a cabo mediante configuraciones de una o de las dos manos a la altura del rostro y del cuello.

El período de formación requerido por este sistema es reducido, de 12 a 20 horas, y en general, tanto sus ventajas como sus inconvenientes, van ligados a su adherencia al sistema oral del que, como su nombre indica, no constituye más que un puro complemento.

Estos y otros métodos que se dicen adscritos a la filosofía de la «Comunicación total» tuvieron un alto nivel de aceptación en EEUU durante los años 70. Podría decirse que se produce una general adhesión de padres, enseñantes, y también de los sordos adultos en la medida que representa la introducción del signo que durante tanto tiempo había estado proscrito en el medio escolar, así como la desacreditación del monolingüismo oral. En 1978 alrededor del 65 por ciento de los programas escolares de EEUU se proclaman adscritos a la «Comunicación total».

Sin embargo, la lengua de instrucción continúa siendo el inglés y los principios de la filosofía «total» —adoptar lo mejor de cada sistema, aplicándolo a las necesidades individuales de cada estudiante— se traicionan sistemáticamente en la práctica hasta el punto que, generalmente, se interpreta como un método combinado, o más bien, como un sistema de comunicación simultánea.

En base a esa corrupción, el sistema es duramente criticado en EEUU, precisamente cuando empieza a ser aceptado en nuestro medio, y se consolida una corriente de opinión cualificada que se dice frustrada por los resultados obtenidos tras la aplicación de la filosofía de la «comunicación total».

En los veinte años en que se ha practicado la «Comunicación Total» en este País no hemos tenido ocasión de apreciar ninguna evidencia estadística que justificara las esperanzas que habíamos puesto en su éxito. Aunque es cierto que la Comunicación Total es útil en algunas áreas, no ha servido para que los niños posean un buen nivel de inglés al alcanzar la edad escolar, ni incluso en muchos casos, al llegarles la hora de dejar el instituto (15).

Diversos estudios han demostrado que la «comunicación simultánea» a la que tiende en la práctica la «comunicación total», se traduce en un empobrecimiento del input lingüístico. En efecto, los «emisores» oyentes, tienden inevitablemente a privilegiar el lenguaje oral, en detrimento del gesto cuando se dirigen a un sordo combinando el signo y la palabra, mientras que éste, el «receptor», centra su atención precisamente en el signo, es decir, en el soporte más empobrecido. Este fenómeno es sin duda el que explica que en algunas investigaciones la competencia lingüística oral de niños educados en programas de «comunicación total» resulte netamente inferior a la de los educados en programas oralistas, sin que la capacidad de comunicación gestual resulte netamente superior (16).

Recapitulación

En base a las anteriores consideraciones estamos en situación de deducir las siguientes conclusiones:

En primer lugar, y a pesar de la carencia de estudios de evaluación que lo certifiquen, parece desgraciadamente poco discutible que los resultados académicos de los jóvenes sordos son en general pobres, como lo es también su nivel de lenguaje oral y probablemente también el nivel de lenguaje gestual. Resulta evidente, aunque sería interesante matizar este extremo en base a datos estadísticos, la carencia en nuestro medio de sordos con estudios superiores ejerciendo de abogados, de médicos, de arquitectos o ingenieros que sin ser la norma general en EE.UU. tampoco constituyen una rarísima excepción. También resulta obligado hacer constar al respecto que el debate en torno a las cuestiones de sordera y lenguaje se produce en nuestro País —y podría aplicarse lo mismo en menor medida al resto de Europa— con quince años de retraso respecto al momento en que se plantea en EE.UU.

Resulta urgente establecer las medidas necesarias para conocer y evaluar la realidad del tratamiento lingüístico que reciben los sordos en el medio familiar y escolar en orden a que los cambios de orientación que puedan producirse en el futuro se lleven a cabo de una manera controlada. Lo anterior implicará probablemente que deba realizarse un esfuerzo para acre-

editar los instrumentos de medida del input lingüístico, del proceso de adquisición, y naturalmente de los resultados.

Es necesario respetar el lenguaje natural de los sordos y el derecho de éstos a usarlo. El respeto de los derechos lingüísticos implica investigar su actual estatus y naturaleza siguiendo las pautas llevadas a cabo con el ASL. La sociedad debe contribuir al desarrollo y estandarización del lenguaje natural. Por otra parte la creación de un estado de opinión favorable al lenguaje de signos exige la puesta en marcha de adecuadas campañas informativas.

El niño sordo, exactamente igual que el oyente, tiene necesidad de dotarse lo más precozmente posible de un medio de comunicación, de una lengua. En algunos casos, dicho medio de comunicación tendría que ser el lenguaje natural de signos que los sordos son capaces de aprender espontáneamente y en el tiempo idóneo, les sirve de vehículo de expresión y de adquisición de conocimientos, y les abre el camino al aprendizaje de otras lenguas.

Quizá es conveniente insistir en que, incluso en los casos en los que la primera lengua del niño sordo fuese el lenguaje de signos, no debería privársele en absoluto del aprendizaje de la(s) lengua(s) de la comunidad a la que pertenece ya que únicamente ese conocimiento y la utilización fluida de dicha(s) lengua(s) puede permitirle una auténtica integración social a todos los niveles.

El debate entre «oralistas» y «gestualistas» ha sido calificado como la gue-

rra de los cien años. En efecto, los argumentos perfectamente razonables de cada una de las partes han sido desconsiderados por la otra durante demasiado tiempo. La experiencia demuestra que no existe una única opción que sea válida para todos los sordos. El nivel de pérdida auditiva, el período en el que se produce dicha pérdida, el nivel de inteligencia, las características del entorno familiar, la(s) lengua(s), presentes en el mismo, definen una variedad de situaciones a las que corresponden también una variedad de respuestas.

La filosofía de la «comunicación total» trata de responder de forma coherente y plural a las necesidades lingüísticas de los sordos. La implantación de esta filosofía implica admitir que ningún sistema es el mejor para todos los sordos, saber determinar las necesidades de cada niño y disponer de los medios apropiados para responderá dicha necesidad.

La filosofía de la «comunicación total» aboga en último término por la idea de la atención individual: a cada niño el input lingüístico mejor adaptado a sus necesidades. Sin embargo es muy importante la corriente de opinión que desde EE.UU. denuncia una corrupción del principio en la medida que la «comunicación total» está degenerando —y esa es la interpretación que generalmente se le da en nuestro medio— en un sistema que cabe conceptuar como de «comunicación simultánea» en la medida que tiende al uso combinado de distintos sistemas, aplicado, una vez más, a la generalidad de los sordos.

R. Saizarbitoria

¹ Ref. Mimi Whei Ping Lou. The history of language use in the education of the deaf in the United States. Es interesante señalar que la delegación americana se pronunció en contra de tales acuerdos aunque tuvieron una influencia indudable en su sistema educativo. Con todo en los EE.UU. ha perdurado siempre una corriente de opinión muy crítica ante el oralismo obligatorio o el oralismo como única opción.

² En EE.UU. prácticamente el 42,5 por ciento de los educadores de sordos eran a su vez sordos en 1895, mientras que para 1917 la proporción no llegaba al 15 por ciento. Los historiadores de la educación señalan asimismo la feminización de la profesión, que por razones sociales obvias se identifica con una disminución de los requerimientos técnicos necesarios para ejercerla. Es posible que esa disminución corriera pareja al desplazamiento de las expectativas del campo de la pedagogía propiamente dicha, al de la fonoaudiología, que efectivamente obtiene brillantes resultados a través de los «métodos acústicos» con los sordos que conservan restos auditivos.

³ Menos de la mitad de los jóvenes sordos guipuzcoanos entienden el lenguaje de signos que utiliza TV. Ref. SMS. Encuesta a jóvenes sordos. Inédito.

⁴ Fischer, S. Sign languages and creóles. Understanding language through sign language research. New York, Academic Press.

⁵ De la Encuesta a la que anteriormente se ha hecho referencia se puede deducir que por una parte hay sordos que se ven condenados a la «oralidad» con un pobre nivel de lenguaje oral, mientras que otros se ven indefectiblemente destinados a comunicarse gestualmente con un pobre bagaje instrumental en este sistema. Es interesante señalar asimismo que la mayoría de los sordos con independencia de cómo se expresen oralmente lo hacen más cómodamente mediante el lenguaje de signos.

⁶ Se desarrollan de manera natural en la comunidad de usuarios, los niños expuestos a su influencia lo adquieren siguiendo las pautas ordinarias de aprendizaje de cualquier otro idioma, y finalmente, están gramaticalmente organizados de acuerdo con los principios que rigen otros lenguajes humanos presentando pautas de organización propias, que hacen que cada uno de ellos sea único.

⁷ Evans. Total Communication: Structure and Strategy. Gallaudet College Press.

⁸ Numerosos estudios han revelado que los niños sordos educados en el seno de familias de sordos muestran un nivel intelectual superior y obtienen mejores resultados académicos (curiosamente, ambas observaciones habían sido consideradas «incompatibles» por Schlesinger y Acre en 1984). El estudio elaborado por Karchmer, Trybus y Paquin en 1978 demuestra que los estudiantes sordos, hijos de padres sordos, tienen un cociente intelectual superior al de aquéllos cuyos padres no lo son. A pesar de las críticas opuestas a tales investigaciones por Conrad y Weiskrantz en 1981 al amparo de las dificultades inherentes a este tipo de comparaciones (e.g. control del cociente intelectual de los padres), ahí quedan tan provocadores resultados. Beyond Stereotypes:

Perspectives on the Personality Characteristics of Deaf People.

⁹ La media de los estudiantes sordos que terminan la educación secundaria obligatoria y dejan el instituto, tienen la habilidad de lectura del nivel correspondiente a la educación primaria (grados 4 ó 5 del sistema educativo americano), según ponen de manifiesto Trybus y Karchmer. School achievement scores of hearing impaired children: National data on achievement status and growth patterns. American Annals of the Deaf Directory of Programs and Services, 122.

¹⁰ Cummins, J. Linguistic interdependence and the educational development of bilingual children. Review of Educational Research, 1979, 49.

¹¹ J.P. Bouillon, P. Kettler, C. Fournier, F. Delhom. «Le choix des moyens de communication dans l'éducation des enfants déficients auditifs». Réadaptation, n.º 334, 1986, págs. 25-30.

¹² Pocos sordos adultos americanos estarían hoy en desacuerdo con la siguiente valoración (El lenguaje de señas) es, en manos de quienes lo dominan, un lenguaje sumamente bello y expresivo, para el que ni la naturaleza ni el arte han procurado a los sordos sustituto satisfactorio en sus relaciones mutuas; es también el medio fácil y rápido de llegar a sus mentes. Los que no lo entienden no pueden comprender las posibilidades que proporciona a los sordos, el poderoso influjo que ejerce en la felicidad social y moral de las personas privadas de audición, ni su capacidad asombrosa para transmitir el pensamiento a inteligencias que sin él se hallarían en una oscuridad perpetua. Tampoco pueden apreciar la importancia que tiene para los sordos. Mientras haya dos personas sordas en la superficie del planeta y se encuentren, se usarán señas. J. Schuyler Long Director, Iowa School for the Deaf. The Sign Language (1910) Tomado de Oliver Sacks Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos.

¹³ Los tomamos fundamentalmente de Robert E. Johnson, Scott K. Liddell, Carol J. Erting Department of Linguistics and Interpreting and the Gallaudet Research Institute: Unlocking the Curriculum. Principles for Achieving Access in Deaf Education y de David Reynolds and Ann Titus Indiana School for the Deaf a partir de la correspondencia mantenida con los autores.

¹⁴ Suzuki y Notoya notifican un mayor éxito en la enseñanza de la escritura previo al aprendizaje del lenguaje oral y concluyen, primero, que el aprendizaje de la lengua escrita no depende del lenguaje oral, segundo, que la enseñanza de la lengua escrita puede iniciarse más o menos a la edad de un año, y tercero, que el aprendizaje de la lengua escrita es más sencillo que el de la lengua oral. Suzuki Shigetada, and Masako Notoya. 1984. Teaching Written language to Deaf infants and Preschoolers. Topics in Early Childhood Special Education.

¹⁵ Robert Johnson y Scott Lidell. The Value of ASL in the Education of Deaf Children. A deaf American monograph. Eyes, hands, voices 1990.

¹⁶ Ann Geers, Jean Moog y Brenda Schick. Acquisition of spoken and signed english by profoundly deaf children. Journal of Speech and Hearing Disorders, vol. 49, 1984.

SOBRE «LA CULTURA DE LA SATISFACCION», EN JOHN KENNETH GALBRAITH

1. LA «CULTURA DE LA SATISFACCION»

En su más reciente libro, el economista norteamericano John Kenneth Galbraith, hace un interesante análisis de las sociedades modernas tal y como las conocemos hoy, en Estados Unidos y en los principales países de Occidente.

En opinión de este autor las sociedades avanzadas del mundo occidental, se configuran hoy en día no ya según análisis tradicionales en torno a las clases sociales, ni en función de esquemas políticos partidistas, sino en base a dos grandes grupos: por un lado, la Mayoría Satisfecha, la Mayoría Electoral Satisfecha o, lo que el denomina «Cultura de la Satisfacción» y, por otro lado, la subclase funcional. La posición económica y la actitud ante la participación política de uno y otro grupo social, configuran el funcionamiento real de las democracias formales.

El esquema es bien simple. La Mayoría Satisfecha tiene los medios materiales suficientes y la posición social precisa para considerarse globalmente satisfecha. Esa satisfacción le induce a participar mediante el voto y de otras maneras más directas en el sistema político democrático, incidiendo en éste para que dé fiel respuesta a lo que «la satisfacción» considera defensa de sus intereses. Por el contrario el amplio grupo —del 30 al 40% de las sociedades modernas— de los menos afortunados, no alcanza el nivel de renta preciso para sentirse satisfecho y se abs-

tiene de participar en los procesos formales de participación.

En términos históricos, se produce por tanto un fenómeno nuevo. Los que tienen —en torno al 60% de la población en las sociedades avanzadas— votan para garantizar el mantenimiento de un sistema que defiende sus intereses. Los que no tienen, no votan, porque están convencidos de la ineficacia de su voto en el actual estado de cosas.

2. «CULTURA DE LA SATISFACCION» E IMPUESTOS

Galbraith sitúa el surgimiento de la cultura de la satisfacción en la década de los 60 en los Estados Unidos de América, pero ésta alcanza el poder plenamente en la década de los 80 en ese mismo país con el acceso al poder y el mantenimiento en el mismo durante tres legislaturas continuadas de gobiernos económicamente neoliberales sostenidos por el partido republicano. Este mismo proceso, se ha venido dando, a su juicio, en Gran Bretaña y el resto de los países europeos con características esencialmente idénticas.

Son dos los rasgos definitorios de la cultura de la satisfacción. De una parte, la opinión de que el papel del Estado debe ser limitado y selectivo —veremos más adelante a qué áreas— y en consonancia los impuestos deben ser reducidos, tendiendo a ser mínimos, y de otra parte, el

interés exclusivo por el corto plazo, obviando cualquier repercusión inmediata de un análisis a largo plazo.

Respecto al papel del Estado la mayoría satisfecha plantea sin ambages una doble moral. La intervención del Estado no se cuestiona y se considera eficaz cuando se trata de garantizar el gasto social favorable a los afortunados —pensiones—, el rescate financiero —la garantía de intervención estatal en procesos de quiebra en el sistema financiero— el gasto militar, y los pagos de intereses de la deuda pública, que constituyen en algunos países la parte más sustancial del presupuesto del Estado.

Por el contrario la intervención del Estado se cuestiona con vehemencia y se tacha de ineficaz —el Estado es entonces «una carga»— cuando se trata de dar respuesta al gasto para ayuda social, la intervención pública en el mercado de la vivienda, los servicios médicos para los desfavorecidos, la enseñanza pública y las distintas necesidades de los barrios pobres de las grandes áreas metropolitanas.

En opinión de Galbraith, la obsesión por el corto plazo —congruente con la defensa de sus intereses inmediatos— es una dañina manifestación de la cultura de la satisfacción. Los impuestos los pago hoy y sus beneficios potenciales son futuros y difusos. Además, «¿porqué pagar por personas desconocidas?». Subraya el autor norteamericano que la satisfacción demuestra ejercer en términos históricos una influencia social creciente, mayor que en el pasado, añadiendo que buena parte de las grandes infraestructuras y equipamientos colectivos de los que hoy disfrutamos en las sociedades occidentales —carreteras generales, aeropuertos, hospitales, escuelas...—, no podrían construirse hoy, siendo así que fueron realizados en una época anterior, económicamente mucho más austera.

Por último, la satisfacción presenta otra característica distintiva: la tolerancia que muestran los satisfechos respecto a las grandes diferencias de ingresos. «El coste de la prevención de cualquier ataque a la propia renta es la tolerancia de una mayor cuantía para otros».

3. «SATISFACCION» Y POLITICA ECONOMICA

En sociedades así conformadas, la política económica debe responder —para ser congruente— a los intereses de la ma-

yoría satisfecha. «La acomodación acreditada de la teoría económica a la satisfacción comienza con la fidelidad general a la doctrina... del *laissez faire*». La intervención del gobierno, —excepto en aquellas áreas ya mencionadas— es innecesaria y dañina en general. De esta manera, cuando el sistema capitalista se enfrenta cíclicamente —por su tendencia intrínseca a la inestabilidad— con la recesión o la depresión, de entre las alternativas principales para hacerles frente, política fiscal, política monetaria y una política que incida en los salarios y otros costes que presionen al alza los precios, la alternativa que se adapta claramente mejor a la cultura de la satisfacción es la política monetaria.

En efecto, la política fiscal que pretende incrementar o disminuir el flujo de gastos —la demanda efectiva— modificando la aportación del Estado al mismo, implica aumentar o disminuir el gasto público, aumentando o disminuyendo los impuestos, en función de la dimensión del endeudamiento deseado.

La política fiscal, acreditada en el análisis económico, choca de frente, no obstante, con la oposición a los impuestos, básica en la cultura del conformismo.

La vía de limitación directa de los costes, y en particular de los costes salariales, cuando éstos pueden forzar los precios al alza, es utilizada con carácter variable en los distintos países.

Pero el instrumento que realmente se acomoda a la cultura de la satisfacción es, sin duda alguna, la política monetaria. Esta, en esencia, pretende controlar la masa monetaria —la oferta de dinero en circulación— a través del control de los tipos de interés. «Una elevación de los tipos de interés disuade al consumidor de pedir dinero prestado y de invertir en la adquisición de viviendas y bienes de consumo duraderos, y se supone también que hace disminuir la inversión y el gasto relacionado de las empresas. Esto tiene como consecuencia un efecto restrictivo sobre el gasto total en la economía —sobre la demanda global— y en último término un control de la inflación». Reducir los tipos de interés, tendría el efecto inverso.

Por tanto, la opción por la política monetaria, lejos de ser neutra, responde al interés de esa mayoría electoral satisfecha, a quien preocupa más la inflación que el desempleo. Opción lógica, por otra parte, ya que los satisfechos trabajan, muchos incluso ahorran, y para otros muchos la renta procedente del pago de intereses a

sus depósitos, es una parte sustancial de sus ingresos. En Estados Unidos, en la década de los ochenta la renta personal procedente de pagos de intereses aumentó un 150%, mientras las rentas salariales lo hicieron un 97%.

4. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS; PODER MILITAR

El discurso del profesor Galbraith se extiende al análisis de otros fenómenos sociales tales como las migraciones desde países de menor nivel de renta hacia los más avanzados tanto en Norteamérica como en Europa, señalando las previsibles consecuencias sociales de la existencia de importantes poblaciones inmigrantes de distintas procedencias, en las que crecientemente se van destacando las provenientes de continentes que padecen el subdesarrollo como Latinoamérica y África, y más recientemente Europa Central y del Este. En su opinión, sólo determinadas circunstancias históricas —comparación con la penuria previa y expectativa de ascenso social, hoy en día circunstancias atenuantes que han agotado su eficacia— han evitado hasta la fecha, que la demanda de respuesta a esos colectivos «ubicados físicamente» en el mundo desarrollado pero ausentes del mismo, no se haya expresado con la virulencia que las circunstancias objetivas de tales poblaciones hubieran podido sugerir.

En su interpretación de la «cultura de la satisfacción», John Kenneth Galbraith hace asimismo un interesante análisis de la influencia del moderno poder militar en las democracias occidentales avanzadas, subrayando el básicamente incuestionado papel que las mayorías satisfechas otorgan al mismo, incluso hacia futuro, una vez acaecido el desmoronamiento del sistema denominado del «socialismo real» y la propia desintegración de la antigua Unión Soviética, enemigos históricos del sistema de la satisfacción. Particular atención dedica Galbraith al carácter en buena medida autónomo de tal poder militar.

En la era de la satisfacción, la mayoría satisfecha no permitiría fácilmente que se perturbara la impresión de cómodo bienestar general. Por ello, más que los discursos de los políticos, que en opinión del economista norteamericano se limitarían a ofrecer interpretaciones actualizadas del interés de los satisfechos, yendo en ocasiones claramente a remolque de los acontecimientos —sólo tras la Gran Depresión de 1929 surge el New Deal de Roosevelt,

sólo por la presión de una creciente mayoría social se detuvo la guerra de Vietnam—. En opinión de Galbraith, la propia realidad se encargaría de ofrecer argumentos para una intervención sobre la visión acomodaticia y a corto plazo —dominante— a fin de enfrentar los más graves problemas que aquejan a las sociedades avanzadas.

5. SOBERANÍA POPULAR IMPERFECTA

La soberanía popular imperfecta, que Galbraith denomina «soberanía de la mayoría satisfecha», da lugar a un estado de cosas tal que sólo podría verse sustancialmente alterado por las siguientes circunstancias: la convocatoria seria y políticamente victoriosa a los no satisfechos —sobre cuya viabilidad Galbraith no aprecia razones que lleven a un excesivo optimismo—, la existencia de un desastre económico generalizado—posible pero no muy probable en su opinión—, una actuación militar a gran escala adversa asociada a un desastre internacional —cuestión sobre la que toda predicción es meramente especulativa—, y la irrupción de la subclase que se sitúa fuera del bienestar —ésta es considerada como más verosímil, si bien la reacción de la comunidad de la satisfacción ante la penuria de los no favorecidos podría paliar el carácter previsiblemente traumático de una tal irrupción—.

Desde Europa, existiría la tentación de entender que algunas de las observaciones del autor son mayormente válidas para los Estados Unidos de América que para las democracias europeas, pero en mi opinión ese sería un análisis erróneo. En efecto, si bien a este lado del Atlántico aún presumimos de una mayor cohesión social, no es menos cierto que la identidad básica de los procesos económicos y políticos en todo el mundo avanzado propicia una progresiva homogeneización de las diversas configuraciones sociales.

6. HACIA UNA ORIENTACION PUBLICA DE LA ECONOMIA

Ante tal descripción de las sociedades modernas desarrolladas, Galbraith propone como primer paso para proceder a la resolución de los problemas que estas sociedades tienen planteados «convenir en que la intervención del Estado es igual de importante y necesaria cuando sirve a los satisfechos que cuando sirve a los excluidos». Galbraith aboga por «una orientación pública» de la economía, que actúe

sustancialmente desde el presupuesto público, y no como a lo largo de la última década en los principales países capitalistas, básicamente a través de la política monetaria, «profundamente lesiva para la productividad industrial y la inversión a largo plazo».

La contención de la inflación se debería conseguir controlando no «el préstamo para la inversión productiva, sino... el consumo privado mediante presión fiscal y debería aplazarse el gasto público, cuando ello no fuese socialmente perjudicial».

Según John Kenneth Galbraith, en una época de recesión económica como la que estamos viviendo en los principios de esta década son muchos los argumentos a favor de una bajada de los tipos de interés, y el aumento del gasto público en infraestructuras y gasto social.

Pero ello se enfrenta con uno de los dogmas de la era de la satisfacción: «no son los cómodos los que recibirían la ayu-

da». Además el fantasma del previsible efecto impositivo del tal actuación pública sería inaceptable para la mayoría satisfecha, no obstante ser una fiscalidad progresiva el mejor instrumento para una redistribución de la renta.

A pesar del funcionamiento autodefensivo de la cultura de la satisfacción, la situación de las comunidades que no participan del bienestar es, en opinión de Galbraith, «el problema social más grave de la época, y... también la amenaza más grande a la paz y la convivencia civil a largo plazo».

La resolución de estos problemas sólo se puede abordar desde una activa intervención pública que discrimine en función de las situaciones de mayor necesidad.

El choque de tal intervención con lo que Galbraith ha denominado «cultura de la satisfacción», justifica el escepticismo de su pronóstico.

Ramón Barinaga Osinalde

REFLEXIONES EN TORNO A LA EUTANASIA

Tal como demuestran las múltiples encuestas, mesas redondas, proposiciones de ley, etc., que en torno a este tema se generan, la eutanasia es en nuestra sociedad una preocupación fundamental. Más aún cuando, superando los límites de la mera discusión ética o religiosa, el tema se plantea como un derecho humano susceptible de ser regulado y legislado. En esta coyuntura, a nadie escapa la relevancia de cualquier decisión que se tome al respecto, así como la necesidad de una profunda reflexión previa que nos ayude a evitar errores fatales.

«Hay dos formas de abordar la muerte. Dominarla o sufrirla. En este sentido, el suicidio consciente es el acto auténtico de la libertad del hombre. Respecto a todos los que consideran que la vida no merece la pena de ser vivida, que de ser un bien ha pasado a convertirse en maldición, ningún poder, sea religioso, médico, legislativo o moral, podría alzarse contra su decisión de morir, pues son ellos los únicos jueces de la calidad de sus vidas». Son palabras de Henri Caillavet, presidente de la «Asociación en favor del Derecho a Morir Dignamente» francesa que recoge de forma muy resumida el planteamiento fundamental de las diferentes organizaciones que forman la federación mundial «World Federation of Right-to-Die Associations». Bajo diferentes denominaciones (asociaciones en favor del derecho a morir dignamente, asociaciones en favor de la eutanasia voluntaria, asociaciones en pro del derecho a la muerte...) se trata de defender un único derecho, el de establecer una relación lo más humana posible con la propia muerte; lo que implica el derecho a

recibir ayuda activa para morir en caso de decidirlo voluntariamente.

Desde este punto de vista, el hecho en principio negativo de la eutanasia aparece como un acto eminentemente positivo, según los cánones éticos de la razón, el derecho, y la preocupación por el prójimo. Se ampara en la razón puesto que sería absurdo dejar vivir a un ser destinado a fallecer de muerte lamentable. Se ajusta también al derecho, pues cada uno de nosotros tiene la libertad de suicidarse, y si no puede hacerlo por sí mismo debe de recibir ayuda. Y finalmente, desde el punto de vista moral, la medicina continúa manteniendo su finalidad primordial, que es la de librarnos de las enfermedades, los dolores, y por tanto de la propia vida cuando ésta no es sino enfermedad y dolor. Pero aun aceptando este planteamiento general, los problemas siguen vigentes a la hora de establecer en la práctica cuándo se cumplen las circunstancias necesarias para aceptar que se trata de un deseo libre y voluntario del enfermo. Dicho con otras palabras, sería necesario, de una forma u otra, garantizar que el enfermo realmente no tiene posibilidades de sobrevivir, y que además ha solicitado voluntariamente ayuda para morir.

Se plantea en primer lugar el aspecto más médico del tema, es decir, la posibilidad real de establecer diagnósticos fiables y definitivos, así como de la responsabilidad de los médicos a la hora de tomar la última decisión. Sin negar en ningún momento la relevancia de la opinión médica, resulta no obstante evidente que tratándose de un intento de respetar el de-

HERIOTZA, BIZITZAREN PASARTE EZEZAGUNA

Azken hatsa bota, hemengo aldia egin, bizitzoko ukonrloa buoltatu, azkenoko arnasak eman... zenbat osakera ez otc dituen gizakiak asmatu bizitzaren jarraipen ezinbestekoa den eta euskarci/hiru hizki baino ez dituen ckintza adierazteko-, alegia, "hil". Mundua mundu dc-nctek ondo ikasi dugu denok jaiot/en den orok. bizitzaren legeaz, hil egin behar duela, txanpon beraren alde biak direla hcriot7a eta bi/itza. Baina jakite horrek. hcriotza sahicstu ezineko egia dela onartu behar horrek, ez diçu askotan laguntza gehicgirik ematen ez gcure, ez besteren heriotzaren aurrean.

