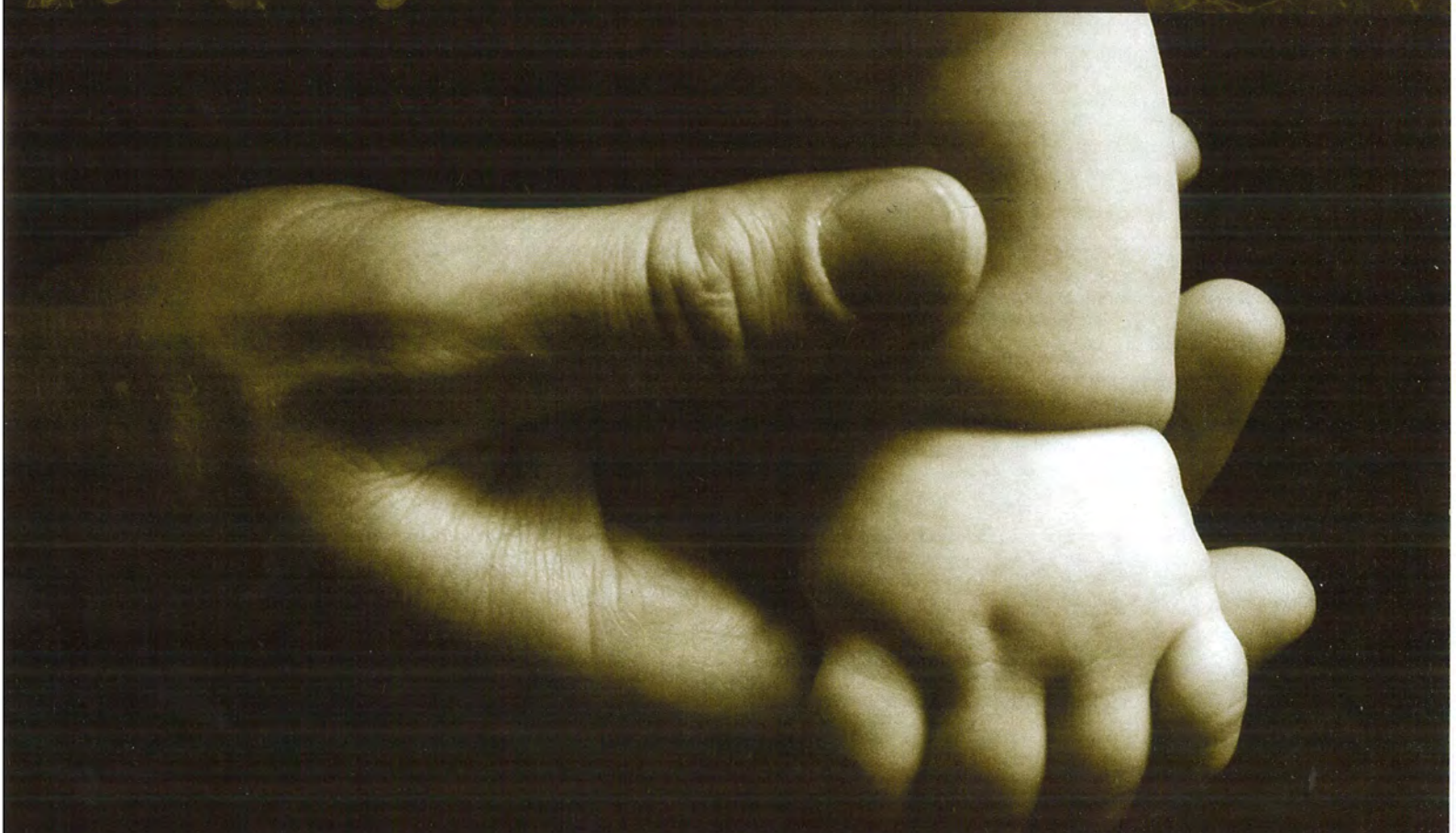
TS DIFUSION

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL
de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla

TSD-64



Atención Temprana y Trabajo Social II

Teleasistencia, tecnología y profesionales al servicio de los mayores y personas dependientes

EN ESTE NÚMERO

2 **Editorial**
Inicio del curso.

3 **Redacción**

8 **Carpeta**
Atención Temprana y Trabajo Social II.

11 **Al habla**
El Síndrome de la abuela esclava.

16 **Iniciativa Social**
La Asociación Ondine.

18 **Autonomía/Dependencia**

22 **Reportaje**
Teleasistencia, tecnología y profesionales al servicio de los mayores y personas dependientes.

24 **Opinión**
La violencia de género. Una reflexión desde el trabajo social en el ámbito rural de atención primaria de salud.
El trabajador social en la formación.

26 **Salud**
Red Andaluza de Trabajadores Sociales sobre Enfermedades Raras.

27 **Agenda**

28 **Cuadernillo**

31 **Bibliografía**

Colegio de Diplomados en Trabajo Social

TSDIFUSIÓN

Edita
Vocalía de publicaciones del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Málaga
C/ Muro de Puerta Nueva, 9 · 1º C. 29005 Málaga
Tel.: 95 222 71 60 · Fax: 95 222 74 31
e-mail: tsdifusion@trabajosocialmalaga.org

Dirección
Elisabet Rodríguez Zurita

Secretaría Técnica
Marcia Morales

Redacción
Encarna Peláez Quero (Almería) · Raquel López (Cádiz) · Vocalía de Publicaciones (Córdoba) · Daniel Rengel Morales (Huelva) · Hilda Terranova Velárdez (Granada) · Marcia Morales, Sandra Gutiérrez Soler (Málaga) · Isabel Martínez González (Jaén) · Ana Lumbreras Arias (Sevilla).

Colaboran en este número
Concepción Bejarano Montero · Mª del Mar Aceituno López · Ana Barranco Carrillo · Antonio Guijarro Morales · Mónica Tabares Arrebola · Anahí Rama Sanperio · Ildefonso Godoy Lorite · Mª Luisa Nieto Ponce de León · Mariano Sánchez Robles.

Maquetación
Magdalena García · Antonio Pedrajas.

Impresión
Imprenta: Gráficas Anarol (Pozos Dulces, 32. Málaga)

Tirada: 5.000 ejemplares
Soporte: Papel. Informático a través de Internet
Internet: www.trabajosocialmalaga.org
Depósito legal: MA 1038, 1996
ISSN 1577-0532
Los contenidos de esta revista son reproducibles siempre que se cite el nombre de TSDifusión.
Esta publicación no comparte necesariamente las opiniones vertidas en la misma por sus colaboradores.

Inicio del curso

SE HA MARCHADO el verano y entra la nueva estación. Con la llegada del otoño y el comienzo del curso escolar, nuestra mente vuelve al pasado y nos hace pensar en el 'curso' que comenzamos.

Como cuando éramos pequeños/as, hay profesionales que preparan su 'mochila' con ilusión y expectativas en el nuevo curso, y hay profesionales que sufren con la idea de volver a trabajar. Como humanos, y contradictorios que somos, nos encontramos con profesionales que sienten todo esto a la vez. La puesta en marcha de la Ley para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia en Andalucía hace en este inicio de curso esos sentimientos contradictorios sean más manifiestos.

Sabemos que este año tenemos que esforzarnos más para 'aprobar' como profesionales, es necesario adquirir nuevos conocimientos y repasar todo lo anterior. Al preparar la mochila nos hemos dado cuenta que nos falta espacio, necesitamos una más grande para que quepan los nuevos instrumentos de trabajo que trae la Ley, o ordenar adecuadamente la que tenemos.

A diferencia de nuestra niñez y juventud, en nuestro aprendizaje laboral no contamos -en demasiadas ocasiones- con ese/a 'profesor/a' de referencia que te facilita el conocimiento, te enseña las herramientas de trabajo y cómo usarlas, te da seguridad y te motiva para superarte día a día.

Seguramente haya quien piense que somos mayorcitos/as, que hay recursos formativos y nuevas tecnologías suficientes para formarnos y reciclarnos. Pero no se trata solo de adquirir conocimientos y ponerlos en práctica, se trata de que se echa de menos referentes profesionales, maestros y maestras, que nos guíen en nuestro quehacer profesional.

Efectivamente somos mayores y como tales la mayoría compagina vida familiar y laboral, como mínimo, a lo que hay que sumar el examen diario de usuarios/as, otros profesionales, políticos, superiores, cuando no algún 'examen sorpresa' extra.

Bueno, se ha marchado el verano y comienza el curso, "esperemos que este año nos toque un/a buen/a profesor/a".

Elena Pavón y Rocío Hernández, Prácticas EPEs.

Prácticas de Experiencias Profesionales para el Empleo

Daniel Rengel. HUELVA

Desde finales de julio el CODTS de Huelva disfruta de la colaboración de Experiencias Profesionales para el Empleo -EPEs, tras firmar un convenio de Colaboración con la entidad Caminar de Huelva, según un modelo avalado por la Consejería de Empleo.

Experiencias Profesionales para el Empleo, es un programa integral de formación práctica, con el apoyo de la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía. El programa está financiado por el Servicio Andaluz de Empleo de la Junta de Andalucía y el Fondo Social Europeo.

Este programa ofrece a los jóvenes recién titulados la posibilidad de adquirir experiencia profesional en empresas por un período comprendido entre los dos y los seis meses, dentro de un Itinerario personalizado de inserción.

Las nuevas becarias del Colegio de Trabajo Social de Huelva son: Elena Pavón Robledo (Trabajadora Social) y Rocío Hernández Florencio (Administrativa).

Momento del Acto de Graduación

Acto de graduación de la IX Promoción de Diplomados en Trabajo Social

Daniel Rengel. HUELVA

El pasado mes de julio tuvo lugar el Acto de Graduación de la Promoción 2004-2007 de Diplomados en Trabajo Social por la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Huelva.

El evento contó con la intervención del Director Octavio Vázquez, la imposición de becas y entrega de diplomas y el discurso de los alumnos, representados por un alumno del tercer curso, que en nombre de todos expresó los sentimientos de finalización de una etapa y el inicio de planes de futuro.

Como invitados al acto acudieron la Presidenta y Vicepresidente del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Huelva, Alejandra Orta y Manuel García

Tras la lectura y guía del Código Deontológico dieron la bienvenida a la Profesión a esta promoción.

Como es tradicional, los nuevos y nuevas profesionales celebraron más tarde una cena de despedida.

Huelva cuenta con nueva colaboradora y nueva web

Regina Cabezas colaboradora en la biblioteca.

Daniel Rengel. HUELVA

Desde septiembre contamos con la colaboración de una compañera para la gestión del fondo documental en el CODTS de Huelva, permitiendo de este modo actualizar y catalogar libros, revistas y documentos. Además de poder acceder a consultas e informes, así como al préstamo de libros. Próximamente se podrá acceder a estas consultas a través de nuestra nueva dirección web: www.trabajosocialhuelva.es. Para cualquier aportación no dudéis en contactar con nosotros en Huelva@cgtrabajosocial.es

CONSEJO ANDALUZ

El colectivo de trabajadores sociales sanitarios concreta sus movilizaciones

Tras la aparición de varias noticias relacionadas con las quejas y reivindicaciones de los trabajadores sociales de los Centros Sanitarios Andaluces, su Consejo Andaluz de Colegios, a través de su Comisión de Salud, ha decidido, mediante reunión celebrada en Granada el pasado día 3 de julio, hacer efectivas sus primeras actuaciones. Tras informar de las mismas a los presidentes de los Colegios Oficiales de Trabajo Social de toda Andalucía, el pasado día 17 de julio, cada Colegio Profesional ha presentó en cada Delegación Provincial de Salud un escrito dirigido a cada uno/a de los/as Delegados/as de Salud. En esa misma fecha se ha enviado otro escrito diferente al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud.

Al día siguiente se remitieron escritos a la Consejera de Salud de la Junta de Andalucía y al Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), y a finales del mes de julio dos escritos más a la Consejera de Salud, y uno, con copia de todos los anteriores, al Presidente de la Junta de Andalucía. Básicamente lo que se ha pedido en estos escritos, además de exponerle a los responsables sanitarios las quejas sobre la situación de los trabajadores sociales sanitarios, de agradecer el apoyo de la SAMFyC y solicitar su colaboración en esta situación, y de exponerle toda la situación en conjunto al Presidente Chaves, es lo siguiente:

1. Que cese y se impida el desarrollo de funciones, actividades y competencias del trabajo social sanitario, por profesionales ajenos a esta formación, cualificación y titulación.
2. Que cada Centro de Salud, cada Equipo Básico de Atención Primaria, sea dotado con su Trabajador Social a tiempo completo, como la normativa exige.
3. Crear la figura de Coordinador/a de Trabajo Social a fin de dotar a este colectivo de un referente de coordinación y organización propio.
4. Dejar de usurpar, plagiar y utilizar las ideas, programas, iniciativas y proyectos de los trabajadores sociales sanitarios, en beneficio de otras categorías profesionales.
5. Respeto para la aportación profesional de los trabajadores sociales sanitarios al proceso de atención a la salud y para todos y cada uno de sus derechos retributivos.

Independientemente de la respuesta que se obtenga de todos estos escritos, el Consejo Andaluz ya tiene planteada la convocatoria de una Asamblea General de trabajadores sociales sani-

Continúa en la siguiente página

↙IMPORTANTE

Para todos los Colegios la comunicación con sus colegiados y colegiadas es fundamental. Si has cambiado de dirección postal, por favor, ponte en contacto con tu Colegio, así evitarás devoluciones innecesarias de correspondencia.

Gracias por tu colaboración.

Viene de la página anterior

tarios de Andalucía, y la constitución de una Asociación de carácter regional que aglutine todas estas reivindicaciones.

Si la respuesta de la administración no se corresponde a lo esperado, estaríamos dispuestos, como ya se informó anteriormente, a convocar una huelga "a la japonesa", dedicando nuestro tiempo de trabajo en una campaña de información y asesoramiento a los usuarios de nuestros Centros, sobre la realidad de la atención sanitaria que reciben a diario, la Ley de la Dependencia y sus perversiones, la campaña electoral que se avecina, y sus promesas electorales en materia sanitaria, el acceso real a los recursos sanitarios, los derechos no reconocidos o inaccesibles, etc, etc., y la verdad sobre eso de que el usuario "es el eje fundamental de la atención sanitaria". Contamos con el apoyo de la Asociación Nacional de Trabajo Social y Salud, desde cuya sede regional en Sevilla también se han enviado escritos a los máximos responsables sanitarios y con el apoyo del colectivo de trabajadores sociales sanitarios de Canarias, que van a expresar su malestar por esta situación en un escrito, al Director Gerente del SAS, dado que ellos ya conocen de primera mano las injerencias de otras categorías profesionales en el ámbito del trabajo social al ser pioneros en su implantación. Así mismo se están coordinando actuaciones con Cataluña, Comunidad de Madrid, Galicia y Asturias, y se ha solicitado la intervención del Consejo General de Colegios de Trabajo Social ante esta situación.

CONSEJO GENERAL

Carta de la Presidenta del Consejo al Presidente de la Junta

Comisión de Salud

Durante el mes de julio se remitieron cartas denunciando la situación de los Trabajadores Sociales del Sistema Sanitario Público de Andalucía a todos/as los/as Delegados/as de Salud de Andalucía desde los ocho Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social; a la Consejera de Salud y al Director General del Servicio Andaluz de Salud desde el Consejo Andaluz. El envío de escritos se concluyó el 30 de julio con una carta firmada por la Presidenta del Consejo Andaluz, Ana Mª Rey Merino, dirigida al Presiente de la Junta de Andalucía, la cual se reproduce a continuación:

"Estimado Sr. Presidente Don Manuel Chaves:

La historia de la Sanidad Pública Andaluza ha ido unida a la del Sistema Nacional de Salud pero, siempre, un paso por delante. La gestión de la Sanidad ha sido siempre una prioridad para este Gobierno, para su Gobierno, para nuestro Gobierno, haciendo efectivas y reales unas políticas de salud basadas en la cohesión social y concebidas como un soporte fundamental para el desarrollo de la Comunidad. Con la reforma sanitaria de 1984, la sanidad pública en Andalucía apuesta por una acercamiento de los servicios de salud a la población, a los ciudadanos, por una atención integral a los problemas de salud y una capacidad integrada de resolución del sistema sanitario.

El despliegue de cientos de Centros de Salud y Consultorios Locales por toda la geografía andaluza hizo posible que los ciudadanos, eje fundamental de esta nueva gestión sanitaria, dispusieran en el entorno más cercano a su domicilio, en su propia localidad de residencia, de la atención de un Equipo Básico de Atención Primaria, integrado por diversos profesionales.

Sin duda alguna, uno de estos profesionales fueron los Trabajadores Sociales, elemento profesional innovador, incorporado a los Centros Sanitarios hasta tres meses antes de su apertura y utilizados como elementos movilizadores y de concienciación social, cara a la implantación de las medidas contenidas en la reforma, algunas de ellas no entendidas en unos primeros momentos.

Continúa en la siguiente página

Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias
Gobierno de Canarias

Cursos oficiales. ¡A distancia! BAREMABLES EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
(Bolsas de Contratación, Concursos, Oposiciones, Hospitales, etcétera).
DIPLOMAS OTORGADOS POR LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Fundación para la Formación y Estudios Sociales y Sanitarios FUFESS

SOCIAL

Animación Sociocultural (140 h.) 140 € – Intervención con Menores (200 h.) 180 € – Intervención en el Medio Penitenciario (121 h.) 130 € – Auxiliar de Ayuda a Domicilio (250 h.) 210 € – Formador Ocupacional (90 h.) 130 € – Auxiliar de Jardín de Infancia (207 h.) 200 € – Violencia Doméstica (170 h.) 160 € – Mediación Familiar (165 h.) 160 €

ADMINISTRACION

Prevención de Riesgos Laborales (50 h.) 90 € – Nóminas y Cotización (100 h.) 140 € – Contratación y Actualización laboral (121 h) 140 € – Procedimiento Administrativo (108 h.) 140 € – Régimen Jurídico del Personal Estatutario de la Seguridad Social (105 h.) 130 € – Función Pública (150 h.) 150 € – Legislación Laboral Básica (32 h.) 90 € – Legislación e Intervención para Policías (360 h.) 220 € – Legislación y Organización de las Corporaciones Locales (106 h.) 140 € – Legislación Sanitaria (158 h.) 150 €

SANITARIO

Intervención con Pacientes VIH-SIDA (170 h.) 150 € – Drogodependencias y Toxicomanías (100 h.) 130 € – Atención Especializada a los Enfermos de Alzheimer (126 h.) 130 € – Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Sanitario (80 h.) 100 € – Cuidados Paliativos (250 h.) 170 € – Cirugía menor y otros Procedimientos en Atención Primaria (71 h.) 120 € – Ofimática e Internet en Sanidad (55 h.) 110 € – Limpieza e Higiene Hospitalarias (85 h.) 115 € – Auxiliar de Transporte Sanitario (106 h.) 130 € – Auxiliar en Geriatría (200 h.) 200 € – Enfermería en Salud Mental (140 h.) 130 € – Atención al Paciente con Hipertensión y Diabetes (153 h.) 130 € – Celador de Instituciones Sanitarias (150 h.) 160 € – Auxiliar de Psiquiatría (155 h.) 140 € – Control e Higiene Alimentaria. APPC (81 h.) 130 € – Auxiliar de Farmacia (285 h.) 230 € – Técnico auxiliar en Cuidados de Enfermería (220 h.) 220 €. Auxiliar Administrativo de Instituciones Sanitarias (188 h.) 160 € – Normativa y Administración Sanitaria (270 h.) 150 € – Urgencias y Emergencias Sanitarias (560 h.) 2320 € – Pinche de Instituciones Sanitarias (120 h.) 120 €.

