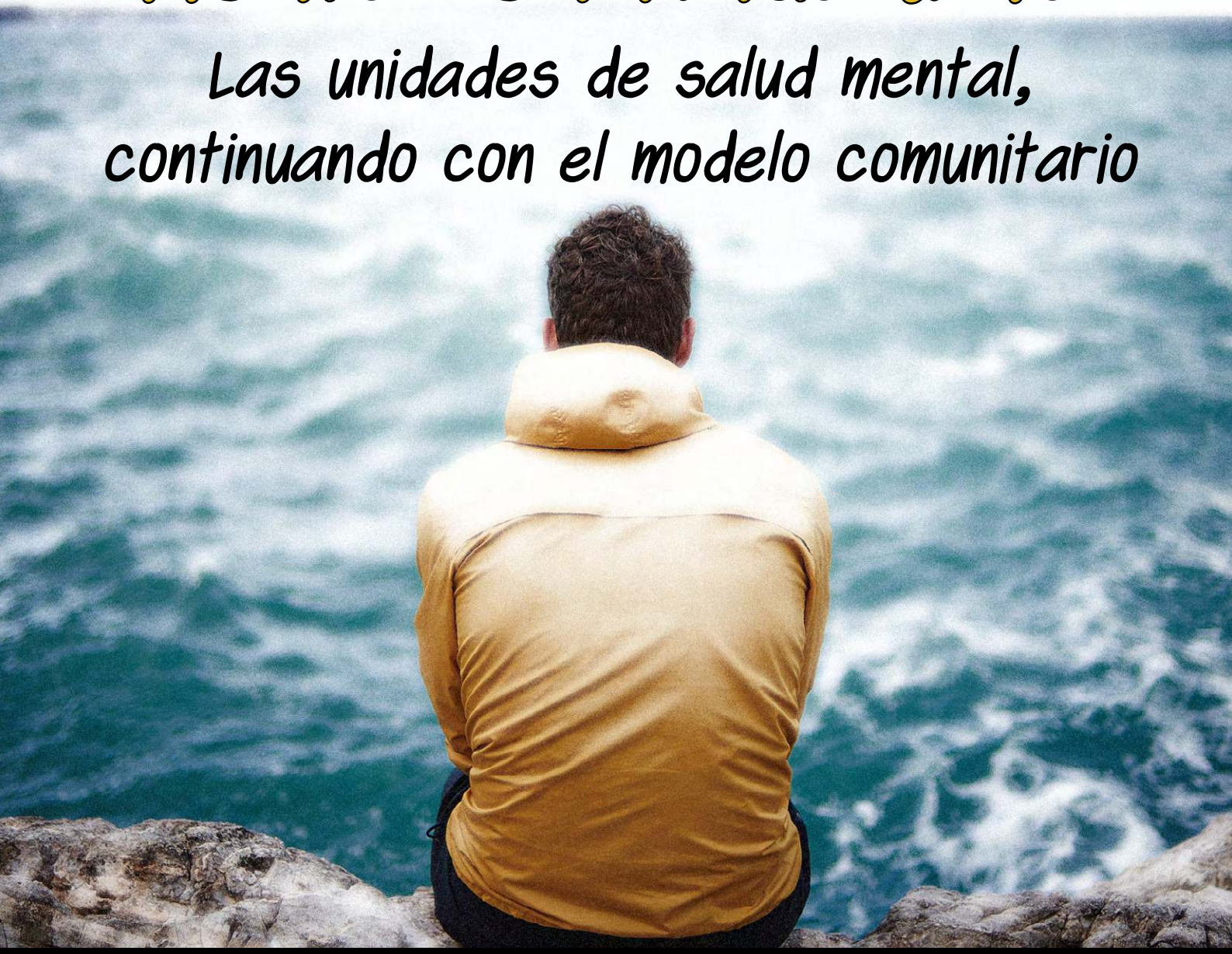
TS DIFUSION

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL DE Cádiz, Huelva, Málaga y Sevilla

TSD-113

Evolución de la Salud Mental en Andalucía

Las unidades de salud mental, continuando con el modelo comunitario



INICIATIVA SOCIAL

¡Que nadie viva en la calle, que nadie muera en la calle!

Intervención social con personas en exclusión social extrema desde el ámbito de lo local

EN ESTE NÚMERO

2 Editorial
· "Trabajo Social para la salud mental".

3 Redacción

13 Carpeta
· Evolución de la Salud Mental en Andalucía. Las unidades de salud mental, continuando con el modelo comunitario.

26 Tu Universidad
· La innovación en los estudios universitarios de Trabajo Social.

30 Iniciativa Social
· ¡Que nadie viva en la calle, que nadie muera en la calle! Intervención social con personas en exclusión social extrema desde el ámbito de lo local.
· Aplicación de terapias alternativas para intervención en discapacidad intelectual y trastornos de conducta.

35 Trabajadores Sociales por el mundo
· María Gallego, 10 años de su vida en Ecuador.

37 Agenda
Cuadernillo

39 Bibliografía

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga

TSDIFUSION

Edita
Vocalía de publicaciones del Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga
C/ Muro de Puerta Nueva, 9 · 1ºC. 29005 Málaga
Tel.: 952 22 71 60 · Fax: 952 22 74 31
e-mail: tsdifusion@trabajosocialmalaga.org

Dirección
Emilia Fernández Fernández

Secretaría Técnica
Juan Gavilán Perdiguero. CODTS Málaga

Redacción
Pilar Tubío Martínez, Rosa María González García, Begoña Velázquez Fernández, Marta Ginesta Gamaza (Cádiz) • Juan Rosa Martín, Julio Piedra Cristóbal, Catalina Hernández Maestre (Huelva) • Elisabet Rodríguez Zurita, Juan Gavilán Perdiguero, Rafael Arredondo Quijada, David Caracuel Ruiz (Málaga) • Gonzalo Cañestro Fernández, Rafael Romero Pérez, Irene Cárdenas García (Sevilla).

Colaboran en este número
Francisca Fernández Burgos · Marta Ginesta Gamaza · Carmen Almadana Pacheco, Mª Jesús Romero Ruiz · María Arráez Lorenzo · María Gallego Loroño · Rosa Martín Cotilla · Javi Castro · Rafa Soto.

Maquetación
Rocío Morales Lozano. CODTS Málaga

Soporte: Informático a través de Internet
Internet: www.tsdifusion.es
Depósito legal: MA 1038, 1996
ISSN 1577-0532 / ISSN electrónico 2341-0345
Los contenidos de esta revista son siempre reproducibles siempre que se cite el nombre de TSDifusión
Esta publicación no comparte necesariamente las opiniones vertidas en la misma por sus colaboradores

Trabajo Social para la salud mental

LA CARPETA DE ESTE MES DE LA REVISTA ESTÁ DEDICADA A SALUD MENTAL, en ella podréis leer sobre la evolución histórica en la atención a personas con problemas de salud mental.

A la hora de exponer la atención de personas con problemas de salud mental no podemos dejar de enunciar la situación los factores agravantes de carácter social y familiar que van a afectar a todo el entorno, esto sería materia de intervención de Trabajo Social.

El carácter de la atención multidisciplinar es indiscutiblemente muy necesaria para la mejora de la salud de las personas con problemas de salud mental.

El proceso inicial donde la actitud o la referencia institucionales eran la del ingreso en una institución cerrada ha ido cambiando con el tiempo y las reformas en psiquiatría han implicado el que la familia y la comunidad han hecho que la figura del/la profesional de Trabajo Social, se haga imprescindible en atender las necesidades de las personas con problemas de salud mental.

En este proceso el/la profesional de Trabajo Social será un elemento muy importante en la intervención del trabajo, va a desarrollar una atención que implica otros elementos de apoyo en familia o de situaciones de mejora en la atención comunitaria que desarrolla una ciudad.

Cuando se desarrolla la reforma psiquiátrica tuvo gran importancia las intervenciones desde el Trabajo Social, ello implicaba una nueva idea entre institución y comunidad con conceptos más de rehabilitación social o de apoyo familiar.

Las compañeras que inicialmente empezaron en el 75 con la reforma, hacen aportaciones a todo lo que sería la tarea de Trabajo Social en Salud Mental, destacaríamos la importancia que tiene el desarrollo de sus actividades en los equipos de salud mental, que implica una labor de apoyo al equipo totalmente imprescindible para la evolución de las personas con problemas de salud mental y sus familias. Esta editorial quiere que sea un homenaje a las/os compañeras/os trabajadoras/es sociales que han estado durante muchos años trabajando en las unidades desde agudos, también las/os que actualmente están haciéndolo, por la labor tan importante que desarrollan en este campo integral de salud mental.

Nuestra posición como profesionales del Trabajo Social en salud mental es totalmente necesaria para que las personas con problemas de salud mental puedan hacer una vida más saludable.

Encuentro del Colegio con la Concejala de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cádiz

Ana Fernández y Pilar Tubío.

Redacción. CÁDIZ

El pasado17 de diciembre, el Colegio Profesional de Trabajo Social de Cádiz mantuvo una reunión con la Concejala de Presidencia y Asuntos Sociales, Ana Fernández, con motivo de la presentación de los Compromisos para garantizar el Sistema Público de Servicios Sociales.

El CPTS de Cádiz, representado por nuestra Presidenta, Pilar Tubío, hizo llegar al Área de Asuntos Sociales el documento de Compromisos para garantizar el Sistema Público de Servicios Sociales. Manifestamos la situación actual de aumento del empobrecimiento de la población, la disminución de recursos de atención social, el retroceso en cuestión de derechos sociales e hicimos llegar todas las propuestas trabajadas por el Consejo Andaluz de Trabajo Social y los ocho Colegios Profesionales, referentes a la necesidad de una nueva Ley de Servicios Sociales, Ley de Renta Básica, inclusión de los Servicios Sociales en la Constitución y asegurar los niveles de atención, entre otras.

Ana Fernández, tomó buena nota de las peticiones del CPTS de Cádiz y se interesó por colaborar en todo lo posible con el Colegio, abriendo incluso un convenio de colaboración, que trabajaremos en 2016.

Plan Ciudad y Ciudadanía en Cádiz

Redacción. CÁDIZ

El Colegio Profesional de Trabajo Social de Cádiz, asistió y participó el pasado 13 de enero junto con distintas entidades: Alendoy, Mujergades, Asociación Cardijn, Agamama, Calor en la noche, etc., a la reunión convocada por PLAN C, que se llevó a cabo en el Centro Tierra de Todos, en la que se tuvo una primera toma de contacto y se dio a conocer el documento Plan Ciudad y Ciudadanía.

PLAN C es un movimiento de iniciativa ciudadana propuesto conjuntamente desde "Planeta Cádiz" y la Universidad de Cádiz, que nació con la intención de conocer y diagnosticar la realidad de nuestra ciudad; así como promover, desde la participación de toda la población, el desarrollo social, comunitario, económico, educativo, cultural de nuestra ciudad y su área metropolitana en beneficio de todos y de todas; buscando a su vez a corto, medio y largo plazo soluciones, desde la inteligencia colectiva, para nuestra ciudad y su futuro. Desde unos criterios de contemporaneidad, transversalidad, participación, creatividad, convivencia, pluralidad, solidaridad, sostenibilidad, innovación, etc.

Con ello se pretende ilusionar al mayor número de gaditanos/as posible en la validación de dicho diagnóstico participativo (documento abierto y en proceso permanente de crecimiento) y a su vez en el proceso para diseñar conjuntamente la ciudad que necesitamos, deseamos y merecemos. El compromiso y la responsabilidad social se han visto complementados con la ilusión y el entusiasmo por participar en un proceso constructivo que entendía la difícil situación actual como motivo suficiente para empezar a trabajar de manera positiva y con visión de futuro.

El pasado 22 de enero se llevó a cabo en la Casa Iberoamérica una presentación oficial del proyecto así como del documento resultante sobre la realidad de nuestra ciudad y en la que pudo participar toda la ciudadanía en general.

Hablamos de un reto cuyas principales señas de identidad son el respeto a la pluralidad, la diversidad y la transversalidad en todos sus aspectos, haciéndose necesaria la implicación de todos/as aquellos/as que deseen colaborar o participar.

El Colegio de Huelva implicado en la potenciación del ejercicio profesional en el ámbito judicial

Miembros de la Junta de Gobierno del CPTS-Huelva se ha reunido con el Jefe de Justicia para establecer líneas de colaboración, así como potenciar el ejercicio del Trabajo Social en Justicia.

De izqda. a dcha., Simón Vázquez, Jefe de Justicia, Cinta Martos y Mª Luisa Mateos, miembros de la Junta de Gobierno del CPTS-Huelva.

Redacción. HUELVA

El pasado viernes 5 de diciembre de 2015, Cinta Martos, Mar Ojeda y Mª Luisa Mateos, miembros de la Junta de Gobierno del Colegio Profesional de Trabajo Social, se reunieron con el Jefe de Justicia, Simón Márquez, a fin de establecer líneas de colaboración entre el CPTS-Huelva y Justicia para potenciar el ejercicio profesional en el ámbito judicial, concretamente los ámbitos de Mediación y Peritaje Social.

Fruto de este encuentro se han abordado también otros asuntos de interés para el Trabajo Social. Por un lado, se ha establecido una primera línea de colaboración facilitando el acercamiento al Colegio Oficial de Abogados de Huelva, donde se impartirán sesiones informativas/formativas de la figura del Trabador Social como profesional en el proceso judicial: mediador y perito social. Por otro lado, Simón Vázquez se ha comprometido con el CPTS-Huelva a facilitar a los colegiados, información y formación acerca de la organización de los órganos judiciales, así como aquellos órganos y servicios en los que la figura del Trabajo Social se encuentra en los equipos.

Tanto el presidente del Colegio Profesional, Julio Piedra, como la Comisión de Mediación y Peritaje Social del propio Colegio, valoran el encuentro muy positivo, suponiendo un acercamiento para dar a conocer la figura del profesional del Trabajo Social como un profesional más dentro de los equipos del ámbito judicial.

El Colegio onubense continúa trabajando con las personas refugiadas y que solicitan asilo

El CPTS-HUELVA se reúne con las entidades onubenses que trabajan con las personas refugiadas.

Momento de la reunión con Cruz Roja.

Redacción. HUELVA

El Colegio Profesional de Trabajo Social de Huelva (CPTS-HUELVA) se ha reunido con las dos entidades onubenses que llevarán a cabo las acciones en materia de asilo y personas refugiadas, ACCEM-Huelva y Cruz Roja.

Entre los temas tratados se encuentran el acercamiento del Colegio a las propias entidades, así como establecer acuerdos y líneas de colaboración en materia de asilo y personas refugiadas. Los representantes de las entidades, Francisco Villa, ACCEM-Huelva, y Rosario Miranda, Cruz Roja, manifestaron de muy positiva la iniciativa del Colegio Profesional de Trabajo Social de acercarse a las entidades mostrando su apoyo y colaboración en esta materia, así como planteamientos futuros en otras cuestiones relacionadas con la profesión del Trabajo Social.

Por su parte, el presidente del CPTS-HUELVA, Julio Piedra, declaró que es fundamental el acercamiento a las entidades onubenses, para dar a conocer la labor del propio Colegio, así como mostrar el apoyo e interés a todas las acciones que emprendan tanto en materia de asilo y personas refugiadas, como en otros ámbitos. El Colegio ha de ser una entidad en estrecha relación con las entidades onubenses, afirma Julio Piedra, para estrechar lazos y trabajar conjuntamente.

Charla-Coloquio sobre legislación en materia de Asilo y Refugio.

El Colegio Profesional de Trabajo Social de Huelva apuesta por la formación de calidad

El CPTS-HUELVA ha cerrado el año 2015 con la finalización de dos actividades formativas con una evaluación muy positiva.

Redacción. HUELVA

El Colegio Profesional de Trabajo Social de Huelva (CPTS-HUELVA) ha finalizado el pasado mes de diciembre dos acciones formativas, valoradas de muy positivas por los asistentes: Curso de "Técnicas Gestálticas para Trabajadores Sociales" y Charla-Coloquio sobre "Legislación en materia de Asilo y Refugio".

El curso de "Técnicas Gestálticas para Trabajadores Sociales", impartido por la entidad AFRA–Centro de Psicoterapia Gestalt, ha supuesto para los asistentes un espacio de escucha y confianza para el enriquecimiento personal, grupal y profesional a través del abordaje de diversas técnicas desde el encuadre humanista, concretamente desde la Gestalt. Los/as asistentes han evaluado muy positivo la realización del mismo, así como la demanda de una segunda edición.

Por otro lado, la Charla-Coloquio "Legislación en materia de Asilo y Refugio", impartida por la asesora jurídica de ACCEM-Huelva, y fruto del contacto mantenido con la entidad, ha tenido una muy buena acogida por parte de los/as colegiados/as.

Catalina Hernández, responsable del Área Formativa del CPTS-Huelva, afirma que el Colegio se encuentra implicado en la formación de sus colegiados sobre temas de actualidad y reciclaje, siendo un compromiso fundamental por parte de esta área, que el Colegio oferte una formación continua de calidad.

LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL: SUPUESTOS PRÁCTICOS I

de Francisco García Fernández

Ya a la venta la 8ª edición REVISADA Y ACTUALIAZADA

Puntos de venta

En Málaga Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asisitentes Sociales
C/ Muro de Puerta Nueva, 9-1ºC. 29005
Tel.: 952 22 71 60. Fax: 952 22 74 31. E-mail: malaga@cgtrabajosocial.es
En Granada Librería Textos Babel. C/ San Juan de Dios, 20. Tel.: 958 20 26 62
C/ Emperatriz Eugenia, 6. Tel.: 958 29 05 37
Resto de España: Librería Proteo. C/ Puerta de Buenaventura, 3. 29008. Málaga. Tel.: 952 21 94 07

Edita:

Colegio Oficial de Diplomados enTrabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga

La profesión del Trabajo Social en la pequeña pantalla

El CPTS-HUELVA participa en el Magazzine Gran Vía de Huelva TV para visibilizar la profesión del Trabajo Social.