Gai honetara inçjuratzoko ikuspegi ugari egon daireke, filosofia eta leologia-tik hasita medikuntzaraino, artoa, sozio-logia eta psikologiatik pasatu^; lieriotzak gizakien eta gizartecn alor guztietan bait du eragina. Eta fcnomenoa mugat7cko zailtasun horrek berak, h«riotzaren 7ien t7iaren, tanatologiaren, bilakacra baldin-7at7.en du.

Erlijio desberdinen errito eta sinis-menak alde batera utzirik, eta eztabaida filosofiko lu7eetan sartu gabe, horiotzar-cn inguruko oinarritzko gogoeta batzuk azalduko ditugu jarraian, gi^arto zerbitzuen eguneroko praktikan agertzen diren

arnzoci (gaiso sondaezinon zaintza, eutanasia...) irtenbideak bilalzcko funtsezkoak direlakoan.

Hastoko, heriotza ezin daiteke fonomcno puntualtzat hartu. Egia da guk data bat jartzen idogula, halako egunoan eta halako orduan gertatu dela sinatzcn dutela medikuek, baina bizitza bera bezala, hnriot^a ere prozesu bat da. Hobe esanda, p^o/nsu bcrbera dira bizit/a eta hcriot/a, aldi bcritan soziala eta guztiz pertsional eta eskualdao7ina. Eta horrela begiratu behar diogu heriotzari, norbanakoengan eta gi/arte osoatungun etengabeko erag na duen prcvesua bezala. Hau da, heriotz-aurrekoa, heriotza bera eta hcriotz-oncioroni7oa hartu behar ditugu kontutan, osotasun gisa.

Heriotzaren alde pertsional eta eskualdac7inari dagokionez, ez da gauza handirik azaldu behar, zeren denok, bizirik gaudela eta zahartzcn edo gaisotzen garon neurrian, geurc gorputzctan antzc-maten bdit dugu heriotzaren presontzia, azken helmuga heriot/a izango duen prozesuaren aztarna. "Egunero, heriotza lanoan ikusten dut ispiluan" J. Cocteau-ren hitzetan esateko. Horri bakoitzak nola aurre egiten dion t)ese kontu bat da, baina ezin ukatu guztiz norberarena dela.

recho individual a vivir la propia muerte, sería inadmisible delegar totalmente en los médicos el poder de decidir el futuro de los enfermos, especialmente cuando se trata de decidir acerca de su muerte. Más adelante apuntaremos las posibles vías de solución de estos problemas, pero continuemos por el momento con la relación de dificultades que el hecho de regular el derecho a la muerte plantea.

Anteriormente, hemos expresado que una de las condiciones ineludibles para poder acceder a una demanda de ayuda a morir es la de la solicitud expresa y voluntaria del paciente. Las dudas aparecen nuevamente, ¿cómo garantizar que realmente se trata de una solicitud libre y voluntaria?

En primer lugar hay que tener en cuenta que nos encontramos ante una situación muy especial. El enfermo se enfrenta a una toma de decisión irrevocable donde las haya, y las condiciones para hacerlo no son siempre las más idóneas. No podemos olvidar que se trata de personas que se

enfrentan a su propia muerte y tal como la literatura médica ha documentado, la reacción individual ante tal hecho sufre variaciones considerables, pasando por diversas fases. Hay que reconocer también que en más de una ocasión, estas llamadas a la muerte esconden en el fondo desesperadas llamadas de socorro, de ayuda, pero no para morir, sino para seguir viviendo. No es difícil comprender que un enfermo terminal, de avanzada edad, recluido en una institución sanitaria, se sienta incapaz de hacer frente en solitario a una muerte cercana y solicite ayuda, aunque, paradójicamente, nos haga llegar su mensaje mediante una llamada a la muerte.

Por último, hay que tomar en cuenta otro factor que determina claramente la decisión del enfermo. Se trata del dolor y el sufrimiento. La calidad de vida de un enfermo terminal se establece en gran medida en función de este sufrimiento, y la decisión del paciente puede variar radicalmente según se le presente un futuro

beste inork ezingo duela modu horretara bipi.

Halabaina, izaki sozialak garen nou-
rriah, heriotzarekin ero baciugu bostclako
harremanik. Geurcak e7 diren heriotzak
ezagutu eta nolabait konpartitzen ditugu,
eta ifonomenoak trans7ende7ia soziala
hartzen du, yizartc bakoitzak heriotzaren
inguruko errito, ohitura, filosnfia... pro-
pioak bait ditu. Halako modu/ gainera, gi-
7arte desberdinak ezagutzeko indikadora
oso: egokitatz harturik i7an dirolu horio-
t7aren inguruko erritualak.

Argi dago beraz guztiz portsonala be-
7ain soziala dela heriotza, eta bi alor
hauek ezin daitezke inolaz ero banandu
zeren, egia izanik norberaren heriotza beti
bakarra dela eta inork ezin duela besteren
heriotzik konpartitu, ukaczina bait da aldi
berean gizarte, talde jakin baten baitan
hiltzen garcla. Eta hor bizitzen ikasi du-
gun bezalaxe, heriotzaren aurreko jarrera
ere neurri batean ikasia, kulturalu dugu.
Naturala da izakia sortu eta hiltzea. Baina
hiltzeko modua ez da horren naturala. Hil-
tzeko modua giza industriaren ondorioa
da.

Aurrekoa kontutan harturik, gur«
egungo gizarteak heriotza nola hartzen
duen ikusi behar dugu, testuinguru ho-
netan kokatu beharko bait ditugu geure
eguneroko arazoak.

Mendebaldeko gizarteek, eta beraz
gureak, nabarmenki aldatu dute heriotza-
ren aurreko jarrera azken hamarkadetan
eta faktorn desbordinek izan dute horre-
tan eragina; esaterako, sinismen kolek-
tiboan aldaketa eta medikuntzaren
aurrre;-rapen teknikoak. Batetik
azpirnarkatu be-har da hil-ondokoari
buruzko sinismen aldaketa gertatzen ari
dela gizartean. Hil ondoren besto zerbait
dagoela eta orduan bizitzan
egindakoaren ordain edo zigorra
hartuko dela baieztatzen duen
sinismena ez dago gaur egun lehen bezain
hedatuta Heriotza bizitza pertsonal baten
behin-betirako bukaera gisa ulertzen da
maiz eta beraz, lehen zuen zentzua
galtzen du, absurdoa, onartezina.
jasanezina bilaka-tzen da. Louis Vincent
Thomas soziologia irakasleak honela
definitzen du heriotza-ren zentzua gure
egungo gizarteetan: "Heriotzak batez ere
lehiaketari, boterea-ri, ekoizpen-
kontsumoari bukaera jartzeai esan nahi
du, gizakiak merkantziak edo produktuak
baino (vagutzcn ez dituen mundu
honetan, bera ere merkantzia edo
produktu bilakatzen da eta heriotza beraz,
erazo tabua da".

Heriotzari beste modu batez begira-
tzen zaio egun, zontzu berria emnn behar
zaio bizitzan integratu ahal izateko, baina
aurreko ereduak ez dute balio. Horrela
bada, eskema berri finkoen ezean herio-
tza isildu egiten da, izkulatuz gero desa-

de dolor y tormento, o una situación física
relativamente apacible. La evitación del
dolor siempre que sea posible, se nos re-
vela por tanto como una condición previa
a cualquier planteamiento de muerte asis-
tida.

Finalmente, y antes de pasar a mostrar
las líneas de actuación que pueden cola-
borar a que el derecho a vivir la propia
muerte se respete de forma justa y no abu-
siva, es necesario realizar algunas preci-
siones en torno a uno de los conceptos que
más se utilizan al hablar de la eutanasia:
la dignidad. Es precisamente en función
del respeto a esa dignidad que se plantea
la eutanasia, respeto al derecho a morir
dignamente, respeto a la dignidad del en-
fermo... pero ¿qué entendemos realmente
por dignidad? ¿Cuál es la relación entre
dignidad y enfermedad?

La dignidad se planteaba en uno de
los proyectos de resolución que sobre el
tema han sido presentados ante el Parla-
mento Europeo, como el fundamento de

la vida humana. También se señalaba en
el mismo texto que la enfermedad atenta
contra la dignidad, e incluso que la enfer-
medad nos despoja de esta dignidad. Si-
guiendo estos planteamientos, una vez
perdida la dignidad por efecto de la enfer-
medad, ¿nos encontramos entonces ante
seres que, en razón de su estado físico, han
perdido también su humanidad? Semejan-
te afirmación resulta, como mínimo, muy
discutible y bastante peligrosa en sus de-
rivaciones. ¿Cómo podemos afirmar que
un enfermo, por el hecho de serlo, ha per-
dido su dignidad, a la vez que invocamos
la dignidad de ese mismo enfermo para
establecer su derecho a la muerte?

Quizá sería más conveniente definir la
dignidad como algo inherente al ser hu-
mano, el respeto que toda persona, por el
hecho de serlo, merece. Este punto de vis-
ta ayudaría también a no confundir la dig-
nidad del paciente, con lo que la sociedad
como conjunto considera indigno. El he-
cho de que socialmente la muerte resulte

gertu delako ilusioa eginez. Nola esan daiteke heriotza izkutatzen dela komunikabideek egunero begi aurrean ehundaka hildako jartzon dizkigutela?, galde dezake baten batek. Bada bai, heriotz biolento eta katastrofiko horiek beti besterenak direlako, urrunak, gugan eraginik ez dutenak. Publizitateko erotismoak energia sexuala desagitea bilatzen duen bezalaxe, biolentziaren ikuskizunak heriotzaren sakoneko zentzua galarazten du, gauza hutsala bilakarazten. Heriotzaz hitz egiten da, bai, baina errealitate horri begiratu behar ez izateko, horri kasurik egin behar ez izateko. Eta jarrera horrek badu arriskurik bai gizarteentzat oro har, bai ota gizabanakoen oreka psikologikorako. Octavio Pazek zioen bezala, "heriotza ukatzen duen gizarte bizitza ukatzera heltzen da".

Aldaketak nolanahi ere, ez dira gogeta mailakoak bakarrik, hitzeko modu fisikoa bera ore erabat aldatu bait da mendebaldeko biztanleen gahiengoarentzat, bizi baldintzen hobekuntzari eta medikuntzaren aurrerapenei esker. Lehen jende gehiena etxean hiltzen bazen ere, gaur egun gero eta handiagoa da osasun-instituzioetan hiltzen den jendearen kopurua eta gainora, batzuek besteko heriotz-adina ere nahikoa atzeratu da. Horren ondorioz gero eta ugariagoak dira zahartzaro luze eta hondatze progresibo baten on-

dorioz etxetik kanpo hiltzen diren pertsonak. Nolabait esateko. Bizitzaren garai berri bat sortu da, orain arto ezezaguna, eta beraz, eredurik ez dugu horri nola heldu behar zaion argitzeko. Zer behar dituzte gaiso oso edadetuek? Zer eskeini bohar zaie? Landu beharrok harrobia dute hor gizarte zerbitzuok, eta etxetikako laguntza zerbitzuak, zaharretxeak eta familiarekiko harremanak, adibide hutsak dira. Baina berriz ere azpimarkatu bohar da arazo zehatzei aurre egin aurretik zahitaezkoa dela orreflexio orokoragoa egitea. Hau da, "laugarren adin" horretako jendearen egoera berezia dela, behar bereziak dituztela eta, batez ere, zaindu/sendatu/konpondu beharreko objektuak barik, laguntza behar duten gizartekideak direla konturatu beharra dugu. Neurri handi batetan "hiltzen lagundu" behar ditugun pertsonak dira, hiltzori luzea modurik hoberen bizi dezaten lagundu behar ditugunak. Eta arazoa borehala agertzen da, modurik hoberena zein den erabakit behar bait da. Hoberena gizartearen ustez? Medikuen ustez? Gaisoaren ustez?

Sendagileek zituzten ezagutza eta teknikak heriotzaren aurrean guztiz ahalegiak ziren garaian, gaisoa zen zalantzarik gabe haien jardunaren giltzarria, gaisoa zaintzea zen xedea, sendatu ezinean. Baina czagutzek ota teknikek heriotza urruntzeko posibilitatea ematen duten

algo inaceptable, la prueba suprema de la incapacidad del ser humano para dominar la naturaleza, no implica en forma alguna la indignidad del moribundo. Es la mirada de esa sociedad que rechaza la muerte, la invalidez y la enfermedad, la que considera indigno al enfermo. Es esa mirada social la que puede llegar incluso a persuadir al enfermo de su indignidad.

A la vista de todo lo anterior, la alternativa no es rechazar cualquier tipo de reglamentación o reconocimiento del derecho a una muerte elegida, sino, por el contrario, profundizar en el tema para encontrar las soluciones más idóneas. El primer paso será recoger las experiencias de otros países en este ámbito, y aunque nadie haya encontrado la fórmula mágica e infalible, se han ensayado sistemas y enfoques que sin lugar a dudas, ofrecen grandes posibilidades.

Hay que citar en primer lugar los llamados «Comités de ética». Grupos de este tipo funcionan actualmente en Canadá,

Francia y otros países, y aunque quizá ninguno de los existentes cumpla con todos los requisitos deseables, merece la pena profundizar en esa línea. Respecto a la composición, funcionamiento y objetivos de estos «comités de ética» hay mucho que discutir, pero fundamentalmente serían éstas las líneas generales a seguir.

Se trataría en cualquier caso de equipos multidisciplinarios, capaces de enfocar el problema de forma general y teniendo en cuenta orientaciones diversas, y no de un tribunal médico que únicamente informara sobre la enfermedad y su desarrollo. Respecto al poder de decisión de este tipo de equipos, habría que determinar claramente el valor de sus recomendaciones en cada caso, pues aun reconociendo la importancia de la información y asesoría que pueden proporcionar, jamás deberían de suplantar al enfermo, especialmente en casos de eutanasia.

La función de estos comités, por otra parte, no se limitaría a opinar acerca de las

neurrian, begirada gaisoarengandik gaisotasunera pasatzen da, gaisotasuna da "zaindu", hau da, gainditu egin behar dená. Eta bizitzaren nahitanahiezko ondorio gisa azaldu ordez, medikuntzarer edo medikuaren porrota bezala agertzer da heriotza.

Zein da, edo hobe esanda, zein izan beharko luke, beraz, osasun-instantzien zeregina egoera hauetan? Gaisotasuna sendatzen saiatu, kosta ala kosta, eta ezinezkoa denean bertan bera utzi? Nola lagundu behar diote gaisoari azken uno horiek (urte ere izan daitezke, edo esakera zaharrak dionez "azken mendea") ahalik eta hobcren bizitzen? Nola jokatu behar da egoera horretan ere gaisoa, pertsona den aldotik, errespetatua izan dadin?

Lehen aipatu dugunez, heriotza gero eta gutxiagotan da ustegabeko gertakizuna (istripuak, minbizi goiztiarrak etab. salbuetsita), eta gero eta gehiagotan gaisotasun ota zahartze luze baten ondoren gortatzen da. Eta bizitzaren fase berri honen aurrean jarrera desberdinak har daitezke, gerora gaiso jakinekiko eguncroko harremana baldintzatuko duten jarrerak. Hauen sailkapena ardatz askoron inguruan egin daiteke, baina esandakoaren harian egokia iruditzen zaigu Jacques Pohier, "Duintasunean Hiltzoko Eskubidearen aldeko Elkartea" frantseseko idlazka-

riak proposatzen duena, Berak dionez, hainbaten ustez normala da gizakion bizitza hasten den bezala bukatzea, hots, norberaren autonomia eta burujabetasunaren galera-fase batekin. Ikuspegi honetatik, simetrikoak lirateke jaiotza eta heriotza: jaiotzerakoan guztiz monpekoak eta babesgabeak bagara, hiltzerakoan era horrelakoak izango gara.

Bigarren ikuspegiak ordea ez du horrelako simotriarik onartzen haurtzaroko menpekotasun osoaren eta zahartzaroko nahitanahiez dakarkigunaren artean, kontutan hartu behar bait da hiltzera doan portsona edadetu horrek, bizitza oso bat duela atzean. Egia da gu ez garela geuro jaiotzaren erantzule, baina ondoren bizitza horren erantzule izaten ikasten dugu, hau da, besteek erabakitako bizitza hori, GEURE bizitza bilakatzen saiatzen gara, eta horrek ematen digu giza handitasuna, aukera desberdinen aurrean erabakitzeke eta erabaki horren erantzunkizuna gure gain hartzeko gauza izateak. Heriotzaren unera heldurik orduan, beste instantzia batzuen osku utzi bohar ote da askatasun hori, erantzunkizun hori, aukera hori? Jaiotzerakoan gurasoek egiten duten bezala, hiltzerakoan familia, sendagileek, lagunok, zaintzaileek hartu behar ote dute gure erabakien ardura?

Heriotza gure bizitzaren parte bada,

solicitudes de «muerte asistida», sino que también habría de hacer oír su voz a la hora de determinar las necesidades de tratamiento, especialmente de los enfermos terminales. En general, asesoraría respecto a las líneas de actuación en torno a estos enfermos: necesidades físicas, psicológicas, etc.; garantizar el no-abandono ante la muerte, sin caer por ello en el «encarnizamiento» diagnóstico o terapéutico; garantizar el respeto debido al enfermo y a sus decisiones, etc.

Pero para que esta fórmula de los comités de ética cumpla correctamente con su función, es imprescindible que exista una estrecha relación con el paciente. Los valores, las creencias, la religión y en general toda la biografía del paciente son elementos fundamentales a tener en cuenta a la hora de valorar cuál puede ser, para esa persona en concreto, la mejor forma de enfrentarse a la enfermedad y a la muerte.

En este sentido es imprescindible ha-

blar de las «unidades de cuidados paliativos», como soporte y apoyo en esta última fase de la enfermedad. Se trata de unidades y de cuidados especiales, que necesitan de una amplia flexibilidad de funcionamiento para adecuarse a las necesidades específicas de cada enfermo. Unidades en las que se habla abiertamente de la muerte, en las que se toma en cuenta todo lo que rodea al enfermo —amigos, familia...—, un entorno en el que todos los elementos de la biografía del enfermo cobran relevancia, para que realmente cada cual pueda vivir responsablemente su muerte.

Como último punto en estas posibles vías de solución, se trataría de establecer las medidas necesarias para garantizar que, en los casos de «muerte asistida» se respeta totalmente la libre voluntad del enfermo; libre voluntad que implica conocimiento y comprensión de los datos, capacidad de enjuiciamiento, y comprensión de los riesgos por parte del enfermo. Una

gure izatoaren atal bal baldin bada, ez al litzateke normalagoa izango heriotzarekin harreman humanoagoa izatea, hots, aukera-erabaki-erantzunkizun barrena-na? Beste hitz batzutan esanda, nork bere heriotza bizitzea, edo nor bere heriotzan
hiltzea

Oinarrizko baieztapen hau onartuz gero, urtetako hilaurre luzea erantzunkizunez bizitzen ikasi behar dugu, bai gizarte gisa, bai norberak pertsonalki. Aurrean dugun desafioa zahartzaro luze hori ahalik eta humanoena bilakatzea da. bai-na ez bakarrik bizitzen eta hiltzen laguntzeko modu gizakoiagoak bilatzen, lanik handiena bizitza erantzunkizunez eta gizatasunez uzten ikasi/irakastea bait da.

Hemen laburki azaldu diren gogoeta bide hauetatik jarraitu boharra dago, ola ibilbidea zalantzarik gabe ez da samurra

izango. Errezeta majikorik ez dago, egoerak ere beti dira desberdinak, baina zientziaren aurrerapenek bizitza uzatzeko eskeintzen dizkiguten baliabideak eta pertsona jakinen eskubide eta nahiak bat egiteko moduak asmatu behar dittugu. Le-geak, azpiegiturak, bai eta jokabideak ere egokitu behar ditugu egoera eta behar berrietara. Baina aldeaz aurretik egoera hori zein den definitu behar dugu, esplizitoki izendatu zeintzuk diren beharrak, xedeak ezarri. Eta ondoren zehaztu beharko da "duintasunez hiltzeko eskubidea" nola arautu behar den, arautu behar baldin bada, edo gaiso terminalei zer no-lako laguntzak--fisikoak, psikologikoak, afektiboak, ekonomikoak...- eskoini behar zaizkien, etab. etab. Ez dira arazo puntual eta isolatuak, gizarte osoairi dagokion zeregin globularren gauzatze praktikokoak baizik.

forma de hacer posible que esta decisión del enfermo sea respetada es realizar previamente un «testamento de vida», en el que se recojan entre otras cosas, el deseo del paciente para que se continúe o se haga cesar un tratamiento en el caso de que llegado el momento no pudiera ya expresar su voluntad. Un documento de este tipo es utilizado en algunos centros sanitarios canadienses, y aunque no está legalmente reconocido, resulta de gran ayuda para los médicos en circunstancias particulares.

Otra posibilidad de hacer cumplir la propia voluntad en los últimos momentos puede consistir en nombrar previamente a un representante o mandatario, que estaría encargado de ocuparse de las necesidades del enfermo en caso de incapacidad. Este mandato o delegación puede incluir también la responsabilidad de aceptarlo no determinados tratamientos, y entrarían en vigor en el momento en que el paciente sea declarado incapaz.

Resumiendo las anteriores reflexiones, podríamos decir que cualquier intento de reglamentación acerca del derecho a la muerte tendría que cumplir en su redacción con los siguientes requisitos:

- Garantizar que únicamente se recurrirá a la «muerte asistida» cuando exista un consentimiento libre y voluntario del enfermo.
- Garantizar que la posibilidad de recibir ayuda para morir no implique

una pérdida de confianza en el personal médico. No es suficiente que se actúe únicamente según los deseos del paciente, es necesario que éste sepa claramente que es así.

- Garantizar que en ningún caso será el abandono la respuesta que se ofrezca a los enfermos terminales; sin que esto implique ningún tipo de «encarnizamiento» no consentido por el paciente.
- Garantizar, en la medida de los conocimientos y técnicas utilizables en cada momento, la mayor fiabilidad posible en lo que se refiere al diagnóstico.
- Garantizar, sin ninguna posibilidad de desviación, que jamás se practicará la eutanasia por razones económicas. Dicho de forma más clara, que nunca se recurrirá a esta solución porque «se estima» (la sociedad, la familia, el centro sanitario...) que mantener con vida al paciente resulta «demasiado caro».

El campo de discusión en torno a la muerte asistida, a la eutanasia, supera evidentemente estas reflexiones, que no pretenden ser sino puntos de anclaje que contribuyan a centrar el debate, siendo conscientes de la dificultad y responsabilidad que entraña toda decisión en torno a la muerte.

Bego Montorio

EL PROGRAMA COGNITIVO DE COMPETENCIA PSICOSOCIAL

UN MODELO DE INTERVENCION PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INADAPTACIÓN SOCIAL

1. INTRODUCCION

Durante los últimos veinte años se han llevado a cabo muchos estudios acerca de la efectividad de los programas aplicados a la prevención y tratamiento de la delincuencia, defendiéndose ampliamente la conclusión de que "casi nada funciona". No obstante, es posible encontrar algunas excepciones notables de ciertos programas que han logrado un éxito muy importante en la incidencia de estos comportamientos.

La moderna investigación ha identificado algunos de los muchos factores que diferencian a los programas eficaces de los ineficaces (Gendreau y Ross, 1987). Los primeros no son sólo excepcionales en sus resultados, sino también en el tipo de técnicas de intervención que emplean, el tipo de profesionales que las aplican (con respecto a su entrenamiento, personalidad y motivación), la intensidad y duración del programa de intervención, y el grado en que toman en consideración la conceptualización de la conducta delictiva sobre la que se basa el programa de intervención.

Si bien parece evidente, que los programas de prevención o de tratamiento de la delincuencia que no cuentan con una sólida base teórica, no tienen muchas posibilidades de influenciar esta conducta;

no deja de resultar paradójico que la mayoría de los programas no hayan utilizado modelo alguno (Gottfredson, 1979; Martinson, 1974), con lo cual parece que se esté operando en un vacío conceptual.

2. PARAMETROS DEL MODELO COGNITIVO

La investigación realizada por Robert Ross en 1980 reveló que casi todos los programas efectivos compartían al menos una característica común, alguna de las técnicas estaba dirigida a influenciar el **pensamiento** del delincuente.

Los programas efectivos incluían como un objetivo no sólo el ambiente del sujeto, o sus sentimientos, o su conducta, o sus habilidades vocacionales, sino también su cognición, es decir, su pensamiento, razonamiento, atribuciones, autoevaluaciones, expectativas, capacidad comprensiva y valores.

Así mismo, indica que **la mejora en el funcionamiento cognitivo** puede ser un factor esencial en la rehabilitación del delincuente, así como un medio efectivo de prevenir dicho comportamiento; de hecho el entrenamiento cognitivo se ha revelado como el modelo más eficaz de actuación que tenemos en estos momentos.

Los elementos básicos que definen el modelo cognitivo, de modo muy sintético, se pueden resumir como sigue:

1. El término cognitivo no supone el empleo de unas técnicas restrictivas o aisladas, excluyendo a las restantes técnicas o ambientes de aprendizaje.

Al contrario, el empleo de este modelo pretende enfatizar el hecho de que las técnicas más efectivas son aquellas que producen un desarrollo en la cognición **interpersonal**, un aumento de la capacidad de comprender el punto de vista y los sentimientos de los demás; de pensar de forma crítica; de adoptar una estrategia global más eficaz con la que enfrentarse a los problemas sociales o interpersonales, una estrategia donde se definan estos problemas, se busquen opciones para su solución, se evalúen y se tome la mejor solución posible; de explorar los propios valores y la comprensión del mundo; y de desarrollar interpretaciones alternativas sobre las normas y obligaciones sociales.

Así pues, el cambio cognitivo supone el empleo de una gran variedad de técnicas que afectan a todas las facetas del comportamiento del individuo (su conducta, su pensamiento y sus emociones).

2. El común denominador de las técnicas cognitivas es la **orientación psicoeducativa**.

Esto supone que la metodología de intervención cambia radicalmente. En primer lugar, porque se parte de considerar la conducta inadaptada como una conducta aprendida, y al inadaptado social como una persona que ha tenido un proceso de socialización deficitario o inadecuado, pero no por ello es un sujeto "anormal" o "patológico". En segundo lugar, porque se reafirma la necesidad de ofrecer educación (se les dota de las habilidades sociales y cognitivas necesarias para su crecimiento personal), no curación o terapia.

Esta orientación hace incapié en la consideración de la inadaptación como un déficit de recursos personales y de las estrategias necesarias para la integración social. No obstante, no niega la importancia de los factores sociales, económicos, situacionales y culturales, sino que tiene en cuenta la importancia del funcionamiento cognitivo como un medio efectivo de prevenir la inadaptación social.

Una de las consecuencias más importantes de la aplicación de este modelo, es la reorganización funcional de los educadores que trabajan en la atención a los me-

nores, puesto que se considera que la aplicación de las técnicas es también tarea de los educadores que están en relación permanente con el chaval, y no exclusivamente de especialistas.

3. El **planteamiento ecológico** en los procesos de integración social.

El modelo cognitivo permite la utilización de un **programa integrado y comprensivo** de intervención (Garrido, 1988). Esto es así porque permite especificar los distintos déficits que presenta un joven, y los recursos que han de ponerse en juego para, desde una perspectiva comprensiva, responder coordinadamente desde los servicios públicos ante su patrón de comportamiento antisocial, buscando desarrollar sus recursos personales dentro de una estructura social que se intenta sea progresivamente más sensible ante las necesidades del joven.

Las técnicas cognitivas enseñan habilidades básicas para el desenvolvimiento en el propio ambiente. De este modo, el programa cognitivo aparece como uno de los dos polos que justifican la intervención efectiva: aquel de los recursos personales del individuo cuya disposición le permite acceder y utilizar más satisfactoriamente los recursos sociales. No obstante, resulta obvio que el esfuerzo desempeñado en un plano individual resulta maximizado si conseguimos que el ambiente proporcione más oportunidades para que el sujeto pueda emplear con éxito los recursos personales que obtiene con el programa de intervención (Ross, Fabiano y Garrido, 1990).