Información / inscripción tel.: 902 180 917 o en nuestra web www.fufess.info

Viene de la página anterior

Y ello en base a la propia filosofía de los responsables sanitarios, de apostar decididamente por un enfoque integral de la atención, que no se limita a atender a la persona enferma, sino que presta una atención fundamental a su entorno familiar y social, con una marcada orientación hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables, coordinando sus actuaciones con los Servicios Sociales Municipales, función asignada específicamente a los Trabajadores Sociales Sanitarios.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía no ha dejado de evolucionar en estos años, y se han generado multitud de derechos de los ciudadanos relacionados con su atención sanitaria, orientados todos ellos a logra un mayor bienestar de los andaluces y andaluzas y de los que nos visitan. Ello ha contribuido a que nuestro Servicio de Salud pueda ser hoy considerado como uno de los mejores ejemplos de gestión y atención sanitaria (a imitar), con una extensión y nivel de cobertura enorme y una capacidad de organización y gestión muy eficiente, acompañado todo ello de un compromiso de accesibilidad a los distintos niveles de atención sanitaria.

En toda esta "aventura" son muchos los profesionales que han dejado parte de su vida laboral (o toda ella) demostrando su capacidad de compromiso con la organización. De entre ellos permítame, Sr. Presidente, reiterar mi referencia a los Trabajadores Sociales Sanitarios que, entendiendo la nueva forma de afrontar este compromiso para con los ciudadanos, de tutelar sus derechos, han adaptado aún más su enfoque abierto y participativo, su visión integral del proceso salud-enfermedad, con la finalidad de seguir perfectamente las líneas de trabajo marcadas y, de esa forma, contribuir a conseguir, para el sistema sanitario, una mayor credibilidad ante la sociedad del que ya posee.

Pero últimamente no corren buenos tiempos para el Trabajo Social Sanitario en Andalucía, dado que la relación que últimamente se demuestra para con los mismos desde los responsables sanitarios, dista mucho de ser dinámica, motivadora o estimulante, obviando su aportación a la atención sanitaria; usurpando sus iniciativas, programas y proyectos; negándoles una estructura propia de coordinación, obligándoles a asumir hasta cuatro Centros de Salud distintos; facilitando que se desarrollen sus funciones y competencias por profesionales ajenos al ámbito de lo social y, en definitiva, dinamitando el trabajo en equipo, los objetivos estratégicos del trabajo conjunto y coordinado y, lo que es peor, desvirtuando la atención integral y de calidad a la que todos tenemos reconocido derecho.

No voy a abrumarle más con esta situación y, por ello, me limitaré a adjuntarle copia de los escritos remitidos en estos días, a los diferentes responsables sanitarios de Andalucía, a la espera de que la coherencia y el sentido común devuelvan el protagonismo en su ámbito de trabajo, el social, a los profesionales formados, capacitados y habilitados legalmente para ello: los Trabajadores Sociales.

Quedando a su entera disposición para cualquier aclaración o información adicional que precise, me despido de usted con un cordial saludo."

A principios de septiembre se recibieron dos respuestas a nuestros escritos una en el Colegio de Sevilla, procedente de la Delegación de Salud de esta provincia, que comunicaba el traslado del asunto a la Consejería; y otra en el Colegio de Granada, procedente de la Delegación de Salud de Granada, facilitando cita para reunión de la Presienta del Colegio con la Delegada Provincial de Salud, Celia Gómez González.

Simultáneamente y dentro de estas acciones iniciadas para la defensa de un campo profesional en el que las aportaciones de nuestro saber hacer es tan importante para que siga gozando de calidad, desde el Consejo Andaluz se decidió realizar una campaña en prensa denunciando la situación y se encargo a la Consultora Vértice el trabajo. El pasado 7 de septiembre se distribuyó en todos los medios de difusión escritos de la Comunidad Autónoma, una nota de prensa y se empezaron a facilitar entrevistas, de la Presidenta del Consejo Andaluz a los medios radiofónicos informando de la situación de intrusismo que la administración sanitaria andaluza estaba facilitando. Se avanzó las medidas que desde el Colectivo Profesional se iban a tomar entre otras iniciar una huelga "a la japonesa" que consistiría en una campaña informativa a los usuarios del sistema sanitario público andaluz sobre sus derechos a servicios y prestaciones de los que se les estaba privando. Todo ello se concretaría en una Asamblea Extraordinaria que el Consejo Andaluz convocaría para tod@s l@s Trabajadores Sociales del sistema sanitario andaluz. Al cierre de redacción de TSDifusión no podemos valorar el alcance que pueda tener el lanzamiento de la nota de prensa, pues se publicaron hace pocos días y aun es pronto para el informe de impacto que la consultora tiene que facilitar.

Seguiremos informando en posteriores ediciones de TSDifusión.

El Informe Social
CUESTIONES A DEBATE

En librería Proteo y en el CODTS de Málaga

YA A LA VENTA

Mensajesdeadhesión

A continuación reproducimos parte de los mensajes de adhesión/apoyo recibidos por la Comisión de Salud

Haciendo referencia al articulo publicado en la revista TS Difusión nº 63, quería brindaros mi 'granito de arena', ponerme a vuestra disposición en lo que pueda colaborar.
Considero muy buenas medidas las que habéis tomado, y sobre todo el curso de técnicas y cuidados de enfermería al que estoy deseando inscribirme.
Mi nombre es Vanessa, y soy una reciente valoradora interina de la Junta de Andalucía.
Espero que podamos hacernos notar y definir con claridad nuestro espacio dentro de la administración tanto en el ámbito sanitario como en el nuevo sistema para la autonomía y dependencia.
Un saludo, Vanessa

Hola: He leído el artículo de Mariano Sánchez sobre las movilizaciones de los Trabajadores Sociales de Salud en la revista TSDifusión, y estoy totalmente de acuerdo con lo que en él se plantea; ya es hora de que en vez de quejarnos tanto pasemos a hacer algo.
Trabajo en Salud Mental..., a menudo nos reunimos todas las compañeras del Distrito..., y gran parte de las reuniones se dedican a las quejas sobre lo que está pasando desde hace tiempo con los enfermeros y del papel de la administración en todo esto, pero ahí se queda todo; en nuestro ánimo está emprender cualquier tipo de acción en contra, pero estamos dispersas, no sabemos muy bien qué hacer, hay distintas opiniones...el caso es que van pasando los meses y continuamos calladas.
Por otra parte y teniendo en cuenta lo pocas que somos tendría una mayor repercusión si lográramos unirnos las ocho provincias en esta 'lucha', creo que podríamos buscar la forma de articularnos para que la información llegue a todos y todos podamos aportar opiniones y participar, para eso seria importante contar con un líder que nos sirviera de referencia y nos 'guiara' .
También creo que deberíamos aprovechar la movida para pedir que nos reconozcan la carrera profesional y que se nos permita acreditarnos. ¡Ya esta bien se estar callados porque somos pocosi, lo mismo tenemos que gritar más alto, pero desde luego con esta actitud le estamos dando la razón tanto al colectivo de enfermeros como al SAS en que lo están haciendo muy bien.
Hasta pronto, un saludo, Ana

Un saludo, soy Eugenia..., os comunico que podéis contar conmigo, para lo que se decida hacer con respecto a las movilizaciones previstas, creo que esta situación tiene que cortarse de alguna manera, porque si no acabará enquistándose y después será tarde.

Atención Temprana

Como ya comentamos en el número 63 de TSDifusión, hemos dedicado este espacio a profundizar en el conocimiento de la Atención Temprana y la importancia de nuestra intervención profesional en la misma, en coordinación con la de otros muchos profesionales.

AUTORAS

Concepción Bejarano Montero
Trabajadora Social de la Zona Básica de Salud de Santa Olalla (Huelva)

María del Mar Aceituno López
Trabajadora Social de la Zona Básica de Salud de Priego de Córdoba (Córdoba)

Ana Barranco Carrillo
Trabajadora Social de la Zona Básica de Salud de Puente Genil (Córdoba)

En el pasado número de la revista se definió la atención temprana y sus niveles de intervención. Conocimos la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) y la intervención en Trabajo Social. En este número las autoras destacan los factores de riesgo donde el Trabajo Social desarrolla su intervención: Ejes II, III, V y VI, que aparecen en la estructura de la ODAT ya expuesta en la Carpeta anterior y que recordamos a modo de introducción. También nos hablan de la importante relación de los centro de atención (o intervención) temprana con la familia.

En la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT), se han modelado unos ejes para contener listados de las respectivas clasificaciones utilizadas; estos ejes se correlacionan como ejes independientes a la hora de hacer estudios estadísticos. Se pretende que la estructura de estos ejes recoja, por un lado, aspectos físicos, psíquicos y sociales, y por otro, el continuo representado por la detección, el diagnóstico y el tratamiento.

La estructura consta de tres niveles:

1º Factores de riesgo de los trastornos del desarrollo en los distintos contextos: niño, familia y entorno.
- EJE I: Factores biológicos de riesgo.
- EJE II: Factores familiares de riesgo.
- EJE III: Factores ambientales de riesgo.

2º Describe el tipo de trastornos o disfunciones que se pueden diagnosticar en el niño, en las interacciones con la familia y con las características del entorno.
- EJE IV: Trastornos del desarrollo.
- EJE V: Familia.
- EJE VI: Entorno.

3º Incluye los recursos distribuidos en tres ejes: referidos al niño, a su familia y al entorno, y se desarrollará en una fase posterior de elaboración de la ODAT.

FACTORES DE RIESGO EN ATENCIÓN TEMPRANA

NIVEL 1º: Factores de riesgo de los trastornos del desarrollo en los distintos contextos: niño, familia y entorno.

EJE II: FACTORES FAMILIARES

2.a. Características de los padres

- Edad de los padres, inferior a 20 años o superior a 40.
- Padres drogodependientes, delincuentes o que ejercen la prostitución.
- Padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales, psicopatológicos y/o deficiencia mental.
- Antecedentes de retirada de tutela, guarda o custodia de otros hijos.
- Padres con muy bajo nivel de instrucción o con bajo coeficiente intelectual, que pueda afectar negativamente a los cuidados del menor.
- Padres que vivieron situaciones carenciales en su infancia.
- Escasas habilidades sociales para realizar interacciones.
- Escasa resiliencia.
- Analfabetismo total o funcional.
- Baja tolerancia al estrés y a la frustración.
- Padres que muestran rechazo o frialdad afectiva con el menor.
- Padres que no toleran la autonomía progresiva del niño.
- Padres que tratan de manera desigual, y muy evidente, a los hermanos.

2.b. Características de la familia

- Ruptura familiar y/o situaciones críticas.
- Ambientes familiares gravemente alterados.
- Antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico.
- Familias excluidas socialmente.
- Familia monoparental sin apoyo social (madre o padre adolescente).
- Familias que no acuden a los controles de salud repetidamente.
- Creencias contrarias a las vacunas.
- Familias con bajo nivel económico.
- Familias multiproblemáticas (malos tratos, carencias afectivas, falta de apoyo, problemas de adaptación, desestructuración familiar, sobrecarga, abandono,...).
- Alta movilidad social (temporeros, feriantes, inmigrantes, vendedores ambulantes,...).
- Conflictos o graves desavenencias conyugales.
- Expectativas poco realistas (muy bajas o exageradas) respecto al rendimiento del menor.
- Falta de conocimiento de las necesidades básicas del niño.
- Actitudes inadecuadas hacia la infancia y la educación.

y Trabajo Social (II)

2.c. Estrés durante el embarazo

- Participación en programas de reproducción asistida.
- Ruptura familiar y situaciones críticas.
- Embarazos no aceptados (al principio o al final), accidentales y traumatizantes (violación).
- Embarazos múltiples.
- Información de malformaciones o lesiones en el feto (probables o confirmadas).

2.d. Estrés en el periodo neonatal

- Parto múltiple.
- Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática.
- Hospitalización.
- Nulo o escaso control del embarazo.
- Costumbres nocivas respecto al embarazo, parto y puerperio.
- Gestante o pareja con anticuerpos de VIH o SIDA.

2.e. Estrés en el periodo postnatal

- Gemelos, trillizos o más.
- Diagnóstico postnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática.
- Situaciones de maltrato físico o psicológico.
- Ruptura familiar y situaciones críticas.
- Depresión postparto.
- Niños con hospitalizaciones prolongadas y/o frecuentes.
- Cambios continuos de cuidadores.
- Institucionalización.
- Pérdida súbita de algún miembro de la familia primaria (abandono, separación, defunción).
- Características temperamentales difíciles (fuera de la edad típica y persistentes):

· Niños con dificultad para la adquisición de patrones alimentarios o de sueño adecuados.
· Temperamento difícil. Excesiva irritabilidad o agresividad.
· Llanto frecuente e inmotivado difícil de calmar. Rabietas frecuentes.
· Excesiva inquietud motriz. Impulsividad.
· Problemas de atención.
· Baja tolerancia a la frustración.
· Excesiva apatía, inhibición o pasividad. Dificultad para responder a las iniciativas de los padres.
· Hermano con enfermedad crónica y/o discapacidad.
· Separación prolongada madre/lactante.
· Accidentes o traumatismos.
· Enfermedades frecuentes.
· Niños prematuros o de bajo peso.
· Niños con enfermedades crónicas o graves.
· Características físicas de los menores no acordes con las expectativas de la familia.
· Menor separado traumáticamente del núcleo familiar.
· Menores insertos en familias reconstituidas.

EJE III: FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO

3.a. Exposición a entornos ambientales con factores de estrés

- Trabajo en contacto con productos tóxicos.
- Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del menor en la vivienda habitual o local de cuidado.
- Permanencia y/o nacimiento en prisión.
- Hospitalización prolongada.
- Institucionalización.
- Exposición frecuente a un exceso de estimulación perceptiva.
- Exposición frecuente a deficiente estimulación perceptiva.

3.b. Exposición a entornos sociales con factores de estrés

- Dificultades del entorno para administrar/proveer la alimentación adecuada.
- Dificultad del entorno para mantener rutinas de sueño.
- Entorno inseguro y con dificultades para que el niño desarrolle la propia iniciativa.
- Exposición a relaciones inestables o inadecuadas.
- Dificultad para el acceso adecuado a los adultos cuidadores.
- Pérdida de referente importante para el menor por cualquier causa.
- Exposición a escenas de violencia en el domicilio, las instituciones o la televisión.
- Exposición a prácticas y situaciones inadecuadas.

3.c. Exposición a factores de exclusión social de la familia

- Condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar y en relación a otros entornos sociales.
- Familia con dificultades de acceso a los recursos sociales.
- Rechazo familiar.

NIVEL 2º Describe el tipo de trastornos o disfunciones que se pueden diagnosticar en el niño, en las interacciones con la familia y con las características del entorno.

EJE V: FAMILIA

5.a. Trastornos de la interacción

- Relaciones desarregladas.
- Relaciones significativamente desarregladas.
- Relaciones desasosegadas.
- Relaciones perturbadas.
- Relaciones trastornadas.
- Relaciones severamente trastornadas.
- Relaciones considerablemente deterioradas.

5.b. Tipos de relación familia-niño

- Relación sobreinvolucrada (vinculación ansiosa con algún progenitor).
- Relalción subinvolucrada.
- Relación ansiosa/tensa.

- Relación colérico/hostil.
- Relación mixta.
- Relaciones abusivas.
- Dificultad para establecer vínculos afectivos con el menor.
- Dificultad para establecer vínculos afectivos con adultos.

5.c. Sistema familiar

- Normalizado.
- En necesidad.
- En dificultad.
- En conflicto.

EJE VI: ENTORNO

- Ausencia de cuidadores sensibles.
- Malos tratos y abusos.
- Negligencia.
- Institucionalización prolongada.
- Permanencia excesiva en guardería o escuela.
- Hacinamiento.
- Chabolismo.
- Violencia e inseguridad ambiental.
- Pobreza extrema.
- Estigmatización.
- Alta frecuencia de desempleo.
- Mendicidad.
- Confluencia de factores de exclusión.

RELACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA CON FAMILIAS

En el trabajo de un centro de desarrollo infantil y atención temprana (CDIAT), la experiencia, el razonamiento lógico y los resultados obtenidos por las investigaciones hechas, nos ha conducido al modelo del usuario en donde, tanto los padres como profesionales, aportan en la relación unos conocimientos complementarios, asumiendo lo que podríamos denominar una corresponsabilidad en el proceso de elegir y decidir sobre el desarrollo de su hijo/a.

La familia es considerada como un todo orgánico, como un sistema relacional en constante transformación e interacción con otros sistemas. También debemos tener en cuenta que la definición indicada al principio del artículo (ver número anterior) sobre la Atención Temprana planteada en el Libro Blanco, contempla las intervenciones tanto a la población infantil como al entorno, y que el primer entorno natural del niño es su familia.

En un CDIAT, tanto los profesionales como la familia parten de un mismo objetivo a la hora de planificar la intervención con el niño, sin embargo este proceso que aparentemente parece sencillo, no lo es del todo debido a la influencia de diversos factores ambientales, sociales, emocionales, laborales... Además por otro lado, tanto el profesional como la familia deben conocer los protocolos de actuación y los objetivos planteados en el proceso inicial de acogida de una familia a un CDIAT, es decir, el camino a seguir y cuándo finaliza nuestra intervención como profesionales con cada familia con el fin de detectar el grado de satisfacción o insatisfacción de ésta respecto al servicio que le ofrecemos.

Esa misma definición de Atención Temprana que ofrece el Libro Blanco da a la luz la importancia de la intervención familiar en el desarrollo del niño, unido al trabajo del equipo interdisciplinar. En muchas ocasiones estos equipos, son los que desde las guarderías, escuelas o en el medio sanitario detectan la presencia de dificultades en el desarrollo que posteriormente derivarán hacia una intervención en Atención Temprana.

Desde esta perspectiva, el conjunto de intervenciones a realizar se desarrollan dentro de un marco de "relaciones humanas", donde los factores emocionales no solo se circunscriben a los propios del desarrollo infantil, sino que además de conocer que necesita un sujeto para desarrollarse biológica, psicológica y socialmente, se suman los factores emocionales que como individuos partícipes de una relación aportan las madres, los padres y demás profesionales que atienden a la familia objeto de intervención.

Desde la perspectiva de los aspectos emocionales, qué sucede en los padres ¿cuándo su hijo padece algún trastorno o riesgo de padecerlo?, las expectativas de los padres sufren un vuelco inesperado, y ese vínculo único y diferente que se establece con cada hijo/a, debe resituarse para que continúe siendo uno de los elementos que posibilita el crecimiento infantil.