Nuestro Colegio en Huelva TV.

Redacción. HUELVA

El Colegio Profesional de Trabajo Social de Huelva (CPTS-HUELVA) participa desde el pasado mes de octubre en el Magazzine Gran Vía de Huelva TV, en un espacio donde se pretende dar a conocer la profesión del Trabajo Social.

Un formato sencillo y muy cercano donde se trata de informar de un área concreta. Entre las temáticas abordadas, donde han pasado diferentes compañeros y compañeras, se encuentran: Mediación, Servicios Sociales Comunitarios, Salud Mental, Drogodependencia, Dependencia, entre otros.

La visibilización de la profesión es una apuesta de la nueva Junta de Gobierno del Colegio, que la comunidad nos conozca y nos identifique, desmontando ideas erróneas acerca de nuestra profesión. “Creemos que es fundamental un acercamiento del profesional del Trabajo Social a la comunidad”, afirma Julio Piedra, presidente del CPTS-Huelva, “y que participar en un espacio televisivo contribuye a ello. Nos permite mostrar quiénes somos, dónde y cómo trabajamos, así como informar de recursos existentes”.

Viñeta

El Colegio de Málaga celebró el Día Europeo de la Mediación

Vista general del Salón de la Diputación que acogió el acto.

Algunas de las autoriades participantes.

Redacción. MÁLAGA

El pasado 21 de enero, el Colegio de Trabajo Social de Málaga, conmemoró el Día Europeo de la Mediación, con el que pretendía dar a conocer las grandes ventajas de este método de resolución de conflictos en múltiples asuntos como: conflictos de pareja, dependencia, conflictos intergeneracionales, conflictos vecinales, pensiones, guarda y custodia, régimen de visitas, uso de la vivienda familiar, liquidación del régimen económico del matrimonio, etc.

Desde el Colegio hemos conmemorado los 16 años desde la Recomendación de la Unión Europea e igualmente hemos participado en los actos conmemorativos organizados por Mediación Málaga para acercar la mediación a la ciudadanía, profesionalizarla, difundirla, sensibilizar sobre su eficacia y potenciar tanto la formación como la información que ofrecemos las y los trabajadores sociales.

En el último año (2015) desde el Colegio se han llevado a cabo un total de siete cursos sobre Mediación, cuatro sobre "Mediación en Resolución de Conflictos" y tres sobre "Familias Reconstituidas" por los que han pasado un total de 95 trabajadoras sociales, pertenecientes a un total de 39 provincias españolas.

Desde el CODTS se oferta un servicio de Mediación donde se asesora sobre el proceso, este dispone de un total de 17 profesionales inscritos en su Registro que orientan a las personas interesadas en participar en el mismo.

La Mediación es una forma voluntaria de resolver conflictos que mediante la intervención de una persona mediadora imparcial y neutral se ayuda a las personas, familias, a dialogar y a alcanzar acuerdos consensuados.

Como se ha plasmado en los actos de conmemoración, tenemos que seguir mentalizando a la sociedad de que la mediación tiene futuro y que el procedimiento en asuntos laborales, comunitarios, de consumo, policiales, sociales o familiar, genera múltiples beneficios y ahorro, y que las experiencias tanto intrajudiciales como extrajudiciales indican que Málaga sigue siendo pionera y referente entre las principales ciudades españolas.

Servicio de Mediación Familiar

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga

Listado de Mediadores Profesionales Colegiados
Equipos de Mediación con formación, experiencia y profesionalidad

Conflictos de pareja
Dependencia
Guarda y custodia
Régimen de visitas
Uso de la vivienda familiar
Pensión
Liquidación régimen económico del matrimonio
Conflictos intergeneracionales

¡¡INFÓRMATE!!
PRIMERA SESIÓN INFORMATIVA GRATUITA

¡CONOCE LAS VENTAJAS DE LA MEDIACIÓN!

Información y cita en el teléfono 952 22 71 60
o enviando email a secretaria@trabajosocialmalaga.org
Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga
www.trabajosocialmalaga.org

Foto de miembros de la candidatura tras el proceso electoral.

Elegida nueva Junta de Gobierno en el Colegio de Málaga

Redacción. MÁLAGA

A finales del pasado mes de diciembre tuvo lugar la celebración de una jornada electoral en el Colegio Profesional, convocatoria llevada a cabo para elegir a los/as componentes de la Junta de Gobierno para el período 2015-2019.

Durante toda la jornada electoral vivimos una auténtica fiesta de la democracia, el Colegio tuvo una llegada constante de colegiadas y colegiados que durante todo el día acudieron a depositar su voto por alguna de las dos candidaturas en liza.

La participación fue de 140 personas, de la cuales un voto fue en blanco, y obteniendo las candidaturas los siguientes resultados:

- Mª Belén Lorente Molina alcanzó 47 votos.
- Rafael Arredondo Quijada consiguió 92 votos, resultando la ganadora.

Desde estas páginas damos la enhorabuena a todas las compañeras y compañeros electos por su generosidad y entrega para con el Colegio, a las personas que conformaron las otras dos candidaturas y a todas quienes se acercaron al CODTS para participar en tan relevante día de la organización colegial. La Junta electa ha quedado conformada de la siguiente forma y cargos:

Presidente: Rafael Arredondo Quijada.

Vicepresidenta: Mª Carmen Puche Fernández.

Secretaria: Josefa Reyes Molina.

Tesorero: José Carlos Montero Díaz.

Vocales:

Publicaciones, Comunicación externa y redes: David Caracuel Ruiz.

Tercer Sector y Ejercicio Libre: Rosa R. Ruiz Trascastro y Rosa Mª Ramos Clavero.

Formación: Ana Mª Torrado Botana.

Servicios Sociales: Estefanía Alvarez Tallón y María González Reina.

Igualdad de Género: Micaela Jiménez Fortes.

Incidencia y participación: Dolores Ropero Morente y Rosa Mª Ramos Clavero.

Ya disponible 2ª Edición corregida y aumentada

"Diccionario Práctico de Trabajo Social"

Edita

CODTS Málaga

Distribución y pedidos

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga
C/ Muro de Puerta Nueva, 9-1°C. 29005. Málaga
Tel.: 952 22 71 60. Fax: 952 22 74 31
Web: www.trabajosocialmalaga.org
Email: area.economica@trabajosocialmalaga.org

Las dificultades y retos en los menores adoptados en la charla mensual del Colegio de Málaga

Redacción. MÁLAGA

El pasado mes de enero la Charla Coloquio del Ciclo anual del Colegio de Málaga la dedicamos a hablar sobre las Secuelas de la adversidad temprana y trastornos de la vinculación de los/as menores adoptados/as, la cual corrió a cargo de Charo Blanco Guerrero, Trabajadora Social y Psicóloga.

La masiva asistencia y la excelente disertación nos fue mostrando historias de adversidad, de abandono, de desarraigo, de niños y niñas que fueron separados/as de su madre biológica y en muchos casos han vivido además negligencia, abandono, maltrato institucional o pobreza extrema, lo que en muchos casos les provoca secuelas como el retraso en la altura, en el peso o en el perímetro cefálico, así como en el desarrollo psicológico o emocional, con problemas de apego.

Charo Blanco, ponente sobre Menores Adoptados.

La ponente fue relatando numerosas dificultades como la hiperactividad, las conductas agresivas, la falta de atención, las mentiras o hurtos, la desconexión o bloqueo, además de muchos de estos niños y niñas que se sienten ignorados/as y rechazados/as y que precisan buenas dosis de autoestima, de un entorno seguro y estable que le debe proporcionar el vínculo con su nueva familia.

El alcalde traslada al Colegio de Sevilla su apoyo a la Campaña "Compromisos para Garantizar un Sistema Público de Servicios Sociales en Andalucía"

Gonzalo Cañestro junto a Juan Espadas.

Redacción. SEVILLA

El alcalde de Sevilla, Juan Espadas, ha trasladado al Colegio Profesional de Trabajo Social de Sevilla su apoyo a la Campaña "Compromisos para Garantizar un Sistema Público de Servicios Sociales en Andalucía", la cual le fue presentada el pasado 13 de enero durante un encuentro mantenido con el presidente del Colegio Profesional de Trabajo Social de Sevilla, Gonzalo Cañestro.

Tras manifestar su valoración positiva, el alcalde de Sevilla emplazó al responsable del Colegio de Sevilla a concretar el apoyo municipal con el delegado del Área de Bienestar Social y Empleo del Ayuntamiento de Sevilla, Juan Manuel Flores. A este encuentro seguirán otras reuniones particulares con los diferentes grupos políticos municipales, como paso previo a la celebración de un acto institucional de adhesión del Ayuntamiento de Sevilla a la campaña promovida por el Consejo Andaluz.

Cabe destacar que el Consejo Andaluz, en el marco de la campaña actualmente en marcha, ha comenzado el trabajo de análisis del Proyecto de Ley de Servicios Sociales de Andalucía con la finalidad de presentar las oportunas enmiendas al Proyecto de Ley, de cara a la aprobación del texto definitivo. En este periodo de trabajo se llevarán a cabo encuentros con la presidenta de la Junta de Andalucía, Susana Díaz, así como con el resto de grupos parlamentarios.

Respecto a los presupuestos municipales de la ciudad de Sevilla para 2016, Juan Espadas destacó durante el encuentro que los mismos se hayan muy centrados en el empleo y los Servicios Sociales, con una subida del 7%, hasta los 45,9 millones de euros,en las inversiones directas y transferencias municipales que contemplan sus presupuesto.

El Colegio de Sevilla impulsa con el Foro Profesional por la Infancia la campaña "Las niñas y los niños también votan"

Participantes en la sesión.

Redacción. SEVILLA

El Parlamento de Andalucía acogió el 26 de noviembre de 2015, a 180 escolares de diferentes centros educativos sevillanos con el fin de trasladar las reivindicaciones de los y las menores a los diferentes grupos parlamentarios.

El Colegio Profesional de Trabajo Social de Sevilla, integrante del Foro Profesional por la Infancia, entidad constituida por colegios y organizaciones profesionales, ha participado el 26 de noviembre de 2015 en una sesión celebrada en el Parlamento de Andalucía, en el marco de la campaña "Las niñas y los niños también votan", a la que asistieron 180 escolares de diferentes centros educativos sevillanos. El objetivo fue trasladar las reivindicaciones de los y las menores a los diferentes grupos parlamentarios.

La sesión fue presidida por la vicepresidenta del Parlamento de Andalucía, Teresa Jiménez, con la participación -por orden de intervención- de: Marta Escribano (Ciudadanos), Patricia del Pozo (Partido Popular), Teresa Rodríguez (Podemos) y Soledad Pérez (PSOE). Los centros educativos intervinientes fueron el Colegio Santa Isabel, el IES Luca de Tena y el Colegio Arias Montano.

El Foro Profesional por la Infancia, con motivo de la presentación de esta iniciativa el 20 de noviembre, Día Internacional de la Infancia, y ante la inminente campaña para las Elecciones Generales del 20 de diciembre de 2015, instó a la reflexión sobre los derechos de los más pequeños, y a realizar "un llamamiento a todos los partidos políticos para que se comprometan con la mejora de sus condiciones de vida".

Con la campaña "Las niñas y los niños también votan", el Foro Profesional por la Infancia busca hacer visibles "las carencias que hoy sufren miles de menores en nuestra tierra, con el horizonte en el inminente proceso electoral".

De este modo, los 180 menores expresaron en el Parlamento de Andalucía sus quejas, necesidades y propuestas políticas para un mundo más justo. El objetivo fue "trasladar al debate social estas opiniones, haciendo que los diferentes partidos políticos se comprometan en la solución de los problemas de la infancia, en el reconocimiento de sus derechos, adoptando las medidas necesarias".

La vicepresidenta del Parlamento de Andalucía felicitó en su intervención al Foro Profesional por la Infancia por esta iniciativa y agradeció a los niños y niñas asistentes "por recordarnos nuestra obligación de atender las políticas de infancia para mejorar muchas cosas". Teresa Jiménez subrayó que "hoy es una gran oportunidad para demostrar que, pese a que no podéis ejercer el derecho al voto, sí tenéis uno importantísimo: el de participar para dar ideas útiles y ser oídos para mejorar la sociedad".

Por su parte, Juan Gil, en representación del Foro Profesional por la Infancia, agradeció al Parlamento de Andalucía el dedicar la sesión a hablar de los problemas de niños y mayores.

Durante las diferentes intervenciones de los escolares en el Parlamento se pusieron de manifiesto problemáticas: los recortes en educación, la situación de los niños y niñas de familias desahuciadas, mejoras económicas y legislativas en educación y contra la crisis, necesidad de más fondos para becas de estudio, soluciones contra el bullying, subvenciones a la discapacidad, medidas para crear empleo joven, efectos de la ruptura del bipartidismo, qué hacer contra los recortes en Andalucía, entre otras muchas cuestiones.

La sesión finalizó con la lectura de una propuesta de resolución por parte de unos de los menores. La resolución finalizó solicitando a los representantes políticos el inicio del procedimiento para "llevar a cabo lo antes posible un pleno en este Parlamento que aborde de forma monográfica la situación de la infancia en Andalucía". En el documento se instó igualmente al Foro Profesional por la Infancia a que "persista en el empeño de dar voz a la infancia, en especial a aquellos menores que sufren más la adversidad".

¿Eres trabajador/a social y trabajas en un pueblo?

Desde TSDifusión queremos dar a conocer la *realidad de la práctica profesional de los/as trabajadores sociales en el medio rural,* además de que nos mostréis los encantos del paisaje que veis todos los días. Mandadnos un artículo en el que nos habléis de vuestros pueblos, su paisaje, lugares de interés turístico, cultura, fiestas,...y sobre todo queremos saber de vuestra práctica diaria: población con la que trabajáis, demandas e intervenciones más habituales, recursos existentes en la zona. Contadnos qué es lo positivo y cuáles son las dificultades de trabajar en una zona rural.

No lo penséis más y poneos a escribir, que seguro que tenéis mucho que aportar. ¡Os esperamos!

II Certamen fotográfico 2015: "Trabajo Social: una mirada a la infancia"

Redacción. SEVILLA

El pasado mes de enero el Colegio Profesional de Trabajo Social de Sevilla dio a conocer la fotografía premiada en su II Premio Fotográfico que en esta edición se ha centrado en el tema "Trabajo Social: una mirada a la infancia".

La fotografía premiada en primer lugar tiene por título "Desigual protección infantil en Bulgaria" y su autora es Sonia Mariscal Maireles, colegiada de Sevilla.

El contenido de las obras han tratado sobre la labor diaria de la profesión del Trabajo Social (ámbitos de trabajo, colectivos de intervención, recursos que ofrecen, valores positivos que aportan etc.) vinculados a la infancia.

Este año los premios han ascendido a las siguientes cuantías: 1º premio: 300 €, 2º premio: 200 € y un 3º premio valorado en 100 €.

Desde el Colegio Profesional agradecemos la participación de todos/as los/as colegiados/as que han querido plasmar desde su visión esta mirada a la infancia.

El Colegio Profesional de Sevilla estrena Plataforma de Formación

Redacción. SEVILLA

El Colegio Profesional de Sevilla está a punto de poner en marcha la Plataforma de Teleformación que dará cabida tanto a la formación presencial, online, cursos y charlas gratuitos, como a la modalidad semipresencial, con el fin de acercar a todos/as los colegiados/as y profesionales del ámbito social una formación especializada y de calidad. Estos cursos están desarrollados por expertos/as docentes y con amplia experiencia profesional en la materia.

En el próximo número de la revista TSDifusión os daremos cuenta de las temáticas que se ofertan en dicha plataforma.

Espacio Formativo "Saber más sobre..."

Redacción. SEVILLA

El Espacio Formativo "Saber más sobre...", tuvo dos intervenciones, una primera a cargo del del compañero colegiado, José Luis Sarasola Sánchez-Serrano, Profesor Titular de Universidad Pablo de Olavide, sobre "Situación actual del 3+2 en el grado Trabajo Social: el paso de la Diplomatura al Grado" Durante su intervención los/as asistentes resolvieron cuestiones de índole profesional vinculadas a la situación de grado. Se les facilitó la información más actualizada que hasta ahora está vigente para nuestra profesión.Tuvo lugar en la sede del Colegio el 12 de noviembre 2015.

Una segunda intervención tuvo lugar el 17 de noviembre también en la sede del Colegio, fue a cargo de Dra. Cristina Estrada Pineda, profesora e Investigadora de la Universidad de Guadalajara (Méjico), que trató sobre “El Trabajo Social penitenciario en la actualidad en México: retos y avances".

Firma del Convenio de colaboración entre el Colegio de Sevilla y la Universidad de Guadalajara

Redacción. SEVILLA

El Colegio Profesional de Sevilla ha firmado un convenio de colaboración con la Universidad de Guadalajara de Jalisco (Méjico), con el objetivo de unir lazos profesionales y trabajar en ámbitos académicos, científicos, tecnologicos y culturales, y en lo relativo a fomentar la investigación social de nuestra profesión.

Firma del Convenio con la Universidad de Guadalajara.

La firma del convenio tuvó lugar el 17 de noviembre, en la sede del colegio en un acto público.

