

Gizarte Zerbitzuei eta  
Gizarte Eskuhartzeari buruzko  
Dokumentazio Aldizkaria

Boletín Documental  
sobre Servicios Sociales  
e Intervención Social

# gizarte.doc

Maiatza / mayo 2009

- 
- 2 Gai-bakarreko dosierra  
Dossier monográfico

---

  - 8 Jarduera egokiak  
eta tresnak  
Buenas prácticas  
y herramientas

---

  - 10 Dokumentuak  
Documentos

---

  - 16 Deialdiak  
Convocatorias

## Dossier

# Enfermedad mental: hacia una atención comunitaria de calidad

---

Itziar Ceballos: 'Es necesario incrementar los recursos destinados a la enfermedad mental'

---

José J. Uriarte: 'La atención integral como camino hacia la rehabilitación'

# Enfermedad mental: hacia una atención comunitaria de calidad

[ LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA SON UN GRUPO MUY HETEROGÉNEO, TANTO EN SU CUADRO CLÍNICO COMO LAS NECESIDADES DE APOYO QUE PRECISAN. PRESENTAN UN RIESGO DE EXCLUSIÓN ELEVADO, SOBRE TODO CUANDO SE TRATA DE MENORES, JÓVENES, PERSONAS SIN HOGAR O PERSONAS ENCARCELADAS ]

[ LA ATENCIÓN A ESTE COLECTIVO HA MEJORADO DE MANERA CONSIDERABLE EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS. SIN EMBARGO, LOS RECURSOS COMUNITARIOS DE QUE DISPONEN RESULTAN TODAVÍA ESCASOS, Y LA DEFICIENTE COORDINACIÓN ENTRE EL SISTEMA SOCIAL Y EL SANITARIO CON FRECUENCIA DIFICULTA LA RESPUESTA INTEGRAL QUE SUS NECESIDADES COMPLEJAS EXIGEN ]

**E**n el Estado español, se calcula que hay alrededor de 165.000 personas que sufren alguna enfermedad mental grave y crónica<sup>1</sup> –esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos afectivos mayores–. Estas personas disfrutan de una esperanza de vida media diez años inferior al conjunto de la población, tienen una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas y presentan una elevada tasa de suicidio (10%). A causa de su enfermedad, encuentran dificultades para desenvolverse con soltura en la vida diaria, en particular en lo referido al autocuidado, la autonomía personal, el control de su conducta y la motivación. También se enfrentan a limitaciones a la hora de relacionarse con otras personas, acceder a los servicios, gestionar su tiempo libre o conseguir y mantener un trabajo, entre otras actividades. De hecho, la gran mayoría son económicamente dependientes, y entre el 60% y el 90% carece de empleo. Además, en los casos más graves pueden requerir una protección jurídica especial –transitoria o permanente– a través de un tutor legal o un curador. A los obstáculos derivados de su estado de salud, hay que añadir los impuestos por el fuerte estigma social que, todavía hoy, pesa sobre estas personas. Los prejuicios

sobre la enfermedad mental generan todavía actitudes de rechazo y temor en ciertos sectores sociales, y contribuyen a perpetuar una imagen estereotipada –asociada a la inadaptación, la pereza o, incluso, la agresividad–, a todas luces simplificadora e injusta, que entorpece aún más la participación social de este colectivo. Una participación que requiere apoyos, pero a la que tienen derecho.

La insensibilidad y el desconocimiento respecto a las necesidades de los pacientes de diferentes psicopatologías explican, en buena medida, que la atención brindada a estas personas haya sido, en general y hasta fechas recientes, escasa y muy deficiente. Hasta hace sólo unas décadas, los servicios de salud mental estaban configurados al margen del sistema sanitario y apenas contaban con dos clases de recursos: los hospitales especializados y las residencias psiquiátricas. El internamiento en una de éstas era una respuesta habitual –y muchas veces también definitiva– a los problemas mentales. Estos centros, con frecuencia de gran tamaño y situados lejos de núcleos urbanos, se gestionaban a menudo con criterios de beneficencia. Raramente dispensaban tratamientos que pudieran aliviar las dolencias de estas personas, en parte por la ausencia de terapias y fármacos eficaces, y en parte porque estaban más orientados hacia el aislamiento y la custodia de un grupo humano etiquetado como potencialmente peligroso. La masificación, la falta de intimidad y la despersonalización de la asistencia terminaban por empeorar el estado de salud de unos internos, que, en su mayoría, tenían una calidad de vida muy baja.