Cada familia tiene unas características que le vienen dadas por su biología, psicología, aspectos culturales, formas de sentir, entender, atender y gestionar las propias emociones. El entorno familiar a través de la crianza, puede convertirse en un agente que posibilita el desarrollo mental, en sus aspectos cognitivos y emocionales, facilitando a los hijos el encuentro con otros, autonomía y diferenciación como personas únicas.

bibliografía

- "Libro Blanco de la Atención Temprana". Ed. Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalia. Madrid. 2000.
- "Manual Instrucciones de la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana". Elaborado por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Ed. Real Patronato sobre discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.
- "Atención a las personas en situación de dependencia en España". IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. 2005.
- "Protocolo Asistencial Integrado de Atención Temprana". Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006
- Ley 1/98 20 abril, reguladora de la protección y atención derechos del menor en Andalucía.
- Revista "MINUSVAL", nº 159. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. 2006.
- Ley de atención a personas con discapacidad en Andalucía, 1/99 de 31 marzo.
- Plan Integral de la Infancia 2003/2007, aprobado por Decreto 362/2003 de 22 diciembre.

El Síndrome de la abuela esclava

1) En pocas palabras, ¿cómo define el "Síndrome de la abuela esclava"?

El Síndrome de la Abuela Esclava es una enfermedad muy frecuente, grave, potencialmente mortal, a veces por suicidio, que afecta a mujeres adultas con responsabilidades directas de ama de casa, voluntariamente asumidas, y con agrado, durante muchos años.

La causa del síndrome es una combinación de factores, propios y ajenos (intrínsecos y extrínsecos), que conducen a una excesiva sobrecarga física y emocional mantenida, y condicionan graves y progresivos desequilibrios, tanto somáticos como psíquicos.

2) ¿Cuáles son los síntomas y enfermedades asociados a esta enfermedad? Manifestaciones clínicas

Las abuelas esclavas son pacientes que, si no se diagnostican precozmente, sufrirán de molestias crónicas, durante muchos años, recorriendo numerosas consultas médicas, servicios de urgencias y departamentos hospitalarios sin conseguir un alivio duradero o razonable a pesar de ensayar numerosas y variadas terapias.

Los síntomas y principales formas de presentarse el cuadro son los siguientes:

1 - Hipertensión arterial: es una de las manifestaciones más frecuentes del Síndrome. Tiene la particularidad de ser una hipertensión arterial de difícil control, con oscilaciones tensionales muy bruscas, aparentemente caprichosas.

En ocasiones se alcanzan cifras tan altas como 210/120 mmHg y en pocas horas bajan a menos de 95/60 mmHg. Los profesionales sanitarios que le atienden, si no están al tanto del Síndrome, suelen sospechar la existencia de un tumor en las glándulas suprarrenales.

2 - Molestias paroxísticas: Con o sin cambios de la tensión arterial las pacientes padecen con frecuencia episodios recortados de molestias variadas, que le preocupan: sofocos en la cara, taquicardias, golpes o palpitaciones en el cuello o el tórax, dolores opresivos o punzantes por el pecho, fijos o que cambian de un lado a otro, dificultad para respirar, mareos, hormigueos, desvanecimientos.

3 - Sensación persistente de debilidad o decaimiento, un cansancio extremo que ellas mismas consideran desproporcionado con respecto a sus actividades habituales actuales, ya que en el pasado soportaron tareas mucho más agotadoras sin sentir atisbos de cansancio.

4 - Caídas fortuitas: A veces las piernas no pueden sostener al cuerpo y la paciente cae al suelo, generalmente sin llegar a perder el conocimiento. Al caerse las pacientes raramente sufren daños por traumatismos graves. Con frecuencia se catalogan este tipo de caídas como comportamiento histérico, atribuyéndolo a un deseo inconsciente de llamar la atención. En realidad el síntoma debería servir justamente para eso, para llamar la atención de que algo va mal en la vida de la paciente. No debería frivolizarse respecto al sentido de esta conducta, pues no es caprichosa ni banal la petición de socorro por cualquier persona que se sienta en grave peligro.

5 - Malestar general indefinido, disconfort, que les hace no sentirse a gusto ni relajadas, sin saber definir exactamente por

currículum de Antonio Guijarro Morales

Nació en Guadix (Granada) en 1943. Doctor en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de Granada (1960-66), con la calificación de Sobresaliente y Premio Extraordinario en la Licenciatura.

- Realizó estudios de Especialización en Cardiología y Respiratorio en el Hospital Clínico "San Carlos" de la Universidad Complutense de Madrid, donde fue Cardiólogo Residente y Jefe de Sección. Amplió estudios en los Hospitales Lariboisière de París y St. Bartholomew de Londres, con una Beca de la Sociedad Española de Cardiología.
- Ha sido médico especialista cardiólogo de la Seguridad Social, Profesor de la Escuela Profesional de Aparato Circulatorio de Granada y Jefe en funciones del Servicio de Cardiología (1986-1996). Actualmente es Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada y Jefe Clínico de Cardiología del Hospital Clínico Universitario "San Cecilio".
- Ha dirigido y participado en numerosos cursos, mesas redondas, congresos y simposios de Cardiología, y publicado más de cien trabajos científicos en libros, monografías y prestigiosas revistas médicas internacionales.
- Autor de varias páginas web de divulgación médica: http://personales.jet.es/aguijarro/aus y http://personal.telefonica.terra.es/web/medicina/adq
- Ha descrito una de las enfermedades más comunes en las mujeres adultas del Siglo XXI, el "Síndrome de la abuela esclava", una entidad grave que puede conducir a la muerte, a veces por suicidio.

Médico por vocación y profesión, es artista por afición y sensibilidad. Una de sus obras pictóricas fue galardonada con el Primer Premio de la modalidad de pintura en el "Sexto Concurso de Bellas Artes Médicos Pintores Andaluces" (Facultad de Medicina de Granada). Algunas de sus pinturas pueden visitarse en Internet: http://personal.telefonica.terra.es/web/medicina/ultimas.html

Sus inquietudes literarias y sociales se reflejan en otras páginas web: http://personal.telefonica.terra.es/web/medicina/down.html y http://personal.telefonica.terra.es/web/medicina/torcuato.html

qué. Probablemente en ellas esto es una manifestación de la ansiedad que padecen.

6 - Tristeza, desánimo, falta de motivación por las cosas. Notan que ahora apenas les divierten las gracias y arrumacos de sus nietos. A veces incluso les disgusta la mera presencia de los niños. Desean que sus respectivas madres se hagan cargo de ellos cuanto antes.

7 - Descontrol de padecimientos metabólicos, como la diabetes. Las cifras de azúcar en sangre (glucemias) pueden dispararse a valores altísimos. A veces, pocas horas después de unas elevaciones alarmantes ocurren descensos bruscos peligrosos, con hipoglucemia capaz de provocar mareos e incluso coma. Las respuestas terapéuticas, tanto a los medicamentos hipoglucemiantes orales como a la insulina, suelen ser anómalas e irregulares.

La causa del Síndrome de la Abuela Esclava es una combinación de factores intrínsecos y extrínsecos que conducen a una sobrecarga física y emocional mantenida, condicionando graves desequilibrios

8 - Dolor difuso, por todo el cuerpo, a veces con máxima intensidad en áreas de localización cambiante. Pueden estar diagnosticadas de artrosis o fibromialgia.

9 - Autoinculpación. Se sienten culpables de su incapacidad actual.

3) ¿Por qué sucede y cómo los abuelos llegan a esa situación? Las causas

El Síndrome de la Abuela Esclava se genera por agotamiento consecutivo a estrés o sobreesfuerzo físico y emocional crónicos, sobretodo en relación con las responsabilidades propias de un ama de casa en ejercicio activo.

El estrés puede deberse a muchos factores, pero sobretodo, para las abuelas esclavas, estrés es la sensación de agobio o interna sobrepresión que les provoca el sentirse en la obligación, con responsabilidad directa, de cumplir simultáneamente varias tareas con eficacia, puntualidad y acierto.

El estrés se hace insoportable cuando empiezan a tomar conciencia de que sus capacidades son superadas por las responsabilidades que se les acumulan.

Las personas desordenadas, impuntuales, holgazanas, dejadas, impulcras, casi nunca sentirán el estrés. Todo lo contrario de sus antítesis, las abuelas esclavas: ordenadas, puntuales, trabajadoras, siempre aseadas y arregladas, presentables en cualquier momento.

El desequilibrio que transforma a una abuela feliz en una abuela esclava ocurre como consecuencia de la interacción de dos tipos de factores: uno extrínseco y otro intrínseco.

El factor extrínseco es un desequilibrio, precipitante de la enfermedad. Estas señoras durante muchísimos años son abuelas felices y sanas, capaces de hacer ellas solas el trabajo de dos o más personas, con agrado y alegría. Pero el paso del tiempo no juega a su favor. Las obligaciones familiares aumentan exponencialmente conforme la familia crece, se multiplica y algunos de sus miembros enferman. La abuela no dice a nada que no, y acepta más y más cargas. Simultáneamente su fortaleza físico-psíquico-emocional se va deteriorando ineludiblemente sin que nadie se de cuenta. Llega un momento en que acontece un desequilibrio entre lo que esa señora puede hacer y lo que ella misma quiere hacer. Ella quisiera seguir haciendo, como siempre, todo lo que ella cree que la familia necesita que ella haga.

El factor intrínseco determina la predisposición a enfermar e impide curar apropiadamente. Por razones sicológicas y educacionales estas señoras poseen un extraordinario, excesivo por inadecuado en ese momento, sentido del orden, la responsabilidad, la dignidad y el pudor. Las dos primeras "virtudes" les obligan a cumplir de forma perfeccionista sus tareas sin renunciar a ellas aunque no puedan aguantarlas. Las dos segundas "virtudes" les impiden quejarse cuando ya no pueden más, o pedir ayuda con suficiente expresividad. Son mujeres tan entregadas que no conocen lo que es reivindicar algo para sí mismas. Llegado el desequilibrio los hijos creen ver todavía fortaleza donde solo queda voluntad y ocultación del agotamiento.

Algunos de los factores agravantes son:

- Realizar trabajos o actividades extra-hogareños sin liberarse de las obligaciones de ama de casa.
- Familia numerosa.
- Casas grandes, con muchas habitaciones o muebles que limpiar.
- Ancianos, niños o enfermos a su cargo.
- Marido o hijos enfermos crónicos o con necesidades especiales.
- Hijos que, tras independizarse, vuelven al primitivo hogar, bajo los cuidados maternos, sobretodo si lo hacen trayendo pareja y/o hijos propios consigo.
- Enfermedades asociadas, o el natural envejecimiento, que limitan la capacidad física y emocional de la paciente.
- Ausencia o pérdida de ayudas domésticas: Se casa, enferma o jubila la antigua sirvienta, sin sustituirla por otra de igual eficacia o rendimiento. Se ausenta uno de los hijos que ayudaba en las tareas.
- Traumatismo emocional: Enfermedad grave o fallecimiento de un ser querido. Separación conyugal propia o de un hijo.
- Deterioro económico: Disminución del poder adquisitivo al sobrevenir la jubilación. Fracaso de negocios familiares. Pérdidas patrimoniales.
- Acumulación de obligaciones: Agregarse invitados. Atender a familiares que residan fuera del hogar (padres, tíos o hermanos enfermos). Mantener otras actividades o compromisos: religiosos, sociales, etc.
- Faltas de consideración o respeto por parte de su prole, a veces con comentarios vejatorios hacia sus carencias, creencias, cultura, formación, familia, etc.

4) ¿Sólo afecta a las abuelas o también puede manifestarse en los abuelos?

Personalmente conozco muchísimos abuelos explotados por sus hijos, pero ningún "abuelo esclavo". Creo firmemente que no existen. Ningún abuelo llega a un grado de entrega familiar tan extremo como este tipo de abuelas, que son capaces de esclavizarse voluntariamente, por amor materno, hasta el punto de preferir la propia autoinmolación a decepcionar a sus hijos o convertirse en un carga para ellos.

El grado de sobrecarga de los abuelos jamás llega a ser equiparable al de las abuelas, no solamente porque ellos se rebelan antes, y se expresan con más claridad y contundencia, sino también porque a los

propios hijos e hijas jamás se les ocurre ni siquiera sugerir a los abuelos aquellas tareas que explícitamente exigen a la abuelas. Es común entender que el pobrecito abuelo no puede cargar con esas faenas, pero la fortísima abuela "es capaz de todo".

Muchas mujeres, que no son abuelas esclavas, aseguran que el distinto comportamiento de abuelos y abuelas, o madres y padres, tiene una raíz educacional adquirida y que se podrá cambiar con una adecuada formación integral unívoca. Yo creo que se equivocan. En mi opinión la altruista entrega de las mujeres a sus descendientes tiene una base biológica indudable en relación con el hecho de la maternidad (en mi libro le llamo "el undécimo Mandamiento").

5) ¿Es muy difícil de diagnosticar? ¿Por qué?

Debe sospecharse el Síndrome de la Abuela Esclava en mujeres adultas, no ancianas (más frecuente entre los 48-68 años de edad), con responsabilidades directas de amas de casa, que reúnan las características personales intrínsecas antes dichas y presenten síntomas que no curan adecuadamente.

Frente a ocultismo, sospecha

Si el médico no sospecha el excesivo estrés familiar, porque es ignorado y/o negado por la paciente y su familia, la enfermedad puede pasar desapercibida por varias razones:

1. Los hijos creen que su madre sigue teniendo la misma fortaleza "de toda la vida": el médico es quien debe poner el tratamiento certero para que vuelva a ser la fortísima mujer que siempre ha sido.

2. La abuela no quiere decepcionar a sus hijos, "que tanto la necesitan". No quiere aceptar su deterioro físico-psíquico-emocional, irremediable aunque su aspecto externo siga siendo saludable y bello. Ella puede saber mejor que nadie lo que ocurre, pero lo oculta a sus hijos, y se auto inculpa: ella es la que voluntariamente ha optado por llevar la carga familiar y educar a sus hijos para que disfruten de otras actividades que a ella le fueron negadas.

3. La abuela teme que, si los hijos reaccionan "del todo a la nada", le digan: "No te preocupes abuela, te quitamos toda esta carga tan pesada. Quédate tranquilita. No te molestaremos con los nietos hasta el año que viene". Para este tipo de abuela, la drástica separación del gratificante contacto con sus nietos, que son lo que más les importa en este mundo, es peor que morir.

Indagar más que interrogar

Habitualmente la paciente suele negar, durante los primeros interrogatorios, que esté sometida a estrés por razones familiares, sobretodo en presencia de miembros del propio entorno familiar.

Si el interrogatorio se hace con suficiente habilidad, evitando planteamientos peyorativos o de culpabilidad respecto a la familia, la paciente suele reconocer que las cargas familiares la tienen agotada. A veces el asentimiento no es verbal sino emocional reactivo: lloran o se agitan cuando se les plantea abierta y directamente el tema, durante el interrogatorio.

Con frecuencia, tras haber negado reiteradamente sus íntimos sentimientos, llega un momento en que la paciente parece explosionar de sinceridad.

Violenta, agresivamente, da rienda suelta a múltiples acusaciones, hasta entonces reprimidas, contra los familiares más próximos: marido e hijos. Es un momento en el que sale a relucir la dualidad de sus sentimientos encontrados, paradójicos, contradictorios, humanos a fin de cuentas:

amor y odio, reproches y agradecimiento.

Estas son algunas preguntas que a veces generan respuestas útiles para el diagnóstico:

"¿Cuántas personas tiene usted a su cargo?"

"¿Tiene convidados o huéspedes con cierta frecuencia?"

"¿Y los fines de semana?"

"¿Y las vacaciones de sus hijos?"

"¿Cómo lleva usted sus obligaciones domésticas?"

"¿No son algo excesivas para su edad y estado físico?"

6) ¿Considera que los profesionales de la salud están lo bastante informados al respecto?

No, no lo están. Demasiados médicos en contra

La mayoría de mis colegas médicos clínicos me ha confirmado que el fenómeno de la abuela esclava es muy frecuente en su experiencia, y lo detectan mucho más después de haber leído el libro. Bastantes han hecho fotocopia de la parte descriptiva y la reparten a sus pacientes.

Mi añorado maestro el Profesor Pedro Zarco me comentó que, tras leer el libro y el artículo "¿A qué lo atribuye?", no solo "incorporaba" el síndrome de la abuela esclava, sino que además "reincorporaba" la tercera de las preguntas hipocráticas, que, desde bastante tiempo antes, había eliminado de su práctica habitual.

Frente a la actitud receptiva de la mayoría de los médicos, una vez que se informan y meditan sobre el tema, me ha sorprendido que un número demasiado elevado de colegas han reaccionado muy negativamente al oír hablar del Síndrome, rechazando categóricamente su existencia en su propio entorno.

Participé en un coloquio, en una emisora levantina, en el que, como contrapartida a mis comentarios, se presentó un estudio estadístico fantástico, que demostraba el excelente cariño que los nietos tienen a sus abuelos. Se preguntaba a los nietos, estudiantes universitarios. Todos respondían que amaban grandemente a sus "viejos". Claro que, ahora que lo pensaban, llevaban años que no habían podido ir a visitarlos y expresarles su gran afecto y agradecimiento por lo bien que, con ellos, se habían portado los abuelos. "Decidido: a ver si este año, después de los exámenes,

me alargo un día y les llevo un regalo". Conclusión del estudio: los abuelos están en la gloria; sus nietos les aman, con un alto grado de significación estadística.

Con motivo de un reportaje en un periódico de San Sebastián un médico donostiarra, con amplia experiencia en atender a mujeres mayores, declara que en Euskal Herría no se dan casos de abuelas esclavas, aunque, en contextos lejanos, como los Estados Unidos, donde son muy raritos, ha oído hablar de que los abuelos contratan seguros para cubrirse de las posibles demandas que puedan sufrir por parte de sus hijos, en caso de ocurrirles algo a los nietos mientras permanecen en casa de los abuelos a su cargo.

El desconocimiento de casos de abuelas esclavas por muchos médicos se debe al binomio archicomentado: la abuela niega la situación (que no sabe o no quiere expresar) y las hijas/hijos la ignoran (ciegos, ciegos, cegatos). Se me ocurrió publicar en una revista médica el siguiente ensayo, con la esperanza de concienciar a los médicos que pudieran ser excesivamente cándidos al enjuiciar las manifestaciones de las pacientes y sus familiares:

Desde los tiempos de Hipócrates a los estudiantes de Medicina se nos enseña a comenzar las historias clínicas preguntando al paciente: ¿Qué le pasa?¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?

Existe consenso universal sobre la utilidad de este inicio de interrogatorio, en la mayoría de los supuestos clínicos. Sin embargo creo que, aunque parezcan obvios, existen matices que, si no se explicitan convenientemente desde un principio, en el futuro pueden conducir a errores groseros innecesarios.

Sé que nuestra candidez no llega al extremo de creer a pie juntillas las respuestas de un presunto drogadicto, con señales de agujas sobre las venas de sus brazos, que niega sus inclinaciones, un broncópata con dedos marrones tostados, que afirma haber dejado el tabaco, o un jubilado por espondilopatía, con dedos encallecidos recientes y uñas llenas de tierra, que perjura no agacharse ni para recoger los cuatro tomates que crecen salvajes en su huerto. Sin embargo, en otros supuestos, los médicos, y otros profesionales de la salud, no solemos ser tan rigurosos.