Viñeta

Evolución de la Salud Mental en Andalucía

Las unidades de salud mental, continuando con el modelo comunitario

Francisca Fernández Burgos
Trabajadora Social en el Servicio Andaluz de Salud
La Axarquía (Málaga)

La amplitud del tema sobre de la evolución de la Salud Mental en Andalucía es tan extensa que lo he encuadrado en cuatro contenidos básicos: actualizar las definiciones de salud mental, enfermedad mental, bienestar social; repasar el marco referencial legislativo desde mediados del siglo XX; transformar la visión del enfermo mental de loco como objeto a persona como sujeto; y en último lugar hacer patente que la intervención de los profesionales de salud mental es clave para avanzar en las desigualdades en salud y bienestar social de las personas con problemas de salud mental en el ámbito de la atención socio-sanitaria bajo un modelo comunitario, en particular desde las unidades de salud mental comunitarias y los hospitales de Día.

"La salud mental se relaciona con el raciocinio, las emociones y el comportamiento frente a diferentes situaciones de la vida cotidiana. También ayuda a determinar cómo manejar el estrés, convivir con otras personas y tomar decisiones importantes."

Actualizar las definiciones de salud mental, enfermedad mental y bienestar social

Actualizar e incluir las definiciones es fundamental para comprender mejor la evolución. La **salud mental** y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores de interacción social, psicológica y biológica, de la misma forma en que lo están la salud y la enfermedad en general. El alcance global que de esta definición comparativa "la salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental, es vital para el individuo, familias y sociedades". La vigencia del concepto descrito por la OMS la salud como *"…un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, que puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001, p1)*. La salud mental se relaciona con el raciocinio, las emociones y el comportamiento frente a diferentes situaciones de la vida cotidiana. También ayuda a determinar cómo manejar el estrés, convivir con otras personas y tomar decisiones importantes.

La conceptualización y denominación de enfermedad mental hacia salud mental ha incluido un cambio en positivo, es mejor hablar de salud que de enfermedad. Las definiciones de enfermedad mental han cambiado en el último medio siglo. La **enfermedad mental** hace referencia a las afecciones que tienen un efecto en la cognición, las emociones y la conducta. Las definiciones clínicas formales incluyen ahora más información y se ha ido avanzado de una perspectiva parcial a una perspectiva más holística además de pasar de centrarnos en la enfermedad a focalizar la atención en mantener, renovar y pensar en nuestra salud.

Referir en este punto las explicaciones sobre los aspectos dimensionales de la anormalidad mental como referentes David Rosenhan y Martin Seligman en 1989 expusieron algunos elementos que caracterizan la anormalidad psicológica: sufrimiento, conducta maladaptativa y la pérdida de control. Por su sentido común y lo escueto de su explicación, algunos de estos elementos se describen, con la finalidad de hacer explicita la complejidad de la salud mental y enfermedad:

- *Sufrimiento:* Es el "dolor del alma", la falta de confort, el malestar que es consecuente, en algunos casos es consecuencia de elementos biológicos, hay una causa física y una disfunción corporal; en otros, el dolor y el sufrimiento psicológico son derivados de ideas, eventos existenciales, recuerdos y otros aspectos que no son tangibles y referidos a aspectos actuales.

- *Conducta maladaptativa:* Es un aspecto efectivo y negativo que siente el individuo, la conducta se refiere a la parte conductual, es decir, a lo que hace. La adaptación describe la capacidad del individuo de interactuar con su medio ambiente, de afrontar los problemas de manera exitosa y de ajustarse y funcionar ante todo cambio dentro de las exigencias del entorno, si el cambio no es posible, se llega a un problema de adaptación teniendo conflictos con el entorno en el que se encuentra, entrando en un estado de frustración.

- *Pérdida de control:* El control, en la salud mental, se refiere a la predictibilidad que a través del tiempo muestra una persona con respecto a su conducta. Connota la capacidad para anticipar la reacción de una persona conocida ante un evento determinado.

Otros dos aspectos que no se deben dejar de tener en cuenta son el Bienestar social y mental como los determinantes de la salud mental y la enfermedad y la Promoción de la salud mental.

Tanto la salud mental como las enfermedades mentales pueden ser la causa de determinantes sociales de salud positivos o negativos y a la vez ser influenciadas por ellos. Estos determinantes se definen como "las características específicas y los medios a través de los cuales las condiciones sociales afectan la salud, y la forma en que esas condiciones pueden ser potencialmente alteradas mediante una acción informada"(1). Estos determinantes incluyen ingresos, vivienda, estrés, experiencias tempranas en la niñez, exclusión social, ocupación, nivel de educación, sanidad, apoyo social, discriminación y falta de acceso a recursos.

En la misma medida la Promoción de la salud mental debe considerar la amplia gama de factores sociales que pueden interactuar con los determinantes biológicos de las enfermedades mentales. Los determinantes negativos son a menudo distribuidos en forma desproporcionada entre las poblaciones minoritarias, lo cual las coloca en un mayor riesgo de enfermedades físicas y mentales y de verse afectadas por la mortalidad relacionada con las mismas. Varios estudios indican que la salud mental está frecuentemente entrelazada con la salud física y las condiciones sociales; los intentos para entender las diferentes enfermedades, crear intervenciones y diseñar estrategias de promoción de la salud serán más eficaces si se originan a partir de un modelo bio-sico-social de enfermedad y salud dinámico y complejo.

Segundo, estudios recientes muestran que niveles más altos

de bienestar están relacionados con una mejor regulación de los sistemas biológicos y una respuesta neural adaptiva, y podrían servir como una influencia protectora para una buena salud física.

Tercero, se requieren diferentes enfoques para las diferentes subpoblaciones. La subpoblación con enfermedades mentales graves (TMG) comprende anualmente solo aproximadamente un cuarto de todos los adultos que sufren enfermedades mentales. La subpoblación con otras enfermedades mentales, el 75% de todos los adultos que sufren enfermedades mentales anualmente, también requiere de un sistema de salud que atienda y cubra sus necesidades. Además, en cualquier momento, cantidades significativas de una tercera subpoblación están sufriendo de estados subsindrómicos o de afecciones psicológicas no específicas. El diseño de intervenciones que apoyen estas diferentes subpoblaciones puede tener implicaciones para la prevención de enfermedades mentales y físicas diagnosticables y incapacitantes, así como para la recuperación.

Cuarto, la recuperación es un proceso importante que conecta la enfermedad y el bienestar(2) y merece una mayor atención en el futuro.

En décadas recientes uno de los avances más significativos ha sido el surgimiento de evaluaciones teóricas y de validación empírica en torno al funcionamiento psicológico positivo, entre las que se incluyen la sensación de bienestar y esperanza. Un precursor de este movimiento, iniciado en los años de 1950 y conocido como el "movimiento de indicadores sociales", se relacionaba con la calidad de vida. Varios estudios de gran importancia describieron la calidad de vida con un enfoque que buscaba determinar cómo variaba según las características demográficas y si cambiaba a través del tiempo.

A partir de esta perspectiva social, los psicólogos aumentaron su interés en el tema del bienestar subjetivo, delinearon sus componentes (por ejemplo, satisfacción de vida, niveles de felicidad) e investigaron las influencias de los procesos de motivación y crítica. Otros enfoques abordaron el funcionamiento psicológico desde perspectivas de desarrollo humanístico, existencial y de duración de vida que hacían énfasis en el crecimiento, el significado y la capacidad personal. En la última década, el bienestar psicológico se ha investigado en estudios nacionales a través de indicadores empíricos como la satisfacción con la vida, las metas personales, el crecimiento personal, el control sobre el ambiente, la autoaceptación, la autonomía y las relaciones positivas. Según

"Para las personas con enfermedad mental, la preocupación principal relativa a la reforma del sistema de atención médica es que se promueva el cuidado de la enfermedad con base en el bienestar y la salud de la persona; la recuperación es un concepto clave. El enfoque principal de la reforma de salud debe ser promover la salud y el bienestar."

lo documentan estos estudios, la ausencia de angustia mental no garantiza el bienestar, es decir, la enfermedad mental y la salud mental son dimensiones independientes como se especificó anteriormente

Para las personas con enfermedad mental, la preocupación principal relativa a la reforma del sistema de atención médica es que se promueva el cuidado de la enfermedad con base en el bienestar y la salud de la persona; la recuperación es un concepto clave. El enfoque principal de la reforma de salud debe ser promover la salud y el bienestar. El uso de enfoques relacionados puede mejorar la salud en general, retrasar la aparición de enfermedades crónicas y posibilitar el éxito personal en la familia, la comunidad y el lugar de trabajo.

Repasar el marco referencial legislativo desde mediados del siglo XX

Interesa repasar el marco referencial legislativo desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, recorrido histórico y legal sobre la Atención en salud mental con la descripción de hechos, marcos legislativos, planes integrales (objetivos, líneas estratégicas y tendencias actuales en Andalucía.

En la década de los años 1960 y 1970, la enfermedad mental de una persona se determinaba solo por el diagnóstico y solamente se disponía de unas categorías amplias de trastornos mentales. Los datos estadísticos nacionales se reportaban por diagnóstico (por ejemplo, casos de esquizofrenia y casos de depresión). Los principales manuales usados por epidemiólogos, funcionarios de administración de salud y médicos para la clasificación de enfermedades mentales son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría y el Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte de la Organización Mundial de la Salud (Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death o ICD), Clasificaciones internacionales en Psiquiatría CIE aparecen ya en el Primer Congreso Internacional de Estadística. La primera revisión (CIE-1) se llevó a cabo en París en 1900. La CIE-5 (1938),

en su sección VI: Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, incluyó cuatro subcategorías de enfermedades mentales: deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y otras. La OMS, creada en 1948, asumió la revisión de la CIE-6, cubriendo morbilidad además de mortalidad, apareciendo la sección V: Trastornos mentales, psiconeuróticos y de personalidad. Las siguientes ediciones: CIE-7 (1955), CIE-8 (1965), CIE-9 (1I978) y CIE-10 (1992).

Los enfermos institucionalizados eran una población de edad media avanzada, de predominio masculino, en su mayoría compuesta por solteros y de un perfil educativo y socioeconómico muy bajo. Diagnosticados en su mayor parte de psicosis y deficiencia mental, pero con una clínica predominantemente "residual" y "asintomática", con escasa presencia de sintomatología activa (sólo se recoge en el 17 % de los pacientes) y con una importante patología somática asociada. Todo ello refuerza la tesis de que los hospitales psiquiátricos cubrían sobre todo las necesidades de atención social, realizando la función de almacén de la marginalidad.(3)

En Málaga en 1979 se inicia los movimientos en pro reforma psiquiátrica. La Diputación de Málaga, pionera en la descentralización de los servicios de atención a los enfermos mentales, por sectores en los diferentes municipios de la Provincia empieza a realizar los seguimientos de las personas con enfermedad mental grave, así como la atención en sus problemas sociales.

Durante los años de 1980 y 1990 se estaba iniciando el proceso de desinstitucionalización, el cual empezó a tomar un ritmo rápido, se produce un cambio significativo en las prácticas de atención médica. El enfoque nacional para el tratamiento de las personas con enfermedad mental grave estaba fallando porque no estaba ofreciendo el apoyo adecuado para satisfacer las necesidades de estos pacientes. A partir de 1982 empieza una etapa de transición, se abren los denominados "Centros de Promoción de la Salud y Bienestar Social" en algunos municipios de la provincia con dependencia de la Diputación, abarcaba varios servicios a la población: Servicios Sociales, Centro de la mujer y Salud Mental que contaba con un equipo multicidisplinar: psiquiatra, auxiliares de psiquiatría y enfermería, que realizaban un despistaje de la demanda de atención clínica que llegaba al centro, se atendía a personas con trastornos mentales graves en su mayoría con diagnósticos psicóticos. La atención social era derivada a los servicios sociales, todos dependientes de la misma institución.

Destacar aquí *la **Reforma Psiquiátrica** que comienza oficialmente con la Ley de creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983)*. Dentro de los objetivos marcados por la Comisión de la Reforma Psiquiátrica se integrarán en el Sistema Sanitario Público planificado por la Ley General de Sanidad que establece la integración de las acciones de salud mental en el sistema sanitario general, equiparando al enfermo mental con el resto de la población. Se inició un proceso imparable de transformación de la atención a los problemas de salud mental en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Hasta entonces, la asistencia a estos problemas de salud se limitaba prácticamente a los Hospitales Psiquiátricos de las Diputaciones Provinciales y a las consultas ambulatorias de Neuropsiquiatría de la RASSSA.

El impulso fundamental para la reforma fue la publicación ***del Decreto 33/1988, de 20 de Diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental*** por el cual se crea en Andalucía el Instituto Andaluz de Salud Mental –IASAM– por la Ley 9/1984 de 3 de Julio como órgano encargado de coordinar, dinamizar y profundizar en la reforma.

En 1985 el Dispositivo de Atención a la Salud Mental en Andalucía continúa en la línea de adecuación a los principios de la psiquiatría comunitaria. Determinante en la futura organización de la salud mental, cuyas bases fueron sentadas por el Documento para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud mental. Según se afirmaba en ese documento, era responsabilidad de la Administración Pública promover la plena integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general, tomando como referencia la Ley de Sanidad -aprobada un año después-,

*"**Desde la aprobación del III Plan Andaluz de Salud, los problemas de salud de mayor impacto en la población son abordados de manera específica mediante Planes Integrales,** que permiten un mejor análisis de estos problemas y la puesta en marcha de las medidas adecuadas para mejorar la salud."*

potenciando su gestión descentralizada por parte de las Comunidades Autónomas y garantizando la disponibilidad de los Servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria. Y se proponía un modelo integrado de salud mental, con estos criterios:

- Ordenación de los servicios asistenciales en base a su delimitación territorial y a la participación comunitaria.
- La protección de la salud mental en la atención primaria.
- La protección de la salud mental en el nivel especializado, comprendiendo las acciones específicas realizadas en el ámbito comunitario y hospitalario por un conjunto de profesionales cualificados.
- Integración funcional de los recursos de salud mental, públicos o concertados, del área sanitaria, constituyendo una unidad integrada o centro de salud mental.
- La hospitalización psiquiátrica debe evitarse en lo posible, ser abreviada y efectuarse progresivamente en unidades psiquiátricas de los hospitales generales de la red pública.
- Los hospitales psiquiátricos deben disminuir progresivamente sus camas, desarrollando programas de rehabilitación que faciliten la externalización de la mayoría de sus pacientes y su reintegración al medio sociofamiliar y a los recursos sociosanitarios con que la sociedad se vaya dotando.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la atención a la salud mental se desarrollará, en los niveles funcionales de Atención Primaria y Atención Especializada, por: Los Servicios Sanitarios Generales. Los Equipos Básicos de Atención Primaria. La etapa de la Integración del personal al SAS se producirá en 1990, en base a un modelo de atención comunitario disponemos ya en esos momentos en Andalucía de una red pública única de servicios de salud mental integrada en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), de base y orientación comunitaria, diversificada en recursos y en modelos de intervención. De este modo, han sido superadas las estructuras manicomiales, a la vez que se han desarrollado nuevas políticas intersectoriales de coordinación con la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), la Administración de Justicia, Asuntos Sociales y Educación.

Creado en 1994, la atención social el modelo de atención a la salud mental se completa en con el desarrollo de servicios sociales específicos para pacientes con trastorno mental grave de larga evolución que dependen de la Fundación andaluza para la integración social del enfermo mental. **FAISEM** concentra, desarrolla y gestiona los recursos públicos de apoyo social a las personas con enfermedad mental y surgió como organismo vinculado a las Consejerías de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo Tecnológico y Economía y Hacienda. Su objetivo general es el de la prevención de la marginación y la desadaptación de cualquier persona afectada por una enfermedad mental grave causante de una incapacidad personal y social, así como el apoyo a su integración social y laboral.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica define el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Y la libre elección como la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente.

En este mismo año se regulan los ingresos urgentes que hasta el momento cada servicio lo organizaba de distinta forma se realiza a través de la Resolución del Servicio Andaluz de Salud SC 261/2002, de 26 de Diciembre la Atención de urgencias, Traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

A principio del siglo XXI aparece el ***III Plan Andaluz de Salud*** con gran repercusión para salud mental. Debido a que muchas personas con enfermedades mentales también tienen trastornos físicos, es esencial hacer un énfasis doble en la salud mental y la física. Estos énfasis serán muy importantes para la reforma del sistema de salud y la reforma del sistema de atención médica. Desde la aprobación, por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, del III Plan Andaluz de Salud, los problemas de salud de mayor impacto en la población son abordados de manera específica mediante Planes Integrales, que permiten un mejor análisis de estos problemas y la puesta en marcha de las medidas adecuadas para mejorar la salud.

Se elabora como consecuencia el ***I Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (IPISMA) 2003-2007*** marco de referencia para dar cobertura y calidad de la atención a los problemas de salud mental de la población andaluza. La adecuación de los servicios a las necesidades del usuario y la garantía de continuar desarrollando un modelo basado en la orientación comunitaria son dos de los objetivos. Este Plan propone acciones en materia de promoción de la salud mental, mejora de la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales y establece, como factor clave de éxito, una atención sanitaria y social basada en la continuidad asistencial que posibilite la reinserción social de las

personas con trastorno mental.

Otra novedad es la implicación en los PAIs que aparece para dar continuidad a los cuidados es la implementación y desarrollo de los tres Procesos Asistenciales Integrados de salud mental (Ansiedad-Depresión-Somatizaciones, Trastorno Mental Grave, Trastorno de la Conducta Alimentaria), en la actualidad también está implantado el de Demencias en algunas Unidades de Salud Mental Comunitarias.