Con el tiempo, la atención a las personas con enfermedad mental ha mejorado notablemente. A ello han contribuido, entre otros factores, el desarrollo de nuevos tratamientos (psiquiátricos, farmacológicos y psicosociales), los movimientos a favor de los derechos sociales y la toma de conciencia de los propios pacientes y sus familias sobre su situación y necesidades. En cualquier caso, el cambio más importante ha sido sin duda el desplazamiento del paradigma residencial por el comunitario, un proceso que se conoce como reforma psiquiátrica y también como desinstitucionalización. El nuevo modelo comenzó a extenderse en los años sesenta y setenta, pero no llegó a nuestro país hasta mediados de los ochenta. Este paradigma antepone la atención comunitaria al ingreso en instituciones especializadas, reconociendo así los factores psicosociales implicados en el origen y la evolución de la enfermedad mental, así como en su tratamiento. En este sentido, preconiza la puesta en marcha de un amplio abanico de servicios capaces de apoyar al paciente –y su familia– en el mismo entorno donde reside: servicios sociales comunitarios (de orientación y asesoramiento, de asistencia psicológica, de intervención familiar, de ayuda domiciliaria), servicios de integración sociolaboral (centros especiales de empleo, ocupacionales, de preparación a la inserción sociolaboral), centros asistenciales no residenciales (centros de día, de rehabilitación), servicios de vivienda (residencias y centros residenciales, pisos tutelados, viviendas comunitarias) y recursos de ocio y programas socioculturales. Este enfoque integral, biopsicosocial, requiere la intervención conjunta y coordinada de los servicios sanitarios y los sociales.

<sup>1</sup> Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave, Madrid, Imsero, 2007, pág. 38.

El modelo comunitario, que aquí se ha intentado describir de forma sintética, ha supuesto grandes avances en la asistencia sanitaria y el apoyo social a las personas con enfermedad mental. Sin embargo, todo parece señalar que su implementación está siendo más lenta de lo deseable, no sólo en España, sino también en otros países europeos. La Declaración de Salud Mental para Europa (2005) es muy clara al respecto: aun reconociendo que la salud mental es una prioridad, admite que “la carga de enfermedad atribuible a las patologías mentales no está disminuyendo” y que “muchas personas con problemas de salud mental no reciben el tratamiento y el cuidado que precisan”<sup>2</sup>.

Esta inquietud también se observa en el Estado español y en la CAPV, donde sin duda está aumentando el interés de las instituciones públicas por este colectivo. En 2005, la OMS encontraba cinco debilidades en esta área: la notable disparidad entre los servicios y prestaciones disponibles en unas comunidades autónomas y otras; una integración de la salud mental en el marco global sanitario todavía precaria, particularmente en lo que concierne a la atención psicológica; la falta de apoyo a cuidadores informales; una “fuerte tendencia a mantener los hospitales psiquiátricos”; y la ausencia de un sistema de información y evaluación estatal sobre las patologías mentales<sup>3</sup>. Este último punto se antoja clave, pues una mayor adecuación del sistema sociosanitario a las necesidades de las personas con enfermedad mental exige un conocimiento más detallado de, por un lado, la población atendida, los recursos y las prestaciones más apropiados para responder a sus necesidades y, por otro, de la población afectada que no puede o no quiere utilizar los recursos existentes, para intentar eliminar las barreras de que pudieran encontrar.