Nuestra tradicional caballerosidad (o la equivalente virtud de las colegas femeninas) nos impide poner en tela de juicio las respuestas de las señoras respetables que acuden a nuestras consultas. Vaya por delante esta rotunda afirmación: yo tampoco creo que ninguna de ellas sea capaz de mentir ni un ápice. Faltaría más, por mi honor. Pero, sin embargo, quizás usted comparta conmigo que no es mentir dejar de decir toda la verdad.

Con frecuencia atiendo señoras que no admiten, al menos al principio del interrogatorio, y sobretodo si les acompañan sus hijas, que, en silencio, llevan meses o años sufriendo un excesivo estrés familiar, inadecuado para su edad y estado psicofísico, que es el factor subyacente fundamental que no las deja curar apropiadamente de sus afecciones.

Estas señoras sufren el "Síndrome de la Abuela Esclava". Sus hijos no se dan cuenta de que la abuela necesita ser liberada de tanta carga como mantiene todavía. Ellas no saben, y con frecuencia no quieren, pedir auxilio con la suficiente expresividad. Peor aún, se auto inculpan, creyéndose responsables de no poder ahora atender a su familia como siempre lo han hecho.

¿Y nosotros, los médicos, qué hacemos? Si la respetabilísima abuela niega que esté sobrecargada, y los no menos respetables hijos nos aseguran que la abuela puede tirar de la carga actual, y de mucho más si ella quisiera, porque es una mujer fortísima, nosotros, naturalmente, no vamos a poner en tela de juicio sus afirmaciones.

Si en vez de a una tranquila señora ama de casa atendiésemos a un atareado caballero ejecutivo, con síntomas o enfermedades alarmantes semejantes, y él nos perjurase que los múltiples impagos, embargos, pleitos y denuncias a los que a diario se enfrenta, no le suponen ningún estrés, porque ya está acostumbrado a ellos, ¿no pondríamos en duda su palabra? Yo, personalmente, con ese señor, no sería tan caballeresco como con la dama del supuesto anterior. Pondría en tela de juicio su afirmación. Pensaría que, aunque él no lo reconociese, el estrés profesional le está minando la salud. Procuraría mitigar ese estrés. Con frecuencia llegaría a aconsejarle el cambio de trabajo o incluso a darle la baja laboral.

¿Usted no haría lo mismo? ¿Usted daría su consentimiento a seguir ese tipo de vida en el supuesto de enfermedad o síntomas graves en el ejecutivo?

Es que el trabajo de los ejecutivos se las trae. El de los ejecutivos, claro. Meditemos en los trabajos. ¿Existe algún ejecutivo que se tome su trabajo como cuestión tan importante, íntima, propia, personal y trascendental, como se toman las abuelas el suyo? ¿Le dedica más horas y entrega?

Hay abuelas y abuelas. El tipo de abuela al que me refiero se ha entregado en cuerpo y alma, en exclusiva, voluntariamente y con agrado, durante muchísimos años, a su profesión de ama de casa y madre. Su trabajo es más que un trabajo. Es su vida, su razón de existir. Si los hijos no la liberan adecuadamente de las cargas inapropiadas, ella es incapaz de rebelarse o renunciar. Prefiere morir con las cacerolas puestas.

Simplificando. Creo firmemente que debería enfatizarse en las aulas, en beneficio del rigor científico y la eficacia de la historia clínica, que las tres cuestiones hipocráticas no son tres preguntas al paciente sino tres interrogantes que se debe plantear el médico.

Por supuesto que esas interrogantes las dirigiremos inicialmente al paciente. Debemos escuchar con interés sus respuestas, pero -atentos- sin cándida credulidad. Lo que el paciente nos responda es importante, pero lo es más aún la verdad. Nuestro deber es aliviar o curar al paciente, aunque, por el motivo que sea, él no sepa o no quiera decirnos toda la verdad. Bueno es preguntar, pero lo importante es averiguarlo: ¿realmente esa señora a qué lo atribuye?

Un eminente colega sanitario se sorprendió la primera vez que le nombraron el término "Síndrome de la Abuela Esclava". Inmediatamente respondió, sin titubeos ni pensárselo dos veces: "¿Abuelas esclavas? Eso no existe. Debe ser una ocurrencia de algún chiflado médico de provincias". De la gran categoría profesional de este respetado colega dice mucho la forma en que acabó la frase: "Al menos yo no he atendido hasta ahora a ninguna de esas señoras".

Me pregunto si, pasado algún tiempo, mi distinguido colega se habrá concienciado del estrés familiar que sufren ciertas señoras mayores y habrá llegado a diagnosticar o sospechar algún caso de abuela esclava.

Ese excelente profesional me ha comunicado que, tras leer "El Síndrome de la Abuela Esclava", reconoce su existencia, y por su parte se va a tomar gran interés en difundir el concepto.

7) ¿Hay una responsabilidad cómplice o una "culpa" compartida entre los abuelos y sus hijos al no poder delimitar bien los roles que les corresponden a cada uno?

El problema es la ceguera de algunos hijos frente a la entrega mártir de la abuela.

¿Por qué no se ha descrito antes este síndrome? Negación de la evidencia. Sorprende grandemente que el Síndrome de la abuela esclava, que casi todo el mundo admite conocer, haya permanecido incomprensiblemente ignorado durante muchos años por la sociedad. Los motivos que explican este paradójico desconocimiento "estadístico" de algo tan común y familiar son los siguientes:

1º- Los hijos creen que las abuelas siguen siendo "tan fuertes y sanas como siempre", y que las molestias o achaques inespecíficos que presentan se deben a cualquier otra causa, y no a la sobrecarga familiar: "Usted no sabe, doctor, lo fuerte y capaz que es mi madre cuando ella quiere...".

2º- Salvo confidencialmente a sus amigas más íntimas, y esporádicamente al

médico y al confesor, la abuela esclava niega que la causa subyacente de sus males sea el exceso de carga familiar, por dos razones:

1ª Razón. Teme a la "reacción del todo a la nada": cree, muchas veces con acierto, que si a sus hijos se les habla de "sobrecarga de la abuela", van a reaccionar drásticamente, retirando en forma tajante sus visitas y las de los nietos. Algunos le dicen, 'cariñosamente': "No te preocupes abuela, los nietos ya no te molestarán más hasta las próximas Navidades". La pérdida radical del gratificante contacto con sus nietos que, para este tipo de abuelas es lo más importante del mundo, es peor que morir.

2ª Razón. Por motivos sicológicos y educacionales, con excesivo sentido del pudor y la dignidad, esta abuela no sabe pedir socorro con suficiente expresividad. Espera que sus hijos intuyan o deduzcan por sí mismos lo evidente: ya no tiene tantas fuerzas como cuando era más joven y sana. La ingenua abuela se equivoca en sus expectativas. Los hijos no se dan cuenta de lo evidente: están ciegos, ciegos, cegatos. A veces es todavía más grave, porque no hay peor ciego que el que no quiere ver.

3º- Las amigas más íntimas, confidentes de la abuela esclava, conocen la naturaleza de su estrés familiar agotador, pero, con gran pesar por su parte, se ven obligadas a guardar lealmente el secreto exigido de las confesiones que le confía la abuela cuando se desahoga. En ocasiones deciden romper el secreto, intentando conseguir la comprensión de los hijos y, en definitiva, el bienestar de la abuela. Pero tan loable intento suele ser infructuoso: los hijos de la abuela esclava no creen a la intermediaria, y la tachan de chismosa y entrometida. La propia abuela reprocha a sus amigas que hayan roto el pacto de silencio, empeorando así el ambiente familiar. En definitiva, las bienintencionadas intermediarias corren el riesgo de perder la amistad con la familia enferma.

B) ¿La ceguera hipermétrope frente al prójimo tendrá algo que ver?

Es posible que algunas abuelas esclavas lleguen a serlo porque sus hijos padecen en grado extremo un especial defecto óptico de la especie humana: la ceguera hipermétrope frente al prójimo.

Algunas personas, por razones aún no esclarecidas, desarrollamos una original ceguera hipermétrope, debido a la cual podemos observar con clarividencia lo que sufren los parias del mundo en la distancia, en otros continentes, pero somos incapaces de percibir el sufrimiento de algunos de nuestros más íntimos prójimos, nuestros vecinos, los compañeros del trabajo, a veces, quizás, de nuestras sufridas abuelas. Esta peculiar ceguera hipermétrope la describe genialmente D. Antonio Muñoz Molina en su artículo "Cerca, lejos" (El Semanal, 9/3/03, Pág.12): "Hay gente que se conmueve hasta las lágrimas por los sufrimientos de pueblos lejanos, o que está dispuesta a sacrificar su vida por el bien de la Humanidad, y sin embargo alberga una peculiar sequedad de corazón hacia los seres humanos con nombres y apellidos, los que están tan próximos que su cara y su presencia no pueden confundirse con una gran multitud abstracta. ... La vida humana concreta siempre se escribe con letra minúscula. Estas personas se embriagan de palabras que empiezan con severas mayúsculas, la Libertad, la Justicia, el Mañana, el Pueblo. Ven muy claro a lo lejos pero la vista se les vuelve borrosa cuando miran de cerca."

9) ¿Cómo se puede solucionar o tratar esta problemática hoy en día?

Las pacientes inicialmente acuden a los médicos y servicios de urgencia, sin quedar casi nunca satisfechas de los tratamientos. Muchas, decepcionadas por la Medicina oficial, buscan remedio a sus males en curanderos, chamanes y adivinos. Algunos de estos, en ocasiones más observadores y sensatos que otros profesionales, captan la naturaleza y causas del problema (aunque empleando otras terminologías) y aciertan a orientar el tratamiento, generalmente envolviéndolo con un sutil aire de misterio que resulta bastante apropiado para las personas con sentido mágico de la vida. En todo caso, lo importante no es quien o cómo se sane a la paciente sino que la curación se consiga.

La curación o liberación definitiva se alcanza cuando se consigue el equilibrio entre los cometidos que deba realizar y la fortaleza de sus capacidades física y emocional en el momento presente.

Sentirse respetada es fundamental para mantener el equilibrio emocional. Si la abuela no capta la debida consideración y respeto de su prole difícilmente se le podrá convencer de que es estimada, y mucho menos querida, por los suyos.

La liberación de cargas familiares debe compatibilizarse con el mantenimiento de un contacto frecuente y afectuoso con toda la familia, especialmente con los miembros más jóvenes.

A veces es conveniente separar los encuentros familiares, dedicando días distintos a los diferentes hijos y correspondientes nietos. Las reuniones demasiado multitudinarias deben ser una excepción, no la regla, para mantener el deseable equilibrio familiar.

Es fundamental conseguir un reparto equitativo de las tareas domésticas, para que la liberación de una abuela esclava no dé lugar a la esclavización de alguna de sus parientas

Si existe una enfermedad orgánica real asociada debe hacerse el régimen y reposo que el médico dictamine. En cambio cuando el agotamiento sea exclusivamente producto del sobreesfuerzo mantenido bastará con hacer vida normal, asumiendo actividades y responsabilidades normales, pero redistribuyendo los excedentes de tareas y obligaciones con los demás miembros del núcleo familiar.

Es fundamental conseguir un reparto equitativo de las tareas domésticas, para que la liberación de una abuela esclava no dé lugar a la esclavización de alguna de sus parientas.

El primer paso consiste en liberarle de las atribuciones de ama de casa capitana. Las obligaciones del capitán del barco llamado hogar familiar deben recaer en personal más joven, porque las responsabilidades cotidianas pesan más, en la vejez, que el propio trabajo. La abuela debe formar parte de la tripulación como grumete, no como capitán. En la cocina la abuela puede ser pinche o consultora pero nunca jefe de cocina.

La abuela esclava no debe tener niños bajo su directa responsabilidad. Aunque el contacto con los nietos es muy gratificante, y deseable para mantener una adecuada calidad de vida, sin embargo se debe evitar que la abuela se considere responsable de sus cuidados y seguridad.

Son muchos los aspectos de la crianza de los nietos que abruman a la abuela: la higiene, las comidas, los horarios, la educación y buenas formas, las travesuras y actos inadecuados, y sobretodo los accidentes o incidentes que pueden resultar trágicos: fuego, lejía, tóxicos, caídas, motos, drogas, raptos, etc.

Los accidentes domésticos, tan frecuentes en la infancia, son motivo de una obsesiva preocupación para la abuela. Hay que reiterarle que ella no es la persona que debe poner y mantener las medidas de seguridad. Ni mucho menos se debe considerar responsable de ella. Otra u otras personas se harán explícitamente responsables de supervisar los medios preventivos en el hogar, sobretodo en relación con el fuego, la electricidad, los objetos peligrosos o tóxicos, las herramientas potencialmente lesivas, la protección de desniveles, ventanas, etc.

La ayuda psicológica está bien, pero es más importante ayudarle a subsanar aquellas carencias que la dejan en desventaja respecto a sus familiares. Su incapacidad expresiva suele estar ligada a la insuficiente formación escolar. La asistencia a escuelas de adultos, y la participación en actividades sociales, puede mejorar su elocuencia y capacidad de defensa y persuasión, adiestrándolas a argumentar, razonar, discutir e incluso convencer.

En resumen, la cancelación de funciones con responsabilidades, la asignación de tareas sencillas no comprometidas, y el mantenimiento de un gratificante, aunque discreto, contacto con la familia, son las claves para liberar definitivamente a nuestras sufridas abuelas esclavas.

10) ¿Desde cuando investiga el tema, y por qué?

La descripción de este síndrome no es consecuencia de un estudio estadístico programado, sino el fruto de una síntesis o abstracción mental espontánea. Observé que un grupo de mujeres, de edad media-alta, especialmente refractarias a los tratamientos convencionales de sus dolencias, compartían una serie de características psicológicas y sociológicas conducentes a un estrés familiar excesivo, mal tolerado, sorprendentemente inconfesado por la paciente e inexplicablemente ignorado por su familia. Reduciendo el estrés durante unas semanas las pacientes curaron o mejoraron espectacularmente.

Me sorprendió no encontrar bibliografía médica ni de otra índole relacionando el estrés familiar de las abuelas con sus achaques. Tan solo hallé una referencia en Internet que se relacionase con el tema: un obispo español, en una carta pastoral veraniega, alecciona a sus feligreses para que se planifiquen las vacaciones de forma que no supongan una carga excesiva para las abuelas.

Pero lo más sorprendente fue cuando la hija agradecida de una abuela esclava "crónica y desahuciada", curada "espectacularmente" tras unas semanas de supresión del estrés familiar, me atribuyó poderes sobrenaturales, a pesar de haberle explicado la naturaleza terrenal del padecimiento estresante: "Doctor, diga usted lo que diga, la verdad es que, con mi madre, ha hecho usted un milagro".

En aquel mismo instante fui consciente de que tenía la obligación profesional, moral y humana, de describir y divulgar el "Síndrome de la Abuela Esclava", un fenómeno tan común y tan incomprensiblemente "ignorado". Envié el original, con una carta extensa explicando la veracidad del Síndrome y su interés humano, social y sanitario, a los principales editores españoles. Ninguno encontró adecuado el proyecto a sus perspectivas editoriales. La edición tuvo que realizarse a mi cargo.

Tras su publicación, "El Síndrome de la Abuela Esclava" encontró en los medios de comunicación social, y el público general, una extraordinaria acogida, con frecuencia entusiasta, pero también bastantes detractores. En el capítulo IV se hace referencia a estos.

Antonio Guijarro Morales

El libro "El Síndrome de la Abuela Esclava" puede encargarse, a través de su librero habitual, al Grupo Editorial Universitario: C. Ronda 202, bajo, 18003-Granada-España. Tfno 958.800.580. E-mail: geu@terra.es
Si desea ampliar aún más la información puede hacerlo en las páginas webs relacionadas con la siguiente: http://personal.telefonica.terra.es/web/medicina/ae2/index.html

LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL: SUPUESTOS PRÁCTICOS I

de Francisco García Fernández

Puntos de venta:

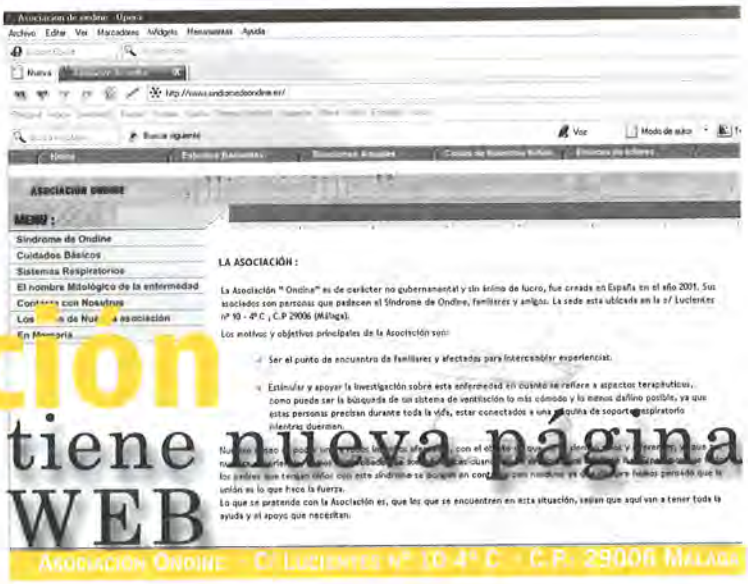
En Málaga Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social
C/ Muro de Puerta Nueva, 9-1º C. 29005
Tel.: 952 22 71 60. Fax: 952 22 74 31. E-mail: malaga@cgtrabajosocial.es
En Granada Librería Textos Babel. C/ San Juan de Dios, 20. Tel.: 958 20 26 62
C/ Emperatriz Eugenia, 6. Tel.: 958 29 05 37
Resto de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

Edita:
Colegio Oficial de Diplomados en trabajo Social de Málaga
Colección Documentos de Trabajo Social

Ya a la venta la 4ª Edición

La Asociación Ondine es una entidad sin ánimo de lucro, de carácter no gubernamental que se utiliza como espacio común de todas aquellas personas afectadas por un fallo del sistema central respiratorio, sus familiares o personas interesadas en ello.

La Asociación Ondine tiene nueva página WEB



EL SÍNDROME de Ondine es un trastorno caracterizado por la insensibilidad de los receptores del Sistema Nervioso Central al dióxido de carbono (CO_2) produciéndose durante el sueño una hipoventilación, que puede conducir a la muerte. Estos enfermos sufren trastornos respiratorios, como respiración lenta o pausas respiratorias, cianosis y alteraciones neurológicas, como somnolencia o convulsiones. Como consecuencia, necesitan utilizar un sistema respiratorio para las horas del sueño: un respirador (el más utilizado), un bi-pap, un marcapasos diafragmático, o un porta-lung.

Los objetivos principales de esta Asociación son:

· Contactar con las familias afectadas por este síndrome.

· Dar a conocer la enfermedad.

· Implicar a los profesionales para que investiguen sobre ella.

El papel del Trabajador Social en esta Asociación es básico. Entre sus funciones destacan:

· Planificación de las campañas de información y divulgación de la enfermedad.