Progresando en la atención socio sanitaria se le reconoce la inclusión de la enfermedad mental en la ***Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia*** en el artículo 2.2 de la Ley se refiere al estado de carácter permanente en el que se encuentran personas que precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, otros apoyos para su autonomía personal. Esa dependencia puede estar producida por la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligada a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

Los principios fundamentales que inspiran la Ley los más significativos son los siguientes: El carácter público de las prestaciones del Sistema. La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad y no discriminación. La atención a las personas de forma integral e integrada. La valoración de las necesidades de las personas atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real. La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familiares o representantes legales. La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida. La cooperación interadministrativa (Desarrollo de las comisiones interinstitucionales salud mental, FAISEM, Delegación de Dependencia Provincial).

Paralelamente se produce un cambio en la estructura organizativa con la implantación del modelo de gestión clínica, los Equipos de Salud Mental pasan a convertirse la mayoría en Unidades de Gestión Clínicas en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (SAS), se publica el ***Decreto 77/2008, de 4 de marzo de Ordenación de los Servicios Salud Mental***, que sustituyo decreto 338/88, que integrarán de forma definitiva todos los dispositivos de red de salud mental en el ámbito de la asistencia especializada del SSPA. De esta manera se supera la doble dependencia orgánica de los Equipos de Salud Mental de Distrito, a la vez que se dimensionan el tamaño y la distribución geográfica de los Servicios de Salud Mental, equiparándoles orgánica y funcionalmente a los demás servicios especializados.

Finalizada la vigencia y analizado el primero se establece el ***II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*** (II PISMA), que tiene como principios fundamentales la mejora de la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios sanitarios, orientados hacia la promoción de la salud mental, la prevención de la enfermedad y la mejora asistencial y de cuidados de pacientes y familiares. Incorporar de forma explícita el principio de equidad supone el compromiso de trabajar en la reducción de las desigualdades (introducir la Perspectiva de Género en Salud Mental, como una herramienta de trabajo para la detección de la desigualdad entre mujeres y hombres, evaluar el modo como ésta condiciona el equilibrio emocional y la salud mental de las personas), en la protección de las personas más vulnerables (prestando especial atención a garantizar los derechos de quienes padecen una enfermedad mental) y en el respeto a la identidad cultural, en una sociedad cada vez más diversa. Atención a la infancia y la adolescencia, son etapas del desarrollo humano que requieren, por su complejidad, especificidad, necesidades del entorno y por su vulnerabilidad a los cambios sociales, un tratamiento diferente al de las personas adultas. Asimismo, el fomento de la participación ciudadana y ayuda mutua. El modelo comunitario de atención a la salud mental entre sus principios, la implicación de pacientes y familiares en su proceso de tratamiento y su participación activa en los servicios de salud mental, incorporando la perspectiva de la recuperación. Estas definiciones recientes usan el modelo del bienestar, en el cual la salud y la enfermedad son vistas como dos dimensiones separadas. La recuperación es el puente entre las dos que se fundamenta en las fortalezas de salud para hacer frente a las debilidades de la enfermedad.

Mencionar que está en marcha la elaboración del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

En 2012 el Servicio Andaluz de Salud pública "Regulación de la participación ciudadana en las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud SA0077/12 de 20 de Marzo 2012, configurando las comisiones de Participación Ciudadana que tendrán funciones asesoras para impulsar y promover, mediante la participación directa de la ciudadanía, actuaciones de mejora continua con el objeto de garantizar el derecho ciudadano con ocasión de la atención recibida. Actualmente han sido modificadas.

Con la participación activa e implicación de las asociaciones de usuarios de salud mental se implanta en 2015 el Registro de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental sobre derecho a la toma de decisiones de forma autónoma y con libertad, es una obligación de los servicios y profesionales en todos los ámbitos de atención socio-sanitaria. En el caso de las personas con trastorno mental, es un imperativo legal formulado en la Convención de Derechos de las personas con discapacidad. Antecedentes en el año 2012, un grupo de Derechos Humanos y Salud Mental del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, elaboran un informe en el que expresaban la necesidad de poner en marcha iniciativas orientadas a mejorar el respeto a las decisiones autónomas y con libertad de las personas con un diagnóstico de trastorno mental, especialmente en las situaciones de vulnerabilidad como es el caso de tener limitada la capacidad para tomar sus propias decisiones. Desde entonces, este grupo, con la coordinación de la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Programa de Salud Mental del SAS, ha venido trabajando en desarrollar una herramienta que sirva para conocer de forma anticipada las necesidades y preferencias de las personas usuarias, en relación a la asistencia que van a recibir por parte de los servicios de salud mental. Ha sido realizada y revisada de forma conjunta por profesionales y personas usuarias, y ofrece información práctica en formato de guía dirigida tanto a los equipos

profesionales como a usuarios y usuarias de los mismos que deseen realizar un proceso de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental.

"Cambios en la percepción del/la enfermo/a mental: ***ha pasado de ser sujeto sin derechos, a ser pacientes con derechos y deberes, usuarios/as protagonistas en primera persona de su enfermedad y ciudadano/a que podrá participar en la toma decisiones con respecto a su salud****."*

Transformar la visión del enfermo mental de loco como objeto a persona como sujeto

Hacer visible e evidente los cambios en la percepción del/la enfermo/a mental y como históricamente ha pasado de ser sujeto sin derechos, a ser pacientes con derechos y deberes, llegar a ser usuarios/as protagonistas en primera persona de su enfermedad y ser ciudadano/a que podrá participar en la toma decisiones con respecto a su salud. En estos cambios han participado y han sido liderados por las administraciones e instituciones. Al igual el personal humano, los profesionales, en sus nuevos cometidos, han de conseguir ya no la curación del individuo enfermo en muchos casos, sino la aceptación del mismo de su nuevo estado, de forma que le permita desarrollar su vida social y laboral dentro de la normalidad. Por otra parte, los nuevos profesionales dentro del campo de la salud mental o sanidad en general han de intervenir sobre toda la población, en tareas de tipo educativo y de rehabilitación.

Las personas con enfermedad mental eran comúnmente estigmatizadas e institucionalizadas. Hasta comienzos de los años 70 la Seguridad Social, o el INSALUD, sólo cubría precariamente la asistencia ambulatoria de sus beneficiarios con riesgo de enfermedad psíquica, y se resistía a asumir la hospitalización psiquiátrica, que seguía a cargo de las Diputaciones, con carácter benéfico, y en instituciones manicomiales. En esta época ya se empieza a escuchar "Van a cerrar los manicomios", fue la expresión más utilizada en ese tiempo. Se trataba de poner en marcha la reforma psiquiátrica que nos equiparaba con otros países de Europa (que ya habían hecho las suyas en los años 60 y 70) y que, más que una reforma, prometía ser una revolución.

La situación de los hospitales e instituciones psiquiátricas empeoran, se habla ya de la desinstitucionalización psiquiátrica, proceso por el que se pasa de mantener a las personas que sufren una enfermedad mental confinadas en hospitales psiquiátricos (manicomios) a darles una atención digna e integrada en la sociedad basados en modelos teóricos de calidad de vida. Hombres y mujeres encerrados en condiciones infrahumanas pasaban a considerarse pacientes con el derecho a recibir un tratamiento adecuado, del mismo modo que si tuviesen cualquier otra enfermedad. Con la total equiparación de la persona con enfermedad mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales, se desarrollarán, en el ámbito comunitario, los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para su adecuada atención integral 'persona' antes que 'enfermedad'.

Pero, tras el cierre de la práctica totalidad de los hospitales psiquiátricos, pronto se puso en evidencia que 'fuera' no existían unos servicios que pusieran en práctica todas las buenas intenciones que contenía la Ley. En pocas palabras, la atención en salud mental pasó de los llamados manicomios a los hogares, donde los familiares se convirtieron en improvisados 'cuidadores', muchas veces sin la formación ni los apoyos necesarios para esta tarea. Después de la reforma psiquiátrica, miles de personas con enfermedad mental no acceden a ningún tipo de recurso ni social ni sanitario, sobre todo aquellos que pertenecen a colectivos excluidos, como las personas que viven en prisión, los inmigrantes irregulares, las personas mayores que viven solas o los sin hogar.

Posteriormente en la década de los 90 se ampliaron los esfuerzos para incluir otra población con enfermedades mentales asociadas a menor grado de discapacidades. En la actualidad, la persona se considera como la parte primordial; se hace énfasis en sus fortalezas, mientras que se resta énfasis a sus debilidades. Las metas son la recuperación y la participación total en la comunidad. Aquí, la recuperación es un proceso que dura toda la vida, a través del cual una persona con enfermedad mental se esfuerza por participar de lleno en la comunidad, aun cuando siga manifestando síntomas y discapacidades.

Se empieza a desarrollar un gran cambio para el enfermo mental/paciente como sujeto de derechos. El consentimiento informado se define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Y la libre elección como la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente.

Al igual que se regula otra parte que hasta el momento no estaba suficientemente desarrollada perjudicando en muchos casos el trato humano del paciente y el quehacer profesional, Resolución del Servicio Andaluz de Salud SC 261/2002, de 26 de Diciembre la Atención de Urgencias, Traslados e ingresos de pacientes psiquatricos. Cualquiera que sea el dispositivo sanitario que indique el ingreso psiquiátrico, a los efectos legales oportunos, se distinguirán las siguientes modalidades: voluntarios e involuntarios, así como el requerimiento de auxilio a los cuerpos y fuerzas del estado.

En 2004 cristaliza un importante acuerdo para la integración social de las personas con enfermedad mental: El Convenio Marco para la Sensibilización Social sobre las personas con trastornos mentales graves, suscrito por las Consejerías de Salud, Educación y Bienestar Social e Igualdad, RTVA, FAISEM y la

"Hoy la sociedad tiene otra mirada frente a las personas con alguna discapacidad, pero una de ellas, la enfermedad mental, sigue provocando dudas y temores infundados en buena parte de la población. Si bien han caído los muros de los manicomios, éstos han sido sustituidos por los muros invisibles del estigma y los absurdos prejuicios."

Federación Española de Agrupaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)

Se le reconoce el derecho como persona dependiente al estar la incluida la enfermedad mental en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, otros apoyos para su autonomía personal. Esa dependencia puede estar producida por la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligada a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

Participación activa del enfermo mental en el servicio andaluz de salud como ciudadano a través de las comisiones de Participación Ciudadana de las unidades de Gestión Clínica de Salud mental que tendrán funciones asesoras para impulsar y promover, mediante la participación directa de la ciudadanía, actuaciones de mejora continua con el objeto de garantizar el derecho ciudadano con ocasión de la atención recibida.

Otra novedad es la incorporación del registro de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental sobre derecho a la toma de decisiones de forma autónoma y con libertad es una obligación de los servicios y profesionales en todos los ámbitos de atención socio-sanitaria. En el caso de las personas con trastorno mental, es un imperativo legal formulado en la Convención de Derechos de las personas con discapacidad. Iniciativas orientadas a mejorar el respeto a las decisiones autónomas y con libertad de las personas con un diagnóstico de trastorno mental, especialmente en las situaciones de vulnerabilidad como es el caso de tener limitada la capacidad para tomar sus propias decisiones

La multiplicidad de cambios ocurridos en nuestra sociedad en los últimos años hacen que el binomio salud-enfermedad quede transformado en salud-calidad de vida, entrando a formar parte de este término un proceso multifactorial, que puede quedar resumido en la adaptación o no adaptación del individuo al medio y su consiguiente equilibrio(1). Paralelamente se están realizando intervenciones para luchar contra el estigma de la enfermedad mental hasta lograr el reconocimiento de que la salud mental es importante para el estado de salud en general. Y, sobre todo, hoy la sociedad tiene otra mirada frente a las personas con alguna discapacidad, pero una de ellas, la enfermedad mental, sigue provocando dudas y temores infundados en buena parte de la población. Si bien han caído los muros de los manicomios, éstos han sido sustituidos por los muros invisibles del estigma y los absurdos prejuicios (Programa 1 de cada 4).

La aceptación social de personas que padecen condiciones de salud mental ha probado ser la mejor ayuda y también la mejor prevención de desórdenes mentales. Desgraciadamente las personas con condiciones de salud mental son en muchos países víctimas de discriminación, incluso por parte de su propio núcleo familiar, no son aceptadas con facilidad en el mundo laboral, en el estudio y en la comunidad. La falta de un conocimiento acerca de lo que significa un problema de condición mental es otro factor que incide en el mismo fenómeno de marginalización.

La recuperación se da ante todo dentro del ámbito de la aceptación social. La discriminación y el estigma hacen más difícil el proceso de recuperación para personas con enfermedades mentales en lo que se refiere a conservar su empleo, obtener un seguro de salud y encontrar un tratamiento. La perspectiva de la recuperación, novedoso paradigma, implica realmente un proceso de cambio personal, al retomar la persona su proyecto de vida y recuperar al máximo sus propias capacidades como individuo y como ciudadano o ciudadana, independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.

La intervención de los profesionales de salud mental es clave para avanzar en las desigualdades en salud

Esta referencia esta sacada literalmente del documento "Análisis histórico de la reforma Psiquiátrica andaluza: los inicios y el proyecto"(3), relata claramente la situación del momento.

El marco socio-político de los años 1980-84: la autonomía andaluza

Esta etapa estuvo marcada por las condiciones de carácter político y administrativas existentes en el resto del estado. La diferencia la experiencia andaluza con otras comienza por las primeras elecciones democráticas municipales del 1979 en las que, merced a un pacto de los partidos de izquierda -Partido Socialista Obrero Español, Partido Comunista Español y Partido Socialista Andaluz- se hizo posible un gobierno homogéneo en los ocho gobiernos provinciales (Diputaciones), y que propusieron como uno de sus objetivos transformar los servicios sanitarios de beneficencia adscritos a estas administraciones en servicios sanitarios públicos y de cobertura universal. A esta circunstancia se añade la adquisición de autogobierno para la autonomía andaluza y, con ella, la capacidad de gestionar los servicios sanitarios públicos. En este ámbito, las primeras elecciones autonómicas dieron la victoria al Partido Socialista Obrero Español, por lo que todas las administraciones con competencias en salud tuvieron un mismo color político. Esta coyuntura permitió encarar con optimismo una etapa de transformación de los servicios de salud mental en Andalucía.

La reforma sanitaria y las recomendaciones de la Comisión Nacional para la Reforma Psiquiátrica

El autogobierno permitió intervenir sobre la dispersión de los recursos sanitarios, la diversidad de redes, los diferentes modelos asistenciales, los déficits de recursos, etc. Derivado de esta realidad se impuso como necesario llevar a cabo un proceso de reforma sanitaria general. Este proceso se inicia en 1982, con la formulación de una serie de objetivos a cubrir (Instituto Andaluz de Salud Mental, 1988 a):

- La integración de las distintas redes administrativas y de servicios.

- La creación de una única estructura de gestión: el Servicio Andaluz de Salud.

- La modificación del modelo tradicional de servicios sanitarios, a través de: una nueva territorialización, la remodelación y potenciación de la Atención Primaria de Salud, la reforma del sistema de asistencia hospitalaria y especializada, el diseño y desarrollo de Programas de Atención, el incremento y formación de los recursos humanos, la racionalidad del gasto sanitario adecuándolo a las nuevas prioridades.

En éste contexto general se inicia en Andalucía el proyecto de transformación de los recursos existentes para la atención a los trastornos mentales. A este proyecto se incorporan las recomendaciones de la Comisión Nacional para la Reforma Psiquiátrica, de nivel estatal.

Etapa IASAM: 1984-1991

Contexto y objetivos en la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental. Sin pretender realizar un análisis exhaustivo, el diagnóstico de situación de la atención en salud mental que recibían entonces los andaluces no puede ser otro que la inadecuación de los recursos e intervenciones a las necesidades reales de la población. Los datos cualitativos y cuantitativos disponibles eran insuficientes y poco fiables, tanto los referidos a la salud mental como al conjunto de la atención sanitaria. De forma sucinta puede esquematizarse la situación de partida teniendo en cuenta la existencia de una gran multiplicidad y descoordinación de redes públicas. Había cinco administraciones con competencias en salud mental: Diputaciones Provinciales, Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social de Andalucía (RASSSA), Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), Hospitales Clínicos Universitarios e Instituto Social de la Marina. Esta fragmentación de competencias favorecía la separación del resto del Sistema Sanitario General que percibía a la salud mental como algo ajeno a lo sanitario y cuya integración en el conjunto no era del todo comprendida y significaba un problema de difícil solución.

Por otro lado, la valoración profesional y social de sus recursos era negativa. De manera que, los profesionales, como los pacientes, eran también estigmatizados. Por otra parte, la distribución territorial de los escasos recursos, públicos y privados, era muy desigual, la mayoría se concentraba sobre todo en las capitales de provincias, dejando las zonas rurales desatendidas y con grandes dificultades de transporte para el desplazamiento. Como culminación de ésta se llega a la constitución de una única estructura sanitaria pública (el Servicio Andaluz de Salud), poniendo el énfasis en el desarrollo de servicios de atención primaria (López, Benítez, García, & Weissman, 1998). En este marco de reforma general de la atención sanitaria andaluza, tiene lugar el proceso de Reforma Psiquiátrica, que comienza con la puesta en marcha del IASAM. Este paso tuvo en el momento de su inicio un fuerte apoyo político de todas las Instituciones de las que dependían recursos de atención a la salud mental existentes y una adhesión considerable de la mayor parte de los trabajadores de atención a la salud mental.

Los objetivos Generales del IASAM fueron:

- Unificar el conjunto de recursos sanitarios de la atención a la salud mental.

- Introducir elementos progresivamente más complejos ya justados en la planificación y programación de las actuaciones.