3. EL PROGRAMA DE COMPETENCIA PSICOSOCIAL

El programa de competencia psicosocial consiste en una serie de técnicas basadas en el modelo cognitivo, ideado por Ross y Fabiano en 1985, orientadas a promover y mejorar el desarrollo cognitivo y dotar al niño y joven de las habilidades necesarias para desarrollar su competencia psicosocial, en concreto, las habilidades de solución de problemas interpersonales, las de cognición social (role-taking o empatía), habilidades de autocontrol emocional, desarrollo de valores, razonamiento crítico y comportamiento prosocial.

Se emplean diferentes técnicas que desarrollan el pensamiento causal y secuencial, pensamiento medios-fines y pensamiento alternativo (necesarios para

la solución de problemas interpersonales), habilidades sociales, autocontrol, empatía y desarrollo de valores, razonamiento crítico y habilidades de negociación.

El propósito de las sesiones de entrenamiento es el aumento de una serie de funciones conductuales (habilidades sociales) y cognitivas (habilidades cognitivas) que también afectan a la esfera emocional, consideradas básicas para el proceso de integración social. No pretenden efectuar un cambio básico de personalidad (una empresa excesivamente ambiciosa), y tampoco es psicoterapia, a pesar de que el entrenamiento cognitivo ha resultado ser terapéutico puesto que fomenta el ajuste interpersonal y social.

La mayoría de las técnicas son motivadoras en sí mismas y configuran un programa entretenido y altamente estimulante para los niños y jóvenes por desarrollarse de una forma lúdica, a través de actividades estructuradas en grupos, role-playing, juegos de ingenio y problemas.

Las técnicas empleadas son de fácil aprendizaje y asimilación para los participantes, y además, su generalización a las situaciones fuera de los grupos de aprendizaje puede llevarse a cabo de modo relativamente sencillo, reforzando la realización de las tareas cognitivas y sociales, empleando la diversidad de situaciones de la vida cotidiana para estimular su uso.

La mayoría de los ejercicios o actividades se centran en problemas prácticos y en la enseñanza de solución de problemas básicos, resolución de conflictos y habilidades interpersonales. Algunas dinámicas están diseñadas para hacer que los participantes vayan más allá del pensamiento concreto, para desarrollar habilidades de razonamiento abstracto. El centro de las dinámicas con el **pensamiento el razonamiento, y la toma de perspectiva social**.

El programa de competencia psicossocial ha demostrado su validez en la mejora de las habilidades cognitivas interpersonales, el comportamiento prosocial, y las oportunidades de ajuste laboral, formativo y personal en la comunidad (Ross, Fabiano y Garrido, 1990).

Las técnicas del programa de competencia psicossocial son:

1. Entrenamiento en habilidades de pensamiento creativo

En la técnica del pensamiento creativo empleamos el programa "Abre tu mente" de Edward de Bono para enseñar el pen-

samiento que posibilita la generación de nuevas ideas, en contraste con el pensamiento convencional o lineal que tiende a inhibirlas, por su dependencia de patrones cognitivos fijos.

Se trata de un conjunto de instrumentos de pensamiento desarrollados para estimular al individuo a aplicar estrategias creativas a diferentes situaciones. Estas estrategias o habilidades son las siguientes:

- Considerar los aspectos positivos, negativos e interesantes de una idea.
- Considerar todos los factores.
- Elaborar reglas.
- Consecuencias a corto y largo plazo.
- Establecer metas.
- Planificar.
- Generar alternativas, posibilidades y elecciones.
- Establecer prioridades.
- Tomar decisiones.
- Considerar los puntos de vista de los demás.

2. Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales consiste en el aprendizaje de una serie de habilidades necesarias para interaccionar positivamente en situaciones sociales de forma que se obtengan la aceptación y el refuerzo más que el castigo y el rechazo.

Se entrenan comportamientos específicos para aumentar la capacidad de los chavales para influir en su ambiente de modo positivo, obtener resultados gratificantes para ellos y los otros, y responder apropiadamente a las demandas de los demás.

Las habilidades sociales que practicamos siguiendo el modelo de aprendizaje estructurado de Goldstein se dividen en cinco módulos:

- Habilidades básicas de conversación.
- Habilidades avanzadas de conversación. (Expresión).
- Habilidades avanzadas de conversación. (Responder a otros).
- Habilidades de planificación.
- Habilidades alternativas a la agresión.

3. Entrenamiento en habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales

El entrenamiento en solución de problemas no se limita a ofrecer soluciones a

problemas específicos, sino que pretende enseñar habilidades cognitivas y conductuales que posibiliten desarrollar una aproximación general a los problemas y a su solución. En concreto, se les enseña que las situaciones problemáticas son parte de la existencia diaria, y que es posible enfrentarse a ellas con eficacia en la mayoría de las ocasiones, así como a inhibir la tendencia tanto a no hacer nada, como a responder siguiendo el primer impulso.

Con esta técnica se enseñan y se practican las siguientes habilidades:

- Reconocimiento de problemas.
- Identificar los problemas, (separar hechos de opiniones).
- Recopilar toda la información.
- Definir el problema transformándolo en palabras.
- Comunicación verbal y no verbal.
- Generar todas las posibles soluciones.
- Considerar todas las consecuencias.
- Decidir la mejor opción.
- Comunicación asertiva.

4. Entrenamiento en razonamiento moral y desarrollo de la toma de perspectiva social

El objetivo básico de esta técnica es el desarrollo de la toma de perspectiva social, es decir, la preocupación por los sentimientos, opiniones y pensamientos de los demás.

La técnica del desarrollo de valores consiste en exponer a los chavales una serie de conflictos cognitivos y sociales, mediante situaciones o dilemas morales en las que entran en oposición sus soluciones con las de los demás.

El proceso de la técnica del razonamiento moral sigue el siguiente proceso:

1. Presentan un dilema moral, una situación donde se entra en conflicto con lo que se "debería hacer".

2. Pensar en el dilema y decidir sobre la acción que se debería realizar considerando las razones para ello.

3. Discutir en pequeños grupos las razones existentes a favor y en contra de las diferentes propuestas de actuación.

4. Reflexionar sobre la postura personal.

5. Entrenamiento en autocontrol emocional.

En buena medida, la adaptación social depende de la habilidad que tengan para

responder ante un conflicto interpersonal de modo que no suscite una excesiva activación emocional, de mantener o reducir el nivel de activación ante situaciones provocadoras, y de aplicar las habilidades cognitivas aún cuando la actividad emocional sea elevada.

La técnica de autocontrol emocional consiste en la selección de numerosas situaciones problemáticas y escenarios de role-playing diseñados para generar fuertes reacciones emocionales, se pretende que se controlen de modo efectivo diferentes emociones como son la cólera, el miedo, la ansiedad y la sobreexcitación.

Las técnicas de autocontrol emocional que se utilizan son:

- Diario de la cólera.
- Técnica del control central (relajación).
- Autodiálogo controlado.

6. Entrenamiento en razonamiento crítico.

El entrenamiento en razonamiento crítico se dirige a que los participantes desarrollen su curiosidad intelectual, objetividad, flexibilidad, "sensatez de juicio" y respeto por otros puntos de vista.

El entrenamiento implica discusiones en grupo, donde los participantes practican las habilidades en cuatro áreas:

- Persuasión: habilidad para evaluar críticamente las ideas presentadas por otros, lo que impedirá que sean manipulados.
- Errores de pensamiento: habilidades para detectar errores en el pensamiento propio y en el de otros, que llevan a conclusiones equivocadas.
- Asunciones, hechos e inferencias: habilidad para comprobar los conceptos básicos empleados por ellos y por otras personas, de modo que puedan comprender plenamente lo que están diciendo.
- Ampliación de miras: habilidad para suspender el juicio y considerar otros argumentos y puntos de vista antes de llegar a una conclusión.

7. Entrenamiento en habilidades de negociación

El objetivo de esta técnica es enseñar una forma de enfrentarse a los problemas interpersonales, que implica, en sí misma, una alternativa al conflicto: la negociación.

La técnica de la negociación está dirigida para enseñar las siguientes habilidades:

- Identificar y clarificar una situación problemática.
- Identificar las opciones disponibles (respuestas posibles).
- Identificar las consecuencias de las diversas opciones.
- Simulación (role-playing) de las opciones para obtener las consecuencias deseadas.

El programa de entrenamiento se complementa con la inclusión de una variedad de ejercicios cognitivos, que resultan muy entretenidos y sugestivos para estimular a los participantes a pensar y a practicar algunas de las habilidades cognitivas que se van entrenando, como son: Chispazos de ingenio, Dicciopinta, Pictionary. Situaciones límite. Bancos de problemas,...

Ana Pardo Fernández
Asociación Educativa Berriztu

BIBLIOGRAFIA

GARRIDO, V.: *Bases para una pedagogía correccional: Papers d'educació.* 1988.

GENDREAU, P. y ROSS, R.: *Revivification of rehabilitation: Evidence from the 1980s.* 1987.

GOTTFREDSON, M.: *Treatment destruction techniques.* Rev. Crime and Delinquency. 1979.

MARTINSON, R.: *What works? Questions and answers about prison reform.* 1974.

ROSS, R. y FABIANO, E.: *Time to think: cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation.* 1985.

ROSS, R., FABIANO, E. y GARRIDO, V.: *El pensamiento prosocial.* 1990.

RESEÑAS Y COMENTARIOS

AIPAMEN ETA TRAZKINAK

FEMINISMO Y MINUSVALÍAS

En el presente artículo comentaremos dos trabajos sobre feminismo y minusvalías aparecidos en la revista *Disability, Handicap and Society*.

En el primero de ellos *Lo personal y lo político: una perspectiva feminista para la investigación en materia de minusvalías físicas* Jenny Morris analiza cuáles son los retos con que tiene que enfrentarse el feminismo a la hora de considerar los intereses y la realidad subjetiva de las mujeres minusválidas.

A su juicio, la teoría y la metodología feministas pueden ser muy útiles para comprender por qué la investigación en materia de minusvalías es considerada como alienante por las personas que las padecen; sin embargo la investigación feminista no ha conseguido aplicar sus principios a las minusvalías, lo que ha provocado que la realidad subjetiva de las mujeres minusválidas haya quedado fuera de las corrientes principales del pensamiento feminista.

Jenny Morris distingue dos etapas en el desarrollo de la investigación feminista. La primera consistió en «incorporar el punto de vista femenino a una visión del mundo hasta ese momento dominada por los hombres». Esto dio origen a importantes trabajos de investigación en diferentes disciplinas. Pero la auténticamente revolucionaria es la segunda etapa. Sostienen las feministas que no sólo hay que incluir a la mujer entre los temas a investigar, sino que las teorías y las metodologías deben poner en entredicho de forma radical los modelos y paradigmas existentes que son inadecuados para explicar la realidad de las mujeres (o de los hombres). De este modo, no sólo se legitima la experiencia personal y subjetiva de las mujeres como área de investigación sino que se revoluciona el enfoque y la metodología para la investigación de la misma, creando nuevos modelos y teorías y finalmente toda una filosofía que pone de manifiesto que el feminismo no es sólo el estudio de las mujeres, sino una forma totalmente nueva de mirar al mundo.

Sin embargo la mayor parte de las investigaciones feministas se han centrado en las mujeres occidentales, tomando las experiencias de la mujer blanca, de clase media, como la norma; mientras que las experiencias de otros grupos de mujeres, consideradas como «diferentes», han sido objeto de estudios y análisis específicos.

Esto es particularmente grave en el caso de dos grupos de mujeres: las minusválidas y las de la tercera edad, ignoradas casi por completo por las feministas. Jenny Morris considera que el hecho de que el tema de la minusvalía no haya sido incorporado a la teoría feminista obedece a uno de los problemas más graves que plantea la premisa feminista de que «lo personal es político». En efecto, añade, los minusválidos —hombres y mujeres— tienen muy pocas oportunidades de representar sus experiencias dentro de la cultura dominante o de los grupos políticos radicales. Su experiencia es aislada, individualizada; además son definidos socialmente en función de unos juicios preestablecidos acerca de cuáles son sus capacidades y su personalidad. Esta falta de voz, de representación subjetiva, hace que sea muy difícil para las feministas no minusválidas incorporar la realidad de las mujeres minusválidas a sus investigaciones y teorías de una forma distinta a la convencional, apartándose de la visión que el mundo no minusválido tiene de las personas minusválidas.

Para superar esta situación Jenny Morris propone por un lado que el feminismo asuma el reto de incorporar la realidad subjetiva de las mujeres minusválidas, y por otro, que la investigación sobre minusvalías incorpore la metodología feminista de investigación.

En lo que se refiere al primer punto, el tema de las minusvalías no debe ser tratado de forma independiente sino que debe integrarse en el resto de las investigaciones que lleven a cabo las feministas. Por otra parte, la autora considera que afirmar que las mujeres minusválidas padecen una doble marginación no resulta particularmente útil como planteamiento. Para que la investigación en esta materia sea realmente emancipadora debe integrarse en la lucha de los minusválidos por conseguir ser ellos mismos quienes definan tanto su realidad subjetiva como la opresión que sufren.

En cuanto a cuáles serían las características de una investigación adecuada, Jenny Morris apunta las siguientes:

- Un enfoque basado en los derechos de los minusválidos que ponga de manifiesto que es el mundo no minusválido el que oprime y minusvalida, que les ayude a comprender su experiencia y a rechazar las ideologías opresivas que se les aplica. Un enfoque, finalmente, que reivindique para los minusválidos palabras como incomodidad, insatisfacción o rabia y vea en ellas una respuesta sana a la opresión a la que están sometidos.
- El envejecimiento, la enfermedad, el dolor, las limitaciones físicas o mentales forman parte de la vida. El hecho de que las tenemos demuestra su escasa representación cultural. La investigación sobre minusvalías debe sacarlas a la luz, de acuerdo al principio feminista de que lo personal es político, y afirmar así su valor vital.
- Considerar a los investigadores no minusválidos como aliados. Aliados a la hora de colaborar con y de apoyar a los investigadores minusválidos. Y aliados también que investigan esta materia cuestionando sus propias actitudes y tratando de superar las definiciones preestablecidas, tratando de acercarse al máximo a la realidad subjetiva de los minusválidos.
- Insistir en que la investigación sobre minusvalías y las políticas llevadas a cabo en esta materia incumben y afectan a todos los grupos sociales.

En el segundo artículo, *¿Puede poner huevos a cocer? Hacia un modelo feminista de minusvalía*, Margaret Lloyd analiza entre los modelos actualmente predominantes —básicamente elaborados por hombres— en materia de minusvalías, el llamado *Modelo Social de Minusvalía*, cuestionando su adecuación y su utilidad para abordar la temática de las mujeres minusválidas. Propone, igualmente, un replanteamiento del tema desde una perspectiva feminista.

Los defensores del Modelo Social de Minusvalía sostienen que no son las limitaciones físicas o mentales las que minusvalidan sino la propia sociedad que impone la no minusvalía como norma. La minusvalía es por lo tanto una creación social y la vivencia de la misma otra forma de opresión. Marginación y opresión que se manifiestan fundamentalmente, en la discriminación socioeconómica por un lado y por otro en la medicalización de las minusvalías y en la relación de éstas con el sistema sanitario. ¿Cuál es el valor real de este Modelo Social para las mujeres minusválidas?

A juicio de Margaret Lloyd y en lo que se refiere a la discriminación socioeconómica que padecen los minusválidos, ésta se ve aumentada, exacerbada cuando se trata de mujeres minusválidas. Pero además es una experiencia (peor educación, salarios más bajos, estereotipos reductores...) que sufren la mayoría de las mujeres no minusválidas simplemente por ser mujeres. Es decir que la marginación y la opresión en el caso de las mujeres minusválidas viene determinada no sólo por su minusvalía sino también por su género. Y lo mismo ocurre con el segundo aspecto, el de la relación minusvalías-asistencia sanitaria. El Modelo Social rechaza el modelo médico de minusvalías y denuncia el trato insensible y arrogante que la clase médica dispensa a los minusválidos. Pero son también las mujeres no minusválidas las que se quejan a menudo de recibir un trato insensible e incluso humillante.

Para Margaret Lloyd el debate hay que plantearlo desde la perspectiva de las mujeres minusválidas. Al igual que los hombres minusválidos, éstas saben que es la sociedad las que las margina y oprime, pero su agenda no tiene que limitarse a las formas de discri-

minación socioeconómica denunciada por los hombres. Hay que ir más allá: explorar la sexualidad y la identidad sexual; desafiar las imágenes estereotipadas y opresoras que las encierran en la maternidad o en el cuidado de la familia; integrar los aspectos sociales y físicos de la autorepresentación con un análisis crítico de la mujer minusválida dependiente y sumisa que la sociedad supuestamente requiere. Para muchas mujeres minusválidas la conciencia política acerca de sí mismas va a desarrollarse únicamente a través de la comprensión de su experiencia como mujeres.

Es necesario, pues, elaborar una práctica alternativa. Para ello, Margaret Lloyd considera que el ejemplo de las mujeres negras puede ser de gran utilidad. En efecto, las experiencias de las mujeres negras vienen determinadas de forma simultánea por la raza, el género y la clase social. Del mismo modo, las mujeres minusválidas sufren también simultáneamente las consecuencias de dos formas de discriminación: por razón de su género y de su condición de minusválidas. Sin embargo esta simultaneidad ha sido negada tanto por los movimientos feministas, para los que no ha tenido ninguna entidad, como por los movimientos de minusválidos, que la han convertido en algo meramente periférico. Esto ha significado para las mujeres minusválidas la fragmentación y la marginalización de su experiencia. Lo que se está sugiriendo aquí es que las mujeres minusválidas han estado luchando por integrarse en organizaciones cuyas bases teóricas e ideológicas eran inadecuadas o limitadas para ellas, y que no conseguirán una identidad solidaria ni una unidad de acción hasta que no afronten este problema.

Las mujeres minusválidas tienen que reclamar la *priorización* de estos temas. Margaret Lloyd propone para ello un enfoque integrador que, estableciendo paralelismos con la experiencia de las mujeres negras, coloque los intereses de las mujeres minusválidas en el centro tanto de las agendas de los movimientos feministas como de los movimientos de minusválidos. No es una tarea fácil y que un grupo ya de por sí marginado tuviera que realizarla solo constituiría otra forma de opresión. Todos, hombres minusválidos y mujeres no minusválidas, tienen la responsabilidad de que esto no suceda. Desde hace mucho las feministas conocen la importancia de señalar la experiencia de las mujeres en cualquier análisis social, de *enunciarla* para ir configurando una perspectiva de mujer. Para conseguir que el término «minusválidos» no siga significando únicamente «hombres minusválidos», las feministas no minusválidas no deben dejar de enunciar, de nombrar la experiencia de las mujeres en cualquier análisis de las minusválidas. Para que el término «mujeres» no siga significando únicamente «mujeres no minusválidas», los hombres minusválidos deben utilizar su fuerza para que la minusvalía se enuncie dentro del movimiento feminista.

SANCHEZ VERA, Pedro.

SOCIEDAD Y POBLACION ANCIANA.

Secretariado de Publicaciones. Universidad de Murcia. 1993.

El reading de artículos inéditos sobre la población anciana que forman este libro, ha sido pensado sobre la base de unir a un grupo de investigadores que desde diferentes universidades o centros de investigación muestran un interés por expandir y divulgar dentro de las Ciencias Sociales este tipo de estudios en España, cuando el año 1993 ha sido declarado año europeo de las personas de edad avanzada y de la solidaridad entre generaciones. Los aspectos sociales de la población anciana, son pues los que intencionalmente se intentan remarcar en este libro. De esta manera, quedan lamentablemente excluidas otras perspectivas y enfoques que han tenido mucho que ver con el desarrollo de los estudios sobre envejecimiento y Tercera Edad en España.

Los estudios sobre envejecimiento en nuestro país han estado presididos por la dominancia de la perspectiva médica (geriátrica) desde la cual surgen y se desarrollan. Lejos del nivel de desarrollo y de articulación interdisciplinar de otros países europeos con la que en buena lógica deben de ensartarse estos estudios (CF. FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE EN FRANCIA), en España el interés por el fenómeno del envejecimiento y de las poblaciones ancianas dentro de la Sociología es tardío. Estudios empíricos y reflexiones diversas sobre sociología de la vejez tardan en llegar a nuestro país y lo hacen de manos de profesionales vinculados de una manera u otra a los Servicios Sociales y/o a la Universidad (CF. M.^a J. MIRANDA, I. CASALS, R. MORAGAS, ENTRE OTROS).

La compilación de autores y perspectivas dentro de las Ciencias Sociales de este libro, no pretende en modo alguno ser exhaustiva, tarea que además de pretenciosa sería baldía,

pues hoy son muchos los informes, investigaciones, artículos y documentos que por fortuna se realizan y/o publican más o menos relacionados con aspectos sociales de la vejez. La preeminencia de sociólogos dentro de esta compilación de trabajos originales, no debe restar interés ni mérito (bien al contrario) a la presencia de otras destacadas contribuciones.

Parte de los sociólogos que suscriben este libro intentan abrir un área temática de Sociología de la Vejez—al igual que tiene la International Sociological Association (I.S.A.)—dentro de la Federación de Asociaciones de Sociología (F.S.A.), una vez experimentada en nuestro país, la dispersión de estos contenidos en otras sociologías (v.g. de la población, de la salud, del bienestar, de la familia, de las edades...), que no es más que el fiel reflejo de esta magra identidad académica e institucional de la Sociología de la Vejez en España. Esa falta de identidad, sin embargo, tiene más que ver con la divergente procedencia de los "practicantes" que con el desarrollo real de la disciplina. Los caminos por los que se ha arribado —más tardía o más prematuramente— a esta rama del análisis sociológico son diversos, incluidos, claro está, los que son consecuencia y producto del devenir científico individual, de la propia historia y tradición disciplinar en España, y de los que sencillamente han sido productos del azar. Todas estas razones —y aún otras—, no reflejan a nuestro juicio el estado real de la Sociología de la Vejez en nuestro país, más desarrollada que estructurada y coordinada.

Dentro del carácter interdisciplinar en el que se han venido gestando los estudios de Sociología de la Vejez en España (arriba señalados), debido en parte a la tardía expansión académica de la Sociología en nuestro país, a la incursión en otras áreas de la sociología que no propician su autónomo desarrollo, y al crecimiento que toma la gerontología (social) (y la geriatría) en nuestro país, así como al impulso que toma de años de otras disciplinas —Demografía básicamente—, sin embargo llevamos ya un cierto camino recorrido. De la influencia de la Demografía, la Sociología de la Vejez en España (al igual que en gran parte del mundo) es en gran medida "Sociología del Envejecimiento" sin la cual desde luego es **difícil** llegar a realizar la primera. A los primeros informes de Sociología de la Salud y de la Vejez del Dr. Rogeli Duocastella (ISPA 1976, 1981) —por los que será más conocido que por sus muy interesantes trabajos de Sociología de la Religión, su verdadera especialidad— a lo que la Sociología de la Vejez deberá estarle reconocido en España (y sobre todo en Cataluña, donde realmente ha creado escuela), y cuya personalidad va a improntar durante tiempo a esta rama del quehacer sociológico en España, pasando por los trabajos de la Fundaciones FIES (1975) o FOESSA (1976 y 1984), o el ya lejano Informe del INSERSO "Introducción a la gerontología social" (1981) con la participación entre otros de los profesores Salustiano del Campo y Ricardo Moragas, hay que añadir la presencia de un buen número de estudios de carácter regional propiciados ya por las Comunidades Autónomas y de una valiosa relación de artículos publicados en diferentes revistas entre las que hay que destacar la Revista de Investigaciones Sociológicas (CIS), la Revista Española de Geriatría y Gerontología, y más recientemente en la Revista Gerontología donde existe una fructífera relación entre enfoques (Sociología, Biología y Clínica, Epidemiología, Atención Sociosanitaria y Planificación y Gestión)¹.

Hoy, todo hace indicar que estamos cerca de un proceso de cristalización académica de los estudios e investigaciones sobre Sociología de la Vejez en nuestro país, en parte debido al propio atractivo o adicción que el tema tiene, y en parte debido al cada vez mayor número de practicantes. Otras áreas de Sociología empezaron así (v.g. de la Educación). En el contexto europeo, parece ocioso recordar la gran profusión de encuentros que sobre el particular se están llevando a efecto. En España, la puesta en marcha de cursos y masters de especialización en Gerontología Social en distintas Universidades (v.g.: Universidades de Barcelona y Autónoma: Pompeu Fabra; de Granada; de Salamanca, de Zaragoza y Córdoba, entre otras), la presencia de Cursos de Doctorado, así como una producción teórica y una práctica investigadora cada vez mayor, nos hace atisbar un escenario novedoso y fértil para esta rama de la sociología en los próximos años en España.

¹ Para un buen conocimiento de las publicaciones relacionadas con Sociología de Vejez en España, ver entre otros: la bibliografía de los libros de MISHARA B.L. Y RIEDEL R.G. "El proceso de envejecimiento" Ed. Morata, Madrid, 1986, pp. 278., el de MARIA-TERESA BAZO, "La sociedad anciana" (CIS, Madrid, 1990, pp. 209-220), el de MARIA-PIA BARENYS "Residencias de ancianos" (Fundació Caixa de Pensions, Barcelona, 1991, pp. 183-188), el de JESUS MARQUEZ RUIZ "Bibliografía sobre la Tercera Edad y los Servicios Sociales en la Vejez", Dirección General de Servicios Sociales, Generalitat Valenciana, 1990, a la del artículo de EMILIA RIESCO ALVAREZ en este mismo libro.

La expansión reciente de la Sociología dentro de la Universidad española, permite y propicia la mencionada especialización temática.

Esta obra ha sido publicada por la Universidad de Murcia, pero podría haberse editado en alguna otra. Las Universidades Complutense y Autónoma de Madrid, del País Vasco, de Barcelona y Autónoma: Pompeu Fabra; de Granada; de Salamanca, de Zaragoza, de Córdoba y de Murcia, son sólo algunas de las que están produciendo investigaciones sobre el particular.

El título del libro (Sociedad y Población Anciana), de marco conceptual intencionalmente amplio, refleja a nuestro parecer los tres grandes ejes por los que de hecho se dirigen estos estudios: la sociedad, la población, y el propio concepto de ancianidad. Desde luego se trata de reflexiones globales más o menos empíricas, y aunque en los problemas relacionados con los ancianos lo que interesa son las soluciones, éstas no son posibles (ni buenas) si no lo son antes en el terreno teórico. Y en el tema que nos ocupa resta mucho en lo que reflexionar.

Desde esa perspectiva general (sociedad, población y ancianidad), los autores introducen perspectivas diversas. **Anna Cabré**, desde ese excepcional observatorio que es el Centre d'Estudis Demogràfics, aporta su experiencia práctica en la investigación sobre envejecimiento. A través de un sucinto pero enjundioso decálogo, disecciona el panorama de la investigación sobre el envejecimiento en España. Esos diez principios o asertos teórico-metodológicos "resitúan" los estudios standart sobre envejecimiento, muchos de ellos plagados de tópicos y lugares comunes sin digestión conceptual previa, cuando no de arcan y abstrusa ideología. Junto al balance crítico de esas tipologías de estudios—que es sin duda uno de los aspectos más valiosos de dicho artículo—, su decálogo aporta pistas más que sustanciosas para el investigador avieso, sobre la orientación que a buen seguro van a tomar los estudios sobre envejecimiento en España en los próximos años.

Ignasi Casáis, nos introduce en lo que han sido y son las perspectivas y enfoques sobre los que se articula la investigación sobre el envejecimiento, dando a cada uno de los enfoques lo suyo, esto es haciendo justicia con las distintas perspectivas. De especial interés resulta la introducción que hace de conceptos tan sumamente sugerentes como el de "**banalización**" para referirse a lo que realmente y patéticamente le ocurre al anciano una vez jubilado, esto es: expropiado de funciones sociales, o el de "**elegido**" (los activos), para entender mejor la situación de "banalidad" (no tenemos una misión especial que cumplir, señala S. de Beauvoir) en la que se encuentra el anciano frente a los "elegidos".

Joaquín Bandera conecta con suma habilidad con el interaccionismo simbólico al buscar las bases sociales de la **identidad** de la Tercera Edad, y observa, entre otras cosas, la virulencia y brusquedad con la que el anciano debe interiorizar su propia merma de status y asumir su autopercepción de ser "excluido", tal como acredita su interesante estudio empírico de la provincia de León. Esta "**pena de muerte social**" (FERICGLA) es el aporte de la "**estigma**" (GOFFMAN, HOCHMEIER) con el que se justifica la exclusión del anciano de la vida social normal.