· Información y movilización de los recursos sociales disponibles para estos enfermos.

· Gestión de subvenciones y prestaciones sociales que puedan beneficiar a este colectivo.

· Programación de actividades de ocio y tiempo libre.

· Formación de grupos de autoayuda.

Queremos aprovechar este artículo para dar a conocer nuestra nueva página web, donde todas aquellas personas que estén interesadas en documentarse con más profundidad sobre nuestra asociación podrán ampliar dicha información accediendo al siguiente enlace www.sindromedeondine.es

No olvidemos que el mundo lo hacemos todos y que el apoyo colectivo es básico para seguir hacia delante.

Mónica Tabares Arrebola
Trabajadora Social

BASES

XIª Convocatoria del Premio Científico

Objeto
Promover la producción teórica de las/os Trabajadoras/es Sociales y otros profesionales de la acción social a través de una publicación de carácter científico.

Tema
El trabajo presentado puede versar sobre el desarrollo teórico del Trabajo Social: Desarrollo de modelos teóricos y metodológicos, epistemología (fundamentos y métodos del conocimiento científico) del Trabajo Social, análisis documentales, reflexiones en torno al objeto y desarrollo del Trabajo Social, exposición de investigaciones y experiencias profesionales.

Participantes
Los trabajos podrán ser realizados por uno/a o varios/as autores/as. Participarán en este premio todos los artículos recibidos desde el 1 de octubre de 2006 hasta la fecha límite de presentación.
Sólo podrá ser presentado un artículo por autor/es. No podrán presentar trabajos las/os miembros del Consejo de Redacción.

Normas de Presentación
Los trabajos han de tener estructura de artículo y ceñirse a los siguiente:
La presentación se realizará en disquete informático, en Word 2000 o superior, con una extensión mínima de 7 páginas y máxima de 30 páginas a doble espacio, por una sola cara. Asimismo, se adjuntará una copia impresa en papel DIN A4.
Los esquemas y gráficos deberán adjuntarse, independientemente de su situación en el artículo, en un fichero anexo, y en folios aparte en la copia impresa. Las anotaciones y referencias bibliográficas se reflejarán a pie de página, enumeradas por orden de aparición en el texto.
Se indicará la bibliografía consultada en hoja aparte.
El artículo irá acompañado de un breve resumen del mismo (extensión máxima 1/2 página) y una relación de palabras clave (mínimo 4).
El/la/los autor/a/es remitirá/n siempre un soporte papel, además del artículo, los datos personales que se reflejan a continuación: Nombre y apellidos (si hay varios/as, por orden alfabético), domicilio y teléfono de contacto, situación laboral, lugar de trabajo, años de ejercicio profesional y experiencia, otras publicaciones y título del artículo. Y adjuntará un escrito donde solicite expresamente su participación en esta convocatoria.
Así mismo, se deberá aportar una declaración jurada donde se especifique que el artículo es inédito y que se asume el compromiso de no presentarlo a otra convocatoria de Premio mientras ésta esté vigente.
Además los artículos presentados deberán ajustarse a las normas de publicación en la revista Documentos de Trabajo Social y al modelo de estructura de artículo teórico o de investigación. Todos los modelos de documentos a presentar y/o consultar podrán ser solicitados en la Secretaría Técnica (dts@trabajosocialmalaga.org) o descargados desde la página web del Colegio www.trabajosocialmalaga.org.
No serán admitidos a concurso los artículos que no aporten toda la documentación especificada y no cumplan los requisitos establecidos.

Dotación
El XI Premio Científico se dotará, gracias al Convenio firmado entre el Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga y la Excma. Diputación Provincial de Málaga, de una cuantía de 1.805 euros.

Plazo de presentación
Fecha límite de presentación: 14.00 h. del 5 de Septiembre de 2007.

Lugar
El trabajo se ha de presentar en el Registro de entrada de la Secretaría del Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social de Málaga, C/ Muro de Puerta Nueva, 9, 1º C, 29005 Málaga. Se podrá enviar también por correo certificado, teniéndose en cuenta que la fecha de salida no sea posterior a la fecha límite para la presentación de los artículos. Igualmente podrá ser utilizado el correo electrónico: colegio.oficial@trabajosocialmalaga.org, con la imprescindible verificación por parte del/de la remitente de la recepción del mismo y el posterior envío del artículo en soporte papel.

Fallo:
Octubre de 2007.

Difusión:
Los trabajos que sean de interés se difundirán a través de la revista, y en estos casos el/la/los autor/a/es renuncia/n a posibles derechos de autor, cediendo al Colegio la explotación total del artículo. Aquellos que no se publiquen podrán recogerse en el plazo de tres meses después de la resolución.

Jurado o valoración:
El jurado estará formado por un Comité Científico compuesto por tres personas, ajenas a la redacción de la revista DTS, nombradas por el Colegio a este efecto, con una trayectoria profesional representativa para el Trabajo Social en los ámbitos nacional, autonómico y local. El Consejo de Redacción valorará todos los artículos que cumplan los requisitos de la convocatoria determinando cuales, en base a criterios de calidad científica, pueden optar al concurso. Los artículos considerados aptos para concursar serán enviados al Comité Científico el cual los valorará y puntuará, resultando el de mayor puntuación ganador del concurso de esta XI convocatoria del Premio Científico DTS. En caso de empate los artículos ganadores compartirán la cuantía del Premio. El premio podrá quedar desierto.

LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

EN MEDIO AÑO DE ANDADURA DE LA LEY YA EMPIEZAN A SURGIR LAS PRIMERAS DUDAS, LAS AVALANCHAS DE SOLICITUDES, LOS PROBLEMAS DE MEDIOS, ETC. EN ESTE NÚMERO, ADEMÁS DE HACER REPASO A LO ULTIMO EN LEGISLACIÓN, LA SECCIÓN HACE UNA BÚSQUEDA EN INTERNET, PRESENTA LOS MODELOS DE INFORME SOCIAL Y PIA. SI TIENES ALGUNA CUESTIÓN DE INTERES SOBRE EL TEMA ENVÍANOS UN CORREO A TSDIFUSION@TRABAJOSOCIALMALGA.ORG.

ATENCION A ... ...búsqueda en páginas WEB

En Internet son muchas las informaciones que podemos encontrar relacionadas con la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Para encontrar información completa y rigurosa lo mejor es hacer una selección de búsqueda por las Web oficiales de la administración o de entidades que ya tienen un largo recorrido en la atención a dependientes. En estas que te presentamos encontrarás legislación actualizada, textos de descarga, enlaces, noticias, y secciones específicas con proyectos o programas propios de cada entidad.

www.imsersomayores.csic Portal científico de acceso libre y gratuito especializado en Gerontología y Geriatría, desarrollado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) .

www.inforesidencias.com Un buscador de cualquier tipo de servicios dirigidos a personas mayores dependientes (atención domiciliaria, centros de día, viviendas...). También servicios de gestión de consultoría, formación y organización de eventos.

www.canfcocemfe.org/ La Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía) Organización No Gubernamental, declarada de utilidad pública, que representa a la totalidad de personas con discapacidad física y orgánica en esta comunidad.

www.cermi.es El CERMI es la plataforma de encuentro y acción política de las personas con discapacidad, constituido por las principales organizaciones estatales de personas con discapacidad, varias entidades adheridas de acción sectorial y un nutrido grupo de plataformas autonómicas

www.sid.usal.es El Servicio de Información sobre Discapacidad (SID) se configura como una red pública puesta en funcionamiento conjuntamente por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Universidad de Salamanca para el establecimiento y desarrollo de un sistema de información de carácter estatal sobre discapacidad, vía web, de acceso público, libre y gratuito.

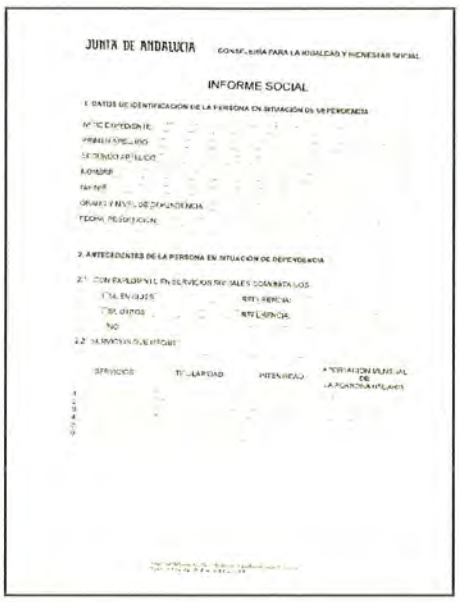
www.saad.mtas.es Web oficial del ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para el Sistema de promoción de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. En ella se encuentran los enlaces a las diferentes CCAA, glosario de términos, las prestaciones que contempla la ley, Los órganos que componen el SAAD, los trámites para recibir ayudas, y la red de servicios SAAD. Teléfono de información y descarga de documentos en los diferentes idiomas oficiales.

www.juntadeandalucia.es/asuntossociales Pagina oficial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Contiene enlaces, preguntas frecuentes, texto de la ley, noticias referentes a la ley, modelo de solicitud, buscador de recursos para atención de dependencia, etc.

www.discapnet.es Discapnet es una iniciativa para fomentar la integración social y laboral de las personas con discapacidad, cofinanciada por la Fundación ONCE y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Plataforma de información y Servicios para entidades, profesionales y personas con discapacidad.

Informe social

Modelo de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social


JUNTA DE ANDALUCIA

INFORME SOCIAL

El modelo de Informe Social que finalmente va a utilizarse en Andalucía es al igual que el PIA aprobado, un modelo sencillo en cuanto a su composición y más reducido que el propuesto por el Consejo.

Consta de seis apartados estructurados en una serie de puntos y no da lugar a demasiada literatura profesional pues todo son ítems a marcar y tan solo en el apartado 6 de diagnóstico social existe un espacio para que el trabajador social exponga sus conclusiones .

Responde a la idea de simplificación en los procedimientos que tanto temen algunos profesionales y tanto agradecen otros.

En cualquier caso no es un Informe Social abierto para que cada profesional establezca sus criterios, si no una serie de apartados establecidos para determinar una situación concreta y una opinión final a modo de conclusión o dictamen.

1.- Datos de identificación de la persona en situación de dependencia

Datos personales de identificación y numero de expediente y fecha de resolución

2.-Antecedentes de la persona en situación de dependencia

Expedientes previos en servicios sociales, consignando referencia de SIUSS o cualquier otro sistema. Y enumeración de aquellos servicios que percibiera en la actualidad.

3.-Situación de convivencia

Donde vive y con quien, los datos identificativos de cada persona de la unidad de convivencia, domicilio o domicilios, tiempo en cada uno, personas que conviven, consistencia del apoyo de la unidad de convivencia, fragilidad del apoyo de la misma, riesgo de claudicación de la misma, si esta atendido en una unidad de convivencia de los servicios sociales, etc. marcando con ítems las diferentes opciones.

4.-La persona beneficiaria y su situación de dependencia

Qué relaciones sociales establece y una valoración de las mismas entre alto, medio o bajo.

Listado de apoyos que pueda percibir de vecinos, familiares, amigos, etc. y una valoración con las mismas categorías de alta, media y baja.

Otro subapartado son las barreras y ayudas técnicas, identificar cuales son y apuntarlas.

5.-Percepción de la persona beneficiaria de su situación

Hay una valoración inicial abierta en la que se dejará reflejada la opinión del beneficiario y un apartado en le que se deben señalar las preferencias de atenciones /prestaciones que tenga.

6.- Diagnostico social

Punto del informe abierto a lo que el profesional haya determinado en su estudio sobre la situación de dependencia del usuario.

PIA: PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCION

Modelo de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social

1.- Datos de identificación de la persona en situación de dependencia .

Incluye datos bancarios y numero de expediente.

2.- Circunstancias personales y familiares de la persona en situación de dependencia.

Cuantificar el numero de personas que componen la unidad familiar, en que situación económica están y el punto más delicado y que exige ser categórico; si atienden o no al dependiente, si la vivienda es o no adecuada y si las condiciones de salubridad e higiene son adecuadas. Opciones que solo pueden ser marcadas con un si o un no.

3.- Objetivos

Solo indica que debe pretenderse un doble objetivo, uno respecto al dependiente y otro respecto a la unida de convivencia. Quedan abiertos a la propuesta del profesional y no contiene puntos específicos.

4.- Propuesta de Modalidad de Intervención

Servicios y Prestaciones Económicas

Aquí hay que elegir que servicios o prestaciones de entre las que establece la resolución de reconocimiento de dependencia. Hay que indicar el orden de preferencia de entre las que consideremos más idóneas. La marcación es tan simple como poner un 1 o un 2 en las diferentes opciones (teleasistencia, ayuda a domicilio, atención residencial, prestación económica para cuidadores en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, etc). Además hay unas casillas para especificar el centro, la titularidad y la intensidad de la prestación.

CONSEJERIA PARA LA IGUALDAD
Y BIENESTAR SOCIAL

El Consejo unifica criterios en España ante la tramitación de la Dependencia.

El Consejo General y el IMSERSO han organizado una serie de cursos sobre dependencia, Informa Social y PIA, por diferentes lugares de la geografía española para unificar criterios y servir de punto de encuentro entre profesionales que trabajen con la dependencia .

Infórmate en tu colegio sobre fechas y lugares.

NOTICIAS BREVES...

- Por el momento sólo se han valorado una de cada cinco solicitudes presentadas han sido evaluadas, según datos de las diferentes CCAA
- Comienzan a darse los primeros conflictos de intereses entre diferentes profesionales del ámbito social (enfermeros, terapeutas ocupaciones, trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, etc.) Ante las posibilidades de empleo y a causa de las enormes diferencias en los equipos de valoradotes según la CCAA a la que se pertenezca.
- Ley de Dependencia «creará más de 200.000 puestos de trabajo» Quinientos empresarios del sector de atención a la dependencia se reunirán en Madrid con la Administración central y las autonómicas para analizar el desarrollo normativo de la Ley de Dependencia. Será en el Congreso de la Federación Empresarial de Asistencia

LEGISLACIÓN

Acuerdo Autonómico	**ACUERDO de 31 de julio de 2007**, del Consejo de Gobierno, por el que se distribuyen créditos entre Ayuntamientos de municipios con población superior a 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales al objeto de mejorar la atención a las personas en situación de dependencia. **Junta de Andalucía**	**BOJA Nº 158 DE 10/08/07**

El presente Acuerdo tiene por objeto establecer los criterios y distribuir durante el ejercicio 2007 los créditos entre los Ayuntamientos de municipios con población superior a veinte mil habitantes y las Diputaciones Provinciales pertenecientes al ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Andalucía para reforzar mediante la contratación de personal que desarrolle tareas administrativas a los Servicios Sociales Comunitarios, con la finalidad de que los mismos puedan asumir de forma conveniente las competencias que les atribuye el Decreto 168/2007, de 12 de junio

Criterios y forma de distribución de los créditos para el refuerzo de personal de Servicios Sociales Comunitarios.

1. Cada una de las Zonas de Trabajo Social de las contempladas en el Plan Concertado de Prestaciones Básicas en materia de Servicios Sociales se reforzará con una persona para realizar funciones administrativas.

2. Se reforzará con otra persona más a todos aquellos Ayuntamientos de municipios que, coincidiendo su ámbito territorial con una sola Zona de Trabajo Social, tengan una población superior a los 50.000 habitantes.

3. Al objeto de compensar las diferencias existentes entre las distintas Zonas de Trabajo Social respecto a la población personas mayores empadronadas en las mismas, algunas Zonas, hasta completar un total de 268 profesionales, se reforzarán adicionalmente con otra persona para realizar funciones administrativas. Estos profesionales se distribuirán en función de los siguientes criterios: población, mayor de 65 años, porcentaje de población mayor de 65 años, tasa de feminidad de la población mayor de 65 años, población mayor de 80 años, porcentaje de población mayor de 80 años y tasa de feminidad de la población mayor de 80 años.

Orden Autonómica	**ORDEN de 3 de agosto de 2007,** por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. **Junta de Andalucía**	**BOJA Nº 161 de 16/08/07**

Con esta orden se establecen las disposiciones necesarias para la gestión de las prestaciones económicas que establezca el Programa Individual de Atención de las personas beneficiarias . Se tiene en cuenta en esta disposición el objetivo de la igualdad de género o la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en la aplicación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.

La Orden establece que a los servicios del Catálogo del artículo 15 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se les aplicará el régimen de ordenación, acreditación, registro e inspección de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Asimismo, les serán aplicables las disposiciones vigentes en cuanto a las condiciones y régimen de prestación de los servicios.

Red de centros y servicios. Intensidad de los Servicios del Catálogo .Intensidades de los servicios Intensidad del servicio de Teleasistencia. La intensidad del servicio de Ayuda a Domicilio Intensidad del servicio de Atención Residencial. Intensidad del servicio de Centro de Día (UED .Régimen de compatibilidades de los servicios y prestaciones económicas. Prestaciones económicas y ayudas para facilitar la autonomía personal

Orden Ministerial	**Orden TAS/2455/2007, de 7 de agosto,** por la que se dictan normas para la aplicación y desarrollo en el año 2007, de los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en las Ciudades de Ceuta y de Melilla **Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales**	**BOE 191 10/08/2007**

La presente Orden tiene por objeto dictar normas de aplicación de la acción protectora del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, en las Ciudades de Ceuta y de Melilla, de acuerdo con lo establecido en los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Reconociendo el derecho de la situación de dependencia y a las prestaciones del Sistema, a las personas de nacionalidad española que cumplan los requisitos establecidos en el artículo 5 de la Ley 39/2006, de 14de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Además deberán tener su domicilio en las Ciudades de Ceuta o de Melilla y cumplir las condiciones específicas establecidas para cada una de las prestaciones

teleasistencia

tecnología y profesionales al servicio de los mayores y personas dependientes

Teleasistencia:

La Teleasistencia surge como un servicio que garantice la seguridad y que de tranquilidad y compañía a personas que puedan estar en situación de riesgo por factores de edad, fragilidad o dependencia de manera que pueda llegar a evitar o, al menos, retrasar lo más posible la institucionalización y el desarraigo, ya que facilita la permanencia del usuario en su entorno habitual y una mejora de la calidad de vida. De esta manera se prestan una serie de servicios básicos y complementarios.

Servicios

Servicios Básicos

- Atención ante emergencias sanitarias.
- Asesoramiento sanitario ante problemas derivados de salud.
- Atención ante emergencias derivadas del intrusismo, intento de robo, agresión y accidentes dentro del hogar.
- Apoyo ante problemas derivados de la soledad, depresión, angustia o ansiedad de carácter leve.
- Seguimiento telefónico del estado del usuario.
- Información a familiares.
- Agenda.
- Información y asesoramiento en temas relacionados o de interés para los usuarios.
- Localización y gestión de otros servicios privados.
- Visitas personalizadas de seguimiento realizadas por un Trabajador Social.
- Otras de carácter técnico.

Servicios Complementarios

Son complementos de seguridad (detector de fuego, detector de humo, detector de gas, infrarrojos vía radio y detector de caídas).