- La Reforma Psiquiátrica andaluza, a medida que se pudiera hacer un diagnóstico más exacto de las necesidades de atención, ya que fue imposible realizarlos en los inicios, por la lamentable

falta de datos.

- Modificar la estructura de servicios sustituyendo al Hospital psiquiátrico por una red diversificada, de cobertura general a toda la población, articulada según niveles de complejidad y especialización, de base y orientación comunitaria, e integrada en el Servicio Andaluz de Salud.

- Incrementar el número, diversidad y cualificación de los profesionales.(3)

En la etapa de transición se abren los denominados "Centros de Promoción de la Salud y Bienestar Social en algunos municipios de la provincia con dependencia de la Diputación, abarcaba varios servicios a la población: Servicios Sociales, Centro de la mujer y Salud Mental que contaba con un equipo multidisplinar: psiquiatra, auxiliares de psiquiatría y enfermería, que realizaban un despistaje de la demanda de atención clínica que llegaba al centro se atendían a personas con trastornos mentales graves en su mayoría con diagnósticos psicóticos, la atención social era derivada a los servicios sociales todos dependientes de la misma institución.

- Atención Primaria y Atención Especializada, por los Servicios Sanitarios Generales. Los Equipos Básicos de Atención Primaria. La etapa de la Integración del personal al SAS se producirá en 1990, en base a un modelo de atención comunitario.

Los Equipos de Salud Mental de los Distritos de Atención Primaria de Salud

Unidades Específicas de Salud Mental: Unidad de Rehabilitación, Unidad de Salud Mental Infantil y Unidad de Salud Mental del Hospital General. Unidades de carácter experimental.

La figura del trabajador social está integrada en el Equipo de Salud Mental de Distrito junto a psiquiatras, psicólogos, ayudantes técnicos sanitarios o diplomados en enfermería, auxiliares de enfermería, personal administrativo y subalterno que se le adscriba, así como otros profesionales que se estimen necesarios para el mejor cumplimiento de las funciones que corresponden al Equipo. La dotación de personal del Equipo de Salud Mental de cada Distrito de Atención Primaria vendrá determinada reglamentariamente en función de las características y necesidades del mismo.

Son funciones del Equipo de Salud Mental de Distrito, los siguientes:

- Prestar apoyo y asesoramiento a los Equipos Básicos de Atención Primaria en orden al desarrollo, por porte de éstos, de la atención a las necesidades de salud mental de la Zona Básico de Salud. El ejercicio de esta función implicará la realización de actividades de formación, asesoramiento, supervisión e interconsulta.

- Atender la demanda privada, tanto desde los Equipos Básicos de Atención Primaria, como desde dispositivos sanitarios especializados, responsabilizándose de los pacientes y garantizando la continuidad de la atención a los mismos, ya sea prestándola directamente, ya mediante la actuación coordinada con otros Servicios Sanitarios o Sociales cuya intervención se estime necesario.

- Coordinar la remisión de la demanda a los dispositivos específicos de salud mental cuando sus propias posibilidades de actuación resulten superadas, asumiendo en todo momento, y aún después de concluir la intervención de aquellos dispositivos, el seguimiento del paciente. Desarrollar actividades de formación continuada e investigación aplicada en Salud mental Comunitaria.

En relación a las Prestaciones en Salud Mental reconocidas por el Servicio Nacional de Salud en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias reconoce la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, que abarca el diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupos o familiar y, en su caso, la hospitalización.

Segundo PISMA 2008/12 La atención a profesionales es otro aspecto que tiene en cuenta este Plan, con el fomento de la carrera profesional, la formación y la investigación. Modelo comunitario definido por los equipos de trabajo multidisciplinares, la continuidad asistencial y de cuidados, la cultura de trabajo conjunto con el nivel primario de salud y el desarrollo de programas intersectoriales.

Desde el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Estructura de la atención especializada a la salud mental. La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se organiza, en el Servicio Andaluz de Salud, a través de los siguientes dispositivos asistenciales:

a) Unidad de salud mental comunitaria.

b) Unidad de hospitalización de salud mental.

c) Unidad de salud mental infanto-juvenil.

d) Unidad de rehabilitación de salud mental.

e) Hospital de día de salud mental.

f) Comunidad terapéutica de salud mental.

Solo haré referencia a las Unidad de salud mental comunitaria y Hospitalización de Día, ambas de modelo comunitario de atención socio sanitaria.

Unidad de salud mental comunitaria

La unidad de salud mental comunitaria se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada. Su ámbito poblacional estará determinado por la población que tenga asignada en el área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente en la que esté adscrita. Dicha unidad constituye el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.

Dentro de sus **funciones**:

- Prestar atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.

- Desarrollar programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados y de rehabilitación y de apoyo a la integración social, en coordinación con aquellos recursos que contribuyan a la mejor atención de estos pacientes.

- Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados con otros dispositivos asistenciales.

"La unidad de salud mental comunitaria se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada. Dicha unidad constituye el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental."

- Apoyar y asesorar a los centros de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental de la población asignada, mediante la realización de actividades de formación, interconsultas u otras.

- Coordinar la derivación de pacientes al resto de dispositivos de salud mental, cuando las necesidades de los mismos así lo requieran.

- Proponer la derivación de pacientes a otro centro o servicio vinculado con el Servicio Andaluz de Salud mediante convenio o concierto.

Unidad de hospitalización de salud mental

La unidad de hospitalización de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a atender las necesidades de hospitalización en salud mental de la población correspondiente a su área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria.

Las **funciones** de la unidad de hospitalización de salud mental:

- Prestar la atención especializada y el apoyo asistencial necesario, en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.

- Dar el alta al paciente en la unidad de hospitalización e informar de la misma a la correspondiente unidad de salud mental comunitaria, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.

- Atender a pacientes ingresados en otros servicios del hospital que lo precisen. Participar en el desarrollo de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización, coordinándose con las unidades de salud mental comunitaria y otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia.

Profesionales que integran los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Unidad de gestión clínica de salud mental

Los dispositivos asistenciales de atención especializada a la salud mental tienen carácter multidisciplinar y podrán estar integrados por personas que desarrollen las siguientes profesiones: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Terapia Ocupacional, Auxiliar de Enfermería, Trabajo Social, Monitor Ocupacional y otro personal estatutario de gestión y servicios.

La unidad de gestión clínica de salud mental desarrolla sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la atención a la salud mental, articulando la participación de los profesionales, a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión. Asimismo, desarrolla sus actuaciones con criterios de gestión clínica, incorporando en la toma de decisiones clínicas el mejor conocimiento disponible, así como los criterios definidos en las guías de procesos asistenciales y guías de práctica clínica de demostrada calidad científica y los criterios de máxima eficiencia en la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos. Estará integrada por profesionales de diversas categorías y áreas de conocimiento que trabajarán conjuntamente, con arreglo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones.

Las **funciones** de los profesionales con respecto a las personas con enfermedad:

- Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario, de urgencias y de hospitalización parcial o completa, a través de la coordinación entre los dispositivos asistenciales de salud mental que la integran, con capacidad de organizarse de forma autónoma, descentralizada.

- Desarrollar la atención especializada a la salud mental en su ámbito territorial, llevando a cabo la implantación de procesos asistenciales y programas de salud, y el desarrollo del plan integral de salud mental.

- Establecer los mecanismos de coordinación con los demás centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía con los que esté relacionada, a fin de lograr una atención sanitaria integrada, con criterios de continuidad en la asistencia y cohesión de las diferentes actividades.

- Desarrollar actuaciones de promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación y apoyo a la integración social y comunitaria de las personas con problemas de salud mental que reciben atención en alguno de los dispositivos asistenciales de la unidad.

- Desarrollar las actividades de coordinación con los servicios sociales comunitarios que sean necesarias para mejorar la atención a las personas con trastorno mental y favorecer su inserción social. Realizar las actividades necesarias para el desarrollo de planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica, en el ámbito de la atención a la salud mental.

- Evaluar las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos, así como la participación en programas generales de evaluación y acreditación establecidos por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, con criterios de orientación hacia los resultados en salud, la mejora continua y la gestión eficiente de los recursos.

- Realizar las actividades de formación continuada necesarias para adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes del

personal de la unidad a los mapas de competencias establecidos para cada categoría profesional, así como participar en aquellas otras actividades formativas adecuadas a los objetivos de la unidad de gestión clínica.

- Realizar las actividades de formación pregraduada y postgraduada correspondientes a las diferentes categorías profesionales y áreas de conocimiento, de acuerdo con los convenios vigentes en cada momento en estas materias.

- Participar en el desarrollo de proyectos de investigación y otros estudios científicos y académicos relacionados con los fines de la unidad, de acuerdo con los criterios generales y prioridades establecidas por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria.

- Aquellas otras que estén fijadas en los acuerdos de gestión clínica u otras de análoga naturaleza que le puedan ser atribuidas por la Dirección Gerencia del hospital o Gerencia del área de gestión sanitaria.

Cada día en las unidades de salud mental comunitaria y Hospital de Día nos encontramos con más trabajo aumento de las consultas asistenciales, aumento en las peticiones de registros y estadísticas, nuevos sistemas informáticos, etc., agravadas por la falta de recursos humanos en los casos de bajas laborales, jubilaciones, vacaciones, falta de tiempo (incluso con el aumento de la jornada laboral por razones de crisis). No podemos dedicar todo el espacio y el tiempo a la atención que requiere una persona con enfermedad mental sobre todo a las personas con trastornos mentales graves y sus familiares.

Intervención profesional en el Equipo

Como profesional dentro de un equipo, el trabajador social, puedo intervenir de forma activa a nivel individual, grupal y comunitario en procesos asistenciales y programas de salud, y el desarrollo del plan integral de salud mental. Desarrollar las actividades de coordinación con: servicios sociales comunitarios, educación, justicia, dependencia, mujer, menores, centros penitenciarios, ONGs, inmigrantes, centros de transeúntes… un largo etcétera, que sean necesarias para mejorar la atención a las personas con trastorno mental y favorecer su inserción social. Promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación y apoyo a la integración social y comunitaria de las personas con problemas de salud mental y sus familiares, fomento de las redes de participación con las asociaciones, grupos de ayuda mutua o Escuelas de pacientes.

Tanto a nivel grupal como comunitario el campo de trabajo es tan amplio como creativo, siempre siguiendo las líneas y acuerdos marcados por las direcciones en esos momentos. Además de participar en el desarrollo de proyectos de investigación y otros estudios científicos y realizar las actividades de formación continuada dentro del equipo y como componente fundamental de lo "social "para que esté representada la parte de lo bio-psico-social. Lo mejor de todo, de trabajar en salud mental, es lo que se aprende y experimenta profesional y emocionalmente al conocer una persona con enfermedad mental como ser humano que está sufriendo, así como agradecer cada día el no padecer enfermedad mental.

Bibliografía

- (1) Primm AB, Vasquez MJT, Mays RA, Sammons-Posey D, McKnight-Eily LR, Presley-Cantrell LR, et al. The role of public health in addressing racial and ethnic disparities in mental health and mental illness. Prev Chronic Dis 2010;7(1). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/
- (2) Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. Phase I report: recommendations for the framework and format of Healthy People 2020. http://www.healthypeople.gov/HP2020/advisory/default.asp. Accessed September 4, 2009.
- (3) Análisis histórico de la Reforma Psiquiátrica andaluza: los inicios y el proyecto José Carmona Calvo Francisco del Río Noriega Servicio Andaluz Salud. Cuadernos de Trabajo Social nº 4 (1991-1992) Págs. 120 a 138.
- Christopher Peterson, David L. Rosenhan, Lisa M. Bossio, Martin E. P. Seligman (1989). Casebook and Study Guide, Abnormal Psychology. W W Norton & Company Incorporated.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría y el Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte de la Organización Mundial de la Salud (Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death o ICD).
- Programa de salud mental 1 de cada 4 persona padece una enfermedad mental a lo largo de su vida. Lucha contra el estigma y la disciminación.
- III PLAN ANDALUZ DE SALUD.
- I PISMA PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL (2003/2007).
- PAIs Procesos Asistenciales Integrados de salud mental (Ansiedad-Depresión-Somatizaciones, Trastorno Mental Grave, Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- II PISMA (PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL (2008/2012).
- Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental Guía de Apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental PISMA/EASP /Conserjería de Salud.

Normativa referida

- Reforma Psiquiátrica que comienza oficialmente con la Ley de creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983)
- Ley 9/1984, de 3 julio, para la creación del organismo autónomo Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM).
- La Ley 6/1990, de 29 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1991, suprimió el IASAM, asumiendo el Servicio Andaluz de Salud (SAS, que había sido creado en 1986) las funciones y competencias que tenía atribuidas e integrando todos los recursos sanitarios públicos especializados en salud mental.
- 1994: La atención social. Creación de FAISEM Fundación andaluza para la integración social del enfermo mental. FAISEM
- Prestaciones en Salud Mental reconocidas por el Servicio Nacional de Salud en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Resolución del Servicio Andaluz de Salud SC 261/2002, de 26 de Diciembre la Atención de Urgencias, Traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.
- En 2004 cristaliza un importante acuerdo para la integración social de las personas con enfermedad mental: El Convenio Marco para la Sensibilización Social sobre las personas con trastornos mentales graves, suscrito por las Consejerías de Salud, Educación y Bienestar Social e Igualdad, RTVA, FAISEM y la Federación Española de Agrupaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- DECRETO 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
- Regulación de la participación ciudadana en las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud SA0077/12 de 20 de Marzo 2012.

La *innovación* en los estudios universitarios de Trabajo Social

Marta Ginesta Gamaza
Cádiz

La colaboración que nos aporta el profesor Pedro Hernández Lafuente, Coordinador del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Cádiz, nos adentra en el mundo del Grado en Trabajo Social explicándonos las diferencias respecto a la diplomatura, desde una visión integral de la carrera y mostrándonos la inquietud por la innovación y la búsqueda de la excelencia para la formación de las promociones de nuevos alumnos y alumnas, a los que la sociedad nos reclama esfuerzo, compromiso e implicación.

La innovación en los estudios universitarios de Trabajo Social pretende garantizar tanto una formación integral personal, como profesional y científica. Al tratarse de una disciplina y profesión destinada a lograr el bienestar integral del ciudadano y de la sociedad en su conjunto, es muy importante que la Universidad, a través de este grado, siga aportando una formación en competencias que capaciten al alumnado para este importantísimo cometido social.

El grado de Trabajo Social es una de las pocas carreras que se mantendrán como imprescindibles, junto con las tecnológicas, en la demanda que exigirán las sociedades tecnológicas y del conocimiento, en las próximas décadas. Esto se explica porque la visión integral que aporta esta carrera, junto con una perspectiva comunitaria y holística, representan y aportan referentes imprescindibles en las futuras políticas sociales, las políticas que se basen en la sostenibilidad y como instrumento en la interacción globalizada entre los pueblos y culturas.

Una sociedad mundial, compleja y dinámica requiere profesionales y científicos capacitados para diagnosticar deficiencias, desajustes y necesidades, además de dar respuestas a los nuevos problemas sociales y subsistenciales que van a seguir produciéndose. Nuestro grado de Trabajo Social y su profesorado en particular, incorpora una inquietud por la innovación y por la previsión de nuevos escenarios transaccionales que nos planteamos en cada momento desde la academia, requiere asumir continuos cambios o adaptaciones curriculares que pretendan dar la mejor formación a las futuras promociones de trabajadores/as sociales. Este proceso y reto no sólo se basa en la búsqueda de la excelencia, sino también en la convicción particular de que ello solamente se puede lograr si este compromiso también es asumido, por quienes se incorporen a esta carrera –los/as estudiantes- con la inquietud de lograr una sociedad mejor y deseen asumir el reto de participar, con su esfuerzo, compromiso o implicación, junto con el profesorado, en este importante reto que nos exige la sociedad.

¿Qué funciones tiene el Coordinador de Grado en el título de Trabajo Social?

Entre otras funciones destacaría:

- Revisar la aplicación de la Memoria del Grado y registrar las necesarias adaptaciones formativas para su correcta aplicación o plantear las modificaciones sobre la propia Memoria para mantener unos estándares de calidad en la formación del alumnado. Por ejemplo en adaptaciones en los sistemas de enseñanza y aprendizaje para la adquisición de competencias que debe adquirir el/la estudiante.

- Promover la coordinación entre distintas disciplinas que participan en la formación del Grado para garantizar una complementariedad en sus contenidos y garantizar una formación integral.

- Formar parte del equipo de Dirección de la Facultad para ayudar al Decano/a en las tareas correspondientes al diseño, implantación, mantenimiento y mejora del Sistema de Garantía de Calidad del centro y del Titulo. Este sistema sigue unos procedimientos de control de calidad que pretenden obtener los rendimientos adecuados tanto en los resultados académicos como en los distintos aspectos que participan del proceso formativo.

- Analizar el Perfil de Ingreso es medido en los alumnos y alumnas de nuevo ingreso realizándose una valoración de los resultados obtenidos, que además permite detectar necesidades formativas específicas para facilitar el desarrollo del resto de las materias que conforman el grado.