Mientras **Bandera** buscaba las bases de la identidad personal (autopercepción) del anciano, **Maria-Pia Barenys** es un complejo artículo sobre el alcance sociológico de la vejez conecta en lo esencial con los planteamientos míos sobre que la vejez no es un "grupo social" sino una "situación" devenida individual y colectivamente, sentando de esta manera los principios para entender la percepción social del anciano, construyendo así las bases de una Sociología de la Ancianidad o de la Vejez, y demostrando conocer bien la "**subcultura**" (GOFFMAN) del anciano. **Barenys**, nos muestra con suma agudeza (y claridad), el carácter de marginalidad que tiene la vejez, estigmatizada por la "**incapacidad**" (al igual que el parado). Los conceptos de "**desvinculación**" (HENRY Y CUMNING) —la persona anciana presta cada vez menos atención al escenario social—, o el de "**desfallecimiento**" contribuyen a entender mejor la percepción social del anciano.

Otra línea sumamente atractiva y sugerente del artículo de **Barenys**, es el análisis de las instituciones "ad hoc" para la Tercera Edad (Residencias de Ancianos). Estas instituciones "**totales**" y "**totalizadoras**" (GOFFMAN) improntan la cotidianidad y el hontanar de vida del anciano. Conocedora de estos espacios "rituales" y "simbólicos" para el anciano, la identidad de estas residencias radica justamente en su "polifuncionalidad": vigilar, proteger, curar, cuidar, segregar..., de esta manera se hace difícil olvidar al Foucault de Vigilar y Castigar o de la Historia de la locura (BAUDRILLARD, J. 1978).

Maria-Teresa Bazo, indaga en los aspectos sociales de la vejez, esto es: en las circunstancias concurrentes que definen "socialmente" a la vejez, de esta manera la analiza como "problema social". Desde la caracterización de los ancianos y ligándolo a otros ámbitos institucionales o personales diferentes (la familia, los hijos, el sexo), introduce algunas sugerentes reflexiones sobre las políticas sociales para la vejez.

En un denso artículo, **Emilia Riesco** nos ofrece un material rico y sistematizado. En el mismo, analiza con gran prodigalidad documental y didactismo, entre otros los siguientes problemas: "la edad" como definición social, la trama y el mapa mundial del "envejecimiento" desde las tendencias demográficas, la "ancianidad" en la Teoría Sociológica, la "jubilación" como factor de cambio, los "problemas" del anciano (familiares, económicos y sociales), así como los ancianos como "grupo de presión".

Ana Collado, abundando en la perspectiva demográfica, sin embargo, incide en las "consecuencias" del envejecimiento de la población española. La información estadística que aporta en su artículo permite conocer con cierto detalle la realidad de la población anciana en nuestro país. Su análisis comparado y prospectivo permite hacer cierta simulación de imágenes y escenarios de futuro. De particular interés resulta la explotación que realiza de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías. De su descripción y análisis, se infieren hipótesis de trabajo particularmente interesantes para una Sociología de la Vejez (y de la Salud) en España.

Lourdes Pérez Ortiz y Pedro Madrigal de Torres, incorporan sendos artículos desde la perspectiva del Bienestar Social. El trabajo de **Lourdes Pérez Ortiz**, presenta dentro de su impecable composición, la dominancia del análisis económico particularmente centrado en España y en dos aspectos: las pensiones, y las Residencias de Tercera Edad. El conocimiento demostrado por la autora de la realidad de las políticas sociales para la Tercera Edad en España, no hace sino resaltar el gran acopio de información que realiza **Pedro Madrigal de Torres** desde el prisma de las Políticas de Bienestar Social para la Tercera Edad a través de un muy documentado artículo. Este material, perfectamente articulado, permite desde una vocación exhaustivadora tener una perspectiva mucho más global de las tendencias y de las perspectivas de los Servicios Sociales. Ambos artículos, son a mi parecer materiales más que útiles para la reflexión y análisis del Plan Gerontológico.

Antonio Sempere Navarro, analiza desde la perspectiva del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, cuál es la situación jurídica de los trabajadores de edad avanzada. Visión de sumo interés para entender la esencia, la presencia y la ausencia de ciertas políticas sociales sobre Tercera Edad, y de cómo la propia sociedad, o sus representantes, articulan, concretan y positivizan las normas por las que muchos particulares se ven excluidos de un derecho constitucional por el accidente de haber cumplido una edad, la relación del sujeto con el objeto: el Trabajo, y la mediación del Estado convierte en "no activos" a los que hasta ayer eran "activos ocupados", sentando de esta manera bases concretas para entender mejor las causas de la "segregación".

Antonio José Narváez Bueno y José Luis Pinto Prades, aportan perspectivas del problema dentro de la Economía. La de **Narváez Bueno**, de gran solidez analítica, permite indagar en las bases sociales y conceptuales de las Políticas Sociales para la Tercera Edad, así como su ubicación dentro de las Políticas Económicas más globales. La de **Pinto Prades**, de orientación cuantitativa nos permite conocer la aplicación de un modelo económico concreto el del Análisis Coste-Beneficio en la "atención" de ancianos.

Quisiera terminar estas líneas introductorias agradeciendo la colaboración desinteresada de los autores de este libro y en ellos y con ellos a las Universidades que de algún modo representan, a las Obras Culturales de Caja Murcia, y de la Caja de Ahorros del Mediterráneo, así como a la Secretaría de Asuntos Relacionados con las Comunidades Europeas de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de Murcia. Y por último es mi deseo testimoniar una vez más mi gratitud al profesor Juan Monreal, no sólo por las elogiosas (e inmerecidas) líneas que prolongan el presente libro, sino —y sobre todo— por el interés demostrado en potenciar esta línea de investigación dentro del Departamento de Sociología e H.^a Económica de la Universidad de Murcia.

ARAUDIA

albisteak

NORMATIVA

información

BOE 21/10	Real Decreto 1179/1992, de 2 de octubre, por el que se establece el CURRÍCULO del BACHILLERATO. En la disposición adicional primera prevé posibles adaptaciones curriculares para los ALUMNOS con problemas graves de AUDICION, VISION y MOTRICIDAD.
DOCE 2/11	Resolución A3-0231/92, del PARLAMENTO AUROPEO, sobre los DE-RECHOS de los DEFICIENTES MENTALES.
BOG 3/11	El Ayuntamiento de DEBA amortiza una plaza de ASISTENTE SOCIAL y crea y CONVOCA otra de DIRECTOR/A DEL DEPARTAMENTO DE SER-VICIOS SOCIALES.
BOG 3/11	El Ayuntamiento de RENTERIA publica su ORDENANZA DE TRAFICO Y APARCAMIENTO. Establece la TARJETA ESPECIAL DE ESTACIO-NAMIENTO para vehículos de personas con MINUSVALIA.
BOG 3/11	CONCURSO para la adjudicación de los trabajos de AYUDA DOMICI-LIARIA en el Municipio de TOLOSA.
BOE 5/11	Resolución de 30 de octubre de 1992, del INSTITUTO DE LA MUJER, por la que se convoca el III PREMIO NACIONAL CASANDRA 1992.
BOB 5/11	El Ayuntamiento de LEIOA publica el REGLAMENTO de utilización del CENTRO DE JOVENES DE TXORIERRI.
BOG 5/11	OFERTA DE EMPLEO PUBLICO del Ayuntamiento de GETARIA: Aparece una plaza de ASISTENTE SOCIAL
BON 6/11	Decreto Foral 331/1992, de 26 de octubre, por el que se modifica el Decreto 250/1988, de 6 de octubre, de composición de la COMISION INTERDEPARTAMENTAL DE BARRERAS FISICAS Y SENSORIALES de NAVARRA.
BOG 11/11	Relación de PUESTOS DE TRABAJO del personal funcionario de la DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA aprobada por el Consejo de Di-putados.
BOTHA 11/11	La Diputación Foral de ARABA crea una plaza de ASISTENTE SOCIAL en el DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, en cumplimiento de una sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco.

BOTHA 11/11	Decreto Foral 812/1992, del Consejo de Diputados de ARABA, de 27 de octubre, por el que se aprueba el PROYECTO de Norma Foral sobre suscripción con el Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ y EMAKUNDE de un CONVENIO para el desarrollo del PROGRAMA DE ATENCION PSICOLOGICA A MUJERES VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y/ O MALTRATO FISICO O PSIQUICO.
BOC 13/11	Decreto 162/1992, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de CANARIAS, de 22 de octubre, por el que se modifica el Decreto 18/1992, de 7 de febrero, por el que se crea la COMISION COORDINADORA DE ATENCION A LAS DROGODEPEN-DENCIAS..
BOG 16/11	El Ayuntamiento de HERNANI publica el PRESUPUESTO de 1992 del PATRONATO MUNICIPAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE HERNANI.
BOG 16/11	El Ayuntamiento de LASARTE-ORIA aprueba inicialmente el REGLAMENTO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA.
BOB 17/11	La MANCOMUNIDAD DE LAS ENCARTACIONES anuncia el horario de consulta del Pliego de CONDICIONES TECNICAS para la ADJUDICACION del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOB 18/11	El Ayuntamiento de MUNGIA aprueba su PLANTILLA ORGANICA para 1992. Aparecen plazas de ASISTENTE SOCIAL y de TECNICO EN DROGODEPENDENCIAS.
BOB 18/11	La MANCOMUNIDAD DE TXORIERRI aprueba provisionalmente el PRECIO PUBLICO de la prestación del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOCM 19/11	Decreto 71/1992 de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de MADRID, de 12 de noviembre, por el que se modifica el Decreto 121/1988, de 23 de noviembre, regulador del PROCEDIMIENTO DE CONSTITUCION Y EJERCICIO DE LA TUTELA Y GUARDA DEL MENOR.
BOE 20/11	Orden de 12 de noviembre de 1992, del M.º DE EDUCACION Y CIENCIA, por la que se regula la EVALUACION y la CALIFICACION de los alumnos que cursan BACHILLERATO establecido por la LOGSE. En la disposición adicional segunda se menciona a los ALUMNOS con problemas graves de AUDICION, VISION y MOTRICIDAD.
BOE 20/11	Orden de 12 de noviembre de 1992, del M.º DE EDUCACION Y CIENCIA, sobre EVALUACION en EDUCACION SECUNDARIA OBLIGATORIA. En la disposición adicional primera se menciona a los ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.
DOCM 20/11	Orden de 18 de noviembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se modifica la orden de 31 de enero de 1992, sobre CONVOCATORIA de AYUDAS para la financiación de proyectos de INVERSION en CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES GENERALES Y ESPECIALIZADOS.
BOB 20/11	CONCURSO público, del Ayuntamiento de GALDAKAO, para la CONTRATACION de la puesta en marcha y gestión del PROGRAMA DE INTERVENCION FAMILIAR.
BOE 21/11	Orden de 12 de noviembre de 1992, del M.º DE EDUCACION Y CIENCIA, sobre EVALUACION de EDUCACION INFANTIL En el apartado cuarto, número cinco se menciona a los ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

BOE 21/11	Orden de 12 de noviembre de 1992, del M.º DE EDUCACION Y CIENCIA, sobre EVALUACION en EDUCACION PRIMARIA. En la Disposicion adicional primera se menciona a los ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.
BOE 23/11	Orden de 13 de noviembre de 1992 por la que se conceden BECAS DE FORMACION en el INSTITUTO DE LA MUJER.
BOCM 23/11	Orden de 18 de noviembre de 1992, de la Consejería de Integración Social, por la que se aprueba la CONVOCATORIA anual de SUBVENCIONES a ENTIDADES PRIVADAS sin fin de lucro, cuyas actividades contribuyan a los fines del sistema de PROTECCION DE MENORES de la Comunidad de MADRID. (Corrección de errores: DOCM de 28/1/93).
BOPV 24/11	Orden de 9 de noviembre de 1992, del Consejero de Sanidad del GOBIERNO VASCO, por la que se modifican los REQUISITOS para el funcionamiento de los CENTROS DE TRATAMIENTO DE TOXICOMANOS.
BOB 24/11	El Ayuntamiento de ERANDIO publica las TARIFAS del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOE 25/11	Ley 28/1992, de 24 de noviembre, de MEDIDAS PRESUPUESTARIAS URGENTES. Confirma las SANCIONES por DESVIACIONES A TERCEROS de la PRESTACION FARMACEUTICA de la Seguridad Social a JUBILADOS y otros colectivos, entre los que se encuentran ciertas personas con MINUSVALIA. Igualmente confirma la SUPRESION de las PENSIONES ASISTENCIALES del antiguo Fondo de Asistencia Social (FAS)..
BOE 25/11	Resolución de 23 de noviembre de 1992, del M.º DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se dispone la publicación de los nuevos ESTATUTOS de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). (Corrección de errores: BOE de 21/12).
BORM 25/11	Decreto 83/1992, de 12 de noviembre, por el que se crea el CONSEJO ASESOR REGIONAL DE DROGODEPENDENCIAS en la Región de MURCIA.
BOTHA 25/11	Edicto del Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ relativo a la CONSTRUCCION de un CENTRO DE DIA para la TERCERA EDAD.
BOTHA 25/11	El INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL de la Diputación Foral de ARABA anuncia CONCURSO para la adjudicación del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOG 25/11	El Ayuntamiento de OÑATI aprueba el Reglamento Municipal del Servicio de Taxi. El Anexo I contiene la regulación de la plaza de TAXI-MINUSVALIDOS.
BOA 27/11	Corrección de errores del Decreto 111/1992, de 26 de mayo (BOA de 10 de junio), de la Diputación General de ARAGON, por el que se regulan las CONDICIONES mínimas que han de reunir los SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.
DOG 27/11	Orden de 25 de noviembre de 1992, de la Consellería de Presidencia de la Xunta de GALICIA, por la que se anuncian AYUDAS económicas destinadas a subvencionar actividades de ORGANIZACIONES NO GUBERNATIVAS que colaboren con INSTITUCIONES PENITENCIARIAS gallegas en la lucha contra DROGODEPENDENCIAS.
DOG 27/11	Orden de 25 de noviembre de 1992, de la Consellería de Presidencia de la Xunta de GALICIA, por la que se anuncian AYUDAS económicas destinadas a los COLEGIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS de Galicia, para subvencionar las actividades de INFORMACION Y ASISTENCIA JURIDICA A DROGODEPENDIENTES INTERNOS en INSTITUCIONES PENITENCIARIAS gallegas y a sus FAMILIAS.

DOGC 27/11	Decreto 256/1992, de 13 de octubre, de composición del CONSEJO ASESOR DE PROMOCION DE LA ACCESIBILIDAD Y SUPRESION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS, en CATALUÑA.
DOGC 27/11	Decreto 254/1992, de 26 de octubre, por el que se crea el PROGRAMA DE APOYO A LAS FAMILIAS CON UNA PERSONA DE LA TERCERA EDAD DISCAPACITADA, en CATALUÑA..
BOCM 30/11	Orden de 25 de noviembre de 1992, de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de MADRID, determinando la COMPOSICION Y FUNCIONAMIENTO de la COMISION DE TUTELA DEL MENOR en desarrollo del Decreto 49/1988, de 5 de mayo, que la creó.
BOG 2/12	El Ayuntamiento de ASTEASU aprueba los pliegos de CONDICIONES que regirán el CONCURSO para la adjudicación del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOG 2/12	El Ayuntamiento de USURBIL establece las TARIFAS por la prestación del Servicio de ASISTENCIA DOMICILIARIA.
BOTHA2/12	Decreto Foral 956/1992, del Consejo de Diputados de ARABA, de 17 de noviembre, por el que se aprueba la suscripción con el BASKONIA (SASKI-BASKONIA, S.A.D.) del PROTOCOLO DE COLABORACION para el desarrollo de una CAMPAÑA DE PREVENCION DE DROGODEPENDENCIAS en CENTROS ESCOLARES del Territorio Histórico de Alava.
BOE 3/12	Resolución de 13 de noviembre de 1992, de la Subsecretaría, por la que se da publicidad al anexo 4 al CONVENIO entre el M.º DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de CASTILLA Y LEON en desarrollo de PROGRAMAS para SITUACIONES DE NECESIDAD.
BOE 3/12	Resolución de 13 de noviembre de 1992, de la Subsecretaría del M.º de Asuntos Sociales, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el INSTITUTO DE LA JUVENTUD y la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de CANARIAS, en desarrollo del PLAN INTEGRAL DE JUVENTUD.
DOGV3/12	Orden de 16 de noviembre de 1992, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Generalitat VALENCIANA, por la que se REGULAN y CONVOCAN AYUDAS en materia de SERVICIOS SOCIALES para 1993.
BOE 4/12	Resolución de 13 de noviembre de 1992, de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al CONVENIO de colaboración entre el M.º DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL y la JUNTA DE EXTREMADURA para la cooperación y coordinación en la ACCION SOCIAL de los EMIGRANTES Y RETORNADOS.
BOB 7/12	Anuncio del Ayuntamiento de GILDAMES relativo a la instalación de un CENTRO DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD en casa solariega del BARRIO DE ZUBIAGA.
BOA 9/12	Orden de 1 de diciembre de 1992, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de ARAGON, por la que se hace pública la CONVOCATORIA de SUBVENCIONES en materia de ACCION SOCIAL para 1993.
BOG 9/12	El Ayuntamiento de ARETXABAETA establece las TARIFAS de la FUNDACION PUBLICA «URRATS-GAIN ZAHARREN EGOITZA».
BOTHA 11/12	Moción 16/1992 de las JUNTAS GENERALES DE ARABA, de 1 de diciembre, referente a la PREVENCION de problemas relacionados con el ALCOHOL y otras DROGAS.

BOCyL 14/12	Orden de 1 de diciembre de 1992, de la Consejería de Presidencia de la Junta de CASTILLA Y LEON, por la que se CONVOCA y REGULA la concesión de AYUDAS económicas con cargo al FONDO DE ACCION SOCIAL (Corrección de errores: BOCyL de 18/12).
DOGC 14/12	Orden de 17 de noviembre de 1992, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social del la Generalitat CATALANA, por la que se regula la ACREDITACION de los CENTROS y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS donde se realicen prácticas de ABORTO en los supuestos a que se refiere la Ley orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del Código Penal.
BOB 14/12	Orden Foral del Departamento de Cultura, de 18 de noviembre, por la que se regula la utilización de la RED DE ALBERGUES de la Diputación Foral de BIZKAIA.
BOTHA 14/12	Decreto Foral 995/1992, del Consejo de Diputados de ARABA, de 1 de diciembre, por el que se propone actualizar la NORMATIVA y los PRECIOS públicos a exigir por el INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL durante 1993.
BOCM 15/12	Orden de 1 de diciembre de 1992, de la Consejería de Salud de la Comunidad de MADRID, por la que se dictan normas en relación con el PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS MINUSVALIAS.
BOPV 15/12	Orden de 27 de noviembre de 1992, del Consejero de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno VASCO, por la que se hace público el FALLO de los PREMIOS EUSKADI DE PROMOCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES para 1992.
BOC 16/12	La Consejería de Presidencia de CANTABRIA publica los ESTATUTOS DE LA MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DE «SIETE VILLAS».
BORM 16/12	Orden de 4 de diciembre de 1992, de la consejería de Asuntos Sociales de la REGION DE MURCIA, por la que se modifican las Ordenes de 5-5-92 sobre AYUDAS PERIODICAS DE APOYO FAMILIAR, AYUDAS NO PERIODICAS DE APOYO FAMILIAR O INDIVIDUAL, Prestación del INGRESO MINIMO DE INSERCIÓN y AYUDAS para PROGRAMAS DE INSERCIÓN y AYUDAS INDIVIDUALIZADAS A MINUSVALIDOS.
BOG 16/12	El Ayuntamiento de BEASAIN establece las TASAS del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOG 16/12	El Ayuntamiento de ZUMAIA acuerda aprobar y modificar los PRECIOS públicos de la RESIDENCIA SAN JUAN.
BOTHA 16/12	Norma Foral 50/1992 de las Juntas Generales de ARABA, de 2 de diciembre, de ratificación del CONVENIO de colaboración a suscribir entre el DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, el AYUNTAMIENTO DE VITORIA-GASTEIZ y EMAKUNDE, para el desarrollo del PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLOGICA A MUJERES VICTIMAS DE AGRESIONES.
BOTHA 16/12	Edicto del Ayuntamiento de LANCIEGO referido a la habilitación de un local para su utilización como HOGAR DE JUBILADOS O PENSIONISTAS.
BOE 17/12	Corrección de errores de la Resolución de 19 de octubre de 1992, por la que se dispone la publicación de las AYUDAS Y SUBVENCIONES CONCEDIDAS al amparo de lo dispuesto en la Orden del M.º DE ASUNTOS SOCIALES de 19 de febrero de 1992.
DOGV 17/12	Decreto 216/1992, de 7 de diciembre, del GOBIERNO VALENCIANO, por el que se establece los ORGANOS DE PARTICIPACION en materia de SERVICIOS SOCIALES.

BOE 18/12	Orden de 9 de diciembre de 1992, del M.º DE EDUCACION Y CIENCIA, por la que se regulan la ESTRUCTURA y FUNCIONES de los EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGOGICA.
BOB 18/12	CONVOCATORIA de pruebas selectivas para la provisión de PLAZAS en el INSTITUTO FORAL DE ASISTENCIA SOCIAL DE BIZKAIA.
BOG 18/12	El Ayuntamiento de AIA establece las TASAS del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOA 21/12	Corrección de errores del Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de ARAGON, por el que se regulan las CONDICIONES mínimas que han de reunir los SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.
BOG 21/12	OFERTA DE EMPLEO PUBLICO y CONVOCATORIA de plazas del Organismo Autónomo Foral FUNDACION ULIAZPI.
BOE 22/12	Resolución de 4 de diciembre de 1992, de la Dirección General del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), por la que se CONVOCA la concesión de plazas para PENSIONISTAS que deseen participar en el Programa de TERCERISMO SOCIAL.
DOGC 23/12	Decreto 288/1992, de 26 de octubre, del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA, de creación del Programa de AYUDAS de apoyo a la ACOGIDA RESIDENCIAL para personas de la TERCERA EDAD.
BOB 23/12	El Ayuntamiento de BASAURI establece las CUOTAS de la RESIDENCIA DE ANCIANOS.
BOE 24/12	Ley Orgánica 8/1992, de 23 de diciembre, de modificación del CODIGO PENAL y de la LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL en materia de TRAFICO DE DROGAS.
BOG 24/12	El Ayuntamiento de ANDOAIN anuncia la Ordenanza que contiene los PRECIOS públicos de la RESIDENCIA DE ANCIANOS SAN JUAN BAUTISTA.
BOG 24/12	El Ayuntamiento de TOLOSA establece las TARIFAS del Servicio de ASISTENCIA DOMICILIARIA y de la RESIDENCIA YURREAMENDI.
BOB 28/12	Relación de los PUESTOS DE TRABAJO de la DIPUTACION FORAL DE BIZKAIA, entre los que aparecen los propios de BIENESTAR SOCIAL.
BORM 28/12	Orden de 21 de diciembre de 1992, de la Consejería de Asuntos sociales, de Modificación de la Orden de 5 de Marzo de 1992, de convocatoria para 1992 de subvenciones finalistas para adquisición, construcción, remodelación y equiparamiento de centros que presten servicios sociales.
BOE 29/12	Ley 37/1992, de 28 de diciembre, del IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO. En el Título II, Capítulo III, artículo 45 y en el Título VII, artículo 91, 3, dos, 9.º y 2, se establecen medidas específicas que afectan a las personas con MINUSVALIA.
BOE 29/12	Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de IMPUESTOS ESPECIALES. En el artículo 66, 1.d y en el Anexo II, apdo. C, 7, hay medidas específicas relativas a las personas con MINUSVALIA. (Corrección de errores: BOE de 19/1/93).
BOB 29/12	El Ayuntamiento de GETXO publica los PRECIOS públicos por la prestación de SERVICIOS SOCIALES, SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.
BOB 29/12	El Ayuntamiento de SANTURTZI establece las TARIFAS de la AYUDA DOMICILIARIA.

BOG 29/12	El Ayuntamiento de RENTERIA regula el PRECIO público de la RESIDENCIA MUNICIPAL DE ANCIANOS.
BOE 30/12	Ley 39/1992, de 29 de diciembre, de PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO..
DOCM 30/12	Orden de 21 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regula el procedimiento para la inscripción en el REGISTRO DE ENTIDADES Y CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES de CASTILLA-LA MANCHA. (Corrección de errores: DOCM de 13/1/93).
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se convocan CURSOS DE DINAMIZACION Y GESTION DE ASOCIACIONES DE MUJERES.(Corrección de errores: DOCM de 13/1/93).
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, de convocatoria de CONVENIOS con CORPORACIONES LOCALES y ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO en materia de BIENESTAR SOCIAL para 1993.
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, de convocatoria de las AYUDAS DE INSERCIÓN del PLAN REGIONAL DE SOLIDARIDAD de Castilla-La Mancha, para 1993.
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social, de convocatoria de AYUDAS para la mejora de las condiciones del HOGAR en CASTILLA-LA MANCHA y para la adecuación de EDIFICIOS MUNICIPALES destinados a atender necesidades sociales en 1993. Entre las modalidades está la ELIMINACION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS.
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social, de convocatoria de las AYUDAS ordinarias y extraordinarias del PLAN REGIONAL DE SOLIDARIDAD EN CASTILLA-LA MANCHA para 1993.
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, de convocatoria de la AYUDA para la obtención del descuento del 50% en VIAJES INTERURBANOS para MAYORES DE 65 AÑOS Y JUBILADOS.
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se convocan AYUDAS para la realización de Programas de FORMACION PROFESIONAL Y OCUPACIONAL para MUJERES de CASTILLA-LA MANCHA.
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, de CONVOCATORIA a MUNICIPIOS DE MENOS DE 5.000 HABITANTES para la prestación de SERVICIOS SOCIALES GENERALES en 1993.
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se convocan AYUDAS para desarrollar la INICIATIVA EMPRESARIAL de las ALUMNAS DE ESCUELAS TALLER Y CASAS DE OFICIO de CASTILLA-LA MANCHA.
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social, de convocatoria de AYUDAS para la atención adecuada a MINUSVALIDOS, ANCIANOS y MENORES para su asistencia, integración, normalización e incremento de su calidad de vida en el ámbito de CASTILLA-LA MANCHA para 1993. (Corrección de errores: DOCM de 13/1/93).

DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se convocan SUBVENCIONES para apoyar el ASOCIACIONISMO FEMENINO y la participación de la MUJER en todos los ámbitos de la VIDA SOCIAL.
DOCM 30/12	Orden de 23 de diciembre de 1992, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, de convocatoria de SUBVENCIONES a ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS en materia de BIENESTAR SOCIAL para 1993. (Corrección de errores: DOCM de 13/1/93).
DOGC 30/12	Orden de 21 de diciembre de 1992, del Departamento de Enseñanza de la Generalitat de CATALUÑA, por la que se aprueban los importes de los MODULOS ECONOMICOS de los conceptos que integran los CONCIERTOS EDUCATIVOS en el nivel de EDUCACION ESPECIAL
DOGC 30/12	Decreto 314/1992, de 24 de noviembre, de establecimiento de AYUDAS para la ADQUISICION de VIVIENDAS ADAPTADAS o de fácil adaptación destinadas a personas con DISMINUCION, en CATALUÑA.
DOGC 30/12	Orden de 22 de diciembre de 1992, del Departamento de Benestar Social de CATALUÑA, de desarrollo del Decreto 254/1992, de 26 de octubre, de creación del PROGRAMA DE APOYO A LAS FAMILIAS CON UNA PERSONA MAYOR DISCAPACITADA.
BOB 30/12	El POLIDEPORTIVO SAKONETA del Ayuntamiento de LEIOA establece tarifas para la ACTIVIDAD DE EDUCACION ESPECIAL y de GIMNASIA PARA TERCERA EDAD.
BOB 30/12	El Ayuntamiento de BASAURI establece las CUOTAS de la RESIDENCIA DE ANCIANOS y las de EDUCACION FISICA DE TERCERA EDAD.
BOTHA 30/12	El Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ establece los PRECIOS públicos por estancia en RESIDENCIA DE TERCERA EDAD, por la prestación de Servicios de ASISTENCIA A DOMICILIO y del servicio de CENTRO DE DIA.
BOE 31/12	Real Decreto 1624/1992, de 29 de diciembre, por el que se aprueba el REGLAMENTO del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA).
BOB 31/12	El Ayuntamiento de PORTUGALETE establece las CUOTAS económicas de los servicios prestados por el DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL.
BOB 31/12	El Ayuntamiento de SESTAO establece la EXENCION en el pago del IMPUESTO SOBRE VEHICULOS DE TRACCION MECANICA a los coches de las personas con MINUSVALIA.
BOB 31/12	El Ayuntamiento de BUSTURIA establece la EXENCION en el pago del IMPUESTO SOBRE VEHICULOS DE TRACCION MECANICA a los coches de las personas con MINUSVALIA.
BOB 31/12	El Ayuntamiento de OROZKO aprueba inicialmente la ORDENANZA de AYUDAS a JUBILADOS, PENSIONISTAS Y PARADOS en el pago de determinadas TASAS municipales.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de ZEGAMA aprueba inicialmente la ORDENANZA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de DONOSTIA-SAN SEBASTIAN publica los PRECIOS públicos por el Servicio de RESIDENCIAS MUNICIPALES DE TERCERA EDAD.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de ARRASATE establece los PRECIOS de la RESIDENCIA ITURBIDE.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de HERNANI establece los PRECIOS de los Servicios del PATRONATO MUNICIPAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

BOG 31/12	El Ayuntamiento de IRUN publica los PRECIOS por los SERVICIOS SOCIALES.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de ZARAUZ publica los PRECIOS por la prestación del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de ZUMARRAGA establece los PRECIOS por estancias y asistencia en RESIDENCIAS DE ANCIANOS.
BOCyL 4/1/1993	Orden de 2 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a INSTITUCIONES, AGRUPACIONES DE PROFESIONALES o ASOCIACIONES sin fin de lucro, para la realización de CONGRESOS, SIMPOSIOS o REUNIONES CIENTIFICAS en materia de SALUD o SERVICIOS SOCIALES a celebrar en la Comunidad Autónoma en 1993.
BOCyL 4/1	Orden de 2 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a AYUNTAMIENTOS y ENTIDADES PRIVADAS sin ánimo de lucro para el desarrollo de programas en materia de DROGAS durante el año 1993.
BOCyL 4/1	Orden de 2 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de CASTILLA Y LEON, de convocatoria y establecimiento de normas reguladoras para la concesión de SUBVENCIONES a las DIPUTACIONES PROVINCIALES para el desarrollo de la reforma psiquiátrica y de programas de atención a DROGODEPENDIENTES para 1993.
BOCyL 4/1	Orden de 2 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a ENTIDADES LOCALES para la realización de INVERSIONES en materia de SERVICIOS SOCIALES.
BOCyL 4/1	Orden de 2 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a ENTIDADES PRIVADAS sin ánimo de lucro para la realización de INVERSIONES en materia de SERVICIOS SOCIALES.
BOCyL 4/1	Orden de 2 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a ENTIDADES LOCALES y ENTIDADES PRIVADAS sin ánimo de lucro para gastos de MANTENIMIENTO y realización de programas de ACTIVIDADES en materia de SERVICIOS SOCIALES.
DOGC 4/1	Orden de 22 de diciembre de 1992, del Departamento de Benestar Social de la Generalitat de CATALUÑA, de desarrollo del Decreto 288/1992, de 26 de octubre, de creación de programa de AYUDAS de apoyo a la ACOGIDA RESIDENCIAL para PERSONAS MAYORES.
BOG 5/1	Decreto Foral 106/1992, de 29 de diciembre, por el que se modifican las tarifas de los PRECIOS públicos exigibles por la prestación de servicios y actividades de los ALBERGUES y RESIDENCIAS de la Diputación Foral de GIPUZKOA.
BOG 5/1	El Ayuntamiento de ONATI publica los ESTATUTOS de la FUNDACION PUBLICA SAN MARTIN EGOITZA.
DOE 7/1	Decreto 134/1992, de 29 de diciembre, por el que se fijan las cuantías para el año 1993 de las AYUDAS para la INTEGRACION EN SITUACIONES DE EMERGENCIA SOCIAL en su modalidad ordinaria, en EXTREMADURA.

BOTHA 8/1	Decreto Foral 1062/1992, del Consejo de Diputados de ARABA de 15 de diciembre, por el que se aprueba un incremento de presupuesto de 1.194.466 pesetas en las obras de CONTRUCCION de un CENTRO OCUPACIONAL en el barrio de Adurza, en VITORIA-GASTEIZ.
BOC 11/1	Orden de 5 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de CANARIAS, por la que se regula el régimen de SUBVENCIONES en materia de DROGODEPENDENCIAS.
BOC 11/1	Orden de 5 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de CANARIAS, por la que se convoca a las CORPORACIONES LOCALES para la presentación de proyectos a financiar con cargo al PLAN CONCERTADO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES.
BOCM 11/1	Orden de 18 de diciembre de 1992, de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de MADRID, sobre las AYUDAS para transporte en TAXI a MINUSVALIDOS gravemente afectados en su movilidad.
BOTHA 11/1	CONVENIO COLECTIVO del INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL de ARABA.
BOE 12/1	Real Decreto-Ley 1/1993, de 8 de enero, sobre MEDIDAS URGENTES en materia de GASTOS DE PERSONAL y concesión de un suplemento de crédito por importe de 80.027 millones de pesetas. En la disposición adicional única fija la CUANTIA para 1993 del SUBSIDIO DE MOVILIDAD Y COMPENSACION POR GASTOS DE TRANSPORTE PARA MINUSVALIDOS. En el anexo V establece MODULOS ECONOMICOS para CENTROS CONCERTADOS DE EDUCACION ESPECIAL, entre otros.
BOPA 12/1	Decreto 82/1992, de 10 de diciembre, por el que se regula el régimen de acceso a los establecimientos RESIDENCIALES para ANCIANOS dependientes de la Administración del PRINCIPADO DE ASTURIAS y a plazas concertadas con otros establecimientos. (Corrección de errores: BOPA de 29/1).
BOG 12/1	Acuerdo, publicado en extracto, de la Diputación Foral de GIPUZKOA: Dejar sin efecto el CONVENIO suscrito con el Ayuntamiento de ZUMARRAGA en relación con la PREVENCIÓN de situaciones de EMERGENCIA SOCIAL de INFANCIA Y JUVENTUD.
BOG 12/1	El Ayuntamiento de ANDOAIN publica el REGLAMENTO de la GUARDERÍA MUNICIPAL. Se hace mención específica a los niños con DEFICIENCIAS.
BOG 12/1	El Ayuntamiento de ANDOAIN publica el PRESUPUESTO de la RESIDENCIA DE ANCIANOS SAN JUAN BAUTISTA.
BOG 12/1	En la relación de puestos de trabajo reservados a personal laboral de la PLANTILLA orgánica del Ayuntamiento de ANDOAIN, aparecen 1 plaza de ENCARGADA DE SERVICIOS SOCIALES y otra de ASISTENTE SOCIAL.
BOE 13/1	Real Decreto 6/1993, de 8 de enero, sobre REVALORIZACION de PENSIONES del sistema de la SEGURIDAD SOCIAL y de otras PRESTACIONES DE PROTECCION SOCIAL PUBLICA para 1993. (Corrección de errores: BOE de 30/1).
BOPV 13/1	Resolución de la Directora del INSTITUTO VASCO DE LA MUJER, por la que se resuelve la concesión de los PREMIOS EMAKUNDE 1992.
DOCM 13/1	Resolución de 2 de enero de 1993, de la Consejería de Presidencia de la Junta de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se convocan AYUDAS con cargo al FONDO DE ACCION ESPECIAL

BOTHA 13/1	Decreto Foral 1066/1992, del Consejo de Diputados de ARABA de 22 de diciembre, por la que se contrae la cantidad de 79.170.000 pesetas de PARTIDA PRESUPUESTARIA como aportación al FONDO DE SOLIDARIDAD para la financiación de proyectos de desarrollo a países del TERCER MUNDO.
BOE 15/1	Orden de 30 de diciembre de 1992, del M.º DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se convoca la participación en el PROGRAMA JOVENES COOPERANTES para el año 1993.
DOCM 15/1	Orden de 12 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se crea la COMISION TECNICA DE COORDINACION del PLAN REGIONAL DE DROGAS.
DOCM 15/1	Orden de 13 de enero de 1993, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 23 de diciembre de 1992, de la convocatoria de AYUDAS ordinarias y extraordinarias del PLAN REGIONAL DE SOLIDARIDAD en CASTILLA-LA MANCHA para 1993.
DOGV 15/1	Decreto 233/1992, de 28 de diciembre, sobre AUTORIZACION para el funcionamiento de CENTROS Y SERVICIOS de atención y prevención de DROGODEPENDENCIAS, en la Comunidad VALENCIANA.
BOB 15/1	El Ayuntamiento de BERMEO publica el PRESUPUESTO del PATRONATO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
BOTHA 15/1	Edicto del Ayuntamiento de LANCIEGO relativo a la adquisición de un inmueble para su utilización como HOGAR DE JUBLILADOS Y PENSIONISTAS.
BON 15/1/93	Decreto Foral 417/1992, de 14 de diciembre, por el que se establecen los DERECHOS Y DEBERES DE LOS ALUMNOS de centros de niveles no universitarios en NAVARRA. Se especifica la NO DISCRIMINACION por razón de, entre otras, RAZA, SEXO, CAPACIDAD ECONOMICA y DEFICIENCIAS FISICAS O PSIQUICAS. (Corrección de errores: BON de 22/2/93).
BOJA 16/1	Orden de 4 de enero de 1993, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se establecen las normas reguladoras de la concesión de SUBVENCIONES del INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER, para ASOCIACIONES de MUJERES y CORPORACIONES LOCALES.
BOJA 16/1	Orden de 4 de enero de 1993, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se regula la convocatoria de AYUDAS públicas correspondientes al INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES para 1993.
BOE 16/1	Orden de 29 de diciembre de 1992, del M.º DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad al ACUERDO de la CONFERENCIA SECTORIAL DE ASUNTOS SOCIALES sobre participación en el COMITE NACIONAL de coordinación de las acciones para el AÑO EUROPEO DE LAS PERSONAS MAYORES Y DE LA SOLIDARIDAD ENTRE GENERACIONES (1993).
BOE 16/1	Real Decreto 44/1993 de 15 de enero, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 1993.
BON 18/1	Decreto Foral 416/1992, de 14 de diciembre, por el que se aprueba el REGLAMENTO de normas sobre CONCIERTOS EDUCATIVOS en NAVARRA.
DOGC 18/1	Orden de 21 de diciembre de 1992, del Departamento de Benestar Social de la Generalitat de CATALUÑA, por la que se modifica la Orden de 19 de agosto de 1986, de normas sobre los MODELOS Y CARACTERISTICAS de la TARJETA DE APARCAMIENTO para los VEHICULOS que lleven personas con DISMINUCION.

BOE 20/1	Orden de 18 de enero de 1993 por la que se desarrollan normas de cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía Salarial y Formación Profesional, contenidas en la Ley 39/1992, de 29 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para 1993.
BOCM 20/1	Orden de 12 de enero de 1993, de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de MADRID, por la que se regula la concesión de AYUDAS INDIVIDUALES para el ACOGIMIENTO FAMILIAR DE ANCIANOS.
DOGC 20/1	Resolución de 4 de enero de 1993, del Departamento de Treball de la Generalitat de CATALUÑA, por la que se ordena la inscripción y publicación del CONVENIO COLECTIVO de trabajo de TALLERES PARA DISMINUIDOS PSIQUICOS de Cataluña.
BOB 21/1	Edicto del Ayuntamiento de LEMOA relativo a un proyecto para HOGAR DE JUBILADOS.
DOCM 22/1	Orden de 20 de enero de 1993, de la Consejería de Sanidad de CASTILLA-LA MANCHA, sobre AUTORIZACIONES administrativas de CENTROS SANITARIOS de atención a DROGODEPENDENCIAS.
DOGC 22/1	Resolución de 11 de enero de 1993, del Departamento de Treball de la Generalitat de CATALUÑA, sobre modificaciones del IV CONVENIO COLECTIVO para ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL en lo referente a las tablas salariales.
BOG 22/1	El Ayuntamiento de EIBAR publica la modificación de crédito del PRESUPUESTO de la FUNDACION PUBLICA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA.
BOG 22/1	Anuncio del Ayuntamiento de TOLOSA relativo a la ADJUDICACION del Servicio de ASISTENCIA DOMICILIARIA.
BOTHA 25/1	Norma Foral 52/1992, de 18 de diciembre, de ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO Y REGIMEN JURIDICO de la DIPUTACION FORAL DE ARABA.
BOLR 26/1	CONVENIO de colaboración entre la COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA y el CENTRO DE SOLIDARIDAD DE LA RIOJA para realizar actividades de RECUPERACION Y APOYO EN FAMILIAS afectadas por el problema de la DROGADICCION.
BOLR 26/1	CONVENIO de colaboración entre el M.º DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de LA RIOJA para el desarrollo de proyectos relacionados con el programa de CREACION DE PLAZAS RESIDENCIALES DE PLAN GERONTOLOGICO.
BOLR 26/1	CONVENIO de colaboración entre el M.º DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de LA RIOJA para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS DE ASISTENCIA a la PRIMERA INFANCIA (0-3 años).
BOLR 26/1	CONVENIO de colaboración entre el M.º DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de LA RIOJA para la realización de programas experimentales de PREVENCION en situaciones de riesgo y TRATAMIENTO DE FAMILIAS en cuyo seno se producen MALOS TRATOS.

BOLR 26/1	PROTOCOLO ADICIONAL por el que se determinan las APORTACIONES ECONOMICAS de las partes y se incorporan los PROYECTOS SELECCIONADOS, en ambos casos con referencia a 1992, como anexos al CONVENIO sobre prórroga del convenio programa para el desarrollo de PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES DE CORPORACIONES LOCALES, suscrito entre el M.º DE ASUNTOS SOCIALES y el Gobierno de la Comunidad Autónoma de LA RIOJA.
DOG 26/1	Orden de 18 de enero de 1993, de la Consellería de Educación de la Xunta de GALICIA, por la que se dictan normas para la aplicación de CONCIERTO EDUCATIVOS a partir del curso 1993-94.
DOGC 27/1	Orden de 19 de enero de 1993, de convocatoria para la concesión de SUBVENCIONES a la iniciativa social y a las personas naturales, a los programas y ayudas del Departamento de Benestar Social de la Generalitat de CATALUÑA en materia de SERVICIOS SOCIALES.
DOGC 27/1	Orden de 20 de enero de 1993, de convocatoria para la concesión de SUBVENCIONES a AYUNTAMIENTOS DE MENOS DE 20.000 HABITANTES, para los programas del Departamento de Benestar Social de la Generalitat de CATALUÑA en materia de SERVICIOS SOCIALES, formación de adultos y fomento del VOLUNTARIADO.
BOB 27/1	La MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS URIBE KOSTA publica el BAREMO de AYUDA A DOMICILIO.
DOG 28/1	Orden de 19 de enero de 1993, de la Consellería de Trabajo y Servicios Sociales de la Xunta de GALICIA, por la que se regula el establecimiento de CONVENIOS de colaboración para el MANTENIMIENTO de CENTROS DE MINUSVALIDOS PSIQUICOS dependientes de INSTITUCIONES DE INICIATIVA SOCIAL
BOG 28/1	El Ayuntamiento de DONOSTIA-SAN SEBASTIAN crea las siguientes plazas: Una de TECNICO SUPERIOR DEL AREA SOCIAL y dos de TECNICO MEDIO DE TRABAJO SOCIAL. A su vez crea los siguientes puestos de trabajo: RESPONSABLE DE PROMOCION SOCIAL Y DESARROLLO COMUNITARIO, RESPONSABLE DE FAMILIA Y CONVIVENCIA, TECNICO DE PREVENCION E INSERCIÓN SOCIAL, TECNICO SUPERIOR DE DROGODEPENDENCIAS, TECNICO MEDIO DE DROGODEPENDENCIAS y TECNICO MEDIO DE FAMILIA Y CONVIVENCIA.
BOB 29/1	El Ayuntamiento de MUNGIA establece la EXENCION en el IMPUESTO SOBRE VEHICULOS DE TRACCION MECANICA a los coches de personas con MINUSVALIA.
BOE 30/1/93	Orden de 28 de enero de 1993, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se convocan AYUDAS Y SUBVENCIONES para la realización de PROGRAMAS DE COOPERACION Y VOLUNTARIADO SOCIALES con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de la Personas Físicas (IRPF). (Corrección de errores mediante Orden de 2 de febrero de 1993, publicada en el BOE de 5/2/ 93)

BIBLIO- GRAFIA

ANCIANOS

ABANTO, J.J., Y OTROS. «VALORACION DE LOS RESIDENTES Y LAS RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD, DE LOS DISTRITOS MUNICIPALES X Y XI DE ZARAGOZA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 3, 1992, págs. 141-146, Biblio. R.355

ANCIANOS, RESIDENCIAS, EVALUACION, AUTONOMIA PERSONAL, EVALUACION DE SERVICIOS, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, RESULTADOS, AUTONOMIAS.

AIZPURUA, M. «REFLEXIONES EN TORNO A ALGUNOS ASPECTOS DE LA ADMISION EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS». *ZERBITZUAN*, 20-21, 1992, págs. 74-79, Biblio. R.721

ANCIANOS, RESIDENCIAS, ADMISION, PROCEDIMIENTO, BAREMOS, TEORIA.

ALFARO, M.J. «IMPORTANCIA DE LA INDIVIDUALIZACION EN EL TRATAMIENTO DEL ANCIANO DIABETICO». *GERIATRIKA*, 7, 8, 1991, págs. 54-63, Biblio. R.408

ANCIANOS, DIABETES, TRATAMIENTO.

ANIA, B.J., SUAREZ, J.L. «DETERMINANTES SOCIOLOGICOS DE SUPERVIVENCIA EN UNA RESIDENCIA MIXTA DE PENSIONISTAS». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 5, 1992, págs. 283-288, Biblio. R.355

ANCIANOS, RESIDENCIAS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, LONGEVIDAD, FACTORES SOCIALES, DATOS EPIDEMIOLOGICOS.

ARANGUREN, J.L. *LA VEJEZ COMO AUTOREALIZACION PERSONAL Y SOCIAL. SERIE DOCUMENTOS TECNICOS*. MADRID, INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, 1992, 90 págs. Biblio. Rlb.14

ANCIANOS, ENVEJECIMIENTO, PSICOLOGIA, SEXUALIDAD, MORAL, OCIO, ACTITUDES SOCIALES, TEORIA.

ARRIETA, R., Y OTROS. «INFLUENCIA DE LA CONDICION SOCIOECONOMICA DE LOS ANCIANOS DE UNA COMUNIDAD URBANA Y LA ESCOLARIDAD FORMAL DE SUS HIJOS». *GERIATRIKA*, 8, 10, 1992, págs. 66-69, Biblio. R.408

ANCIANOS, ESTATUS SOCIOECONOMICO, HIJOS, ESCOLARIZACION, FACTORES SOCIALES.

BARRESI, C.M., Y OTROS. «SATISFACCION CON LOS SERVICIOS ENTRE LOS ANCIANOS CUBANOS DE AREAS URBANAS EN FLORIDA». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 2, 2, 1992, págs. 106-114, Biblio. R.904

ANCIANOS, NECESIDADES, SATISFACCION, USA.

BAZO, M.T. «PERSONAS ANCIANAS EN RESIDENCIAS: ESTUDIO SOCIOLOGICO DE LA RELACION ENTRE SALUD E INSTITUCIONALIZACION». *ZERBITZUAN*, 18-19, 1992, págs. 28-31, Biblio. R.721

ANCIANOS, RESIDENCIAS, INSTITUCIONALIZACION, SALUD, CALIDAD DE VIDA.

BAZO, M.T. «EL ESTATUS FAMILIAR Y LA SALUD, ELEMENTOS CLAVE EN LA INSTITUCIONALIZACION DE LAS PERSONAS ANCIANAS (SEGUNDA PARTE)». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 2, 1991, págs. 86-96, Biblio. R.904

ANCIANOS, SALUD, SITUACION FAMILIAR, PROBLEMAS FAMILIARES, APOYO SOCIAL, INTERVENCION INFORMAL, ADMISION, INSTITUCIONALIZACION

BAZTAN, J.J., GUILLEN, F. «CONSIDERACIONES COSTE-EFICACIA DE LAS UNIDADES GERIATRICAS DE HOSPITALIZACION EN HOSPITALES GENERALES». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1, 1992, págs. 5-9, Biblio. R.355

ANCIANOS, SERVICIOS DE SALUD, SERVICIOS DE URGENCIA, HOSPITAL, UTILIZACION DE SERVICIOS, ANALISIS COSTE-EFICACIA.

BETES DE TORO, M., ALSASUA DEL VALLE, A. «ANSIOLITICOS EN EL ANCIANO». *GERIATRIKA*, 7, 10, 1991, págs. 62-69, Biblio. R.408

ANCIANOS, MEDICINA, ANSIEDAD, DIAGNOSTICO, FARMACOS, MADRID.

BLAKESLEE, J.A., Y OTROS. «TRANSICION HACIA UNA ASISTENCIA SIN SUJECIONES». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 2, 1991, págs. 111-116, Biblio. R.904

ANCIANOS, RESIDENCIAS, ACTITUDES PERSONAL, DERECHOS, PRACTICA, EVOLUCION.

BLANCO, A. «LA MUERTE EN EL ANCIANO». *GERIATRIKA*, 8, 10, 1992, págs. 15-28, Biblio. R.408

ANCIANOS, MUERTE, ACTITUDES SOCIALES, PSICOLOGIA.

CABALLERO, J.C. «ENFERMERIA PSICOGERIATRICA EN ESPAÑA». *ZERBITZUAN*, 18-19, 1992, págs. 41-44, Biblio. R.721

ANCIANOS, SALUD MENTAL, PSICOGERIATRIA, ENFERMERA, NORMATIVA, ESPAÑA.

CAMPS, M. «DE LA NADA A LA ATENCION DE LA VEJEZ EN EL MUNDO RURAL». *REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLITICA SOCIAL*, 24, 1991, págs. 7-14, Biblio. R.666

ANCIANOS, POLITICA SOCIAL, POLITICA DE LA VEJEZ, MEDIO RURAL, PLAN GERONTOLOGICO, AUTONOMIAS

CASTELLS, M., ORTIZ, L.P. *ANALISIS DE LAS POLITICAS DE VEJEZ EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO EUROPEO*. MADRID, INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, 1992, 111 págs. Biblio. Rlg.128

ANCIANOS, POLITICA SOCIAL, POLITICA DE LA VEJEZ, ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO, GASTO SOCIAL, PROTECCION SOCIAL, PENSIONES, PREJUBILACION, VIVIENDA, POLITICA DE VIVIENDA, ACCESIBILIDAD, ADAPTACION DEL MEDIO, PARTICIPACION FAMILIAR, CUIDADOR INFORMAL, SERVICIOS DE APOYO, ACOGIMIENTO FAMILIAR, SOLUCIONES REDIDENCIALES, RESIDENCIAS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, SERVICIOS ALTERNATIVOS, VIVIENDA ASISTIDA, CARACTERISTICAS SISTEMA, ESTADISTICAS DE POBLACION, RECOMENDACIONES, ESPAÑA

CASTRO, A.DE. «ANIMACION COMUNITARIA DE LA TERCERA EDAD (HISTORIA DE UNA EXPERIENCIA Y NUEVOS PROYECTOS)». *REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLITICA SOCIAL*, 24, 1991, págs. 99-115, Biblio. R.666

ANCIANOS, OCIO, PLANES DE ACCION SOCIAL, ANIMACION SOCIOCULTURAL, ACTIVIDADES RECREATIVAS, ACCION COMUNITARIA, AUTONOMIAS, EXPERIENCIAS

CELMA, F., Y OTROS. «LA ALIMENTACION EN EL ANCIANO: ANALISIS CUALITATIVO DE LA ALIMENTACION OFERTADA EN UNA RESIDENCIA GERIATRICA». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 2, 2, 1992, págs. 102-105, Biblio. R.904

ANCIANOS, RESIDENCIAS, NUTRICION, DIETA, EVALUACION DE SERVICIOS

CHALLIS, D., Y OTROS. «EVALUACION DE UNA ALTERNATIVA AL HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA PARA PACIENTES ANCIANOS DEBILES: I. EL MODELO DE ASISTENCIA». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 3-4, 1991, págs. 182-190, Biblio. R.904

ANCIANOS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, ENFOQUE MULTIPROFESIONAL, EVALUACION DE SERVICIOS, REINO UNIDO

CHALLIS, D., Y OTROS. «EVALUACION DE UNA ALTERNATIVA AL HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA PARA PACIENTES ANCIANOS DEBILES: II. COSTES Y EFICACIA». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 3-4, 1991, págs. 191-199, Biblio. R.904

ANCIANOS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, HOSPITAL, COSTE, ESTUDIO COMPARATIVO, REINO UNIDO

CIFUENTES, R., Y OTROS. «LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LOS RECURSOS HUMANOS EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1-SUP., 1992, págs. 27-30, Biblio. R.355

ANCIANOS, RESIDENCIAS, PERSONAL, RECURSOS HUMANOS, CALIDAD DE LA ATENCION, REUNIONES, ESPAÑA

CLEMENT, S., Y OTROS. «PAPEL DE LA FAMILIA EN LA ATENCION DOMICILIARIA DE LOS ANCIANOS CON INCAPACIDAD». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 2, 2, 1992, págs. 86-93, Biblio. R.904

ANCIANOS, DEPENDIENTES, INTERVENCION INFORMAL, CUIDADOR INFORMAL, ASISTENCIA DOMICILIARIA

COMUNIDAD EUROPEA. «DECISION DEL CONSEJO DE 24 DE JUNIO DE 1992 RELATIVA A LA ORGANIZACION DEL AÑO EUROPEO DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y DE LA SOLIDARIDAD ENTRE LAS GENERACIONES (1993) (92/440/CEE)». *DOSSIER ASUNTOS SOCIALES*, SEPT., 1992, págs. 38-40, Biblio. R.959

ANCIANOS, SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL, INFORMACION, CAMPAÑAS, RECOMENDACIONES, LEY, COMUNIDAD EUROPEA

COMUNIDAD EUROPEA. «PROPUESTA DE DECISION DEL CONSEJO RELATIVA A LA ORGANIZACION DEL AÑO EUROPEO DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y DE LA SOLIDARIDAD ENTRE LAS GENERACIONES (1993) (92/C 25/06)». *DIARIO OFICIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS*, C 25, 1992, págs. 5-8, Biblio. R.é FOL. 10

ANCIANOS, SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL, INFORMACION, CAMPAÑAS, RECOMENDACIONES, LEY, COMUNIDAD EUROPEA

COMUNIDAD EUROPEA. «DICTAMEN SOBRE LA PROPUESTA DE DECISION DEL

CONSEJO RELATIVA A LA ORGANIZACION DEL AÑO EUROPEO DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y DE LA SOLIDARIDAD ENTRE LAS GENERACIONES, 1993 (92/C 169/16)». *DIARIO OFICIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS*, C 169, 1992, págs. 49-51, Biblio. RleFOL. 11

ANCIANOS, SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL, INFORMACION, CAMPAÑAS, RECOMENDACIONES, LEY, COMUNIDAD EU-

CORUJO, E.I., Y OTROS. «HOSPITAL DE DIA GERIATRICO: ESTUDIO ASISTENCIAL». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 4, 1992, págs. 232-236, Biblio. R.355

ANCIANOS, HOSPITAL DE DIA, RECURSOS HUMANOS, DATOS ESTADISTICOS, UTILIZACION DE SERVICIOS

DISERT, D.LE, Y OTROS. «LA CAPACIDAD DE APRONTAMIENTO A ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA EN UNA POBLACION DE EDAD MUY AVANZADA». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 3-4, 1991, págs. 171-181, Biblio. R.904

ANCIANOS, PSICOLOGIA, ADAPTACION PERSONAL, ANSIEDAD, SOCIABILIDAD, CLASE SOCIAL, ENCUESTAS, FRANCIA

ESTIVILL-SANCHO, E., Y OTROS. «HABITOS DE SUEÑO EN EL CENTRO GERIATRICO MUNICIPAL DE BARCELONA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 3, 1992, págs. 147-153, Biblio. R.355