A través de todos estos servicios se pretende asegurar la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas de manera que se atiendan emergencias socio-sanitarias y problemas de salud, pero también, y de una forma importante:

- Seguridad.
- Compañía y apoyo psicológico.
- Asesoramiento e información de todo tipo de temas y recursos relacionados con los mayores.
- Se proporciona ayuda para la realización de gestiones burocráticas.
- Se recuerda al usuario la toma de medicamentos, citas con el médico, etc.
- Movilización de recursos que necesite el usuario.

La respuesta siempre está adaptada a las necesidades y demandas presentes y futuras de los usuarios y clientes.

Convenio entre entidades

El Servicio de Teleasistencia se presta a través del Convenio Marco entre el IMSERSO, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), las Corporaciones Locales y la Empresa Prestadora del Servicio:

Al IMSERSO y a la FEMP corresponde:

- Subvencionar el 65% del coste del Servicio.
- Aprobar y distribuir el presupuesto anual.
- Evaluar anualmente la prestación.
- Difundir información del Servicio a las Corporaciones Locales.

Las Corporaciones Locales que así lo quieran, solicitan adherirse al Convenio Marco. A ellas les compete:

- Subvencionar el 35% del coste del Servicio.
- Decidir la posible aportación económica de los usuarios del programa.
- Establecer el baremo de acceso al Servicio.
- Llevar a cabo un control, evaluación y coordinación periódica de la prestación.

Desde la Empresa Prestadora del Servicio: empresa especializada en Servicios de Teleasistencia prestada a personas dependientes y/o mayores de 65 años.

- Se gestiona y se presta el servicio dirigido al usuario.
- Se mantiene estrecha coordinación e información del Servicio con las Corporaciones e Instituciones Clientes.

currículum de Anahí Rama Samperio

Diplomada en Trabajo Social por la EUTS de Málaga en la promoción 1995-1998 y Criminóloga. He trabajado en distintas Asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales dedicadas, principalmente, al campo de menores y drogodependencias (Proyecto Hombre, ALME, ACAT, etc.).

En la actualidad, trabaja en Sergesa Televida (Empresa prestadora del Servicio de Teleasistencia) desarrollando su quehacer profesional con personas mayores y/o dependientes usuarios del Servicio de Teleasistencia.

- Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social.
- Angélica Majos, "Manual de prácticas de Trabajo Social en la Tercera Edad". Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., 1995.
- Manuel Martín García y col, "Trabajo Social en Gerontología". Ed. Síntesis, S. A., 2003.
- Ana Isabel Lima Fernández, "Sobre las Aportaciones del Trabajo Social ante la Ley de - Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia". Encuentro del Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asuntos Sociales e IMSERSO, 2006.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Material realizado por SERGESA TELEVIDA para impartir formación a los profesionales que trabajan en el Servicio de Teleasistencia.

Teleasistencia en Málaga

En la provincia de Málaga, se establecen tres convenios. A saber:

- Convenio con Diputación: incluye zonas propias de la Diputación y los Ayuntamientos de Ronda, Antequera, Vélez-Málaga, Coín, Alhaurín de la Torre, Alhaurín el Grande y Rincón de la Victoria.
- Convenio con Mancomunidad de Municipios de la Costa del Sol: contempla los Ayuntamientos de Torremolinos, Fuengirola, Mijas, Marbella, Benalmádena y Estepona.
- Convenio con el Ayuntamiento de Málaga: aglutina todos los distritos de la ciudad.

Actualmente en la Delegación de Málaga de SERGESA TELEVIDA trabaja un equipo de 21 personas compuesto por: 1 Delegada Provincial, 1 Supervisora, 4 técnicos, 2 recepcionistas y 13 Coordinadoras de Zonas (actualmente todas ellas son Trabajadoras Sociales).

En función de la ratio establecida, aproximadamente en unos quinientos usuarios por profesional, a cada Coordinadora de Zona se le asigna una o varias zonas geográficas para atender. Así, por ejemplo, el distrito del Palo del Ayuntamiento de Málaga y el Ayuntamiento de Antequera son atendidos por una profesional mientras que el Ayuntamiento de Torremolinos dispone de un profesional para atender la zona.

El trabajo va dirigido a la satisfacción de las necesidades por un lado de los clientes y por otro de los usuarios del Servicio.

Con respecto al trabajo que se realiza con los clientes, decir que este se materializa en los Centros de Servicios Sociales de las distintas Corporaciones Locales. Así se presta una especial atención a la coordinación estableciendo reuniones periódicas (semanales en casi todos los casos) a través de las cuales se establece una relación bidireccional en la que:

1. Por un lado, los Trabajadores Sociales de las UTS realizan sus demandas:

· Petición de realización de Informes de Teleasistencia.

· Petición de realización de Visitas Domiciliarias para dar apoyo en ciertas situaciones, valorar cambios en la situación del usuario, etc.

· Solicitud de información sobre los usuarios.

· Etc.

2. Por otro, las Coordinadoras de Zona del Servicio de Teleasistencia se nutren de la información que les prestan los profesionales de los Servicios Sociales imprescindible para una eficaz intervención.

Funciones

De la atención prestada a los usuarios se pueden discernir las siguientes funciones:

1. Atención directa ante demandas dando información, aplicando recursos existentes, promoviendo otros, etc.

2. Detección de necesidades de atención especializada.

3. Actualización coordinada de la información de recursos para el apoyo en fases difíciles de enfermedad, incapacidad y dependencia.

4. Prevención: Siguiendo a la Profesora Sánchez Delgado que refiere que la intervención debe ir encaminada a tres niveles:

· Prevención primaria: detener y/o prevenir algo de forma que no afecte al mayor.

· Prevención secundaria: manejo de las situaciones problemáticas existentes.

· Prevención terciaria: aminorar los efectos de una condición incapacitante y ayudar a la persona mayor a recuperar el nivel máximo de su funcionamiento.

El contacto con los usuarios se realiza a través de llamadas telefónicas periódicas (realizadas por la teleoperadoras del Centro de Atención) y por visitas domiciliarias (realizadas por las Coordinadoras de Zona). Cada Coordinadora de Zona realiza una media de veintitrés visitas semanales. La duración de las visitas depende de las necesidades del usuario estimando, generalmente, sesenta minutos para realizar traslado y la visita en sí.

Como se puede deducir, las visitas domiciliarias constituyen la base fundamental del trabajo aunque éstas están apoyadas por una serie de gestiones burocráticas y administrativas (llamadas telefónicas, búsqueda de información, coordinación con profesionales, etc.). En las visitas se realizan las siguientes actuaciones:

· Se pide información al usuario: esta información versa sobre las características individuales del usuario, de la situación familiar, etc. El instrumento donde se plasma toda la información recogida es el Informe de Seguimiento.

· Se da información al usuario sobre recursos, la adecuada utilización del servicio y cualquier otra cuestión que soliciten.

· Se presta apoyo ante situaciones de soledad y aislamiento, teniendo gran incidencia situaciones de duelo (pérdida del cónyuge, hijos, etc.).

Las visitas domiciliarias son un medio muy eficaz que permite, a través de la observación directa, detectar cambios en las circunstancias individuales, familiares y sociales que pueden dar paso a una nueva valoración de la situación prestando especial atención a las situaciones de riesgo y a la valoración del grado de dependencia.

De todo lo expuesto se nos puede concebir como profesionales (formación y experiencia cualificada) necesarios e insustituibles que, trabajando desde la proximidad al usuario dependiente y sus familias, somos agentes de cambio social y trabajamos en la promoción de la calidad de vida.

Anahí Rama Samperio

La violencia de género

Una reflexión desde el trabajo social en el ámbito rural de atención primaria de salud

SABEMOS QUE LA VIOLENCIA doméstica hacia la mujer es un fenómeno que se da de manera universal, si bien en las poblaciones rurales este tipo de maltrato posee unas características en cuanto a su "formato social homeostático" que lo hace específico. Esto es, en las poblaciones rurales, por sus propias características -reducido número de habitantes, relaciones estrechas de vecindad, tendencia al parentesco familiar extenso, falta de anonimato y conocimiento del plan de vida ajeno-, entre otras, provoca que con mucha frecuencia resulte enormemente difícil para la mujer víctima hacer pública una situación de violencia doméstica y más aún denunciarla. Produciéndose con mucha frecuencia la consiguiente cronificación de su situación.

Pero además, si tenemos en cuenta la escasez o inexistencia de recursos sociales de cercanía, y que no se cuenta igualmente con condiciones y espacios institucionales efectivos de intimidad, confianza, seguridad y coordinación, comprenderemos aún mejor la dificultad de la mujer víctima a la hora de denunciar. No lo hará porque no encuentra resortes donde 'agarrarse' en condiciones de mínima seguridad.

Esto es especialmente importante teniendo en cuenta que, estadísticamente, lo más frecuente es que las mujeres víctimas de esta violencia en entornos rurales, tengan hijos. Si la mujer no encuentra esa seguridad decidirá aguantar con esperanza de un cambio, que al no producirse la llevará a la resignación, dando como resultado el maltrato a lo largo de toda su vida.

Aunque actualmente hayan avanzado en calidad enormemente los resortes legales que garantizan un abordaje contundente del problema, la mujer víctima sigue resignada a su 'destino', al no encontrar el apoyo que le desligue de la costumbre en condiciones de seguridad: seguridad en cuanto a lo económico, en cuanto a la justicia, seguridad en cuanto a la salvaguarda de los hijos, a una red social y familiar comprensiva, en cuanto a unos recursos sociales efectivos, en cuanto a la no culpabilización de su propia situación, seguridad en cuanto a la existencia efectiva de un escenario global de protección. Una seguridad, en definitiva, que le cale por dentro, porque realmente esta persona maltratada a lo largo de toda su vida, se merece ser compensada con todo el peso de la justicia y con unas condiciones efectivas y eficaces que propicien un abordaje desde las instituciones y profesionales con todo el énfasis y con toda la coherencia. Y que esta cronificación del maltrato desaparezca totalmente.

En el ámbito socio-sanitario, la actitud de los y las profesionales que reciben a estas mujeres es decisiva, pues cuando se considera el problema de la violencia domestica como un posible factor generador de sintomatología y demanda asistencial, se está dando un primer paso para una adecuada respuesta a la mujer en la consulta. Las estadísticas nos dicen que casi la totalidad de las mujeres maltratadas visitan a su médico de familia en el año siguiente a la agresión, además hacen uso frecuente de otros servicios socio-sanitarios -Unidad de Trabajo Social, Enfermería, Fisioterapia, Servicios de Urgencias...-. Para muchas de ellas, las personas que trabajan en el campo de la salud son el principal, y a veces el único, punto de contacto con los servicios públicos que puede ofrecerle apoyo e información.

Acuden a las consultas con síntomas diversos e inespecíficos, incluso pueden estar recibiendo tratamiento sintomático sin que su malestar haya sido relacionado con situaciones de violencia o bien porque la mujer no se haya atrevido a expresar los verdaderos motivos que están generando sus problemas de salud. La detección de la situación de violencia por parte de los profesionales socio-sanitarios predispondrá a la ruptura del silencio, que sería el primer paso para la comprensión y visualización del problema.

El ámbito de la atención primaria es donde se dan las condiciones más favorables para detectar a las mujeres en situación de violencia gracias a sus características de accesibilidad y contacto directo y continuado con la población general a través de un equipo multidisciplinar. Esto permite prevenir y/o frenar tanto la propia situación de maltrato como las consecuencias que se derivan de ella.

Esta situación privilegiada que constituye el ámbito de la Atención Primaria en cuanto a la detección, debe llevarnos a los trabajadores sociales a establecer y desarrollar un mínimo protocolo de intervención consolidado, consistente en:

- Coordinación con el equipo multidisciplinar socio-sanitario.
- El abordaje de las situaciones de riesgo psico-social detectadas.
- Plantear y ayudar a la mujer a elaborar un Plan de Seguridad y crear un Escenario de Protección para ella y sus hijos ante posibles situaciones de riesgo.
- Informar y poner en contacto a la mujer con los recursos existentes, realizando una derivación activa si procede, a los recursos en la comunidad.
- Informar, como criterio básico, del derecho a presentar denuncia o solicitud de orden de protección.
- Servir como figura de referencia y seguimiento en un primer momento. La figura de referente de confianza puede, a veces, ser un apoyo decisivo en el que la víctima puede sujetarse y no caer en una posible cronicidad.

Por último y como reflexión general, cabe mencionar que, por fortuna, hoy en día se mantiene en todos los ámbitos institucionales relacionados con el tema, el hecho que la violencia ejercida en el seno familiar y en el ámbito doméstico no es un "problema privado", sino que se trata de un problema social muy grave y que nos afecta a todas las personas, ya que colisiona de manera rotunda con determinados derechos fundamentales recogidos en nuestra Constitución Española.

Sabemos el camino, están las condiciones y existen recursos. Sólo nos queda llevar a cabo el cambio efectivo.

Ildefonso Godoy Lorite
Trabajador Social en Atención Primaria de Salud. Granada

El trabajador social en la formación

DESDE QUE TERMINÉ LA CARRERA deseé utilizar y ampliar mis conocimientos en el área de los Servicios Sociales Comunitarios. No tardé en darme cuenta que era una tarea ardua y difícil. Con el paso del tiempo, creí que era un sueño, y como tal no se podría alcanzar más que dormitando. Ahora tengo la convicción de que lo he conseguido. No, no trabajo en Comunitarios, sino en la Formación.

Comencé en este campo profesional casi de casualidad. Todo empezó con una nota en un tablón de anuncios que ni siquiera vi. Una amiga me avisó de esta oferta de trabajo, y me presenté a ella. Confieso que no me atrajo mucho, pero había que trabajar. Tuve que diseñar un proyecto de intervención, defenderlo en un tribunal, y responder a las preguntas y expectativas de éste. El resultado fue positivo y a la semana me encontraba frente a 15 alumnas, con una media de 40 años y un nivel formativo medio-alto. Lo que me asustaba era esto último y no que algunas podrían haber sido mi madre. No pasó demasiado tiempo cuando me percaté que podía aprender más de mis alumnas, que ellas de mí. Las experiencias que aportaban al grupo eran tan variadas que solo me quedaba decir algún término extraño y dinámicas acordes a sus deseos y mis pretensiones. Esto último no costó mucho porque no tardamos en conectar las unas con las otras. Una tarde me di cuenta que valía para ese mundo, el alumnado me valoraba, y por si fuera poco me gustaba todas las sensaciones que tenía a diario. Pero había un problema. Tenía la sensación de que no trabajaba como Trabajadora Social.

Mi trabajo no se limitaba sólo a impartir clases, sino también a tratar de cohesionar personas que no se conocían de antes, haciendo que sintieran confianza la una en la otra. Para ello, se utilizaba una metodología didáctica diferente de la convencional o reglada. Tenía que poner los cinco sentidos en el aula para percatarme de cualquier malestar, agrado, expresión corporal, etc. Y todo siempre con mi mejor predisposición, mostrando en todo momento capacidad empática. Así, las alumnas descubrieron que no tenían delante a una "maestra de las de antes", sino una compañera más, en la que podían confiar.

En la formación siempre se repite este patrón, aunque en absoluto es monótono, ya que hay alumnos distintos y problemas diferentes. Existen momentos buenos y malos, se podría decir que se asemeja a un campo de rosas. Junto a los agradecimientos, están las intolerancias, los que rechazan cualquier ayuda, los que molestan todo el tiempo, etc. Pero, permitidme quedarme con lo positivo, con el momento que te conviertes en el portador de información, asesoras actuaciones, detectas necesidades, derivas a otros profesionales... En definitiva, "haces de Trabajadora Social".

Quiero decir con esta explicación que el trabajador social no debe ni puede estar relegado a los "campos de siempre". Existen terrenos nuevos que no están vetados a los trabajadores sociales, lo tenemos que saber, y aprovechar tales oportunidades. No podemos menospreciar las actuaciones profesionales por el hecho de que no estemos en un despacho, tengamos trabajos esporádicos y no nos llamen trabajadora o asistente social. Os sorprendería la de personas con problemas que he conocido en mis aulas, y por desconocimiento o falta de valor no tenían contacto con ninguna entidad. Mi actuación giraba siempre bajo el contexto de la ayuda, apoyando, asesorando y/o derivando a Asuntos Sociales, u otros servicios. Me atrevería a decir que para sentirnos trabajadores sociales deberíamos trabajar en este ámbito, o al menos con grupos. Es sorprendente lo que se aprende de ellos, te hacen sentir útiles, escuchados. En definitiva, profesionales y mejores personas.

Monitor, formador, profesor, tutor... Me es indiferente lo que decidan reflejar en el contrato o certificado de empresa. Yo sé que desempeño las funciones propias del Trabajo Social, que estoy despierta y mi sueño se ha cumplido.

Mª Luisa Nieto Ponce de León
Trabajadora Social

El/la colegiad@ **pregunta**

Esta sección pretende dar respuesta a nuestras dudas, tanto legales como de otra índole sobre nuestra profesión. Esperamos vuestras preguntas, ya que pueden servir a muchas otras personas.

¿Durante cuánto tiempo debe conservar las historias sociales?

La Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal establece en su artículo 5 que: "Los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados.
No serán conservados en forma que permita la identificación del interesado durante un período superior al necesario para los fines en base a los cuales hubieran sido recabados o registrados.
Reglamentariamente se determinará el procedimiento por el que, por excepción, atendidos los valores históricos, estadísticos o científicos de acuerdo con la legislación específica, se decida el mantenimiento íntegro de determinados datos"
De esta forma genérica trata el asunto la Ley 15/99, dejando las puertas abiertas a muchas interpretaciones, así como a su desarrollo autonómico por leyes que la complementen en cada comunidad. Ahora bien, en relación a las Historias o Informes Sociales debemos acudir a la legislación específica de cada comunidad, aunque en la actualidad tan sólo unas pocas comunidades autónomas han elaborado legislación propia en el marco de sus competencias. Por tanto, no existe una referencia normativa específica sobre la materia que sea de aplicación en este caso.
No obstante y a efectos prácticos, pueden seguirse los criterios propuestos por la Recomendación 1/2005 de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid respecto al "Archivo, uso y custodia de la Documentación que compone la Historia Social no informatizada por parte de los Centros Públicos de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid", siempre resaltando que ni tienen rango normativo, ni, desde luego son aplicables fuera de su ámbito territorial.
Se puede concluir:
1. El plazo mínimo para conservar la Historia social es de cinco años contados desde la fecha en que concluya la última asistencia prestada al usuario.
2. En cuanto a la documentación que forma parte de la historia social debería conservarse a efectos judiciales (posibles recursos) de conformidad con la legislación vigente.
3. Por otra parte es posible la conservación de historias sociales a los solos fines de investigación o docencia, en tal caso deberá omitirse la identificación de los afectados o contar con su consentimiento.
En todo caso, estos criterios que se ofrecen están originalmente pensados para la actuación desde las administraciones públicas, por lo que si el trabajador social presta sus servicios en el sector privado, corresponde a la empresa, y especialmente a los responsables del fichero, la determinación de los criterios a seguir máxime cuando no existe normativa expresa.