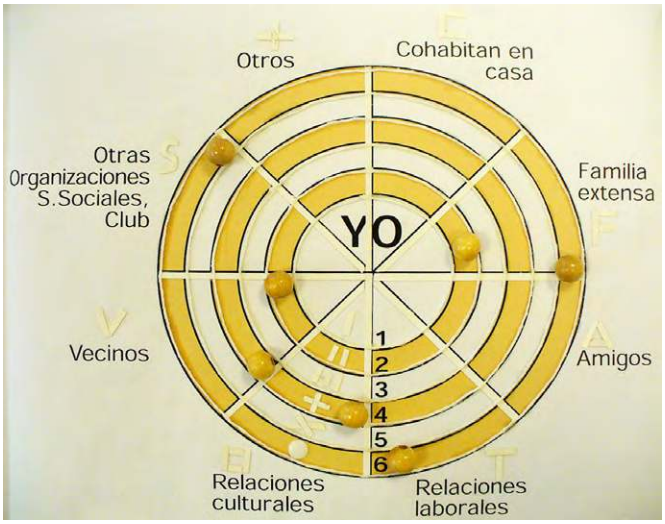
¿Encuentra diferencias significativas entre el grado de Trabajo Social y la diplomatura?

Sí que las hay: una mayor cualificación en el ámbito de la investigación, más formación en créditos teóricos y prácticos, la incorporación de un sistema de enseñanza-aprendizaje basado en la adquisición de competencias y una formación presencial, así como la incorporación de la innovación tanto en la formación del alumnado en distintas materias, como en la formación continua del profesorado.

Ejemplo de innovación es la adaptación de algunos contenidos metodológicos a alumnos/as con limitación visual total, o la innovación en la página Web de nuestra facultad y en la información del Grado en Trabajo Social, donde ya hemos obtenido la calificación a Aprobado en el la medición del grado de accesibilidad. Ahora estamos en un nuevo proceso para aumentar dicho nivel de accesibilidad de la nueva página Web para alcanzar un nivel Notable.

Un pequeñísimo ejemplo es el aplicado al Sociograma para plasmar, en una representación gráfica, las relaciones sociales internas grupales donde consta los grados de influencia, preferencia, organización, funcionamiento, redes etc. con las que interacciona el sujeto o grupo al que pertenece un usuario dado. Ello constituye una herramienta útil para completar aspectos importantes del diagnóstico social sobre las relaciones sociales y familiares y toma de conciencia del alcance, influencias o consecuencias en ámbito relacional, afectivo o psicosocial del individuo. En nuestro caso, para facilitar el aprendizaje de este instrumento en alumnos/as con limitación visual, se ha optado por la construcción de un formato táctil que no solo permite el aprendizaje y entrenamiento, sino que supondría una herramienta habitual en su futuro profesional como trabajador/a social. A partir del modelo de instrumento táctil, se ha sugerido a la ONCE la aportación de otro similar al utilizado en la formación de los/as estudiantes, que sirviera de futuro entrenamiento y utilización profesional.

El sociograma de redes sociales y familiares puede realizarse en varios formatos gráficos pero en nuestro caso se ha optado por un diseño en relieve que facilita su interpretación en los alumnos ciegos. Lo mismo sucede con otros aprendizajes en relieve, para limitaciones visuales totales como son el genograma, etc.



Pedro Hernández Lafuente.

"El elevar la formación a un nivel superior de Grado o su incorporación en la categoría profesional del grupo A y consiguiente presencia en órganos de dirección y de gestión en distintas entidades e instituciones, ha ayudado a un mayor reconocimiento profesional que en el anterior estatus."

Háblenos sobre el nivel de satisfacción del Grado y las diferencias si las hubiese con la diplomatura.

La titulación de la Diplomatura que ofrecía la UCA a través de la Escuela Universitaria Adscrita de Jerez, una formación también de calidad y acorde a las demanda que requería la profesión en los distintos servicios e instituciones donde se fueron integrando los/as diplomados/as en Trabajo Social.

En el grado de Trabajo Social, puede incrementar el grado de satisfacción global si el nivel de experimentabilidad se adaptase realmente a la cualificación práctica que debe tener la profesión. Un nivel de experimentabilidad que si no es elevado en un plano formal, si lo estamos aplicando, no con pocas dificultades, en muchas asignaturas de carácter metodológico, para ofrecer la mejor preparación del/la estudiante. A pesar de ello, no nos quedamos en el conformismo y pretendemos la satisfacción que podía derivarse del incremento "formal" de experimentabilidad en el Grado de Trabajo Social, en relación a los créditos y consiguiente carga docente del profesorado.

¿Existen muchas diferencias entre las asignaturas anteriores y las actuales?

Los contenidos globales de todas las asignaturas han sufrido una actualización de contenidos según los avances epistemológicos de nuestra disciplina y además el profesorado y sus asignaturas están inmersos en un proceso de innovación docente que permite mejorar la calidad de la formación y la excelencia en los resultados.

¿Cree que el estatus de los estudios de Trabajo Social ha aumentado con la implantación del Grado?

Sin lugar a duda, el elevar la formación a un nivel superior de Grado o su incorporación en la categoría profesional del grupo A y consiguiente presencia en órganos de dirección y de gestión en distintas entidades e instituciones, ha ayudado a un mayor reconocimiento profesional que en el anterior estatus.

Cree que a nivel laboral ¿tiene más valor un título de grado que una diplomatura?

Evidentemente un mayor nivel académico de los egresados supone mayor cualificación profesional que debe repercutir en mayores expectativas de empleo y participación en nuevos yacimientos laborales.

¿Están más preparadas las personas que realizan el grado a diferencia de las que realizaron diplomatura?

Entre la Diplomatura que se impartía en la Escuela Universitaria y el Grado hay una diferencia relativa, solamente por un margen significativo debido más al incremento de creditaje formativo que por diferencias sustanciales con respecto a los contenidos del conjunto de materias impartidas en ambas titulaciones. Este incremento de creditaje más enfocado a la formación en competencias basadas en un mayor número de créditos teórico-prácticos basados en el EEES –Espacio Europeo de Educación Superior- que permite aumentar la capacitación de los titulados.

También marca la diferencia la exigencia del nivel B1 de idioma comunitario que seguramente se amplíe.

Esta diferencia se materializa en el incremento los 40 créditos, con respecto a la formación aportada en la Diplomatura, y que consiste en estudios específicos en las siguientes materias:

MATERIAS A CURSAR DEL GRADO PARA LA ADAPTACIÓN DESDE LA DIPLOMATURA	
Entorno económico para el trabajo Social 6 ECTS*	(Economía aplicada al trabajo social, contextos socioeconómicos relacionados con contextos estructurales deficitarios, precariedad, pobreza, etc.)
Psicología Social (II) 6 ECTS	(Psicología grupal)
Gestión de la información 6 ECTS	(Acceso y gestión de la información, manejo de fuentes secundarias, etc.)
Políticas sociales (II) 6 ECTS	(Políticas sociales implementadas a nivel español y europeo)
Gestión de las organizaciones 6 ECTS	(Gestión y constitución de empresas sociales, tercer sector o economía social, etc.)

*ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) (Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos).

¿Recomendaría a algún profesional del trabajo social el curso puente? ¿O recomendaría continuar estudios?

Desde una formación generalista, es preferible una formación multidisciplinar y/o de varias especialidades que centrarse en otros estudios desde un curso puente dirigido a otras carreras o a una sola especialización de máster monotemático.

El *procedimiento de adaptación* sería el siguiente:

El alumno deberá solicitar la adaptación al título de grado, acreditando las asignaturas del plan de procedencia que se tienen aprobadas.

Tras aplicar la tabla propuesta u otros criterios adoptados por el órgano competente que puedan resultar los más beneficiosos para el alumno se emitirá resolución en la que expondrá las asignaturas que se entienden superadas del grado, o bien las asignaturas que sea necesario cursar para completar el programa de estudios, resolución que será referente para la matriculación de los alumnos en el presente Grado.

Para los ya diplomados en Trabajo Social por la UCA, el procedimiento de adaptación será el siguiente:

Se les reconocerá el 100% de los créditos cursados en sus títulos de origen, siempre y cuando se hubieran cursado y obtenido en la UCA.

Deberán elaborar el trabajo fin de grado (12 créditos).

Acreditar el nivel B1 o superior en cualquier idioma comunitario.

Cursar las asignaturas obligatorias que no habían cursado en la Diplomatura y que suponen un máximo de 30 créditos.

¿Existirán diferencias a la hora de realizar oposiciones entre un diplomado y un graduado?

En los primeros años de implantación del Grado no había grandes diferencias, pero acaban de salir las dos primeras promociones y aún no contamos con datos para saber si las nuevas exigencias en las oposiciones están en consonancia con la formación recibida. Por otra parte, la materia exigida en las oposiciones suele ser mucho más específica en un sector o campo profesional, de los que se les ofrece en cualquier carrera.

Por ello el/la opositor/a necesitará un esfuerzo complementario para poder obtener resultados satisfactorios.

Desde su postura, ¿Qué opina sobre el decreto 3 + 2? ¿Lo ve viable?

Un atraso en la capacitación del futuro profesional al reducir su formación básica y generalista con sus actuales especializaciones, a otro tipo de formación mucho más básica y una especialización monotemática y además más costosa. Supondría un deterioro de la formación integral de los/as futuros/as trabajadores/as sociales y además de forma paralela, una exclusión al acceso a los master de aquellos/as estudiantes con menos rentas.

Con respecto a los estudios ofrecidos por la UCA, ¿considera suficiente los posgrados ofertados?

No considero que sean suficientes ya que debería optarse por un sistema flexible que permita una rápida adaptabilidad

de los master a la demanda de cada momento. Sería ideal el incorporar nuevos master con perfiles más profesionales y también de formación en contextos sociopolíticos, interinstitucionales, de cooperación al desarrollo, etc.

La actual oferta formativa de la UCA en Máster Universitario es la siguiente:

- Máster en Gestión de Conflictos a través de la Mediación (Facultad de Ciencias del Trabajo).
- Máster en Dirección de los Recursos Humanos (Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales).
- Máster en Género, Identidad y Ciudadanía.
- Máster en Cultura de Paz, Conflictos, Educación y Derechos Humanos.
- Máster en Intervención Psicológica en Contextos de Riesgo.
- Máster en Innovación e Investigación en cuidados de Salud.
- Máster en Gestión y Administración Pública.

Son dos los cursos de experto ofertados:

- Máster en intervención social en los campos de las organizaciones, comunitario y de la salud.
- Máster en protección jurídico-social de personas y colectivos vulnerables.

¿Qué se puede mejorar con respecto a los estudios de Trabajo Social ofertados por la UCA?

Nunca estamos satisfechos con los resultados obtenidos en nuestro deseo de mantener unos estándares de calidad y una formación de excelencia. Para lograrlo, necesitamos profundizar en:

- Innovación docente, con la incorporación de metodologías de enseñanza que ofrezcan mejores resultados en el aprendizaje.
- Incrementar el esfuerzo para la protocolización de las metodologías de análisis, diagnóstico, intervención social y evaluación de resultados en cada uno de los campos de actuación.
- Potenciar la investigación.
- Desarrollar formación y mecanismos de complementariedad de carácter interdisciplinar en distintos contextos profesionales.
- Desarrollar la investigación y líneas avanzadas de participación en instituciones, órganos de decisión política, administrativas y de gestión en aquellos campos para los cuales ya estamos cualificados en contextos comunitarios y ámbitos de globalización.

"El Trabajo Social, con su identidad, debe estar presente en distintos foros sociopolíticos y en contextos interdisciplinares donde puede aportar no sólo su cualificación sino su visión comunitaria, integradora, holística y globalizadora ante los distintos retos y exigencia de solución que reclama la sociedad actual."

¿Cree que el Trabajo Social es una disciplina que tiene que emanciparse de otras?

Emanciparse en cuando a obtener el reconocimiento diferenciador con respecto a otras disciplinas u otros estudios que confunden su delimitación y características. Hacía falta una visión interna algo más defensora de la disciplina y de la profesión si caer en excesivo corporativismo.

Todavía hay una visión más funcionarial que lastra o delimita las actitudes más reivindicadoras hacia la profesión y también echamos en falta actitudes más volcadas en la defensa de los ciudadanos, y de un medio social y ambiental sostenible.

Pero paralelamente el Trabajo Social, con su identidad, debe estar presente en distintos foros sociopolíticos y en contextos interdisciplinares donde puede aportar no sólo su cualificación sino su visión comunitaria, integradora, holística y globalizadora ante los distintos retos y exigencia de solución que reclama la sociedad actual.

El Informe Social
CUESTIONES A DEBATE
En librería Proteo y en el CODTS de Málaga
YA A LA VENTA

¡Que nadie viva en la calle, que nadie muera en la calle!

Intervención social con personas en exclusión social extrema desde el ámbito de lo local

Carmen Almadana Pacheco
Mª Jesús Romero Ruiz

El Excmo. Ayuntamiento de Cádiz, en Pleno del día 7 de Mayo de 2010, acordó aprobar el Reglamento del Consejo Municipal para la Inclusión Social. El 2 de mayo de 2013 se presentó el Foro telemático como herramienta de funcionamiento y coordinación de las distintas mesas. A partir de este momento se inician las sesiones presenciales.

El Consejo Municipal para la Inclusión Social tiene una organización sectorial y un carácter consultivo. Están representadas entidades locales, ONG's, representantes políticos y otras instituciones relacionadas con los distintos ámbitos de trabajo. En concreto, se ponen en funcionamiento cinco Mesas Temáticas: la Mesa Sociosanitaria, la Mesa de Empleo, la de Vivienda, la de Prestaciones Económicas y en Especie, y la Mesa de Personas Sin Hogar.

La Delegación Municipal de Asuntos Sociales asume la tarea de operativizar las Mesas, y garantizar su adecuado funcionamiento. Desde este momento, cada Mesa asumía una doble responsabilidad:

- Informar y asesorar a la Corporación Municipal en aquellas materias o cuestiones relacionadas con la Inclusión Social de los ciudadanos más vulnerables.

- Optimizar y coordinar los recursos públicos y privados existentes.

La Mesa de Personas Sin Hogar. Participantes

En el caso que nos ocupa, la Mesa de Personas Sin Hogar se centra en la realidad de los más desfavorecidos. Aquellas personas que están en situación de exclusión social extrema. Es decir, al límite de la subsistencia (sin vivienda, sin recursos económicos, sin red de apoyo, sin garantía de derechos...). FEANTSA[1], define la persona en situación de sin hogar como *"aquella persona que no puede acceder, o bien conservarlo, a un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que le proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por dificultades personales o sociales para llevar una vida autónoma"*. Tomando como referencia la tipología Europea de Sin hogar y Exclusión residencial (ETHOS)[2], elaborada por esta organización, la mesa se centra en la subcategorías A de la tipología, Personas *sin Techo*.

Sin Techo	1. Vivir en un espacio público.
	2. Pernoctar en un albergue, forzado a pasar las horas diurnas en un espacio público.

FUENTE: Observatorio de FEANTSA 2003, www.feantsa.org

1 Federation Europeene des Asssociations Nacionales Traveillent Avec les Sans-Abri *(Federación Europea de Asociaciones nacionales que trabajan con sin hogar)* www.feantsa.org
2 European Tipology Homelessness (ETHOS2007) www.feantsa.org

Desde 2013 hasta la fecha, la Mesa de Personas Sin Hogar ha vivido su propio proceso de construcción. Sus miembros iniciales eran gran parte de las entidades que se dedican a trabajar con las personas sin hogar en la ciudad. Estos colectivos ponen a disposición de la mesa su filosofía de trabajo, su metodología, sus conocimientos y sus recursos para trabajar con este colectivo especialmente vulnerable.

El intercambio constante y recíproco de estos recursos ha conseguido que todas las entidades participantes se retroalimenten para mejorar la intervención con las personas sin hogar. Se han pulido las carencias, y ante todo, ha servido para ratificarse en un objetivo común: la atención en dignidad a las personas sin hogar.

Las entidades participantes en la Mesa: "Calor en la Noche", Cruz Roja Española, Caballeros Hospitalarios, el Centro de Acogida Municipal, Comedor "Virgen Poderosa", "Mujeres de Acero", la Hermandad de la Santa Caridad y Cáritas, afrontan con un profundo compromiso social y personal una realidad desconocida y lejana para el resto de la sociedad. Un compromiso que se refuerza por ocuparse de un colectivo minoritario que sufre en silencio sus carencias. Es de los pocos colectivos sociales que no realiza ningún tipo de actividad reivindicativa para exigir sus derechos. Como consecuencia, las personas sin hogar, han sido"invisibles" en el marco legal o normativo, en materia de vivienda, de planes de inclusión, de medidas para personas en situación de vulnerabilidad, planes integrales, etc.

Por ello, una de las primeras actividades de la Mesa fue, en 2013, la realización de un Censo de Personas Sin Hogar de la Ciudad de Cádiz, que visibilizara esta realidad: quiénes son, cómo viven, qué necesitan y qué debemos ofrecerles. Recientemente se ha realizado el segundo.

El camino de la Mesa no ha sido fácil, pero sí ha sido perseverante. Comenzó con una reunión mensual que luego terminó siendo quincenal. Últimamente, se ha modificado su organización y se ha vuelto más flexible. Por ejemplo, se han invitado a otros agentes sociales a participar de manera permanente en la Mesa. Desde finales de 2014, se incorporan el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Salud Bahía–La Janda, la Unidad de Salud Mental Comunitaria, y el Centro de Tratamiento de Adicciones. Recientemente, también se ha incorporado la Asociación Pro Derechos Humanos.

Se solicitan colaboraciones puntuales, como por ejemplo a la Fiscalía de Mayores e Incapaces. Además, también se organiza a través de Grupos de Trabajo, que paralelamente a la Mesa, se centren en temas monográficos.