ANCIANOS, RESIDENCIAS, SUEÑO, EVALUACION

FERNANDEZ, L., Y OTROS. «HABITOS NUTRICIONALES Y PRESENCIA DE FERROPENIA EN ANCIANOS DE LA CIUDAD DE SEVILLA (ESPAÑA)». *GERIATRIKA*, 8, 4, 1992, págs. 20-26, Biblio. R.408

ANCIANOS, MEDICINA, ANEMIA, MALNUTRICION, DATOS ESTADISTICOS, AUTONOMIAS

FERNANDEZ, M. «DERECHOS Y LIBERTADES DEL ANCIANO EN LAS RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1-SUP., 1992, págs. 39-48, Biblio. R.355

ANCIANOS, LEY, RESIDENCIAS, DERECHOS, REUNIONES, ESPAÑA

FERNOW, N. «LA ASISTENCIA SUECA A LA TERCERA EDAD, EN TRANSFORMACION». *ACTUALIDADES DE SUECIA*, 392, 1992, págs. 5, Biblio. R.499

ANCIANOS, PROTECCION SOCIAL, SEGURIDAD SOCIAL, ATENCION SANITARIA, SERVICIOS SOCIALES, ORGANIZACION DE SERVICIOS, ORGANIZACION Y GESTION, REFORMA, SUECIA

FLOREZ-TASCON, F.J., Y OTROS. «MARCADORES EN LA ENFERMEDAD DE ALZ-

HEIMER». *GERIATRIKA*, 8, 10, 1992, págs. 45-48, Biblio. R.408

ANCIANOS, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, INDICADOR DE SALUD, FACTOR DE RIESGO

FRIAS, R., KAUFMANN, A. «ANALISIS INSTITUCIONAL DE LA ATENCION A LOS ANCIANOS EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 2, 1, 1992, págs. 30-36, Biblio. R.904

ANCIANOS, RESIDENCIAS, PERSONAL, ECOLOGIA SOCIAL, FORMA DE VIDA, EVALUACION DE SERVICIOS, CARACTERISTICAS SERVICIO, MADRID

GALVE, M., Y OTROS. «LA ANIMACION DE LOS MAYORES». *DOCUMENTACION SOCIAL*, 86, 1992, págs. 338, Biblio. R.576

ANCIANOS, PSICOLOGIA, PREJUBILACION, ANIMACION SOCIOCULTURAL, VOLUNTARIADO, MEDIO RURAL, MEDIO URBANO, ACTIVIDADES SOCIO-CULTURALES, ACTIVIDADES RECREATIVAS, FORMACION DE PERSONAL, EXPERIENCIAS

GAMBOA, B., Y OTROS. «OSTEOMIELITIS HEMATOGENA VERTEBRAL EN EL ANCIANO: A PROPOSITO DE DOS CASOS CLINICOS». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 2, 1, 1992, págs. 53-56, Biblio. R.904

ANCIANOS, OSTEOPATIAS, CLASIFICACION, DIAGNOSTICO, CAUSISTICA, ARAGON

GARCIA, E. «MORBILIDAD, MORTALIDAD Y MEDICACIONES EN UNA RESIDENCIA MIXTA DE ANCIANOS». *GERIATRIKA*, 8, 2, 1992, págs. 41-49, Biblio. R.408

ANCIANOS, MORTALIDAD, MORBILIDAD, FARMACOS, RESIDENCIAS MIXTAS, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, GALICIA

GARCIA, J., Y OTROS. «EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO». *REVISTA DE SERVEIS SOCIALS*, 17, 1991, págs. 53, Biblio. R.503

ANCIANOS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, CARACTERISTICAS SERVICIO, PERSONAL, PERFIL PROFESIONAL, AUTONOMIAS

GOMEZ, G., Y OTROS. «EL DELIRIUM EN EL ANCIANO. PERSPECTIVA PSIQUIATRICA». *GERIATRIKA*, 8, 2, 1992, págs. 29-37, Biblio. R.408

ANCIANOS, DETERIORO MENTAL, ANTECEDENTES, ETIOLOGIA, TRATAMIENTO, HOSPITAL, UTILIZACION DE SERVICIOS, MADRID

GONZALEZ, J.I., Y OTROS. «VALIDACION DEL CUESTIONARIO DE PFEIFFER Y LA ESCALA DE INCAPACIDAD MENTAL DE LA CRUZ ROJA EN LA DETECCION DEL DETERIORO MENTAL EN LOS PACIENTES EXTERNOS DE UN SERVICIO DE GERIATRIA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 3, 1992, págs. 129-133, Biblio. R.355

ANCIANOS, DETERIORO MENTAL, EVALUACION, ESCALAS

GUIJARRO, J., Y OTROS. «ESTUDIO LONGITUDINAL COMPARATIVO DE DEMENCIA EN EL MEDIO RESIDENCIAL GERIATRICO: 2. FACTORES SOCIALES». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 5, 1992, págs. 273-282, Biblio. R.355

ANCIANOS, DEMENCIA SENIL, RESIDENCIAS, MEDIO FAMILIAR, FACTOR DE RIESGO, FACTORES SOCIALES, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, ESTUDIO COMPARATIVO

GUIJARRO, J.L., Y OTROS. «ESTUDIO LONGITUDINAL COMPARATIVO DE DEMENCIA EN EL MEDIO DOMICILIARIO Y EN UN CENTRO RESIDENCIAL GERIATRICO: 1. INCIDENCIA, ENFERMEDADES, INVALIDEZ Y MORTALIDAD». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 4, 1992, págs. 205-214, Biblio. R.355

ANCIANOS, DEMENCIA SENIL, AUTONOMIA PERSONAL, MORTALIDAD, RESIDENCIAS MIXTAS, MEDIO FAMILIAR, ESTUDIO COMPARATIVO, NAVARRA

HERRERO, R., Y OTROS. «HIPOTERMIA: FUNDAMENTOS PARA UNA EXPERIENCIA SENIL DE LA MUERTE». *GERIATRIKA*, 8, 2, 1992, págs. 21-25, Biblio. R.408

ANCIANOS, POBREZA, ESTATUS SOCIOECONOMICO, MEDIO DESFAVORECIDO, TEMPERATURA, CONDUCTA, BIZKAIA

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. *LA AYUDA A DOMICILIO COMO ALTERNATIVA AL INTERNAMIENTO EN CENTROS RESIDENCIALES*. MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1992, 224 págs. Biblio. Rln.304

ANCIANOS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, SERVICIOS DE APOYO, ESTUDIO DE NECESIDADES, ESTUDIO PROSPECTIVO, RESULTADOS, PROPUESTAS, RECOMENDACIONES, ESPAÑA

JUSTEL, M. «EDAD Y CULTURA POLITICA». *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, 58, 1992, págs. 57-96, Biblio. R.785

ANCIANOS, POLITICA, PARTICIPACION POLITICA, PERSONALIDAD

LEAL, F. «ASPECTOS PSICODINAMICOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA MUJER». *GERIATRIKA*, 8, 10, 1992, págs. 56-61, Biblio. R.408

ANCIANOS, MUJER, ENVEJECIMIENTO, ADAPTACION PERSONAL

LEON, V., Y OTROS. «CONTACTOS SOCIALES Y DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 2, 1991, págs. 105-110, Biblio. R.904

ANCIANOS, APOYO SOCIAL, DETERIORO MENTAL, EVALUACION

LETURIA, F.J., YANGUAS, J.J. «APOYO SOCIAL EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS:

ENFOQUE TEORICO, DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE INTERVENCION». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 2, 2, 1992, págs. 95-101, Biblio. R.904

ANCIANOS, RESIDENCIAS, APOYO SOCIAL, PROGRAMAS DE PREVENCION, INTERVENCION SOCIAL

LOKK, J., Y OTROS. «MAYOR AUTONOMIA PARA PACIENTES DE UNA UNIDAD EXPERIMENTAL DE ASISTENCIA GERIATRICA DE DIA». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 3-4, 1991, págs. 162-170, Biblio. R.904

ANCIANOS, CENTROS DE DIA, REHABILITACION, AUTONOMIA PERSONAL, PROGRAMAS Y METODOS, SUECIA

LOKK, J., Y OTROS. «IMPACTO DE UN PROGRAMA EXPERIMENTAL SOBRE EL COMPORTAMIENTO Y LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE ATENCION DE DIA PARA INCAPACITADOS CRONICOS». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 2, 1, 1992, págs. 24-29, Biblio. R.904

ANCIANOS, ENFERMEDADES CRONICAS, CENTROS DE DIA, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, CONDUCTA, EVALUACION PSICOLOGICA, SUECIA

LOPEZ, J.J. «CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO EN EL MUNICIPIO DE MADRID». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1, 1992, págs. 35-41, Biblio. R.355

ANCIANOS, DEMOGRAFIA, ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO, MORTALIDAD, FECUNDIDAD, MIGRACION, MADRID

MARFIL, P.J. «REQUISITOS MINIMOS PARA CENTROS RESIDENCIALES DE LA TERCERA EDAD». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1-SUP., 1992, págs. 19-26, Biblio. R.355

ANCIANOS, RESIDENCIAS, RECURSOS, NORMATIVA, AUTONOMIAS, REUNIONES, ESPAÑA

MAS, M., GARATE, M.C. «CONDICIONES FISICO-ARQUITECTONICAS. AMBIENTE Y CALIDAD DE VIDA EN LAS RESIDENCIAS PARA ANCIANOS». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 2, 1991, págs. 80-85, Biblio. R.904

ANCIANOS, RESIDENCIAS, MEDIO FISICO, DISEÑO, CARACTERISTICAS SERVICIO, CALIDAD DE VIDA, RECOMENDACIONES, AUTONOMIAS

MERINO, M.C., Y OTROS. «SITUACION SOCIOAFECTIVA DE UN COLECTIVO DE JUBILADOS». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 4, 1992, págs. 243-247, Biblio. R.355

ANCIANOS, JUBILACION, CALIDAD DE VIDA, PSICOLOGIA, ENCUESTAS, MADRID

MIRANDA, E.E., AVELLANA, J.A. «ESTUDIO PROSPECTIVO DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN EL PACIENTE GERIATRICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1, 1992, págs. 11-14, Biblio. R.355

ANCIANOS, FARMACOS, CONSUMO, POST-HOSPITALIZACION, AUTONOMIA PERSONAL

MONTORIO, I. «ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: UN INSTRUMENTO DE EVALUACION». *GERIATRIKA*, 8, 2, 1992, págs. 65-70, Biblio. R.408

ANCIANOS, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, RESIDENCIAS ASISTIDAS, RESIDENCIAS MIXTAS, EVALUACION, CUESTIONARIOS, MADRID

MORAGAS, R. «EXPERIENCIAS EN PREPARACION PARA LA IUBILACION EN LA CEE: OBSTACULOS Y ACCIONES». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 2, 1991, págs. 117-123, Biblio. R.904

ANCIANOS, PREJUBILACION, JUBILACION, PLANES DE TRANSICION, COMUNIDAD EUROPEA

NEHAMA, R. «LOS ANCIANOS TERRIBLES DE LA PSIQUIATRIA». *GERIATRIKA*, 7, 8, 1991, págs. 65-69, Biblio. R.408

ANCIANOS, PERSONALIDAD, PSIQUIATRIA, CASUISTICA

O'NEILL, D. «MEDICOS, CONDUCTORES ANCIANOS Y DEMENCIA». *LANCET, THE*, 20, 5, 1992, págs. 300-303, Biblio. R.484

ANCIANOS, PREVENCION, SEGURIDAD VIAL, DEMENCIA SENIL

OCHOA, E., Y OTROS. «EVOLUCION DE LA DEPRESION EN ANCIANOS TRATADOS EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRIA HOSPITALARIA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1, 1992, págs. 24-27, Biblio. R.355

ANCIANOS, DEPRESION, EVALUACION, TRATAMIENTO

ORDONEZ, P., JUAN, S. «VALORACION DEL GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL». *GERIATRIKA*, 7, 10, 1991, págs. 26-41, Biblio. R.408

ANCIANOS, ANSIEDAD, HOSPITAL, EVALUACION, FACTOR DE RIESGO, ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO, PROGRAMAS Y METODOS, ANTECEDENTES, TRATAMIENTO, MADRID

PADIERNA, J.A. «LA ATENCION PSIQUIATRICA A LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS SOCIALES». *ZERBITZUAN*, 18-19, 1992, págs. 19-27, Biblio. R.721

ANCIANOS, RESIDENCIAS, ENFERMEDADES MENTALES, PROBLEMAS PSIQUIATRICOS, ATENCION PSIQUIATRICA

PANIAGUA, A. «CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA DE LA TERCERA EDAD EN EL MUNICIPIO DE MADRID». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 3, 1992, págs. 181-186, Biblio. R.355

ANCIANOS, FORMA DE VIDA, POBREZA, ESTADISTICAS DE POBLACION, MADRID

PASTOR, E. «OSTEOPOROSIS: FISIOPATOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO (I)». *GERIATRIKA*, 8, 4, 1992, págs. 49-57, Biblio. R.408

ANCIANOS, MEDICINA, OSTEOPOROSIS, FISILOGIA, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, CONCEPTO, TIPOLOGIA, FACTOR DE RIESGO

PEÑAS, E. «ANALISIS DEL PROGRAMA DE FAMILIAS DE ACOGIDA CON PERSONAS MAYORES». *ZERBITZUAN*, 20-21, 1992, págs. 56-61, Biblio. R.721

ANCIANOS, ACOGIMIENTO FAMILIAR, SEGUIMIENTO, RESULTADOS, ENCUESTAS

PINEDA, R. «CRITICA DEL MODELO ASISTENCIAL». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1-SUP., 1992, págs. 7-12, Biblio. R.355

ANCIANOS, RESIDENCIAS, SECTOR PUBLICO, SECTOR PRIVADO, CRITICA, REUNIONES, ESPAÑA

PLANS, P. «INSPECCION Y CONTROL DE CALIDAD». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 21, 1-SUP., 1992, págs. 31-35, Biblio. R.355

ANCIANOS, RESIDENCIAS, CONTROL, CALIDAD DE LA ATENCION, REGISTRO

REUSS, J.M. «RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD BRITANICA DE GERIATRIA PARA UNA BUENA CALIDAD ASISTENCIAL EN RESIDENCIAS E INSTITUCIONES DE LARGA ESTANCIA DE ANCIANOS». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1-SUP., 1992, págs. 53-57, Biblio. R.355

RESIDENCIAS ASISTIDAS, ANCIANOS, RECOMENDACIONES, AUTONOMIA PERSONAL, PREVENCION, REINO UNIDO

RODRIGUEZ, P. «PERFIL SOCIOLOGICO Y PARTICIPACION DE LA MUJER MAYOR EN ESPAÑA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 3, 1992, págs. 175-180, Biblio. R.355

ANCIANOS, MUJER, FORMA DE VIDA, CARACTERISTICAS POBLACION, ESPAÑA

RUIPEREZ, I. «POR UN MODELO ASISTENCIAL EN GERIATRIA. ESTRATEGIAS A SEGUIR». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1, 1992, págs. 42-45, Biblio. R.355

ANCIANOS, ATENCION GERIATRICA, SERVICIOS GERIATRICOS, RED DE SERVICIOS, ESPAÑA

RUIPEREZ, I., Y OTROS. «EL DOMICILIO DEL PACIENTE GERIATRICO, PUNTO DE ENCUENTRO DE LA ASISTENCIA EXTRA E INTRAHOSPITALARIA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 4, 1992, págs. 237-242, Biblio. R.355

ANCIANOS, ATENCION PRIMARIA, ASISTENCIA DOMICILIARIA, MORBILIDAD, ESTUDIO COMPARATIVO, CASTILLA-LA MANCHA

SANCHEZ, J.L., BRAZA, P. «AISLAMIENTO SOCIAL Y FACTORES FISICOSENSORIALES EN LA DEPRESION GERIATRICA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1, 1992, págs. 28-34, Biblio. R.355

ANCIANOS, DEPRESION, EVALUACION, SOLEDAD, AUTONOMIA PERSONAL, FACTORES SOCIOECONOMICOS

TILQUIN, C, Y OTROS. «VALIDACION DE UNA ESCALA DE INDEPENDENCIA Y CONFINAMIENTO PARA PREDECIR EL NIVEL DE CUIDADOS DE ENFERMERIA NECESARIOS EN LAS RESIDENCIAS Y UNIDADES DE HOSPITALIZACION PARA ANCIANOS». *REVISTA DE GERONTOLOGIA*, 1, 2, 1991, págs. 97-104, Biblio. R.904

ANCIANOS, AUTONOMIA PERSONAL, RESIDENCIAS, HOSPITAL, EVALUACION, ATENCION SANITARIA, EVALUACION DE NECESIDADES

TORAL, A., Y OTROS. «ASISTENCIA AL ANCIANO POR UNA UNIDAD DEL DOLOR». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 1, 1992, págs. 15-20, Biblio. R.355

ANCIANOS, DOLOR, ETIOLOGIA, TRATAMIENTO, ESTUDIO COMPARATIVO

TUSET, A.M. «EL WAIS EN UNA MUESTRA DE SUJETOS MAYORES DE 65 AÑOS». *REVISTA DE PSIQUIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA*, 19, 2, 1992, págs. 67-72, Biblio. R.591

ANCIANOS, EVALUACION, TESTS DE INTELIGENCIA, TEST DE WECHSLER

VILLALOBOS, F. *LA INFLUENCIA DEL TURISMO SOCIAL PARA LA TERCERA EDAD EN EL EMPLEO BALEAR*. MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 74 págs. Biblio. Rlg.92

ANCIANOS, ACTIVIDADES RECREATIVAS, TURISMO, TRABAJO, IMPACTO, DATOS ESTADISTICOS, AUTONOMIAS

WOODS, R.T. *LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. ENFRENTARSE A LA MUERTE EN VIDA*. MADRID, INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, 1991, 209 págs. Biblio. Rla.55

ANCIANOS, DEMENCIA SENIL, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, CUIDADOR INFORMAL, ESTRES, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, TRATAMIENTO, MANUALES PARA PADRES

YANGUAS, J.J., LETURIA, F.J. «MOTIVACION, PERCEPCION SOCIAL Y SATISFACCION EN RECURSOS GRUPALES DESARROLLADOS EN UNA INSTITUCION GERIATRICA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 5, 1992, págs. 295-300, Biblio. R.355

ANCIANOS, RESIDENCIAS, INTERACCION SOCIAL, RELACIONES SOCIALES, GRUPO, SATISFACCION

MUJER

BODROVA, V., ANKER, R. *LAS MUJERES TRABAJADORAS EN LOS PAISES SOCIALISTAS: RELACION DEL TRABAJO FEMENINO CON LA FECUNDIDAD*. MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 267 págs. Biblio. Glb.40

MUJER, TRABAJO, SOCIOLOGIA DE LA MUJER, FECUNDIDAD, DEMOGRAFIA, POLITICA FAMILIAR, ESTADISTICAS DE POBLACION, PANORAMA INTERNACIONAL, ESTUDIO COMPARATIVO

CAMARERO, L.A., Y OTROS. *MUJER Y RURALIDAD. EL CIRCULO QUEBRADO*. MADRID, INSTITUTO DE LA MUJER, 1991, 237 págs. Biblio. Glb.38

MUJER, MEDIO RURAL, ESTADISTICAS DE POBLACION, TRABAJO, FORMA DE VIDA, ESPAÑA

COMUNIDAD EUROPEA. «DECLARACION DEL CONSEJO DE 19 DE DICIEMBRE DE 1991 RELATIVA A LA APLICACION DE LA RECOMENDACION DE LA COMISION SOBRE LA PROTECCION DE LA DIGNIDAD DE LA MUJER Y DEL HOMBRE EN EL TRABAJO, INCLUIDO EL CODIGO PRACTICO ENCAMINADO A COMBATIR EL ACOSO SEXUAL (92/C 27/01)». *DOSSIER ASUNTOS SOCIALES*, FEBRERO, 1992, págs. 1, Biblio. R.959

TRABAJO, MEDIO LABORAL, CONDICIONES DE TRABAJO, MUJER, HOMBRE, DISCRIMINACION SEXUAL, SEXISMO, ABUSOS SEXUALES, DERECHOS, PROTECCION LEGAL, RECOMENDACIONES, LEY, COMUNIDAD EUROPEA

COMUNIDAD EUROPEA. «RECOMENDACION DE LA COMISION DE 27 DE NOVIEMBRE DE 1991 RELATIVA A LA PROTECCION DE LA DIGNIDAD DE LA MUJER Y DEL HOMBRE EN EL TRABAJO (92/C 27/04)». *DOSSIER ASUNTOS SOCIALES*, FEBRERO, 1992, págs. 2-9, Biblio. R.959

TRABAJO, MEDIO LABORAL, CONDICIONES DE TRABAJO, MUJER, HOMBRE, DISCRIMINACION SEXUAL, SEXISMO, ABUSOS SEXUALES, DERECHOS, PROTECCION LEGAL, RECOMENDACIONES, LEY, COMUNIDAD EUROPEA

COMUNIDAD EUROPEA. «IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES. TERCER PROGRAMA DE ACCION COMUNITARIA A MEDIO PLAZO

1991-1995». *CUADERNOS DE MUJERES DE EUROPA*, 34, 1991, págs. 29, Biblio. R.857
MUJER, HOMBRE, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, PLANES DE ACCION SOCIAL, COMUNIDAD EUROPEA

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL. LA SITUACION DE LA MUJER EN EL MUNDO. PONENCIAS Y COLOQUIOS: BILBAO, 11 Y 12 DE ABRIL DE 1991. BILBAO, DIPUTACION FORAL DE BIZKAIA, 1992, 194 págs. Biblio. Glb.62
MUJER, SOCIOLOGIA DE LA MUJER, PARTICIPACION, FEMINISMO, TEORIA, REUNIONES, CAPV

EMAKUNDE. «EVALUACION DEL AÑO 91». *EMAKUNDE*, 8, 1992, págs. 44-45, Biblio. R.838
MUJER, NATALIDAD, DEMOGRAFIA, TRABAJO, DATOS ESTADISTICOS, CAPV

EMAKUNDE. PARTICIPACION DE LAS MUJERES EN EL MERCADO DE TRABAJO DE EUSKADI. VITORIA-GASTEIZ, EMAKUNDE, 1992, 189 págs. Biblio. Glb.55
MUJER, TRABAJO, CARACTERISTICAS POBLACION, DATOS ESTADISTICOS, DISCRIMINACION SEXUAL, ACTITUDES SOCIALES, SATISFACCION, SALARIO, ESTATUS SOCIOECONOMICO, CAPV

EMAKUNDE. GUIA DE DERECHOS BASICOS DE LAS MUJERES EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE EUSKADI. VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 1992, 159 págs. Biblio. Glb.54
MUJER, DERECHOS, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, MATRIMONIO, FAMILIA, DIVORCIO, HERENCIA, MALOS TRATOS, TRABAJO, EDUCACION, ATENCION SANITARIA, RECURSOS, PRESTACIONES ECONOMICAS, NORMATIVA, CAPV

EMAKUNDE. EL LENGUAJE, INSTRUMENTO DE PROGRESO. VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 1992, 15 págs. Biblio. Glb.FOL.8
MUJER, DISCRIMINACION SEXUAL, LENGUAJE, RECOMENDACIONES, INFORMACION, CAPV

EMAKUNDE. CUENTOS PARA CONVIVIR. VITORIA-GASTEIZ, EMAKUNDE, 1991, 152 págs. Biblio. Glb.64
MUJER, HOMBRE, GENERO, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, DISCRIMINACION SEXUAL, MEDIO ESCOLAR, MEDIO LABORAL, MEDIO FAMILIAR, SEXISMO, INFORMACION, CAPV

ESTEVE, A.M., BROCH, J.J. «LA ORIENTACION FAMILIAR EN SERVICIOS SOCIALES: UN CASO PRACTICO». *INFORMACION PSICOLOGICA*, 49, 1992, págs. 51-56, Biblio. R.588
FAMILIA, DIVORCIO, MUJER, ORIENTACION FAMILIAR, SERVICIOS SOCIALES DE BASE, PRACTICA

INSTITUTO DE LA MUJER. GUIA DE LOS CENTROS PUBLICOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. MADRID, INSTITUTO DE LA

MUJER, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 182 págs. Biblio. Z16.5 (M)
MUJER, SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, DIRECTORIOS, ESPAÑA

LEAL, F. «ASPECTOS PSICODINAMICOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA MUJER». *GERIATRIKA*, 8, 10, 1992, págs. 56-61, Biblio. R.408
ANCIANOS, MUJER, ENVEJECIMIENTO, ADAPTACION PERSONAL

MANSON, J.A.E., Y OTROS. «ACTIVIDAD FISICA E INCIDENCIA DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE EN MUJERES». *LANCET, THE*, 20, 2, 1992, págs. 86-90, Biblio. R.484
ENFERMEDADES METABOLICAS, MUJER, EJERCICIO FISICO, ESTUDIO RETROSPECTIVO, AMERICA

MELIA, J.L. «ESCALAMIENTO DE LA GRAVEDAD DE DELITOS CONTRA LA MUJER: VALORACION LEGAL VERSUS VALORACION SOCIAL». *ANUARIO DE PSICOLOGIA*, 52, 1992, págs. 111-120, Biblio. R.960
MUJER, MALOS TRATOS, ABUSOS SEXUALES, ACTITUDES SOCIALES, JURISPRUDENCIA

POLAINO-LORENTE, A., MARTINEZ, P. «LA EDUCACION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA: REVISION CRITICA DE ALGUNOS PROGRAMAS». *REVISTA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION*, 151, 1992, págs. 409-425, Biblio. R.424
ADOLESCENTES, MUJER, EMBARAZO NO DESEADO, MADRE ADOLESCENTE, REEDUCACION, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, CRITICA

RODRIGUEZ, P. «PERFIL SOCIOLOGICO Y PARTICIPACION DE LA MUJER MAYOR EN ESPAÑA». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 3, 1992, págs. 175-180, Biblio. R.355
ANCIANOS, MUJER, FORMA DE VIDA, CARACTERISTICAS POBLACION, ESPAÑA

S.I.I.S. EL GASTO PUBLICO EN SERVICIOS SOCIALES EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA. DONOSTIA-SN.SN., S.I.I.S., 1992, 202 págs. Biblio. G9.298
SERVICIOS SOCIALES, GASTO SOCIAL, ASIGNACION DE RECURSOS, POLITICA SECTORIAL, ANCIANOS, MUJER, NIÑOS, JUVENTUD, POBREZA, MARGINACION SOCIAL, PRESTACIONES ECONOMICAS, ESTADISTICAS ECONOMICAS, AYUNTAMIENTOS, GIPUZKOA, BIZKAIA, ARABA, CAPV

SAIZARBITORIA, R. «MUJER, SERVICIOS SOCIALES Y ATENCION COMUNITARIA». *ZERBITZUAN*, 20-21, 1992, págs. 4-15, Biblio. R.721
SERVICIOS SOCIALES, DEPENDIENTES, ATENCION COMUNITARIA, INTERVENCION INFORMAL, CUIDADOR INFORMAL, MUJER, APOYO SOCIAL, CRITICA

VAGERO, D. «MUJERES, TRABAJO Y SALUD EN SUECIA». *ACTUALIDADES DE SUECIA*, 387, 1992, págs. 9, Biblio. R.499

MUJER, TRABAJO, MEDIO LABORAL, IMPACTO, SALUD, RELACIONES FAMILIARES, GENERALIDADES, SUECIA

MENORES

ADOPCION Y ACOGIMIENTO FAMILIAR. LEY 21187. GUIA DE APLICACION. MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 61 págs. Biblio. E2b.13

NIÑOS, PROTECCION DE MENORES, ACOGIMIENTO FAMILIAR, ADOPCION, LEY, INFORMACION, CARACTERISTICAS SISTEMA, ESPAÑA

«INFORMA LA SECCION DE INFANCIA Y JUVENTUD DE LA DIRECCION GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL». *CRISTALERA, LA*, 1, 1992, págs. 82-83, Biblio. R.944

MENORES, DELINCUENCIA JUVENIL, NORMATIVA, REFORMA, ESPAÑA

AGUINAGA, J., COMAS, D. *INFANCIA Y ADOLESCENCIA: LA MIRADA DE LOS ADULTOS.* MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 238 págs. Biblio. Gli.123