RED ANDALUZA DE TRABAJADORES SOCIALES SOBRE ENFERMEDADES RARAS

ratser.andalucia@hotmail.com
web: http://ratser.enfermedadesraras.es
foro: http://catss.ionosfera.com/foro

ANIRIDIA

DESCRIPCIÓN: Enfermedad congénita rara de la visión y de la estructura ocular, caracterizada por la falta total o parcial del iris (diafragma del ojo), en uno o ambos ojos, lo que le da un aspecto de una gran pupila negra. La prevalencia de la aniridia se estima en un caso entre 80.000-100.000 personas. Se han descrito hasta 4 formas distintas de esta enfermedad, dependiendo de los síntomas asociados a la misma: otras manifestaciones oculares, manifestaciones extraoculares (ataxia, retraso mental, síndrome de Gillespie), o síndrome de WARG. La aniridia se hereda como un rasgo genético autosómico dominante, aunque se han descrito casos de autonómicos recesivos e, incluso, una mutación de novo. En la mayoría de los afectados se identifica una anomalía cromosómica en el brazo corto del cromosoma 11 (11p).
SÍNTOMAS: El síntoma más característico de la aniridia es la fotofobia (sensibilidad especial a la luz sobre todo en los ojos), apareciendo alteraciones oculares asociadas muy variadas que suelen incluir: visión borrosa no dolorosa; visión nocturna pobre, disminución de la agudeza visual, espasmos de los músculos del ojo que producen movimientos de los ojos rápidos e involuntarios, cataratas, luxación del cristalino, glaucoma, degeneración corneal, desarrollo incompleto o defectuoso del nervio óptico, estrabismo (desviación de uno de los ojos). No existe tratamiento específico de esta enfermedad, y se realiza tratamiento sintomático (de cada síntoma que aparece) y de sus manifestaciones asociadas. El tatuaje del iris mejora tanto la fotofobia como la apariencia externa de ojo.
ASOCIACIÓN DE AFECTADOS: Asociación Española de Aniridia.C/ Cristóbal Bordiú 35. Oficina 202 (L-J-V de 8 a 15h) (M-X de 9 a 17:30h)28003 MadridTelefax: 91.534.43.42 · asoaniridia@telefonica.net · www.aniridia.com

SÍNDROME DE COFFIN-LOWRY

DESCRIPCIÓN: Es un raro desorden genético que se caracteriza por un retraso mental; anomalías en cabeza y cara grandes (cranofaciales), manos suaves con dedos cortos y delgados; baja estatura; y/o varias anomalías del esqueleto. Las características faciales pueden incluir una mandíbula superior poco desarrollada (hipoplasia maxilar), una frente saliente, párpados caídos, ojos grandes espaciados (hipertelorismo), orejas grandes, y/o gruesas cejas poco comunes. Las anomalías del esqueleto pueden incluir anomalías en la curvatura antero-posterior dorsal y un esternón sobresaliente (pectus carinatum). En la mayoría de los casos, se pueden presentar otras anomalías. Se cree que el Síndrome se hereda como un rasgo genético dominante ligado a X, en su mayoría. Algunas mujeres (heterocigóticas) con dicho síndrome pueden manifestar una forma menos grave del desorden. Mientras que tienden a ser más graves en los hombres y con la edad. La cara se caracteriza por una frente cuadrada con lados sobresalientes, estrechamiento de ambas sienes, escaso pelo en la cabellera, gruesas cejas, párpados rasgados y caídos, ojos grandes, un gran tabique nasal con el cartílago divisor grueso, labios gruesos y salientes, boca abierta, barbilla y orejas saliente. Además, puede haber problemas alimenticios y respiratorios. En las anomalías de las extremidades se puede apreciar también manos grandes y suaves con articulaciones dobles en dedos gruesos que se afinan en las puntas, un pliegue saliente trasversal inusual (hipotenar) y un acortamiento del dedo gordo del pie.
SÍNTOMAS: El síndrome de Coffin-Lowry CLS, se caracteriza por muchas deformidades. Las más notables se localizan en la cara de la persona afectada. Una nariz ancha y achatada, orificios nasales salientes, grandes orejas y boca, y una frente saliente son solo unos cuantos ejemplos típicos de los signos del CLS. Los individuos con CLS suelen ser de estatura baja con posturas encorvadas. Sus extremidades se caracterizan por pies delgados, por antebrazos gruesos, por dedos con forma de palillos de tambor. Un defecto más serio es que el individuo es pequeño, cordón tendinoso corto. Causa reflujo mitral. Las personas con CLS tienen un retraso mental. Estos son solo unas cuantas señales del desorden. Otras señales incluyen lo siguiente: hidrocefalia (líquido en el cerebro), hidronefrosis, enfisema panacinar, caída prematura de los dientes de leche.(OMIM 1997)
ASOCIACIÓN DE AFECTADOS:ADAC-ASOCIACIÓN ANDALUZAS DE DEFICIENCIAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. Presidenta: Susana Díaz Rubiales.C/ Enrique Marco Dorta, 6 41018 Sevilla. TF: 954989889/ FAX954989790/ Línea de Atención: 902 195 246a.d.a.c@telefonica.net · www.adac-es.net

ENFERMEDAD DE FABRY

DESCRIPCIÓN: La enfermedad de Fabry, pertenece al grupo de enfermedades raras, conocidas como trastornos por depósito lisosómico. Se debe a la carencia de una enzima llamada alfagalactosidasa A, que se ocupa de descomponer una sustancia del organismo parecida a la grasa, la globotriaosilceramida. Esta sustancia se deposita y acumula en las células del organismo, porque, en la enfermedad de Fabry, no hay suficiente enzima para descomponerla. Existe tratamiento.
SÍNTOMAS: Los primeros signos y síntomas de la enfermedad de Frabry, empiezan durante la infancia, no todos los pacientes manifiestan síntomas tan pronto y la presentación es muy variable. Sensaciones de dolor y ardor en las manos y pies sin causa aparente, pequeñas manchas elevadas y de color rojo en la piel (angioqueratomas) que no desaparecen con la presión, fiebre, muy poca sudoración, dolor abdominal, vómitos y diarrea, alteraciones de la audición, alteraciones oculares que determinan una opacidad corneal (córnea verticilada). A medida que se hacen mayores, los pacientes suelen experimentar síntomas más graves que afectan a los riñones, corazón, cerebro, y aparato circulatorio.
ASOCIACIÓN DE AFECTADOS:ADAC-ASOCIACIÓN ANDALUZAS DE DEFICIENCIAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.C/ Enrique Marco Dorta, 6 41018 Sevilla. TF: 954989889/ FAX954989790/ Línea de Atención: 902 195 246Presidenta: Susana Díaz Rubialesa.d.a.c@telefonica.net · www.adac-es.net

A · G · E · N · D · A

AGENDA CÁDIZ

Desde el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Cádiz, volvemos a retomar los **seminarios** que habíamos aparcado durante la época estival. Comenzamos en septiembre con el Seminario sobre el PIA. En octubre trataremos la Mediación Familiar y la Visita Domiciliaria, y en noviembre hablaremos sobre Ética. Aún están por confirmar las fechas, pero si estáis interesados en asistir a estos seminarios, remitidnos un correo electrónico facilitando vuestros datos y solicitando asistir a esta formación al siguiente correo electrónico: leydependencia@gmail.com

Este año se vuelve a llevar a cabo la **formación en Mediación** que imparte la Asociación de Mediación y Atención al Menor ARCADUZ, con las siguientes propuestas:
· II Master en Mediación
· II Experto en Mediación Familiar
· II Experto en Mediación Escolar
Tenéis a vuestra disposición en la página web de la Fundación Universidad y Empresa de Cádiz (FUECA) -http://www.fueca.org- toda la información necesaria, así como el programa. Se trata de una formación semipresencial, y dentro del área temática interdisciplinar.
Desde el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Cádiz **se vuelve a subvencionar el 10% del Experto en Mediación.** Todos aquellos que hayáis empezado este curso, poneos en contacto con nosotros.

Desde nuestro Colegio estamos intentando recopilar el máximo de **correos electrónicos de nuestros colegiados.** Apenas contamos con el 30% de los e-mail, por ello os solicitamos que nos remitáis vuestro correo electrónico con vuestros datos a la siguiente dirección: trabajosocialcadiz@gmail.com

AGENDA CÓRDOBA

Está en marcha un **calendario de reuniones para presentar el modelo de Informe Social y PIA** que se aplicará en la Ley de Dependencia con Diputación, Ayuntamiento de Córdoba y Ayuntamientos de la provincia con un número superior a 20.000 habitantes: Cabra, Lucena, Montilla, Palma del Río, Priego de Córdoba y Puente Genil.

Se ha **renovado el convenio con CSI-CSIF** de Córdoba, Central Sindical Independiente y de Funcionarios, que ha organizado cursos de **formación a distancia** para este trimestre, válidos para el acceso a la función pública que a continuación se detallan:
· El Derecho Administrativo.
· La Constitución española y el estatuto de autonomía para Andalucía.
· Gestión presupuestaria y gasto público.
· Relaciones administración-ciudadano en la Administración de la Junta de Andalucía.
· La informática en la Administración pública.

AGENDA MÁLAGA

El Colegio tiene programado iniciar en este mes de Octubre el nuevo ciclo de **Charlas-Coloquio.** Cómo ya sabéis, las charlas se celebran el último jueves de cada mes. Si estás interesada o interesado en algún tema, tanto como ponente o como asistente, haznos llegar tus propuestas.

La Junta de Gobierno termina su mandato este año, motivo por el que se van a celebrar elecciones para **cubrir los puestos de la Junta de Gobierno en los próximos meses.** Si estás interesado en presentarte, puedes informarte en el Colegio.

En este número la biblioteca recomienda: **LA INTERVENCIÓN SOCIAL ANTE LAS NECESIDADES SOCIALES EMERGENTES**/ Julia García Álvarez
En TRABAJO SOCIAL HOY, nº 50 Primer cuatrimestre 2007, quinta época
Madrid, Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social, 2007
Para la autora de este artículo no hay que hablar de necesidades sociales emergentes, "en mi opinión ninguna de las necesidades que podemos analizar -referidas a lo social- se saldría del esquema clásico de necesidades sociales identificadas en el "libro de las casitas"" dice.
Para la autora las necesidades sociales han sido atendidas por parte del Sistema Publico de Servicios Sociales.
Lo que se pretende con este artículo es dejar constancia, y esto es lo novedoso, es la magnitud de esas necesidades y los escenarios en que se producen.
UNA VISIÓN DESDE LA GENERACIÓN DE EMPLEO DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA/ María Asunción García Maynar
En SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL, Nº 77,
Madrid, Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social, 2007
Interesantísimo artículo donde se apunta a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia como una gran fuente de donde pueden manar nuevas oportunidades de empleo. Un empleo que requiere proximidad, flexibilidad y trato personalizado que las empresas de inserción pueden ofrecer. En palabras de la autora "Hay que aprovechar todo este potencial de empleo de la nueva ley, para desarrollar las empresas de inserción que, mas allá de su utilidad como prestadoras de servicios, ofrecen un valor añadido a la práctica de los servicios sociales en materia de inserción compartiendo además sus principios y valores".

El Colegio Oficial de Diplomad@s en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Almería, convoca la 1ª Edición del Concurso Fotográfico "HAY QUE VER", cuya **finalidad** es fomentar la creatividad plástica entre los colegiad@s, y dar a conocer una visión actual de la profesión.
Podrá presentarse a este concurso **cualquier colegiad@ en Almería** que lo desee, siempre que sus trabajos se ajusten sus bases, las cuales quedan depositadas en su totalidad en la sede Colegial.
Se proponen dos **modalidades**:
- Paisajes Almerienses.- Fotografías realizadas en cualquier municipio de la provincia de Almería
- Trabajo Social.- Podrán haber sido realizadas tanto en Almería como fuera de la provincia, y estarán referidas a cualquier aspecto relacionado con la profesión
Se permitirá la participación de un mismo autor en las dos modalidades que se plantean, pudiendo presentar hasta un máximo de 3 fotografías en cada una de las modalidades.
Las imágenes, en color o blanco y negro, deberán ser necesariamente originales e inéditas, no habiendo sido seleccionadas ni premiadas en cualquier otro certamen o concurso.
Los participantes presentarán la fotografía con una ficha de extensión máxima de veinte líneas, en la que se describirá el contenido de la fotografía y características propias de la misma en relación al tema elegido.
Para su participación en el concurso los trabajos deberán haberse recibido como la **fecha límite** el 30 de Septiembre del 2007 en la sede del Colegio.
Se establecen los siguientes **premios** para cada una de las modalidades:
Primer Premio: 150 euros y diploma
Segundo Premio: 75 euros y diploma
Ningún participante podrá obtener más de un premio.

El **jurado**, cuyo número de miembros será impar, estará compuesto por personas con experiencia en el ámbito del Trabajo Social y la Fotografía.
El fallo del jurado será hecho público antes del 30 de octubre del 2007 y será inapelable.
Se valorará la calidad de la fotografía y la adecuación al tema elegido, así como la descripción de la misma.
La **entrega de premios** se hará coincidir con los actos que el CODTSA organice con motivo del día Internacional del Trabajo Social. Asimismo, se garantizará la exposición de los trabajos presentados.
Desde la revista, animamos a tod@s los compañer@s a participar.

CONVOCATORIA DE LA PRIMERA EDICIÓN DEL CONCURSO FOTOGRAFICO 'Hay que ver'

oferta laboral

Ayuntamiento de Adra (Almería)
- 1 Plaza de Asistente/a Social
Fuente: BOJA nº: 164 de 21/08/2007
Ayuntamiento de La Línea de la Concepción (Cádiz)
- 1 Trabajador/Asistente Social (publicación de bases)
Fuente: BOJA nº: 176 de 06/09/2007

formación

I.S. INTERVENCIÓN SOCIAL
Curso de orientación sociolaboral.. 125 horas.
Curso de intervención con menores. 125 horas.
Curso de intervención con mayores. 125 horas.
Curso de acogimiento familiar y adopción. 125 horas.
Curso de violencia sobre las mujeres. 100 horas.
Curso de mediación familiar e intergeneracional. 125 horas.
Distancia: Si
Contacto: C/ Peñalara Nº 15, Bajo Izquierda. 41005 Sevilla
Correo-e: formacion@intervencionsocial.com
www.intervencionsocial.com
Teléfono: 954 933 807

UNIVERSIDAD DE BARCELONA E IL3, INSTITUTO DE FORMACIÓN CONTÍNUA-UB
Master en Drogodependencias On-line
Días de Celebración: comienza en octubre de 2007 con un total de 500 h
Precio: 3.650 €
Distancia: Si
Contacto: Distrito 22@
C/Ciutat de Granada, 131.08018 Barcelona.
E-mail: info.il3@ub.edu.
http://www.il3.ub.edu/es/detail/course/175.html
Teléfono: 934 039 901

CONSULTING DOVALL. GRAN CANARIA
Atención sociosanitaria para personas mayores dependientes
Precio: 180,30 €
Distancia: Si
Contacto: Apartado de Correos, 3582
35080 Las Palmas de Gran Canaria
www.dovall.com

FUNDACION UNED (UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A DISTANCIA). Madrid
Aspectos Jurídicos de la Discapacidad y la Dependencia: Especial Referencia a los Mayores (Titulación: Experto Profesional)
Plazo de inscripción: 30/10/2009
Días de Celebración: 15 noviembre de 2007 a junio de 2008. (Un curso académico)
Precio: 700,00 €
Distancia: Si
Criminología (Titulación: Experto Universitario)
Plazo de inscripción: 30/10/2009
Días de Celebración: 1 de Diciembre de 2007-Finalización: 15 de octubre de 2008
Precio: 665,00 €
Distancia: Si
Los Malos Tratos y la Violencia de Género. Una Visión Multidisciplinar (Titulación: Experto Profesional)
Plazo de inscripción: 30/10/2009
Días de Celebración: De diciembre 2007 a junio de 2008
Precio: 590,00 €
Distancia: Si
Los Malos Tratos y la Violencia de Género. Una Visión Multidisciplinar (Programa Modular)
Plazo de inscripción: 30/10/2009
Días de Celebración: Duración del Programa: Cuatro años
Precio: Consultar
Distancia: Si
Mediación y Orientación Familiar (Experto Universitario)
Plazo de inscripción: 30/10/2009
Dias de Celebración: del 25 de Noviembre de 2007 a 25 de Junio de 2008
Precio: 900,00 €
Distancia: Si
Mediación y Orientación Familiar (Master Universitario)
Plazo de inscripción: 30/10/2009
Días de Celebración: No lo especifica
Precio: 3000 €.
Distancia: Si
Mediación y Orientación Familiar (Programa Modular)
Plazo de inscripción: 30/10/2009
Días de Celebración: Visitar la pagina web
Distancia: Si
Información y matriculación:
http://www.fundacion.uned.es

UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA. LA CORUÑA
VII MÁSTER EN DEPENDENCIA Y GESTIÓN DE SERVICIOS SOCIALES
Días de Celebración: Metodología mixta (a distancia y presencial)
Precio: Consultar
Contacto: postgrado@dependecia.es
www.dependencia.es
Teléfono: 981 26 25 53

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL MENÉNDEZ PELAYO. VALENCIA
Violencia contra las mujeres ¿qué puede hacer el Derecho?
Plazo de inscripción: 15/10/2007
Días de Celebración: Valencia, del 17 al 19 de octubre de 2007
Precio: 123,00 €
Presencial: Si
Contacto: Página web:
http://www.uimp.es/docs/sedes/valencia/programas/7022.htm
E- mail: secretaria_valencia@uimp.es
Teléfono: 963 869 802/04

legislación ayudas subvenciones becas

BOE

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Orden SCO/2646/2007, de 29 de agosto, por la que se convoca en 2007, la concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro de ámbito estatal, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados.
BOE 221 DE 14/09/2007

Orden SCO 2613/2007 de 29 de agosto, por la que se convocan en 2007 la concesión de ayudas económicas a Corporaciones Locales para el desarrollo de programas de prevención de las drogodependencias.
BOE 218 DE 11/09/2007

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA
Corrección de errores de la Orden ECI/2211/2007, de 12 de julio, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Primaria
BOE 222 DE 15/09/2007

Orden ECI/2572/2007, de 4 de septiembre, sobre evaluación en Educación Secundaria Obligatoria.
BOE 214 DE 06/09/2007

Orden ECI/2571/2007, de 4 de septiembre, de evaluación en Educación Primaria
BOE 214 DE 06/09/2007

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
Resolución de 30 de agosto de 2007, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración suscrito entre el Instituto de la Juventud y el Instituto Andaluz de la Juventud de la Junta de Andalucía para la ejecución de programas de promoción de jóvenes (2007).
BOE 225 DE 19/09/2007

Resolución de 13 de agosto de 2007, de la Dirección General de Emigración, por la que se realiza convocatoria complementaria de las ayudas para viajes de mayores a España del programa de mayores y dependientes de la Orden TAS/874/2007, de 28 de marzo
BOE 206 DE 28/08/2007

Resolución de 14 de agosto de 2007, de la Dirección General del Servicio Público de Empleo Estatal, por la que se determinan los colectivos y áreas prioritarias, así como las cuantías cofinanciadas por el Fondo Social Europeo, en las acciones de formación de demanda correspondientes al ejercicio 2007
BOE 205 DE 27/08/2007