Organización

En la actualidad, existe una **Mesa Institucional**, donde están representados los distintos agentes que trabajan con Personas sin Hogar en la ciudad. Una **Mesa de Intervención con Casos**, para la atención coordinada y participada con casos concretos de personas sin hogar. Por último, tres **Grupos de Trabajo** centrados en las siguientes tareas concretas:

- La elaboración de un nuevo Censo de PSH de la Ciudad de Cádiz de 2015.
- La Campaña de Sensibilización hacia las PSH, con motivo de la Semana de las PSH, del 23 al 29 de Noviembre de 2015 (campaña centrada en el día europeo de las PSH organizada a nivel nacional por Cáritas Española).
- La realización de las I Jornadas de Reflexión, que cuenten con la participación de las PSH, conjuntamente con los profesionales de los distintos sistemas de protección.

El tema central en estos momentos es la "Campaña de Frío", la cual ha venido desarrollándose de manera particular por cada uno de los distintos Colectivos y Entidades hasta el pasado año. Ahora, el objetivo es coordinar y operativizar la colaboración de los recursos existentes en situaciones de emergencia.

*"**Las entidades participantes en la Mesa afrontan con un profundo compromiso social y personal una realidad desconocida y lejana para el resto de la sociedad.** Las personas sin hogar, han sido"invisibles" en el marco legal o normativo, en materia de vivienda, de planes de inclusión, de medidas para personas en situación de vulnerabilidad, planes integrales, etc."*

Tareas pendientes

Lo anterior resume sucintamente el trabajo realizado por la Mesa para Personas sin Hogar hasta la fecha. Sin embargo, de cara al futuro existen metas, objetivos, demandas y mejoras que la Mesa debe enfrentar. Uno de los más importantes es no disponer de presupuesto propio para dotar de los recursos necesarios a los distintos programas y actividades. De esta forma, se garantizaría un trabajo más eficaz con las personas sin hogar.

A pesar de todo, el tiempo trabajado y la experiencia cotidiana ha permitido identificar áreas de trabajo, cuestiones concretas y carencias sobre las que la mesa como órgano consultivo y con capacidad de elevar propuestas debe empezar a demandar:

- Ampliar los escasos recursos específicos de la ciudad, los cuales no están dotados de un número suficiente de profesionales preparados para afrontar este problema.
- Apostar por la figura de la Administración Pública como garante del acceso, sostén y defensa de los derechos de todas las personas.
- Elevar la necesidad de planes o estrategias dirigidas a PSH en diversas áreas y niveles en el ámbito municipal. Desde el Parlamento Europeo se insta por la elaboración de una Estrategia Nacional que, aunque se encuentra en diseño, aún no es una realidad.
- Promover la elaboración de protocolos de intervención de

"Cada persona sin Hogar es un universo único lleno de luces y sombras como cada uno de los miembros de esta mesa y merecen ante todo atención y respeto."

carácter integral entre administraciones. En este sentido la Mesa ha invitado a diversos agentes implicados: Fiscalía, Unidad de Salud Mental Comunitaria y Sistema Sanitario.

- Plantear la necesidad de disponer en la ciudad de un equipo multidisciplinar socio-sanitario de calle. Coordinado entre los servicios sociales y de salud. Esta necesidad se fundamenta por el hecho de que la mayoría de las personas sin hogar no acuden a los recursos normalizados de forma regular, padeciendo muchos de ellos enfermedades crónicas, físicas y mentales de gravedad. Es importante resaltar que en la ciudad de Cádiz los dispositivos que salen a trabajar a la calle son exclusivamente de carácter privado y voluntariado.
- Proponer la elaboración de un plan de actuación de emergencias municipal por situaciones climatológicas adversas.
- Trabajar sobre alternativas residenciales ante la insuficiencia en la ciudad de plazas de alojamiento. Ampliar la oferta de recursos y contar con pisos tutelados, viviendas compartidas, viviendas en alquiler de renta baja, vivienda protegida, viviendas comunitarias y aumento de las plazas en Centros de Acogida.
- Trabajar por la garantía del acceso a los derechos, a los recursos y a las prestaciones. Para ello el empadronamiento es fundamental ya que constituye un requisito incuestionable para ser beneficiario.
- Como objetivo inminente proponer la elaboración de una Plan Municipal Integral y Operativo para la Inclusión Social de las PSH, contando con la participación real de las personas que padecen esta situación.

A modo de conclusión debemos decir que la Mesa de Personas Sin Hogar del Consejo de Inclusión Social del Excmo ayuntamiento de Cádiz es una mesa en continuo proceso de consolidación. Se amplia, incluyendo a otros recursos y administraciones que complementan la integralidad de los temas que trabaja. En definitiva colaborar para crear el plan integral para abordar el problema de las personas sin hogar.

Es por supuesto una Mesa conciente en su esencia de que no se llega a todos los que día a día sufren en las calles de nuestra ciudad. Esto es algo que provoca impotencia, frustración y desesperación en todas las personas que sufre directamente o aquellas que luchan por erradicar este problema.

Por último, la Mesa apuesta por la retroalimentación entre sus miembros, por la transversalidad entre todos los agentes implicados, por la necesidad de políticas sociales integradoras, por procesos de intervención que tengan en cuenta la diversidad de la compleja realidad que debemos y queremos atender, que apuesta por la individualidad de los casos concretos. En resumen: "Cada persona sin Hogar es un universo único lleno de luces y sombras como cada uno de los miembros de esta mesa y merecen ante todo atención y respeto".

PORTAL DE FORMACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL
teleformación

CURSOS DE FORMACIÓN ONLINE

OFERTA FORMATIVA 2016. Abierto plazo matrícula

www.tsformacion.org

- **La Mediación en la resolución de conflictos.** 100 horas. ONLINE.
- **Violencia de Género. Análisis multidisciplinar.** 200 horas. ONLINE.
- **Coaching Social.** 90 horas. SEMIPRESENCIAL/ONLINE
- **Envejecimiento Activo, herramienta de prevención, en la dinamización con personas mayores.** 40 horas. ONLINE.
- **Intervención en el Acogimiento Familiar.** 60 horas. ONLINE.
- **Violencia de género y maltrato infantil.** 100 horas. ONLINE.
- **Intervención en emergencias sociales y primeros auxilios psicológicos.** 100 horas. ONLINE.
- **Técnico en gestión de entidades sociales.** 60 horas. ONLINE.
- **Curso Práctico de Prestaciones de la Seguridad Social (I).** 120 horas. ONLINE.
- **Malos tratos y abusos a las personas mayores. Análisis del problema.** 150 horas. ONLINE.

Más información: CODTS Málaga. Tfn.: 952 22 71 60. Email: formacion@trabajosocialmalaga.org
http://www.trabajosocialmalaga.org/html/FORMACION_cursos_formacion.php

Aplicación de terapias alternativas para intervención en **discapacidad intelectual y trastornos de conducta**

María Arráez Lorenzo
Trabajadora social.
Directora del Centro Atención Discapacidad Intelectual y trastornos del Comportamiento "La Vaguada".
Mairena del Aljarafe (Sevilla)

Desde la introducción del método bisopsicosocial como práctica de intervención en Salud Mental y de manera directa también en discapacidad Intelectual, se han incluido gran cantidad de terapias alternativas que han ido generando una cierta expectación entre los profesionales del medio.

Desde la introducción del Mindfulness en el abordaje de la ansiedad y de la reducción del stress, de la mano psicólogo Jon Kabat-Zinn en 1979 a nuestros días han sido múltiples las líneas de intervención en este terreno, surgiendo gran variedad de técnicas de aplicación en este campo.

En España actualmente se están ampliando los campos de mira y los abordajes alternativos a patologías de Salud Mental, que hasta hace poco eran tratadas desde una forma más farmacológica que biopsicosocial. La terapia farmacológica con todo su éxito comprobado no deja de precisar un complemento alternativo que haga posible una evolución continuada del/la usuario/a.

En nuestro Centro, en el que atendemos a jóvenes que presentan diversidad funcional a nivel intelectual y comportamental, hemos introducido de forma piloto el uso de terapias alternativas basadas en el Chikung y la Risoterapia.

El Chi Kung y la Risoterapia

El primer contacto con estos métodos lo tuve de la mano de José Ramón Barrera Algarín, profesor de Chi Kung en Sevilla, con el cual me inicié en esta técnica de una forma sorprendente y sorpresiva, tanto por el método en sí como por los resultados obtenidos a nivel particular.

Una vez que practiqué esta técnica con la que logré reducir los niveles de stress de una forma considerable y a la vez aumentar mi nivel de salud general, se consideró la opción de aplicarla con los jóvenes del Centro La Vaguada para poder ver si eran receptivos a este tipo de alternativa terapéutica.

*"**En España se están ampliando los campos de mira y los abordajes alternativos a patologías de Salud Mental,** que precisan un complemento alternativo que haga posible una evolución continuada del/la usuario/a."*

Con las enseñanzas recibidas en las clases del maestro Barrera, implantamos de forma experimental en el centro un programa semanal en el que trabajamos la relajación a través del **Chi Kung**, seguidos por videos explicativos.

De forma indirecta se ha incluido esta técnica en la vida diaria de los usuarios/as del Centro a través de un enfoque alternativo de la propia existencia en la que prima el sentimiento de felicidad y la alegría, potenciando el ser positivo y la realización personal.

Del mismo modo tuvimos conocimiento de terapias basadas en la **Risoterapia** y el autoconocimiento a través de Mamen Pérez Siller, co-fundadora de Happy Terapias en Sevilla, y dentro de nuestras posibilidades hemos puesto en marcha algunas técnicas aprendidas en un taller impartido por ella y por José Ramón Barrera.

"La mayoría de ellos presentan trastornos del comportamiento que esencialmente perjudican de forma considerable sus relaciones familiares, hecho que en cierto modo ha desencadenado que deban residir en un domicilio alternativo al familiar como nuestro Centro."

Trabajamos con un grupo de 13 jóvenes de diferentes edades y con patologías diversas que van desde retraso mental leve sin comorbilidad psiquiátrica, a chicos que presentan un deterioro cognitivo importante con presencia de algún trastorno psiquiátrico asociado (T.L.P, T.O.C, Trastorno Bipolar).

La mayoría de ellos presentan trastornos del comportamiento que esencialmente perjudican de forma considerable sus relaciones familiares, hecho que en cierto modo ha desencadenado que deban residir en un domicilio alternativo al familiar como nuestro Centro.

La gestión de las emociones se hace complicada en gran parte por la ausencia de abordaje de las mismas en el entorno familiar, a veces por desconocimiento y a veces por hiperprotección y cierto miedo a que dichas emociones puedan ser interpretadas de forma equívoca tanto por ellos como por terceros.

Resultados

Desde el inicio de estas terapias-actividades grupales nuestros chicos y chicas han experimentado mejorías sustanciales en determinadas áreas que presentaban complicaciones y/o déficits:

- **Gestión emocional:** Nuestros/as usuarios/as han sido más capaces de expresar sus emociones de forma satisfactoria sin invadir a los demás y sin sentirse invadidos.
- **Tratamiento de las situaciones traumáticas:** Nuestros/as usuario/as han sido capaces de afrontar las situaciones que les hayan resultado difíciles desde una perspectiva positiva y no desde la visión de una persona que no es capaz de gestionar sus conflictos.
- **Relación familiar:** En este campo podemos decir que ha sido esencial la práctica de la técnica de Chi Kung con la que han aprendido de forma indirecta el poder gestionar las situaciones que generan estrés para poder mejorar la relación familiar. Para nosotros un hecho importante es que gran parte de ellos han pasado de un régimen de residencia completa en el Centro a poder pasar fines de semana en sus domicilios familiares.

El uso de estas técnicas se ha hecho de forma experimental, con los ejercicios aprendidos a través de diversos talleres.

En base a los magníficos resultados que se han obtenido y a lo satisfechos que están nuestros chicos y chicas así como los familiares y la Dirección de nuestro Centro, se estudia la implantación de estas técnicas como forma habitual de trabajo con nuestros usuarios/as.

Del mismo modo se han llevado a cabo talleres de corta duración con las trabajadoras del Centro esencialmente para ver la receptibilidad de cada una de ellas a estas técnicas, siendo el resultado muy satisfactorio. Se les ha enseñado una pequeña técnica de relajación que se ha incluido de forma cotidiana en el trabajo, llevándola a cabo tanto al inicio como al final de la jornada laboral, reduciendo en cierto nivel el stress propio de sus tareas.

Con la implantación de estas técnicas en nuestro Centro pretendemos dotar a las trabajadoras de una serie de herramientas que les hagan más fácil el desarrollo de su jornada laboral y que del mismo modo puedan usarlas de forma cotidiana en su vida diaria y con ello mejorar su calidad de vida.

María Gallego, 10 años de su vida en Ecuador

María Gallego Loroño
Trabajadora social

Mi nombre es María Gallego, estudié en la Escuela de Trabajo Social de Jerez, en la primera promoción (95-98). En la actualidad vivo en Cádiz, y reinvento cada día esta profesión desde la formación y el acompañamiento a grupos en sus procesos de participación social. Desde hace un año aproximadamente estoy dada de alta como autónoma en el régimen de la Seguridad Social. Ésta decisión la tomé, cansada de esperar un contrato como Trabajadora Social después de 3 años desde mi regreso de Ecuador. La experiencia que voy a compartir con vosotros/as.

Mi marcha al extranjero. Mi experiencia

Durante toda la carrera había tenido la imagen del viaje a América Latina muy presente, los textos que una de las docentes de la escuela nos proponía, alimentaban mi curiosidad por el ámbito de la participación comunitaria. Al finalizar la diplomatura me incorporé a un equipo de soñadores y soñadoras que trabajamos y disfrutamos desde el escenario del movimiento asociativo, el proyecto del CRAC. Desde este espacio pude conocer y aprender todo lo que también podía ser el Trabajo Social, que por cierto, no había sido mencionado en la carrera. Y siempre con la idea del viaje, enviaba mi curriculum a los procesos de selección de las grandes ONGs. Sin idiomas y sin máster de cooperación, era muy complicado, pero buscaba contactos y estaba en seminarios, cursos, congresos en los que había gente interesante a la que preguntar.

En el año 2001, Encontré a una persona del ámbito de la salud, que acababa de llegar de Ecuador. Compartí mi inquietud y me puso en contacto con una organización campesina, que podría facilitarme cama y comida. En ese momento, yo tenía ahorrado el dinero para el billete y algo más. La ONG que financiaba el proyecto al que yo viajaría, me hizo un seguro médico, y en Octubre de ese año volé a Quito con un billete de ida, mucha ilusión y mucha incertidumbre.

A mi llegada todo era nuevo, la solidaridad de los demás

"El ministerio de Bienestar Social se reducía a conseguir comida para programas de nutrición infantil y todas las acciones que se llevaban a cabo eran de carácter muy asistencialista. La mayor parte de los procesos que generaban alternativas transformadoras, eran puestos en marcha por ONGs."

voluntarios y cooperantes me facilitaron la llegada, el alojamiento, y por supuesto la integración. Estuve 20 meses haciendo parte de un proyecto de desarrollo comunitario con base en la educación, de manera voluntaria y convertida en una esponja para poder entender cómo funcionaba esa sociedad a la que había llegado.

Poco después conocí una ONG belga que necesitaba cubrir una plaza de cooperante en la que mi perfil podría ir bien y me aceptaron.

Con la excusa de visitar la ONG belga, viajé a Europa y pude visitar a mi familia. Mis condiciones laborales cambiaron. Me pude beneficiar del estatuto de cooperante, que en esos momentos en Bélgica, suponía viaje a tu país cada dos años, seguro médico y un salario que me permitiría vivir en Ecuador y seguramente ahorrar.

Mi trabajo cambió en varias ocasiones. La fórmula de esta ONG, es muy particular. Los cooperantes son apoyos técnicos para los proyectos de organizaciones locales en los países de destino. Así que, según la organización local para la que estuviera trabajando, mis funciones como trabajadora social, cambiaban en función de sus necesidades. Por ejemplo, durante dos años trabajé con mujeres indígenas del Cotopaxi en el ámbito de la "Soberanía Alimentaria" y la participación comunitaria. Mi función en este caso era conocer por un lado, el funcionamiento del sistema productivo, sus necesidades sociales como familia y construir junto con ellas alternativas para mejorar su situación.

Otro de los procesos, fue en la zona de Esmeraldas, capital de provincia con una población del tamaño de la de Cádiz, marginada en cuanto a políticas estatales e inversión social, con un nivel de violencia que afecta especialmente a la población joven. En este caso, mi tarea fue la de apoyar a una organización local que tenía experiencia en educación social, y que tenía el objetivo de construir una alternativa social, política y psico-afectiva para los y las jóvenes de esta localidad. En este proceso participé de la construcción de un Centro Juvenil en su diseño y equipamiento, pero lo mejor fue participar en la construcción de una metodología de acompañamiento a jóvenes en su proceso de participación y apropiación de este centro.

El último proyecto en el que participé fue una Investigación Acción Participativa (IAP), que se publicó, en la que analizamos 8 procesos de participación juvenil en 5 provincias del Ecuador. Este último proceso me dio la posibilidad de hacer investigación, de participar en una publicación, de armar una visión nacional de los procesos de participación de los y las jóvenes. Y de aprender de un grupo de sabios del ámbito de la IAP y de "lo juvenil".

Como veis, el Trabajo Social, es tan amplio como lo es nuestra realidad y esta experiencia ha supuesto 10 años de mi vida, que no solo me han dado una visión diferente de nuestra profesión, sino también de cómo concebir mi lugar en la sociedad. La persona que soy hoy, es, gracias a estas vivencias personales y profesionales, a los equipos con los que he trabajado, a las realidades a las que he tenido la oportunidad de asomarme y como no, a las transformaciones sociales en las que he participado.