NIÑOS, ADOLESCENTES, ACTITUDES SOCIALES, EDUCACION, MEDIO FAMILIAR, MEDIO ESCOLAR, CALIDAD DE VIDA, SERVICIOS DE INFANCIA, ESTUDIO SOCIOLOGICO, DATOS ESTADISTICOS, ESPAÑA

ARTEAGA, J.M. *DERECHOS HUMANOS Y MALOS TRATOS.* VITORIA-GASTEIZ, ARARTEKO, 1992, 6 págs. Biblio. G4c FOL. 22

NIÑOS, MALOS TRATOS, NIÑOS MALTRATADOS, DERECHOS DEL NIÑO, DERECHOS HUMANOS, GENERACIONES, DEFENSOR DEL PUEBLO, CAPV

BALAGUER, I. «LA ATENCION A LA INFANCIA: APUNTES PARA UNA POLITICA». *CRISTALERA, LA*, 1, 1992, págs. 7-11, Biblio. R.944

NIÑOS, ATENCION INFANCIA, SERVICIOS DE INFANCIA, ESCUELA, GUARDERIAS, PROPUESTAS, ESPAÑA

BAVARRO, J.A., Y OTROS. «LA PROTECCION A LA INFANCIA EN LA REGION DE MURCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD». *CRISTALERA, LA*, 1, 1992, págs. 32-34, Biblio. R.944

NIÑOS, ATENCION INFANCIA, SALUD, PROGRAMAS DE SALUD, AUTONOMIAS, MURCIA

BORRAS, A. «LA ADOPCION DE NIÑOS PROCEDENTES DEL EXTRANJERO: EL FUTURO CONVENIO DE LA HAYA». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 12, 1991, págs. 5-16, Biblio. R.928

NIÑOS, MENORES, ADOPCION, INTERNACIONAL, PROTECCION DE MENORES, NORMATIVA, ORGANISMOS INTERNACIONALES

CANOVAS, F., Y OTROS. «CULTURA». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 7, 1991, págs. 115, Biblio. R.928

NIÑOS, JUVENTUD, CULTURA, ACTIVIDADES ARTISTICAS Y CULTURALES, ACTIVIDADES SOCIO-CULTURALES, PANORAMA GENERAL

CAYUELA, P. «ADOPCION Y ACOGIMIENTO FAMILIAR». *ANUARIO DE PSICOLOGIA JURIDICA*, 1991, págs. 67-85, Biblio. R.965

MENORES, ADOPCION, TUTELA, ACOGIMIENTO FAMILIAR, LEY

CENTRO DE ESTUDIOS DEL MENOR. CATALOGO DE BIBLIOTECA. INFANCIA. MADRID, CENTRO DE ESTUDIOS DEL MENOR, 1991, 328 págs. Biblio. Gli.143

NIÑOS, MENORES, BIBLIOGRAFIAS

CENTRO DE ESTUDIOS DEL MENOR. POBLACION MENOR DE 18 AÑOS EN ESPAÑA. DATOS ESTADISTICOS GENERALES 1991. MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 173 págs. Biblio. G8.42

NIÑOS, MENORES, JUVENTUD, NATALIDAD, FECUNDIDAD, MORTALIDAD INFANTIL, MORTALIDAD, FAMILIA, MEDIO FAMILIAR, SITUACION FAMILIAR, FAMILIAS MONOPARENTALES, NIVEL DE VIDA, PRESUPUESTOS, SERVICIOS SANITARIOS, UTILIZACION DE SERVICIOS, EDUCACION, GASTO SOCIAL, ESTADISTICAS DE POBLACION, ESTADISTICAS ECONOMICAS, AUTONOMIAS, ESPAÑA, COMUNIDAD EUROPEA

COBOS, P., LOPEZ, C. «UN CASO DE ENEURESIS-ENCOPRESIS». *ANALISIS Y MODIFICACION DE CONDUCTA*, 18, 60, 1992, págs. 577-595, Biblio. R.433

INCONTINENCIA, NIÑOS, MODIFICACION DE CONDUCTA, INTERVENCION FAMILIAR, CASUISTICA

COMUNIDAD EUROPEA. «RECOMENDACION DEL CONSEJO DE 31 DE MARZO DE 1992 SOBRE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS (92/241/CEE)». *DOSSIER ASUNTOS SOCIALES*, 5, 1992, págs. 4-6, Biblio. R.959

POLÍTICA FAMILIAR, FAMILIA, RESPONSABILIDAD FAMILIAR, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, MADRE TRABAJADORA, NIÑOS, GUARDERÍAS, TRABAJADOR MATERNAL, RECOMENDACIONES, LEY, COMUNIDAD EUROPEA

CORONADO, MJ. «LA JUSTICIA DE MENORES: NUEVAS PERSPECTIVAS». *ANUARIO DE PSICOLOGIA JURIDICA*, 1991, págs. 99-110, Biblio. R.965

MENORES, PROTECCION DE MENORES, LEY

CRUZ ROJA. «EL 8% DE LA POBLACION INFANTIL DE CASTILLA-LEON PRECISA MEDIDAS DE PROTECCION». *VOCES*, 243, 1992, págs. 8-8, Biblio. R.224

NIÑOS, MENORES, ACOGIMIENTO FAMILIAR, PROTECCION DE MENORES, DATOS ESTADISTICOS, AUTONOMIAS

GALLI, J.D., VOLPE, B. «ESTUDIO PSICOLÓGICO DE CANDIDATOS EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL: UNA PROPUESTA DE PROTOCOLO». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 12, 1991, págs. 49-68, Biblio. R.928

NIÑOS, MENORES, ADOPCIÓN, INTERNACIONAL, FAMILIA ADOPTIVA, SELECCIÓN, PERSONALIDAD, MÉTODOS DE EVALUACIÓN, PROPUESTAS, RECOMENDACIONES

GARCIA, F., Y OTROS. «LA INTERVENCIÓN FAMILIAR DESDE LA SECCIÓN DE APOYO A LA FAMILIA (ISSORM)». *CRISTALERA, LA*, 1, 1992, págs. 74-76, Biblio. R.944

NIÑOS, MENORES, PROTECCIÓN DE MENORES, SERVICIOS SOCIALES, INTERVENCIÓN FAMILIAR, EDUCACIÓN FAMILIAR, FUNCIONAMIENTO, CARACTERÍSTICAS SISTEMA, GENERALIDADES, AUTONOMÍAS, MURCIA

GARCIA, J.J. «LA INFANCIA EN LA EUROPA COMUNITARIA». *CRISTALERA, LA*, 1, 1992, págs. 14-17, Biblio. R.944

NIÑOS, ATENCIÓN INFANCIA, SERVICIOS DE INFANCIA, FAMILIA, TRABAJO, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, POLÍTICA SOCIAL, GENERALIDADES, NORMATIVA, COMUNIDAD EUROPEA

GRACIA, A. «LA «SUERTE» DE LA COORDINACIÓN». *INFORMACIÓN PSICOLÓGICA*, 48, 1992, págs. 33-39, Biblio. R.588

MENORES, SERVICIOS SOCIALES, SERVICIOS SOCIALES DE BASE

HOKSBERGEN, R.A.C. «GENERACIONES DE PADRES ADOPTIVOS. CAMBIOS EN LAS MOTIVACIONES PARA LA ADOPCIÓN». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 12, 1991, págs. 25-48, Biblio. R.928

ADOPCIÓN, FAMILIA ADOPTIVA, CARACTERÍSTICAS POBLACIÓN, MOTIVACIÓN, EVOLUCIÓN

INTEBI, I.V., GROISMAN, A.E. «PADRES MALTRATADORES: GRUPOS DE AUTOAYUDA». *CHILD ABUSE AND NEGLECT*, 15, 3, 1991, págs. 307-311, Biblio. R.631

NIÑOS, NIÑOS MALTRATADOS, RELACIÓN PADRES-HIJOS, PREVENCIÓN, GRUPOS DE APOYO

IRAGORRI, I. «INTERVENCIÓN FAMILIAR CON UN EQUIPO CONCERTADO, CONSECUENCIAS DE UNA EXPERIENCIA PILOTO». *CRISTALERA, LA*, 1, 1992, págs. 77-81, Biblio. R.944

MENORES, PROTECCIÓN DE MENORES, INTERVENCIÓN FAMILIAR, EDUCACIÓN FAMILIAR, EXPERIENCIAS, AUTONOMÍAS

ISSORM. «FASES DEL ESTUDIO DE MENORES OBJETO DE PROTECCIÓN». *CRISTALERA, LA*, 0, 1992, págs. 31-33, Biblio. R.944

MENORES, NIÑOS ALTO RIESGO, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, INTERVENCIÓN SOCIAL, PROCEDIMIENTO, AUTONOMÍAS

JIMENEZ, D. «MODELOS DE INTERVENCIÓN CON MENORES EN CENTROS DE REFORMA». *ANUARIO DE PSICOLOGÍA JURÍDICA*, 1991, págs. 111-126, Biblio. R.965

MENORES, PROTECCIÓN DE MENORES, SERVICIOS Y CENTROS, PROGRAMAS Y MÉTODOS EDUCATIVOS

KLEIBER, D.A., Y OTROS. «TIEMPO LIBRE». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 8, 1991, págs. 164, Biblio. R.928

NIÑOS, OCIO, ACTIVIDADES RECREATIVAS, PANORAMA GENERAL

MADRID, M.A. «UN MODELO INTEGRADO DE INTERVENCIÓN CON MENORES DE REFORMA». *CRISTALERA, LA*, 1, 1992, págs. 38-41, Biblio. R.944

MENORES, DELINCUENCIA JUVENIL, ETIOLOGÍA, FACTORES SOCIOECONÓMICOS, FACTORES PSICOLÓGICOS, CONDUCTA, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN, INSTRUMENTOS TÉCNICOS, REFORMA, PROGRAMAS Y MÉTODOS EDUCATIVOS, PROGRAMAS INDIVIDUALIZADOS, EXPERIENCIAS, AUTONOMÍAS, MURCIA

MARGEN, S.A. *ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE SERVICIOS PARA LA PRIMERA INFANCIA*. MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1992, 142 págs. Biblio. GIL 144

NIÑOS, ATENCIÓN INFANCIA, SERVICIOS DE INFANCIA, MODELOS, ESTUDIO DE NECESIDADES, CARACTERÍSTICAS POBLACIÓN, ESPAÑA, AUTONOMÍAS

MONTANE, M.J., GARCIA, M.E. «LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 12, 1991, págs. 17-23, Biblio. R.928

NIÑOS, MENORES, ADOPCIÓN, INTERNACIONAL, PROTECCIÓN DE MENORES, PROCEDIMIENTO, COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA, ESPAÑA, AUTONOMÍAS

OLMO, L. «LA MENOR EDAD EN EL ANTEPROYECTO DE CÓDIGO PENAL DE 1992». *CRISTALERA, LA*, 1, 1992, págs. 50-52, Biblio. R.944

MENORES, NORMATIVA, ESPAÑA

RIVERA, E. «PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO INFANTILES». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 11, 1991, págs. 75-93, Biblio. R.928

NIÑOS, ACCIDENTES DE TRÁFICO, PREVENCIÓN ACCIDENTES, CONCEPTO, DATOS ESTADÍSTICOS

SANCHEZ, A., Y OTROS. «LA UNIDAD DE APOYO TÉCNICO Y EL MENOR EN DESAMPARO». *CRISTALERA, LA*, 1, 1992, págs. 67-69, Biblio. R.944

NIÑOS, PROTECCIÓN DE MENORES, SERVICIOS SOCIALES, SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, FUNCIONES, COMPETENCIAS, AUTONOMÍAS, MURCIA

JUVENTUD

AGUINAGA, J., COMAS, D. *INFANCIA Y ADOLESCENCIA: LA MIRADA DE LOS ADULTOS.* MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 238 págs. Biblio. Gli.123

NIÑOS, ADOLESCENTES, ACTITUDES SOCIALES, EDUCACION, MEDIO FAMILIAR, MEDIO ESCOLAR, CALIDAD DE VIDA, SERVICIOS DE INFANCIA, ESTUDIO SOCIOLOGICO, DATOS ESTADISTICOS, ESPAÑA

AYERDI, P.M., TABERNA, F. *JUVENTUD Y EMPLEO: UNA APROXIMACION DESCRIPTIVA.* MADRID, POPULAR, 1993, 205 págs. Biblio. Glc.28

JUVENTUD, TRABAJO, PARO, POLITICA EMPLEO, PROMOCION DE PUESTOS DE TRABAJO, AUTONOMIAS

CANALS, J., Y OTROS. «EPIDEMIOLOGIA DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN UNA POBLACION GENERAL DE ADOLESCENTES: CUATRO AÑOS DE SEGUIMIENTO». *REVISTA DE PSIQUIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA*, 19, 2, 1992, págs. 73-81, Biblio. R.591

ADOLESCENTES, DEPRESION, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, SEGUIMIENTO

CANOVAS, F., Y OTROS. «CULTURA». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 1, 1991, págs. 115, Biblio. R.928

NIÑOS, JUVENTUD, CULTURA, ACTIVIDADES ARTISTICAS Y CULTURALES, ACTIVIDADES SOCIO-CULTURALES, PANORAMA GENERAL

CENTRO DE ESTUDIOS DEL MENOR. *POBLACION MENOR DE 18 AÑOS EN ESPAÑA. DATOS ESTADISTICOS GENERALES 1991.* MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 173 págs. Biblio. G8.42

NIÑOS, MENORES, JUVENTUD, NATALIDAD, FECUNDIDAD, MORTALIDAD INFANTIL, MORTALIDAD, FAMILIA, MEDIO FAMILIAR, SITUACION FAMILIAR, FAMILIAS MONOPARENTALES, NIVEL DE VIDA, PRESUPUESTOS, SERVICIOS SANITARIOS, UTILIZACION DE SERVICIOS, EDUCACION, CASTO SOCIAL, ESTADISTICAS DE POBLACION, ESTADISTICAS ECONOMICAS, AUTONOMIAS, ESPAÑA, COMUNIDAD EUROPEA

COMUNIDAD EUROPEA. «PLAN DE ACTIVIDADES DE INFORMACION JUVENIL. COMUNICACION DE LA COMISION AL CONSEJO Y AL PARLAMENTO EUROPEO». *DOSSIER ASUNTOS SOCIALES*, SEPT., 1992, págs. 26-37, Biblio. R.959

JUVENTUD, INFORMACION, PLANES Y PROGRAMAS, LEY, COMUNIDAD EUROPEA

INSTITUTO DE LA JUVENTUD. *MEMORIA 1991.* MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1992, 282 págs. Biblio. Glc.26

JUVENTUD, ESTADISTICAS DE POBLACION, TRABAJO, ASOCIACIONISMO, ACTIVIDADES ARTISTICAS Y CULTURALES, INFORMACION, PROGRAMAS DE ACTIVIDADES, INFORMES, ESPAÑA

LAZPITA, R. *APRENDER A VIVIR.* SANTURTZI, AYUNTAMIENTO DE SANTURTZI, 1992, 63 págs. Biblio. C15.6

SALUD, JUVENTUD, PREVENCION, MANUALES, EDUCACION SANITARIA, EJERCICIO FISICO, RECOMENDACIONES

ORTIZ, J. «PROGRAMA EXPERIMENTAL DEL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD (EN UNA POBLACION DE JOVENES DELINCUENTES DE ENTRE 21 Y 25 AÑOS)». *ANALISIS Y MODIFICACION DE CONDUCTA*, 18, 60, 1992, págs. 519-537, Biblio. R.433

JUVENTUD, DELINCUENCIA JUVENIL, ANSIEDAD, TRATAMIENTO, TERAPIA COGNITIVA, MODIFICACION DE CONDUCTA, EXPERIMENTACION

OSUNA, E.J.: Y OTROS. *ESTUDIO DE INADAPTACION INFANTO-JUVENIL.* MURCIA, REGION DE MURCIA, 1991, 330 págs. Biblio. Glc.30

JUVENTUD, DELINCUENCIA JUVENIL, INADAPTACION SOCIAL, FACTOR DE RIESGO, ESTUDIO SOCIOLOGICO, CUESTIONARIOS, AUTONOMIAS

POLAINO-LORENTE, A., MARTINEZ, P. «LA EDUCACION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA: REVISION CRITICA DE ALGUNOS PROGRAMAS». *REVISTA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION*, 151, 1992, págs. 409-425, Biblio. R.424

ADOLESCENTES, MUJER, EMBARAZO NO DESEADO, MADRE ADOLESCENTE, REEDUCACION, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, CRITICA

RICART, M. «UNA ENSEÑANZA ADAPTADA A LA POBLACION GITANA». *COMUNIDAD ESCO LAR*, 379, 1992, págs. 20-21, Biblio. R.590

ADOLESCENTES, MINORIAS, GITANOS, INTEGRACION SOCIAL, FORMACION PROFESIONAL, EXPERIENCIAS

S.I.I.S. *EL GASTO PUBLICO EN SERVICIOS SOCIALES EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA.* DONOSTIA-SN.SN., S.I.I.S., 1992, 202 págs. Biblio. G9.298

SERVICIOS SOCIALES, GASTO SOCIAL, ASIGNACION DE RECURSOS, POLITICA SECTORIAL, ANCIANOS, MUJER, NIÑOS, JUVENTUD, POBREZA, MARGINACION SOCIAL, PRESTACIONES ECONOMICAS, ESTADISTICAS ECONOMICAS, AYUNTAMIENTOS, GI-PUZKOA, BIZKAIA, ARABA, CAPV

SANCHIS, E. *DE LA ESCUELA AL PARO.* MADRID, SIGLO XXI, 1991, 275 págs. Biblio. Gld.46

JUVENTUD, PARO, ETIOLOGIA, CAMBIO SOCIAL, EDUCACION, SOCIOLOGIA

VARGAS, F. «LOS ACCIDENTES INFANTILES Y LA SALUD PUBLICA». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 11, 1991, págs. 59-73, Biblio. R.928

ACCIDENTES, NIÑOS, ADOLESCENTES, MORTALIDAD INFANTIL, MORBILIDAD INFANTIL, PREVENCION, PROGRAMAS DE PREVENCION, CONCEPTO, EPIDEMIOLOGIA

POBREZA

«EN MARCHA LA ESTRUCTURA EUROPEA DE ONG». *CRONICA DE INFORMACION SOCIAL*, 5, 1991, págs. 6-7, Biblio. R.1012
POBREZA, ONG, EUROPA, COMUNIDAD EUROPEA

«RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS SOBRE LA GARANTIA DE RECURSOS Y DE PRESTACIONES (RENTA MINIMA)». *CRONICA DE INFORMACION SOCIAL*, 4, 1991, págs. 8-9, Biblio. R.1012

POBREZA, PRECARIEDAD ECONOMICA, PROTECCION SOCIAL, PLANES POBREZA, SALARIO SOCIAL, RECOMENDACIONES, LEY, COMUNIDAD EUROPEA

APARICIO, M.V., Y OTROS. *DOSSIER POBREZA Y DESARROLLO. LAS CONDICIONES DE LA NUEVA POBREZA*. MADRID, CARITAS, 1991, 209 págs. Biblio. G4a.117

POBREZA, CONCEPTO, GRADOS, DISTRIBUCION DE RIQUEZA, POLITICA EMPLEO, PLANES POBREZA, CARACTERISTICAS USUARIO, PANORAMA INTERNACIONAL

APARICIO, M.V., Y OTROS. *DOSSIER CARITAS ANTE LA POBREZA: ESTUDIOS E INVESTIGACIONES*. MADRID, CARITAS, 1992, 195 págs. Biblio. G4a.116

POBREZA, PRECARIEDAD ECONOMICA, CONCEPTO, GRADOS, ESTRUCTURA SOCIAL, INGRESOS, FORMA DE VIDA, CARACTERISTICAS POBLACION, EVOLUCION, DATOS ESTADISTICOS, ESPAÑA

COMUNIDAD EUROPEA. «RECOMENDACION DEL CONSEJO DE 24 DE JUNIO DE 1992 SOBRE LOS CRITERIOS COMUNES RELATIVOS A RECURSOS Y PRESTACIONES SUFICIENTES EN LOS SISTEMAS DE PROTECCION SOCIAL (92/441/CEE)». *DOSSIER ASUNTOS SOCIALES*, SEPT., 1992, págs. 22-24, Biblio. R.959

POLÍTICA SOCIAL, PROTECCIÓN SOCIAL, PRESTACIONES ECONÓMICAS, POBREZA, PRECARIEDAD ECONOMICA, SALARIO SOCIAL, RECOMENDACIONES, LEY, COMUNIDAD EUROPEA

COMUNIDAD EUROPEA. *LA LUCHA DE LA COMUNIDAD CONTRA LA EXCLUSION SOCIAL*. LUXEMBURGO (LU), COMUNIDAD EUROPEA, 1992, 9 págs. Biblio. G4a FOL.15

POBREZA, PRECARIEDAD ECONOMICA, POLITICA SOCIAL, PLANES POBREZA, GENERALIDADES, COMUNIDAD EUROPEA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. *INFORME DE EVALUACION DEL PLAN INTEGRAL DE LUCHA CONTRA LA POBREZA EN EUSKADI (1988-1992)*. VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 1992, 246 págs. Biblio. G4a.108

POBREZA, PLANES POBREZA, EVALUACION DE SERVICIOS, PRESTACIONES SOCIALES, PRESTACIONES ECONOMICAS, CARACTERISTICAS USUARIO, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, CRITICA, PLANES DE INSERCIÓN, ACTITUDES USUARIOS, ESTUDIO DESCRIPTIVO, CAPV

EQUIPO DE INVESTIGACION SOCIOLOGICA EDIS, CARITAS DIOCESANA DE JAEN. *CONDICIONES DE VIDA Y ESTADOS DE NECESIDAD EN LA PROVINCIA DE JAEN*. MADRID, POPULAR, 1991, 326 págs. Biblio. Gla.26

POBREZA, GRADOS, DESIGUALDAD SOCIAL, ESTADISTICAS DE POBLACION, ESTATUS SOCIOECONOMICO, INGRESOS, SALUD, MIGRACION, FORMA DE VIDA, SERVICIOS SOCIALES, PRESTACIONES SOCIALES, GASTO SOCIAL, AUTONOMIAS

HERRERO, R., Y OTROS. «HIPOTERMIA: FUNDAMENTOS PARA UNA EXPERIENCIA SENIL DE LA MUERTE». *GERIATRIKA*, 8,2, 1992, págs. 21-25, Biblio. R.408

ANCIANOS, POBREZA, ESTATUS SOCIOECONOMICO, MEDIO DESFAVORECIDO, TEMPERATURA, CONDUCTA, BIZKAIA

PANIAGUA, A. «CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA DE LA TERCERA EDAD EN EL MUNICIPIO DE MADRID». *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 27, 3, 1992, págs. 181-186, Biblio. R.355

ANCIANOS, FORMA DE VIDA, POBREZA, ESTADISTICAS DE POBLACION, MADRID

PAPANDREOU, V. «PROYECTO DE RECOMENDACION DEL CONSEJO REFERENTE A LOS CRITERIOS COMUES RELATIVOS A LOS RECURSOS Y PRESTACIONES SUFICIENTES DE LOS SISTEMAS DE PROTECCION SOCIAL». *PAUVRETE 3 MAGAZINE*, 3, 1991, págs. 6-7, Biblio. R.888

POBREZA, PROTECCION SOCIAL, PRESTACIONES ECONOMICAS, SALARIO SOCIAL, ADMISION, CRITERIOS, PROPUESTAS, RECOMENDACIONES, LEY, COMUNIDAD

S.I.I.S. *EL GASTO PUBLICO EN SERVICIOS SOCIALES EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA*. DONOSTIA-SN.SN., S.I.I.S., 1992, 202 págs. Biblio. G9.298

SERVICIOS SOCIALES, GASTO SOCIAL, ASIGNACION DE RECURSOS, POLITICA SECTORIAL, ANCIANOS, MUJER, NIÑOS, JUVENTUD, POBREZA, MARGINACION SOCIAL, PRESTACIONES ECONOMICAS, ESTADISTICAS ECONOMICAS, AYUNTAMIENTOS, GI-PUZKOA, BIZKAIA, ARABA, CAPV

VIVES, J.L. *DEL SOCORRO DE LOS POBRES*. BARCELONA, HACER, 1992, 220 págs. Biblio. G4a.98

POBREZA, BENEFICENCIA, CONCEPTO, TEORIA, HISTORIA

DEFICIENCIAS

REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD. *TALLER DE TRABAJO. 2º TOMO*. MADRID, CENTRO DE REHABILITACION FREMAP, 1992, 240 págs. Biblio. A12.19

DEFICIENCIAS, REHABILITACION, PROGRAMAS DE REHABILITACION, PLANIFICACION DE SERVICIOS, PARTICIPACION USUARIOS, TEORIA

CURSO DE PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS. SERIE DOCUMENTOS 33/92. MADRID, REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA, 1992, 422 págs. Biblio. A8.32

DEFICIENCIAS, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO PRENATAL, ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL, EDUCACIÓN SANITARIA, CURSOS

«LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN». *SÍNDROME DE DOWN*, 9, 3, 1992, págs. 45-45, Biblio. R.626

DEFICIENCIAS, SÍNDROME DE DOWN, DEPRESIÓN

LA FAMILIA, SU EVOLUCIÓN Y SUS DERECHOS EN UNA EUROPA CAMBIANTE. MADRID, CAJA DE MADRID, 1991, 35 págs. Biblio. Glh.52

POLÍTICA FAMILIAR, FAMILIA, SITUACIÓN FAMILIAR, DATOS ESTADÍSTICOS, EVOLUCIÓN, MUJER, TRABAJO, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, ATENCIÓN INFANCIA, DEFICIENCIAS, ANCIANOS, PLANES Y PROGRAMAS, GENERALIDADES, NORMATIVA, COMUNIDAD EUROPEA

AGIRRE, J., Y OTROS. TRANSITO A LA VIDA ADULTA DE JOVENES CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. VITORIA-GASTEIZ, IBE-CERE, 1992, 102 págs. Biblio. K4.20

DEFICIENCIAS, JUVENTUD, CONCEPTO, NECESIDADES ESPECIALES, EDUCACIÓN ESPECIAL, INTEGRACIÓN LABORAL, PLANES DE TRANSICIÓN, TEORÍA

ALCORN, S. «EL MÉTODO TADOMA». *TERCER SENTIDO*, 9, 1991, págs. 9-11, Biblio. R.943

DEFICIENCIAS, SORDO-CIEGOS, EDUCACIÓN LENGUAJE, PROGRAMAS Y MÉTODOS EDUCATIVOS

ALVAREZ MENEDEZ, F. DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PREVENCIÓN DE LOS DEFECTOS DEL CIERRE DEL TUBO NEURAL Y OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS. AVILES, HOSPITAL SAN AGUSTIN, 1992, S/P págs. Biblio. A17.95

DEFICIENCIAS, INVESTIGACIÓN, PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, TUBO NEURAL, MALFORMACIONES CONGENITAS, ASTURIAS

ARANSKI. BILINGÜISMO E INTEGRACIÓN DE DEFICIENTES AUDITIVOS. DONOSTIA-SN.SN., ARANSKI, 1991, 169 págs. Biblio. P4c.40

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, BILINGÜISMO, LENGUAJE, INTEGRACIÓN ESCOLAR, IDIOMA, GIPUZKOA

ARANSKI. 25 ANIVERSARIO DE ARANSKI. DONOSTIA-SN.SN., DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA, 1992, 92 págs. Biblio. P4n.9

DEFICIENCIA AUDITIVA, ASOCIACIONES, HISTORIA, MEMORIA, CAPV, GIPUZKOA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL. MANUAL DE DIAGNÓSTICO PRENATAL PARA SANITARIOS. MADRID, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 1991, 90 págs. Biblio. A9.14

DEFICIENCIAS, DIAGNÓSTICO PRENATAL, ANOMALIAS CROMOSÓMICAS, METODOLOGÍA, CONSEJO GENÉTICO, MANUALES

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE. VIVIR CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. BARCELONA, ANCORA, 1991, 40 págs. Biblio. A6f.2 (M)

DEFICIENCIA FÍSICA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, INFORMACIÓN

ASOCIACIÓN TELEFÓNICA PARA ASISTENCIA A MINUSVALIDOS. MEMORIA 1991. MADRID, ASOCIACIÓN TELEFÓNICA DE ASISTENCIA A MINUSVALIDOS, 1992, 77 págs. Biblio. NI.95