Real Decreto 972/2007, de 13 de julio, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a determinadas comunidades autónomas y entidades locales para el desarrollo de proyectos innovadores que garanticen el derecho a la asistencia social integral a las mujeres víctimas de violencia de género
BOE 180 DE 28/07/2007

MINISTERIO DEL INTERIOR
Orden INT/2237/2007, de 17 de julio, por la que se establecen las bases reguladoras de las convocatorias para la concesión de ayudas destinadas a asociaciones, fundaciones, entidades e instituciones sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la atención a las víctimas de accidentes de tráfico y a sus familiares.
BOE 176 DE 24/07/2007

BOJA

MINISTERIO DE JUSTICIA
Instrucción de 26 de julio de 2007, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre tramitación de las solicitudes de adquisición de la nacionalidad española por residencia.
BOJA 188 DE 08/08/2007

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones dirigidas a entidades sin ánimo de lucro de ámbito provincial o autonómico para el desarrollo de programas dirigidos a la mediación intercultural, y se efectúa su convocatoria para el curso 2007/2008
BOJA 165 DE 22/08/2007

Orden de 18 de julio de 2007, por la que se regula el procedimiento para la elaboración y aprobación del plan de convivencia de los centros educativos sostenidos con fondos públicos.
BOJA 156 DE 08/08/2007

Decreto 231/2007, de 31 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la educación secundaria obligatoria en Andalucía
BOJA 156 DE 08/08/2007

Decreto 230/2007, de 31 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la educación primaria en Andalucía.
BOJA 156 DE 08/08/2007

Orden de 28 de junio de 2007, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones de promoción de la salud y su convocatoria.
BOJA 142 DE 19/07/2007

Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
BOJA 140 DE 17/07/2007

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
Orden de 26 de julio de 2007, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones a mujeres y empresas de mujeres para el Fomento y Mejora empresarial, y se efectúa su convocatoria para el año 2007.
BOJA 176 DE 06/09/2007

ORDEN de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección delos servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía
BOJA 161 DE 16/08/2007

Orden de 1 de agosto de 2007, por la que se convoca el "X Premio Andaluz Gitano 2007" a la pro-moción social y cultural de la comunidad gitana y se publican las bases que regirán el mismo (Plazo hasta 28-09-07)
BOJA 159 DE 13/08/2007

Acuerdo de 31 de julio de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se distribuyen créditos entre Ayuntamientos de municipios con población superior a 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales al objeto de mejorar la atención a las personas en situación de dependencia.
BOJA 148 DE 10/08/2007

Orden de 5 de julio de 2007, por la que se establece el sistema de evaluación externa de la calidad de los centros residenciales de día para personas con discapacidad propios, concertados y conveniados con la Consejería
BOJA 146 DE 25/07/2007
Acuerdo de 10 de julio de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Plan General de Inspección de las Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2007
BOJA 143 DE 20/07/2007

CONSEJERÍA DE INNOVACIÓN, CIENCIA Y EMPRESA
ORDEN de 3 de septiembre de 2007, por la que se convocan, para el ejercicio 2008, las Medidas para el Desarrollo de la Economía Social
BOJA 182 DE 14/09/2007

Corrección de errores de la Orden de 20 de julio de 2007, por la que se establecen las bases regu-adoras para la concesión de incentivos destinados a la apertura y explotación de Centros de Acceso Público a Internet dirigidas a entidades asociativas con actuación en Zonas en Riesgo de Exclusión Social y a la habilitación de Puntos de Acceso Público a Internet para Comunidades Andaluzas, y se efectúa su convocatoria para el año 2007 (XBOJA núm. 155, de 7.8.2007
BOJA 182 DE 14/09/2007

LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CONCEPTOS BÁSICOS, ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD: LAS UNIDADES DE PREVENCIÓN EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Es nuestro deseo facilitarle a los compañeros y compañeras su tarea en la preparación de los temarios de las distintas oposiciones. En este sentido, hemos querido recoger, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales por ser la que mas peticiones genera. (Corresponde al tema 8 Para las oposiciones de Trabajadores Sociales del SAS)

REFERENCIAS LEGISLATIVAS

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, cuya última modificación se ha producido por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Orden de 11 de marzo de 2004, conjunta de la Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico y de Salud, por la que se crean las Unidades de Prevención en los Centros Asistenciales del Servicio Andaluz de Salud.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, modificado por Real Decreto 2177/2004, de 12 de noviembre, por el que se modifica el Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo, en materia de trabajos temporales en altura.

LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: CONCEPTOS BÁSICOS

1. Se entenderá por "Prevención" el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.
2. Se entenderá como "riesgo laboral" la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.
3. Se considerarán como "daños derivados del trabajo" las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
4. Se entenderá como "riesgo laboral grave e inminente" aquel que resulte probable racionalmente, que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.
En el caso de exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores, se considerará que existe un riesgo grave e inminente cuando sea probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato una exposición a dichos agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aun cuando éstos no se manifiesten de forma inmediata.
5. Se entenderán como procesos, actividades, operaciones, equipos o productos "potencialmente peligrosos" aquellos que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores que los desarrollan o utilizan.
6. Se entenderá como "equipo de trabajo" cualquier máquina, aparato, instrumento o instalación utilizada en el trabajo.
7. Se entenderá como "condición de trabajo" cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:
- Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.
- La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
- Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.
- Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.
8. Se entenderá por "equipo de protección individual" cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

Accidentes de trabajo: enfermedades patología o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

POLÍTICA EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA PROTEGER LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO

La política en materia de Prevención tendrá por objeto la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo dirigida a elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.
Dicha política se llevará a cabo por medio de las normas reglamentarias y de las actuaciones administrativas que correspondan y, que se orientarán a la coordinación de las distintas Administraciones públicas competentes en materia preventiva y a que se armonicen con ellas las actuaciones que conforme a la Ley correspondan a sujetos públicos y privados, a cuyo fin:
a) La Administración General del Estado, las Administraciones de las Comunidades Autónomas y las entidades que integran la Administración local se prestarán cooperación y asistencia para el eficaz ejercicio de sus respectivas competencias.
b) La elaboración de la política preventiva se llevará a cabo con la participación de los empresarios y de los trabajadores a través de sus organizaciones empresariales y sindicales más representativas.

Principios de acción preventiva
El empresario aplicará las medidas que integran el deber general de prevención previsto en el artículo anterior, con arreglo a los siguientes principios generales:
1 Evitar riesgos.
2 Evaluar los riesgos que no se pueden evitar.
3 Combatir los riesgos en su origen.
4 Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
5 Tener en cuenta la evolución de la técnica.
6 Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
7 Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en

CONTINUO

ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones del trabajo, las condiciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
8 Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
9 Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Servicio de Prevención
En cumplimiento del deber de prevención de riesgos profesionales, el empresario designará uno o varios trabajadores para ocuparse de dicha actividad, constituirá un Servicio de Prevención o concertará dicho servicio con una entidad especializada ajena a la empresa.
Este servicio de prevención estará dotado con medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados. Los servicios de prevención deberán estar en condiciones de proporcionar a la empresa el asesoramiento y apoyo que precise en función de los tipos de riesgo que ella existiese y en lo referente a:
1. Diseño, implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales que permita la integración de la prevención en la empresa.
2. La evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y la salud de los trabajadores.
3. La planificación de la actividad preventiva y la determinación de las prioridades en la adopción de las medidas preventivas y la vigilancia de su eficacia.
4. La información y formación de los trabajadores.
5. La prestación de los primeros auxilios y planes de emergencia.
6. La vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo.
El servicio de prevención tendrá carácter interdisciplinario, debiendo sus medios ser apropiados para cumplir sus funciones.
Para poder actuar como servicios de prevención, las entidades especializadas deberán ser objeto de acreditación por la Administración laboral, mediante la comprobación de que reúnen los requisitos que se establezcan reglamentariamente y previa aprobación de la Administración sanitaria en cuanto a los aspectos de carácter sanitario.

Delegados de Prevención
Son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de Prevención de riesgos en el trabajo. Serán designados por y entre los representantes del personal.
Los Delegados de Prevención serán designados por y entre los representantes del personal, en el ámbito de los órganos de representación previstos en las normas a que se refiere el artículo anterior, con arreglo a la siguiente escala:
- De 50 a 100 trabajadores: 2 Delegados de Prevención.
- De 101 a 500 trabajadores: 3.
- De 501 a 1.000 trabajadores: 4.
- De 1.001 a 2.000 trabajadores: 5.
- De 2.001 a 3.000 trabajadores: 6.
- De 3.001 a 4.000 trabajadores: 7.
- De 4.001 en adelante: 8.

Comité de Seguridad y Salud
Es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos.
Se constituirá un Comité de Seguridad y Salud en todas las empresas y centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores.
El Comité está formado por los Delegados de Prevención, de una parte, y por el empresario y/o sus representantes en número igual al de los Delegados de Prevención, de la otra.

ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD: LAS UNIDADES DE PREVENCIÓN EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
1. A los solos efectos de la organización y gestión de la prevención de riesgos laborales en sus Centros Asistenciales, el ámbito territorial del Servicio Andaluz de Salud se divide en demarcaciones geográficas denominadas Áreas de Prevención de Riesgos Laborales.
2. En cada una de las citadas Áreas se constituirá una Unidad de Prevención integrada por el conjunto de medios materiales y humanos necesarios para realizar las actividades preventivas, a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de sus trabajadores, asesorando y asistiendo a sus órganos de dirección, a sus representantes y a sus órganos de representación especializados.
3. Las Unidades de Prevención, atendiendo a las actividades preventivas asumidas, se clasificarán en los Niveles que a continuación se señalan y se crearán en los siguientes ámbitos con la siguiente estructura:
· Unidades de prevención Nivel 1: Integran las especialidades-disciplinas preventivas de medicina del trabajo (1 médico) y de seguridad en el trabajo.
· Unidades de prevención Nivel 2: integran especialidades-disciplinas preventivas de seguridad en el trabajo e higiene industrial. Cada una de ella será desempeñada por un técnico de nivel superior.
· Unidad de prevención Nivel 3: Integran las especialidades-disciplinas preventivas de seguridad en el trabajo, higiene industrial, ergonomía y Psicología aplicada, que serán desempeñadas cada una de ellas por un técnico superior. Además la ergonomía y psicología aplicada contará con el apoyo de un técnico de nivel medio.

Funciones de las Unidades de Prevención
1. Las Unidades de Prevención asumirán las funciones que se derivan de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y Reglamento de los Servicios de Prevención en función de las especialidades y disciplinas preventivas que la integran, y del mismo modo y podrán prestar, en su nivel funcional, su asesoramiento y apoyo en lo referente a:
a) La evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y la salud de los trabajadores en los términos previstos en el artículo 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
b) El diseño, aplicación y coordinación de los planes y programas de actuación preventiva.
c) La determinación de las prioridades en la adopción de las medidas preventivas adecuadas y la vigilancia de su eficacia.
d) La información y formación de los trabajadores.
e) La elaboración de planes y actuaciones a desarrollar en situaciones de emergencia.
f) La vigilancia y control de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo.
g) La información y asesoramiento a los órganos de participación y representación.
2. La asistencia de primeros auxilios y urgencias será prestada por la Unidad de Urgencias que corresponda al Centro asistencial en el que el trabajador se encuentre prestando el servicio. Esta asistencia estará sujeta a un Registro específico y será comunicada por aquella a los profesionales sanitarios responsables de la vigilancia y la salud del trabajador.

Vigilancia de la salud
La vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo se realizará, dependiendo del nivel funcional de la Unidad de Prevención constituida en el ámbito, con arreglo a las modalidades siguientes:
a) Trabajadores de Centros con Unidad de Prevención Nivel 1. La vigilancia de la salud será asumida directamente por la Unidad de Prevención, para lo que contará con estructura y medios propios adecuados, y ello sin perjuicio de la coordinación con el resto de centros asistenciales en lo relativo a las especialidades médicas.
b) Trabajadores de Centros con Unidad de Prevención de Nivel 2 o Nivel 3. El Servicio de Medicina Preventiva asumirá la responsabilidad de la ejecución de las actividades y funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores contando para ello con la colaboración del resto de las especialidades básicas, médicas y quirúrgicas del centro. Coordinará su actividad, a través de la Dirección Médica, con la Unidad de Prevención, así como con el Servicio de Protección Radiológica de su ámbito.

DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO
La ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales reitera en su artículo 14 que los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. La Ley también recoge los siguientes derechos:
· Derecho a disponer de equipos de protección individual.
· Derecho de información, consulta y participación,
· Derecho a recibir formación, teórica y práctica, en materia preventiva.
· Derecho a la vigilancia periódica de su estado de salud.
· Derecho de protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.
· Derecho de protección de maternidad.
El artículo 29 de la ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales recoge las obligaciones de los trabajadores en materia preventiva, estableciendo en primer lugar la obligación de cada trabajador de velar por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario.
Esta obligación genérica se concreta en una serie de obligaciones particulares de los trabajadores entre las que destacan las siguientes:
1º Usar adecuadamente, de acuerdo con su naturaleza y los riesgos previsibles, las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte y, en general, cualesquiera otros medios con los que desarrollen su actividad.
2º Utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empresario, de acuerdo con las instrucciones recibidas de éste.
3º No poner fuera de funcionamiento y utilizar correctamente los dispositivos de seguridad existentes o que se instalen en los medios relacionados con su actividad o en los lugares de trabajo en los que ésta tenga lugar.
4º Informar de inmediato a su superior jerárquico directo, y a los trabajadores designados para realizar actividades de protección y de prevención o, en su caso, al servicio de prevención, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.
5º Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente con el fin de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.
6º Cooperar con el empresario para que éste pueda garantizar unas condiciones de trabajo que sean seguras y no entrañen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.
El incumplimiento por los trabajadores de las obligaciones en materia de prevención de riesgos a que se refieren los apartados anteriores tendrá la consideración de incumplimiento laboral, o de falta, en su caso, conforme a lo establecido en la correspondiente normativa sobre régimen disciplinario de los funcionarios públicos o del personal estatutario al servicio de las Administraciones públicas.

LA INCLUSIÓN PROGRESIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL MUNDO LABORAL
Nuria Villa Fernández
Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007

La inclusión progresiva de las personas con discapacidad intelectual en el mundo laboral

La autora aborda en este Estudio una de las corrientes científicas y de pensamiento más vivas: la inclusión progresiva de las personas con discapacidad en el mundo laboral. Y plantea una serie de cuestiones clave: ¿cuál ha sido la evolución conceptual y el encuadramiento de las personas con discapacidad intelectual?, ¿quiénes y cuántas personas forman este grupo en España?, ¿qué políticas educativas se han venido aplicando en la atención a las personas con alguna discapacidad?, ¿en qué ha consistido el avance normativo-legal?, ¿cómo ha funcionado la red institucional socio-educativa y ocupacional a la hora de dar respuesta a sus necesidades específicas?, ¿cuál es el horizonte laboral que se le presenta en nuestro país a este grupo de personas? A todas estas preguntas trata de responder este Estudio, contribuyendo de modo fundamental a la explicación del estado de la cuestión y de su proceso.

Marci Morales

MEDIACIÓN EN CONFLICTOS FAMILIARES. UNA CONSTRUCCIÓN DESDE EL DERECHO DE FAMILIA
Leticia García Villaluenga
Madrid, Editorial Reus, 2007

Mediación en conflictos familiares. Una construcción desde el derecho de familia

La autora comienza abordando los presupuestos del desarrollo de la mediación familiar a partir de algunos de los postulados del Derecho de familia, como el creciente reconocimiento de la autonomía de la voluntad, el principio de igualdad de los cónyuges, y por ende, de las parejas de hecho. En la segunda parte se analiza la consolidación y el progresivo reconocimiento de las denominadas A.D.R. (Alternativas a la Resolución de Disputas), y entre ellas la mediación, frente a los sistemas tradicionales de resolución de conflictos, como la vía jurisdiccional. Un capítulo esencial en el libro es el relativo al régimen jurídico de la mediación familiar (concepto, sujetos, ámbitos, principios, naturaleza jurídica), en el que se estudia pormenorizadamente el marco de actuación de los distintos profesionales de la mediación, cualquiera que sea su formación de origen, recogiendo la última hora sobre la mediación familiar en la legislación autonómica, lo que convierte la obra en fuente de obligada consulta sobre la materia.

Marci Morales

literatura social

El caballero de la armadura oxidada

EL CABALLERO DE LA ARMADURA OXIDADA
Robert Fisher

Este cuento, porque nos encontramos ante un cuento, es posiblemente el libro que más veces me he comprado y más veces he regalado.

Es un libro que quieres compartir, que tienes necesidad de regalar: Lo compras una y otra vez, y una y otra vez regalas. A mi me lo recomendó mi 'librero de cabecera' y me dijo, lo recuerdo muy bien: "te va a encantar y lo vas a leer una y mil veces"... ¡y tenia razón!

Dicen que es un libro de autoayuda, puede que sea así, yo diría que es un cuento que se debe leer a 'principio de temporada': después de una vuelta de vacaciones, cuando se empieza el año... y que simplemente te hace pensar en la importancia que tiene quererse a uno mismo sin sentir ningún tipo de vergüenza ni culpa.

Descripción: Pocos libros han tenido la repercusión de "El Caballero de la Armadura Oxidada", sin duda porque es mucho más que un libro. Las profundas enseñanzas éticas que contiene son impartidas con una gran simplicidad y con un toque de humor muy sutil. El protagonista, un caballero deslumbrado por el brillo de su armadura, a pesar de ser bueno, generoso y amoroso, no consigue comprender y valorar con profundidad las cosas que suceden a su alrededor. Su armadura se va oxidando hasta que deja de brillar y no puede quitársela.

Prisionero de sí mismo, emprende entonces un viaje al final del cual, gracias a la ayuda de diversos personajes, logra sacarse la armadura. Este libro nos enseña, de una forma muy amena, que debemos liberarnos de las barreras que nos impiden conocernos y amarnos a nosotros mismos para poder ser capaces de dar y recibir amor. (Ed. Obelisco)

CURSOS A OFICIALES PARA BOLSAS DE TRABAJO, OPOSICIONES, TRASLADOS, CONCURSOS...

NOVEDAD

¡ De regalo un magnífico Mp4 !

EXPERTO en trabajo social sobre conflictos familiares y de pareja

750 horas

1250 €

750 € (versión *pdf*-descarga online)

OTROS CURSOS DISPONIBLES

Mediación familiar: experto en gestión de conflictos

150 h
135 €

Actividades, programación, habilidades y coordinación del voluntariado del S.XXI

110 h
125 €

Formador de formadores

125 h
95 €

¡ De regalo un magnífico Mp4 !

Orientador ocupacional, laboral y de formación

625 h
825 €

Prevención y asistencia en la violencia de género

125 h
115 €

Orientación sociolaboral: teoría y práctica

275 h
105 €

El trabajador social en el ámbito gerontológico

72 h
99 €

Animación sociocultural para trabajadores sociales

195 h
95 €

Actualización en drogodependencias

300 h
130 €

Formación continuada en ayuda a domicilio

450 h
150 €

solicite catálogo gratuito

902 108 801

www.zonadesalud.org

formación a alcalá

a distancia pero siempre cerca