Similitudes con el sistema español

Sinceramente en muy pocas ocasiones pude trabajar con trabajadoras o trabajadores sociales en Ecuador. En la actualidad, ha cambiado un poco, pero cuando llegué y hasta el 2009 era prácticamente inexistente. El ministerio de Bienestar Social se reducía a conseguir comida para programas de nutrición infantil y todas las acciones que se llevaban a cabo eran de carácter muy asistencialista. La mayor parte de los procesos que generaban alternativas transformadoras, eran puestos en marcha por ONGs. Incluso el sistema de salud era precario, cada persona que entraba en un quirófano, iba acompañada por una caja con todos los insumos que se utilizarían en su intervención. La labor de las trabajadoras sociales, siempre mujeres, aquí era fundamental, ya que eran ellas las que buscaban por cielo y tierra los recursos para que quien lo necesitara tuviera lo imprescindible para operarse. Os hablo desde guantes para los cirujanos, medicamentos e incluso la sangre para las transfusiones.

Esta situación ha ido mejorando. Las políticas del último gobierno han ido consolidando la función del Estado como garante de las condiciones mínimas básicas.

A inicios del 2011, regresé a Cádiz y he desconectado de la realidad ecuatoriana, pero si sé que el papel del Trabajo social y las profesiones vinculadas a las políticas sociales están en auge y se están valorando cada vez más. De hecho en abril de este año 2015, se celebra en Quito la II Cumbre internacional del Trabajo Social.

Recomiendo vivir esta experiencia

Sin duda, vivir una experiencia profesional y personal en otro país es siempre positivo y muy enriquecedor. Es una posibilidad de aprender de otras personas, de poner tu propia concepción del trabajo social a debate con la de los otros y de, como fue mi caso, encontrar mi profesión en cada nueva función que tenía que desempeñar.

Si queréis comunicaros conmigo podéis escribirme al correo: mareiagallegolorono@gmail.com.

AGENDA tsd

MÁLAGA

Día Mundial Trabajo Social

Celebraremos este día el próximo 15 de marzo en el Salón de Grados de la FEST (Avda. Francisco Trujillo s/n Campus de Teatinos Universidad de Málaga) a las 17:30 h. En este acto se presentarán: los trabajos ganadores XIX Premio Científico, la obra "La lucha contra la exclusión social en la evolución de la democracia, participación, proximidad y sentido" por Fran Jiménez Gómez y el XX Premio Científico.

Curso de preparación de Oposiciones de la Junta de Andalucía

Inminente plazo de matrícula para tomar parte en el Curso con los temas elaborados y actualizados por profesorado especializado en todas y cada una de las materias.

Incluido temario en el precio del mismo.

Pruebas evaluativas y simulaciones para verificar avance personas opositoras.

legislación ayudas subvenciones becas

BOE

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Ley 2/2015, de 29 de diciembre, de medidas urgentes para favorecer la inserción laboral, la estabilidad en el empleo, el retorno del talento y el fomento del trabajo autónomo. http://www.boe.es/boe/dias/2016/02/02/pdfs/BOE-A-2016-957.pdf
BOE 28 de 02/02/2016

JEFATURA DEL ESTADO

Corrección de errores de la Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/01/19/pdfs/BOE-A-2016-438.pdf
BOE 16 de 19/01/2016

Corrección de errores de la Ley 31/2015, de 9 de septiembre, por la que se modifica y actualiza la normativa en materia de autoempleo y se adoptan medidas de fomento y promoción del trabajo autónomo y de la Economía Social.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/01/14/pdfs/BOE-A-2016-328.pdf
BOE 12 de 14/01/2016

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

Resolución de 11 de febrero de 2016, de la Dirección General de Política Universitaria, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 29 de enero de 2016, por el que se determina el nivel de correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior del Título Universitario Oficial de Diplomado en Trabajo Social.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/02/22/pdfs/BOE-A-2016-1793.pdf
BOE 45 de 22/02/2016

Resolución de 30 de diciembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se modifica la de 6 de octubre de 2015, por la que se conceden las ayudas Erasmus.es correspondientes al curso académico 2015-2016, convocadas por Orden ECD/761/2015, de 27 de abril.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/01/27/pdfs/BOE-A-2016-760.pdf
BOE 23 de 27/01/2016

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

Corrección de errores del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/02/11/pdfs/BOE-A-2016-1320.pdf
BOE 36 de 11/02/2016

Orden ESS/70/2016, de 29 de enero, por la que se desarrollan las normas legales de cotización a la Seguridad Social, desempleo, protección por cese de actividad, Fondo de Garantía Salarial y formación profesional, contenidas en la Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/01/30/pdfs/BOE-A-2016-886.pdf
BOE 26 de 30/01/2016

MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Resolución de 18 de febrero de 2016, del Instituto Nacional de Administración Pública, por la que se convocan acciones formativas en materia de idiomas para el primer semestre de 2016.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/02/22/pdfs/BOE-A-2016-1818.pdf
BOE 45 de 22/02/2016

Resolución de 18 de febrero de 2016, del Instituto Nacional de Administración Pública, por la que se convocan acciones formativas de carácter general para el primer semestre de 2016.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/02/22/pdfs/BOE-A-2016-1815.pdf
BOE 45 de 22/02/2016

MINISTERIO DE JUSTICIA

Corrección de errores del Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/01/16/pdfs/BOE-A-2016-389.pdf
BOE 14 de 16/01/2016

Real Decreto 1109/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito.
http://www.boe.es/boe/dias/2015/12/30/pdfs/BOE-A-2015-14263.pdf
BOE 312 de 30/12/2015

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Recurso de inconstitucionalidad nº 439-2016, contra diversos preceptos de la Ley 48/2015, de 29 de octubre, por la que se aprueban los Presupuestos Generales del Estado para el ejercicio presupuestario de 2016.
http://www.boe.es/boe/dias/2016/02/20/pdfs/BOE-A-2016-1734.pdf
BOE 44 de 20/02/2016

BOJA

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO

Acuerdo de 29 de diciembre de 2015, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la prórroga del Modelo de Financiación de las Universidades Públicas de Andalucía durante el ejercicio económico 2016.

http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/2/BOJA16-002-00001-21775-01_00082656.pdf
BOJA 2 de 05/01/2016

Decreto 1/2016, de 12 de enero, por el que se establece un conjunto de medidas para la aplicación de la declaración responsable para determinadas actividades económicas reguladas en la Ley 3/2014, de 1 de octubre, de medidas normativas para reducir las trabas administrativas para las empresas, y en el proyecto «Emprende en 3».
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/9/BOJA16-009-00003-340-01_00083044.pdf
BOJA 9 de 15/01/2016

Orden de 16 de diciembre de 2015, por la que se modifica la de 19 de junio de 2015, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de ayudas, en régimen de concurrencia no competitiva, para promover y garantizar la igualdad de acceso al alumnado universitario con dificultades económicas en la adquisición y acreditación de las competencias lingüísticas exigidas para la obtención de los títulos de Grado o Máster.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/9/BOJA16-009-00003-217-01_00082931.pdf
BOJA 9 de 15/01/2016

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Resolución de 14 de enero de 2016, de la Dirección General de Formación Profesional Inicial y Educación Permanente, por la que se convocan para el año 2016 las pruebas para la obtención del título de Bachiller para personas mayores de veinte años.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/19/BOJA16-019-00015-1222-01_00083888.pdf
BOJA 19 de 29/01/2016

Orden de 29 de enero de 2016, por la que se convocan plazas de residencias escolares y escuelas-hogar para el curso escolar 2016/17.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/30/BOJA16-030-00009-2369-01_00085003.pdf
BOJA 30 de 15/02/2016

CONSEJERÍA DE EMPLEO, EMPRESA Y COMERCIO

Resolución de 29 de diciembre de 2015, de la Agencia de Innovación y Desarrollo de Andalucía, por la que se dispone la publicación de la Resolución de la Dirección General de la Agencia de Innovación y Desarrollo de Andalucía, por la que se efectúa la convocatoria para la concesión de incentivos en régimen de concurrencia no competitiva a las pequeñas y medianas empresas para el desarrollo industrial y la creación de empleo en Andalucía para el año 2016.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/11/BOJA16-011-00002-362-01_00083066.pdf
BOJA 11 de 19/01/2016

Corrección de errores de la Resolución de 10 de diciembre de 2015, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Empleo, por la que se convoca para el año 2016 la concesión de incentivos públicos dirigidos a financiar los costes salariales derivados del mantenimiento de los puestos de trabajo ocupados por personas con discapacidad en centros especiales de empleo, regulado en la Orden de 23 de diciembre de 2014, que se cita (BOJA núm. 242, de 16.12.2015).
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/12/BOJA16-012-00001-486-01_00083194.pdf
BOJA 12 de 20/01/2016

CONSEJERÍA DE FOMENTO Y VIVIENDA

Resolución de 25 de enero de 2016, de la Secretaría General de Vivienda, por la que se somete a información pública el proyecto de Orden por la que se regula el procedimiento de selección de las vocalías del Observatorio de la Vivienda de Andalucía en representación de otros colectivos sociales, y se anuncia convocatoria pública para dicha selección.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/19/BOJA16-019-00001-1154-01_00083829.pdf
BOJA 19 de 29/01/2016

Resolución de 25 de enero de 2016, de la Secretaría General de Vivienda, por la que se somete a información pública el proyecto de Decreto por el que se regula el Plan de Vivienda y Rehabilitación de Andalucía 2016-2020
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/19/BOJA16-019-00001-1155-01_00083830.pdf
BOJA 19 de 29/01/2016

CONSEJERÍA DE HACIENDA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Resolución de 30 de diciembre de 2015, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se dictan instrucciones para la aplicación de la disposición adicional decimoquinta de la Ley 1/2015, de 21 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2016.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/4/BOJA16-004-00006-32-01_00082760.pdf
BOJA 4 de 08/01/2016

Resolución de 27 de enero de 2016, de la Dirección General de Recursos Humanos y Función Pública, por la que se hace público el resultado del sorteo que determina el orden de actuación de los aspirantes en las pruebas selectivas que se convoquen a partir de la publicación en BOJA de la presente Resolución y que se celebren durante el año.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/21/BOJA16-021-00001-1354-01_00084035.pdf
BOJA 21 de 02/02/2016

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

Orden de 21 de diciembre de 2015, por la que se aprueba el Plan General de Inspección de Servicios Sociales para el período 2016-2019.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/1/BOJA16-001-00007-21722-01_00082631.pdf
BOJA 1 de 04/01/2016

Resolución de 30 de diciembre de 2015, del Instituto Andaluz de la Juventud, por la que se regula la convocatoria para la aprobación de los proyectos correspondientes al Programa de Campos de Trabajo de Servicio Voluntario para Jóvenes 2016.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/4/BOJA16-004-00020-33-01_00082761.pdf
BOJA 4 de 08/01/2016

Orden de 8 de enero de 2016, por la que se deja en suspenso la convocatoria anual de subvenciones para el ejercicio 2016, regulada mediante la Orden de 20 de febrero de 2012, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones a las organizaciones no gubernamentales de desarrollo que realicen intervenciones de cooperación internacional para el desarrollo por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/8/BOJA16-008-00001-162-01_00082879.pdf
BOJA 8 de 14/01/2016

Corrección de errores de la Resolución de 30 de diciembre de 2015, del Instituto Andaluz de la Juventud, por la que se regula la convocatoria para la aprobación de los proyectos correspondientes al Programa de Campos de Trabajo de Servicio Voluntario para Jóvenes 2016 (BOJA núm. 4, de 8.1.2016).
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/14/BOJA16-014-00001-693-01_00083385.pdf
BOJA 14 de 22/01/2016

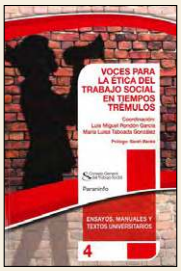
Resolución de 11 de febrero de 2016, del Instituto Andaluz de la Mujer, por la que se hacen públicos los Premios Meridiana 2016.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/32/BOJA16-032-00001-2660-01_00085307.pdf
BOJA 32 de 17/02/2016

CONSEJERÍA DE JUSTICIA E INTERIOR

Resolución de 11 de enero de 2016, de la Dirección General de Oficina Judicial y Fiscal, por la que se aprueba la convocatoria de ayuda de Acción Social por Discapacidad, del personal funcionario al servicio de la Administración de Justicia en Andalucía, para sufragar gastos realizados en 2013.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/13/BOJA16-013-00011-605-01_00083304.pdf
BOJA 13 de 21/01/2016

PRESIDENCIA

Ley 2/2015, de 29 de diciembre, de medidas urgentes para favorecer la inserción laboral, la estabilidad en el empleo, el retorno del talento y el fomento del trabajo autónomo.
http://www.juntadeandalucia.es/eboja/2016/6/BOJA16-006-00037-21765-01_00082643.pdf
BOJA 6 de 12/01/2016



VOCES PARA LA ÉTICA DEL TRABAJO SOCIAL EN TIEMPOS TRÉMULOS
Luis Miguel Rondón Garcia y Maria Luisa Taboda González (Coord.). Paraninfo. 2013.

LA LUCHA CONTRA LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA EVOLUCIÓN DE LA DEMOCRACIA: PARTICIPACIÓN, PROXIMIDAD Y SENTIDO

En los tiempos difíciles que corren, esta obra es el resultado de un largo proceso de investigación y pretende enfrentarse, con un bagaje moral de alta cualificación profesional, como instrumento validado para analizar las cuestiones ético-morales desde una perspectica bidireccional, al mundo académico y al profesional.

Por su idoneidad para el análisis de los conflictos éticos asociados a la intervención social, es una herramienta pedagógica para la impartición de las asignaturas de grado y postgrado relacionadas con la ética y la moral y puede ser de gran utilidad para las actuaciones técnico-científicas que tengan presenta la ética como eje angular de sus actuaciones por lo que el libro es imprescindible para trabajadores y trabajadoras sociales, personas que ejercen cargos de dirección como profesionales de la educación social, de la psicología, sociología y cualesquiera otros profesionales de la intervención social.

Contraportada

Cinematografía Social

Por Rosa Martín Cotilla

La vida de los otros

Director y guionista: Daniel Goleman
Reparto: Ulrich Mühe, Martina Gedeck, Sebastian Koch, Ulrich Tukur, Thomas Thieme, Hans-Uwe Bauer, Volkmar Kleinert, Matthias Brenner, Charly Hübner, Herbert Knaup
Género: Drama. Thriller
País y año: Alemania. 2006
Duración: 137 minutos

La vida de los otros es una excelente película basada en la República Democrática Alemana de1984. Un argumento poderoso y desgarrador donde el eje principal de dicho film gira constantemente sobre la censura y restricción a la libertad de expresión, uno de los derechos fundamentales del ser humano para consolidarse como tal.

El libre pensamiento es censurado por la policía política que reprime toda forma de expresión contraria al Régimen, pero la valentía de unos pocos intelectuales que se atreven a desafiar al Régimen son perseguidos y acosados por parte de la policía lo que lleva a algunos de ellos al suicidio, hecho éste denunciado por un dramaturgo escritor alemán que filtra un artículo a Europa denunciando la restricción de libertad y como consecuencia de ello el aumento de suicidios.

La vida de los otros es sin duda una película con enorme carga social, donde se pone de relieve el brutal control ejercido por las fuerzas gubernamentales del país, situando a los personajes centrales en diferentes escenarios del momento, de hecho, tres son los personajes a destacar y entre ellos se van tejiendo plano a plano un nexo de unión.

Uno de los personajes representa la censura y los otros dos simbolizan el mundo del arte siempre cuestionado desde las dictaduras y siempre presentes en ellas como el arma perfecta para combatirlas.

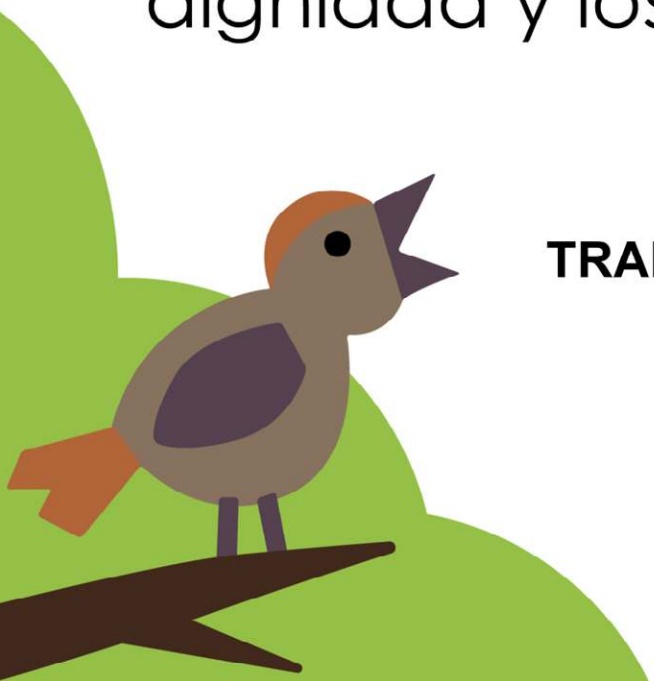
Poco a poco el mundo del arte va descubriendo el telón y la vida tras él va enamorando al policía que descubre como los sentimientos y el amor van dejando a un lado su trabajo represivo.

El arte como medio de expresión en un mundo frío e inexpresivo y el valor de aquellos que lo representan ponen voz en contra de la dictadura aun sabiendo el precio que pueden pagar por ello.

Una de esas películas que no podemos pasar por alto y a la que invito que vean.

DIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO SOCIAL
15 DE MARZO 2016

Las sociedades prosperan cuando la dignidad y los derechos de todos los pueblos se respetan.



TRABAJADORES SOCIALES HACIA UNA HUMANIDAD UNIDA.

ifsw

www.ifsw.org