DEFICIENCIAS, INTEGRACIÓN LABORAL, EDUCACIÓN ESPECIAL, SERVICIOS Y CENTROS, ESTADÍSTICAS ECONÓMICAS, INFORMES

BARDISA, L. COMO ENSEÑAR A LOS NIÑOS CIEGOS A DIBUJAR. MADRID, O.N.C.E., 1992, 172 págs. Biblio. P3c.21

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA VISUAL, DIBUJO, PROGRAMAS Y MÉTODOS EDUCATIVOS, CURRÍCULO, RECOMENDACIONES

BARRIO, J.A. DEL. «LA REFORMA EDUCATIVA Y LOS ALUMNOS CON SÍNDROME DE DOWN». *SÍNDROME DE DOWN*, 9, 3, 1992, págs. 41-43, Biblio. R.626

DEFICIENCIAS, SÍNDROME DE DOWN, EDUCACIÓN, REFORMA

BASTIDA, M., Y OTROS. «ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN NIÑOS: COMUNICACIÓN DE UN CASO EN UNA NIÑA DE NUEVE AÑOS». *REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA*, 48, 3, 1992, págs. 237-241, Biblio. R.394

DEFICIENCIAS, SÍNDROMES, NIÑOS, ESCLEROSIS MÚLTIPLE

BERENGUER, A. «APOYOS A LA ESCOLARIZACIÓN. I: EN EL AULA ORDINARIA». *SÍNDROME DE DOWN*, 9, 3, 1992, págs. 35-37, Biblio. R.626

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, SÍNDROME DE DOWN, INTEGRACIÓN ESCOLAR, EXPERIENCIAS

BOR, M. VAN DE, Y OTROS. «HIPERBILIRUBINEMIA EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO Y EVOLUCIÓN A LOS 5 AÑOS DE EDAD». *PEDIATRICS*, 33, 3, 1992, págs. 127-132, Biblio. R.788

NIÑOS, BAJO PESO NACIMIENTO, ESTUDIO COMPARATIVO, MORTALIDAD INFANTIL, MORBILIDAD INFANTIL, DEFICIENCIAS, HOLLANDA

BRECHIN, A., SWAIN, S. CAMBIO DE RELACIONES. COMPARTIR LOS PLANES DE ACCIÓN CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES. BARCELONA, FUNDACIÓN CATALANA SÍNDROME DE

DOWN, MILAN, 1991, 220 págs. Biblio. C3.9 (M)
DEFICIENCIA MENTAL, RELACIONES, EDUCACION ESPECIAL, ACTITUDES

BROWN, C. *MI PIE IZQUIERDO*. MADRID, RIALP, 1991, 135 págs. Biblio. Z8.1 (M)
DEFICIENCIAS, PARÁLISIS CEREBRAL, LITERATURA

CABALLERO, A. *RETARDO MENTAL Y MINUSVALIAS DE CAUSA OBSTETRICA. SU PREVENCIÓN*. MADRID, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, 1991, 514 págs. Biblio. A8.31
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ETIOLOGIA, OBSTETRICIA, PREVENCIÓN, RIESGO, FACTOR DE RIESGO, MORBILIDAD, MORTALIDAD MATERNA, PREMATURIDAD, MORBILIDAD INFANTIL, MORTALIDAD PERINATAL, MALFORMACIONES CONGENITAS, DIAGNOSTICO PRENATAL, ECOGRAFIA, BAJO PESO NACIMIENTO, DIABETES, MANUALES

CABEZON, J., Y OTROS. *FORMACIONEIN-SERCION LABORAL DE JOVENES CON NECESIDADES ESPECIALES*. VITORIA-GASTEIZ, AEDES, 1991, 169 págs. Biblio. D5.28
DEFICIENCIAS, NECESIDADES ESPECIALES, MARGINACION SOCIAL, FORMACION PROFESIONAL, INTEGRACION LABORAL, CENTROS DE EMPLEO, EXPERIENCIAS

CALLEJA, R. «UN COLEGIO SOBRE RUEDAS». *COMUNIDAD ESCOLAR*, 380, 1992, págs. 18-19, Biblio. R.590
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, INTEGRACION ESCOLAR, BARRERAS, ADAPTACION DEL MEDIO, EXPERIENCIAS

CANDENAS, M. *DEFECTOS DE CIERRE DEL TUBO NEURAL: APLICACION DE UN PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ A NIVEL REGIONAL*. AVILES, DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA FUNCIONAL, HOSPITAL SAN AGUSTIN, 1991, 191 págs. Biblio. A9.2 (M)
DEFICIENCIAS, PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, DETECCION PRECOZ, TUBO NEURAL, INVESTIGACION, ASTURIAS

CANTAVELLA, F., Y OTROS. *INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LAS ESTEREOTIPIAS EN EL NIÑO CIEGO*. BARCELONA, MASSON, 1992, 140 págs. Biblio. P3b.3
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA VISUAL, CEGUERA, NIÑOS, ESTEREOTIPIAS, TIPOLOGIA, CLASIFICACIÓN, DATOS ESTADÍSTICOS, CASUÍSTICA, SEGUIMIENTO

CENTRO NACIONAL DE RECURSOS PARA LA EDUCACION ESPECIAL. *LA INTEGRACION DE ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES*. MADRID, CENTRO NACIONAL DE RECURSOS PARA LA EDUCACION ESPECIAL, 1992, 143 págs. Biblio. C9.12 (M)
DEFICIENCIAS, EDUCACION ESPECIAL, INTEGRACION ESCOLAR, EDUCACION SECUNDARIA

COLEGIO OFICIAL DE APAREJADORES Y ARQUITECTOS TECNICOS DE SEVILLA. *GUIA URBANA DE SEVILLA PARA MINUSVALIDOS DEL APARATO LOCOMOTOR*. SEVILLA, JUNTA DE ANDALUCIA, 1991, 530 págs. Biblio. N2al.26
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, ACCESIBILIDAD, MEDIO URBANO, TRANSPORTES, EDIFICIOS PUBLICOS, DIRECTORIOS, AUTONOMIAS

COMUNIDAD EUROPEA. *POLITICA SOCIAL DE LA COMUNIDAD*. LUXEMBURGO (LU), COMUNIDAD EUROPEA, 1992, 330 págs. Biblio. Z2ax.20
POLÍTICA SOCIAL, PROMOCIÓN DE EMPLEO, PROMOCIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO, CONDICIONES DE TRABAJO, FORMA DE VIDA, SEGURIDAD EN EL TRABAJO, PROTECCIÓN SOCIAL, TRABAJADOR, NIÑOS, ADOLESCENTES, ANCIANOS, DEFICIENCIAS, NORMATIVA, PLANES Y PROGRAMAS, COMPENDIO, COMUNIDAD EUROPEA

CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL. *MEMORIA DE GESTION 1988-1990*. MADRID, COMUNIDAD DE MADRID, 1991, 110 págs. Biblio. G9.269
SERVICIOS SOCIALES, DEPARTAMENTOS DE SERVICIOS SOCIALES, ANCIANOS, DEFICIENCIAS, FAMILIA, MENORES, JUVENTUD, MUJER, ESTRUCTURA JURIDICO-ADMINISTRATIVA, COSTE, ESTADÍSTICAS DE SERVICIOS, ESTADÍSTICAS ECONOMICAS, SUBVENCIONES, AUTONOMIAS, INFORMES

CORTES, M., MARTINEZ, M. *SITUACION OCUPACION AL DE LA POBLACION DE DONDOSTIA CON MINUSVALIA FISICA O SENSORIAL*. HERNANI, GUREAK, 1992, 193 págs. Biblio. Pld.21
DEFICIENCIA FISICA, DEFICIENCIA SENSORIAL, CARACTERISTICAS POBLACION, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, ESTADÍSTICAS DE POBLACION, SITUACION SOCIAL, TRABAJO PROTEGIDO, NIVEL CULTURAL, GENERO, EDAD, PARO, AUTONOMIA PERSONAL, ESTATUS SOCIOECONOMICO, CONDICIONES DE TRABAJO, BUSQUEDA DE EMPLEO, CENTROS DE EMPLEO, ESTUDIO DE NECESIDADES, JORNADA LABORAL, SALARIO, NIVEL DE VIDA, DERECHO LABORAL, CONTRATOS, PERFIL PROFESIONAL, INFORMACION, ACCESO, GIPUZKOA

FEDERACION CASTELLANO-LEONESA DE ASOCIACIONES PRO DEFICIENTES MENTALES. *EL FUTURO DE LOS DEFICIENTES MENTALES QUE ENVEJECEN*. PALENCIA, FUNDACION CENTRO SAN CEBRIAN, FECLAPS, 1992, 243 págs. Biblio. K5.3 (M)
DEFICIENCIA MENTAL, ENVEJECIMIENTO, ANCIANOS, REUNIONES

FERNANDEZ, J. *MEDICINA PREVENTIVA: EL SINDROME DE DOWN*. OVIEDO, ASOCIACION PARA EL SINDROME DE DOWN DE ASTURIAS, 1991, 38 págs. Biblio. Alla.47
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, SINDROME DE DOWN, INFORMACION, ETIOLOGIA, SALUD, RECOMENDACIONES, MANUALES, GENERALIDADES

GAFO, J., Y OTROS. *LA DEFICIENCIA MENGALES Y ETICOS.* MADRID, UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS, 1992, 238 págs. Biblio. Z.6 (M)

DEFICIENCIA MENTAL, INTEGRACION, MEDICINA, ETICA, NORMATIVA, REUNIONES

GARCIA, D., IBAÑEZ, E. «CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS FISICOS». *REVISTA DE PSIQUIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA*, 19, 4, 1992, págs. 148-161, Biblio. R.591

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, EVALUACION, CALIDAD DE VIDA, ESCALAS, SEXO, RELIGION, PSICOLOGIA, ESTUDIO COMPARATIVO, ESPAÑA

GARCIA, V. *EDUCACION ESPECIAL PERSONALIZADA.* MADRID, RIALP, 1991, 432 págs. Biblio. C1.146

DEFICIENCIAS, ENFERMEDADES CRONICAS, EDUCACION ESPECIAL, PROGRAMAS INDIVIDUALIZADOS, INTEGRACION ESCOLAR, ETICA, FORMACION DE PERSONAL, CRITICA

GARCIA-MARCOS, J.A., Y OTROS. «DIAGNOSTICO MOLECULAR EN FAMILIAS AFECTADAS DE SINDROME X FRAGIL». *REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRIA*, 48, 3, 1992, págs. 183-188, Biblio. R.394

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, CROMOSOMA X, GENETICA, DIAGNOSTICO

GENTILE, F., Y OTROS. *DETECCION PRECOZ DE LA LUXACION CONGENITA DE CADERAS CON ECOGRAFIA DINAMICA.* BUENOS AIRES (AR), HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ, 1992, S/P págs. Biblio. A17.94

DEFICIENCIAS, PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO PRECOZ, CADERA, INVESTIGACION

GONZALEZ DE ZARATE, G. *GUIA DE RECURSOS Y AYUDAS INDIVIDUALES PARA PERSONAS CON DISMINUCIONES FISICAS.* VITORIA-GASTEIZ, CONFEDERACION COORDINADORA DE DISMINUIDOS FISICOS DE LA CAPV, 1992, 120 págs. Biblio. P2n.50

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, PRESTACIONES SOCIALES, PRESTACIONES ECONOMICAS, DIRECTORIOS, CAPV

GONZALEZ, M.A., SABATE, J. *LA INTEGRACION DE ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.* MADRID, CENTRO NACIONAL DE RECURSOS PARA LA EDUCACION ESPECIAL, 1991, 189 págs. Biblio. C9.11 (M)

DEFICIENCIAS, EDUCACION ESPECIAL, INTEGRACION ESCOLAR, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, EDUCACION SECUNDARIA

GRESHAM, F.M. «ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS SOCIALES

DE LA INTEGRACION: UN INGREDIENTE NECESARIO PARA EL EXITO». *SIGLO CERO*, 143, 1992, págs. 42-54, Biblio. R.100

DEFICIENCIAS, NIÑOS, NECESIDADES ESPECIALES, ESTUDIANTES, INTEGRACION SOCIAL, TEORIA, HABITOS SOCIALES, ADAPTACION PERSONAL, ENTRENAMIENTO, RECOMENDACIONES, TENDENCIAS

GUREAK. *AVANCE DE LA EXPLOTACION DE LA BASE DE DATOS DEL CENTRO BASE DE ATENCION A MINUSVALIDOS DE LA DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA. VALORACIONES DE MINUSVALIA DE LA POBLACION CON DEFICIENCIAS FISICAS Y SENSORIALES, Y NACIDA ENTRE 1926 Y 1983.* HERNANI, GUREAK, 1991, 92 págs. Biblio. P11.3

DEFICIENCIA FISICA, DEFICIENCIA SENSORIAL, CLASIFICACION, TIPOLOGIA, GRADOS, ESTADISTICAS DE POBLACION, BASE DE DATOS, GIPUZKOA, CAPV

IBE-CERE. *CERTAMEN ESCOLAR «ELKARRERKIN».* VITORIA-GASTEIZ, IBE-CERE, 1991, 210 págs. Biblio. C6.7

DEFICIENCIAS, INTEGRACION ESCOLAR, ACTITUDES SOCIALES, COMPAÑEROS, MATERIAL PEDAGOGICO

INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL. *GUIA DE PROGRAMAS Y SERVICIOS.* VITORIA-GASTEIZ, INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL, 1993, 184 págs. Biblio. G9.303

SERVICIOS SOCIALES, SERVICIOS SOCIALES DE BASE, RED DE SERVICIOS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, TELEALARMA, PRESTACIONES ECONOMICAS, PENSIONES, PENSIONES ASISTENCIALES, EMERGENCIA SOCIAL, AYUDAS INDIVIDUALES, SUBVENCIONES, SERVICIOS Y CENTROS, RESIDENCIAS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, VIVIENDA ASISTIDA, CENTROS DE DIA, CENTROS DE EMPLEO, CENTROS OCUPACIONALES, CENTROS DE ACOGIDA, PLANES Y PROGRAMAS, ACOGIMIENTO FAMILIAR, ADOPCION, ANCIANOS, DEFICIENCIAS, NIÑOS, JUVENTUD, FAMILIA, DIRECTORIOS, FICHAS TECNICAS, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, ARABA, CAPV

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. *JORNADAS DE MINUSVALIA Y MEDIOS DE COMUNICACION.* MADRID, INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, 1992, 184 págs. Biblio. 01.2 (M)

DEFICIENCIAS, MEDIOS DE COMUNICACION, REUNIONES, INFORMACION

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. *MEMORIA DE ACTIVIDADES DEL INSERSO 1990.* MADRID, INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, 1991, 513 págs. Biblio. Z10.28

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, NIÑOS, INSERSO, SERVICIOS SOCIALES, PERSONAL, PRESUPUESTOS, GASTO SOCIAL, COSTE, PRESTACIONES ECONOMICAS, ESTRUCTURA JURIDICO-ADMINISTRATIVA, ORGANIZACION Y GESTION, ESTADISTICAS DE POBLACION, ESTADISTICAS ECONOMICAS, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, NECESIDADES, DIRECTORIOS, INFORMES

JARDON, E. *DEFICIENCIAS Y MINUSVALIAS PRODUCIDAS POR EL TRATAMIENTO DE*

LAS ENFERMEDADES CON DROGAS IBEROAMERICANAS DINAMGENAS, ESTUPEFACIENTES E ILUSIGENAS. MADRID, HOSPITAL GREGORIO MARAÑON, 1992, 79 págs. Biblio. A17.96 (M)

DEFICIENCIAS, INVESTIGACION, DROGAS, TRATAMIENTO

JAUDENES, C. «FIAPAS PONE EN MARCHA SU PROYECTO «AYUDAS TECNICAS PARA EL HOGAR DE LAS PERSONAS SORDAS». *FARO DEL SILENCIO*, 130, 1992, págs. 21-26, Biblio. R.541

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, AYUDAS TECNICAS, EQUIPAMIENTO, ACTIVIDADES VIDA DIARIA

KLOSKA, T. «EL ENFOQUE DE LA ESCUELA GLOBAL». *SIGLO CERO*, 143, 1992, págs. 12-14, Biblio. R.100

DEFICIENCIAS, NIÑOS, ESTUDIANTES, NECESIDADES ESPECIALES, ESCUELA, ORGANIZACION Y GESTION, ORGANIZACION DE RECURSOS, ORIENTACION ESCOLAR, TEORIA, POLITICA EDUCATIVA

LEWIS, V. *DESARROLLO Y DEFICIT. CEGUERA, SORDERA, DEFICITI MOTOR, SINDROME DE DOWN, AUTISMO.* BARCELONA, PAIDOS, 1991, 244 págs. Biblio. B1.62

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, DEFICIENCIA SENSORIAL, CEGUERA, DEFICIENCIA AUDITIVA, SINDROME DE DOWN, AUTISMO, DESARROLLO INFANTIL, CARACTERISTICAS POBLACION, MANUALES, GENERALIDADES

LINARES, P.L., Y OTROS. «AUTISMO Y EDUCACION PSICOMOTRIZ EN UN MEDIO ACUATICO». *POLIBEA*, 26, 1992, págs. 7-11, Biblio. R.656

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, AUTISMO, EDUCACION PSICOMOTRIZ, PISCINAS

LOPEZ, I. «EL AUTISMO». *PUERTA NUEVA*, 16, 1992, págs. 40-51, Biblio. R.791

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, AUTISMO, SINTOMATOLOGIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, GENERALIDADES

LUCERGA, R.M., Y OTROS. *JUEGO SIMBOLICO Y DEFICIENCIA VISUAL.* MADRID, O.N.C.E., 1992, 180 págs. Biblio. P3c.20

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA VISUAL, ACTIVIDADES RECREATIVAS, JUEGOS, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS

MADRID, J.V. «UNA ALTERNATIVA A LA RESIDENCIA: LOS HOGARES DE GRUPO». *INTERVENCION PSICOSOCIAL*, 2, 1992, págs. 97-107, Biblio. R.1071 (M)

DEFICIENCIAS, VIVIENDA ASISTIDA, EXPERIENCIAS, ASOCIACIONES

MEHR, E.B., FREID, A.N. *EL CUIDADO DE LA BAJA VISION.* MADRID, O.N.C.E., 1992, 271 págs. Biblio. P3a.5

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA VISUAL, DETECCION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, AYUDAS TECNICAS, DIRECTORIOS

MIR, B., Y OTROS. «OTOEMISIONES ACUSTICAS PROVOCADAS Y POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS TRONCULARES EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE HIPOACUSIAS INFANTILES». *FIAPAS*, 28, 1992, págs. I-XVI, Biblio. R.196

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, DIAGNOSTICO PRECOZ, FACTOR DE RIESGO

MIRO, O., Y OTROS. *LAS PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.* BARCELONA, COORDINADORA DE TALLERS PER A MINUSVALIDS PSIQUICS DE CATALUNYA, 1991, 183 págs. Biblio. G9c.44

DEFICIENCIAS, PROTECCION SOCIAL, SEGURIDAD SOCIAL, PRESTACIONES ECONOMICAS, LEY, IMPACTO, CRITICA, ESPAÑA

MORENO, F., Y OTROS. *ESTUDIO Y DIAGNOSTICO MOLECULAR DE FAMILIAS ESPAÑOLAS AFECTADAS DE LAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS.* MADRID, UNIDAD DE GENETICA MOLECULAR, HOSPITAL RAMON Y CAJAL, 1992, 46 págs. Biblio. 1992

DEFICIENCIAS, ENFERMEDADES HEREDITARIAS, ANOMALIAS GENETICAS, INVESTIGACION, ESPAÑA

MORRIS, J. *CAPACES DE VIVIR. EXPERIENCIAS DE MUJERES CON LESION MEDULAR.* BARCELONA, FUNDACIO INSTITUT GUTTMANN, 1992, 156 págs. Biblio. P2.14 (M)

DEFICIENCIA FISICA, LESION MEDULAR, MUJER

MUÑOZ, F. *MANUAL PARA PADRES DE MINUSVALIDOS.* POZUELO, ASPAFES, 1992, 188 págs. Biblio. H7.23

DEFICIENCIAS, CONCEPTO. TERMINOLOGIA, EDUCACION ESPECIAL, INTEGRACION ESCOLAR, SERVICIOS Y CENTROS, SERVICIOS DE APOYO, APOYO EDUCATIVO, INTEGRACION SOCIAL, TRABAJO PROTEGIDO, OCIO, ACTIVIDADES RECREATIVAS, PRESTACIONES SOCIALES, PRESTACIONES ECONOMICAS, PROTECCION, PROTECCION CIVIL, PROTECCION SOCIAL, PROTECCION LEGAL, TUTELA, TESTAMENTO, GENERALIDADES, INFORMACION, MANUALES PARA PADRES

NAPOLI, O. *IGLESIA Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD.* BUENOS AIRES (AR), INSTITUTO DIOCESANO DEL PROFESORADO MONS. MIGUEL RASPANTI, 1992, 239 págs. Biblio. 11.2 (M)

DEFICIENCIAS, RELIGION, EDUCACION RELIGIOSA

O.N.C.E. *LENGUA DE SIGNOS.* MADRID, O.N.C.E., 1992, 4 págs. Biblio. P5a FOL. 1

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, DEFICIENCIA VISUAL, COMUNICACION NO VERBAL, BRAILLE, SISTEMA BLISS, MANUALES

O.N.C.E. *CONVOCATORIA PARA LA FINANCIACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION.* MADRID, O.N.C.E., 1991, 42 págs. Biblio. P3 FOL. 14

DEFICIENCIA VISUAL, INVESTIGACION, BECAS, ONCE, ESPAÑA

PARQUET, P.J., Y OTROS. *AUTISMO: CUIDADOS, EDUCACION Y TRATAMIENTO.* PARIS (FR), MASSON, 1992, 222 págs. Biblio. A6e.63

DEFICIENCIAS, AUTISMO, TRATAMIENTO, PSICOANALISIS, FARMACOS, EDUCACION

PERAITA, H., Y OTROS. *REPRESENTACION DE CATEGORIAS NATURALES EN NIÑOS CIEGOS.* MADRID, TROTТА, 1992, 154 págs. Biblio. P3.9

DEFICIENCIA VISUAL, CEGUERA, NIÑOS, DESARROLLO COGNITIVO, DESARROLLO INTELECTUAL, LENGUAJE, INVESTIGACION, RESULTADOS, DIRECTRICES

RICO, E., Y OTROS. «SINDROME DE WAARDENBURG. PRESENTACION DE UN CASO». *REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRIA*, 48, 3, 1992, págs. 245-248, Biblio. R.394

DEFICIENCIAS, SINDROMES, CARACTERISTICAS, DIAGNOSTICO, CONSEJO GENETICO

RUANO, R.A. *INVALIDEZ, DESAMPARO E INDEFENSION EN SERES HUMANOS. TESIS DOCTORAL.* MADRID, UNIVERSIDAD PONIFICIA DE COMILLAS, 1992, 812 págs. Biblio. P2.15 (M)

DEFICIENCIA FISICA, CUESTIONES SOCIALES, PSICOLOGIA, REHABILITACION PROFESIONAL, HISTORIA

SAKS, O. *VEO UNA VOZ. VIAJE AL MUNDO DE LOS SORDOS.* MADRID, ANA YA, 1991, 228 págs. Biblio. P5a.1 (M)

DEFICIENCIA AUDITIVA, COMUNICACION NO VERBAL, EDUCACION ESPECIAL

SALESA, E. «VISION ACTUAL DE LA AUDIOLOGIA». *FIAPAS*, 24, 1992, págs. I-VII, Biblio. R.196

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, AUDIOLOGIA, AYUDAS TECNICAS

SANCHEZ-PALENCIA, S. «DISCAPACIDAD Y SOCIEDAD». *PAPELES DEL PSICOLOGO*, 2, 54, 1992, págs. 39-46, Biblio. R.528

DEFICIENCIAS, DATOS ESTADISTICOS, POLITICA SOCIAL, ESPAÑA

SANTANA, R., GUILLAMON, A. «LA ATENCION EDUCATIVA A LOS NIÑOS SORDOS EN CANARIAS». *FIAPAS*, 23, 1991, págs. I-IV, Biblio. R.196

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, EDUCACION ESPECIAL, INTEGRACION ESCOLAR, ESTADISTICAS DE POBLACION, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, AUTONOMIAS

SANTIUSTE, V. *HIJOS CON PROBLEMAS DE LENGUAJE.* BARCELONA, CEAC, 1991, 139 págs. Biblio. P5.20 (M)

DEFICIENCIAS, PROBLEMAS DE LENGUAJE, FAMILIA, EDUCACION

SOS, A.M., SOS, M.L. *LOGOPEDIA PRÁCTICA.* MADRID, INDEX, 1991, 367 págs. Biblio. P5.23 (M)

DEFICIENCIAS, LOGOPEDIA, PROBLEMAS DE LENGUAJE

STASIUC, A. *CARACTERISTICAS Y CONDUCTAS QUE SE DESARROLLAN DENTRO DEL PLAN EDUCACIONAL, ASISTENCIAL, DEPORTIVO, CON LAS PERSONAS DISCAPACITADAS AL CURRÍCULO COMUN.* MONTEVIDEO (UY), 1992, 30 págs. Biblio. A17.98

DEFICIENCIAS, EDUCACION, DEPORTES, CURRÍCULO, INTEGRACION

THOMSON, M.E. *DISLEXIA. SU NATURALEZA, EVALUACION Y TRATAMIENTO.* MADRID, ALIANZA, 1992, 318 págs. Biblio. C11a.4(M)

DEFICIENCIAS, DISLEXIA, ETIOLOGIA, PROBLEMAS DE LENGUAJE

TRONCOSO, M.V., Y OTROS. «PROGRAMAS EDUCATIVOS EN CANTABRIA (I)». *SINDROME DE DOWN*, 9, 3, 1992, págs. 38-40, Biblio. R.626

DEFICIENCIAS, SINDROME DE DOWN, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS

VILLA, A., Y OTROS. *EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE APOYO EXTERNO A LA INTEGRACION.* VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 1992, 157 págs. Biblio. C9.95

DEFICIENCIAS, NECESIDADES ESPECIALES, INTEGRACION ESCOLAR, SERVICIOS DE APOYO, CLASES DE APOYO, EQUIPO MULTIPROFESIONAL, EVALUACION DE SERVICIOS, SATISFACCION, CUESTIONARIOS, CAPV

VILLA, R.D. *POSIBLES CAUSAS DE APARICION DE LOS DEFECTOS DE CIERRE DEL TUBO NEURAL EN ASTURIAS.* AVILES, DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA FUNCIONAL, HOSPITAL SAN AGUSTIN, 1992, 228 págs. Biblio. A9.3 (M)

DEFICIENCIAS, PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, TUBO NEURAL, ETIOLOGIA, INVESTIGACION, ASTURIAS

VILLANUEVA, D.J.L. «DISCURSO DEL PRESIDENTE DE COCEMFE. ACTO DE CONCENTRACION DE MINUSVALIDOS. MADRID 20-6-1992». *EN MARCHA*, 2, 1, 1992, págs. 6-23, Biblio. R.508

DEFICIENCIA FISICA, INTEGRACION SOCIAL, REUNIONES NACIONALES, ESPAÑA

VILLANUEVA, S. «EL USO DEL LENGUAJE DE SIGNOS PARA FACILITAR LA COMUNICACION ORAL EN LOS NIÑOS CON RETRASO DE DESARROLLO CON CAPACIDAD AUDITIVA». *SIGLO CERO*, 143, 1992, págs. 35-38, Biblio. R.100

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, NIÑOS, COMUNICACION NO VERBAL, COMUNICACION TOTAL, TEORIA

ZERBITZUAN

Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente de ZERBITZUAN

DIRECTOR: R. Saizarbitoria

S.I.I.S. Reina Regente, 5 - 20003 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Félix M.a Moratalla
Luis Sanzo
Patxi López Cabello
Juan Carlos Ansotegi
Manuel Vigo
Rafael Mendia
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: DIDOT ,S,A Nervión,3-6º - BILBAO

IMPRIME: ITXAROPENA,S.A.Araba kalea, 45-zarautz

Depósito Legal: BI-1247 - 92

ISBN: 84-457-0311-0