Carencias similares se recogen en la evaluación realizada por el Imsero e incluida en el

*Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave* (2007). Sin olvidar las mejoras conseguidas en este terreno, el informe advierte sobre un “incremento de la demanda cuantitativa y cualitativa [...], con riesgo de colapso en algunos elementos del sistema de atención” (pág. 51). A juicio de los autores de este documento, el desarrollo y la dotación de recursos es muy desigual –tanto entre comunidades autónomas como en el seno de éstas–, los índices de cobertura no siempre permiten ofrecer una atención de calidad y, en muchos territorios, ni siquiera se ha definido la cartera de servicios. El apoyo integral aparece también en este informe como un aspecto crítico. Entre otros obstáculos, se destaca la poca tradición e interés que muestran los servicios sanitarios a la hora de coordinarse con los sociales, la escasez de dispositivos de rehabilitación psicosocial y recursos residenciales de corta duración, y, por último, el hecho de que la red de toxicomanías esté con frecuencia desvinculada de la de salud mental, lo cual dificulta el abordaje de la comorbilidad psiquiátrica entre las personas con problemas de drogodependencias. Recientemente, se han puesto también de manifiesto las dificultades que estas personas tienen para beneficiarse de la Ley de Dependencia, debido a que el baremo de acceso tiende a no reconocer las dificultades de ajuste biopsicosocial que la enfermedad mental provoca y que, sin duda, generan discapacidad y dependencia.

Reforzar la prevención y la detección precoz de estas enfermedades es una recomendación habitual en los informes sobre salud mental. A este respecto, los expertos defienden la importancia de reducir los factores psicosociales que pueden desencadenar la enfermedad mental, como el maltrato familiar, el acoso escolar, el estrés laboral o el abuso de psicotrópicos. Igualmente, detectar las enfermedades tan pronto como se presentan puede contribuir a la eficacia del tratamiento y, sobre todo, a ahorrar a los enfermos y sus familias ese largo periplo que, en demasiadas ocasiones, precede al diagnóstico. En cuanto a la terapia, las asociaciones de familiares y enfermos psíquicos vienen reclamando que se permita el tratamiento obligatorio como alter-

## Existe un amplio consenso sobre la idoneidad del modelo comunitario para atender a las personas con enfermedad mental. Lo que falta es superar las barreras para desarrollarlo

nativa a la incapacitación y el internamiento, algo que el ordenamiento jurídico actual rechaza sin excepciones.

Por lo que a la CAPV se refiere, el Ararteko encargó en 2000 un estudio monográfico sobre la atención en salud mental, y desde entonces ha realizado un seguimiento continuo sobre la materia. Buena parte de sus observaciones inciden en los ejes ya señalados. Así, demanda homogeneizar la cartera de servicios entre los tres Territorios Históricos, incrementar los recursos intermedios y los servicios residenciales no hospitalarios para pacientes agudos, y que se haga un mayor hincapié en los grupos de alto riesgo, en especial, menores de edad, personas mayores y personas que cumplen condenas de cárcel.

Como puede verse, existe un amplio consenso sobre la idoneidad del modelo comunitario para atender a las complejas necesidades de las personas con enfermedad mental. Lo que falta es superar las barreras que existen para desarrollarlo, es decir, recursos económicos y profesionales, mejor coordinación entre el ámbito social y el sanitario, diversificación de dispositivos para facilitar un abordaje integral y personalizado, mejor conocimiento del colectivo y, finalmente, una mayor conciencia ciudadana, que impulse la plena participación sociolaboral de estas personas. Será imprescindible, además, estar muy pendientes de las innovaciones y buenas prácticas en este campo de intervención, por ejemplo, la figura del consultor psiquiátrico en servicios sociales dirigidos a personas en situación de exclusión social, que se está implementando en Francia y el Reino Unido, y que se ha empezado también a desarrollar también entre nosotros.

<sup>2</sup> WHO European Ministerial Conference on Mental Health Declaration for Europe. *Facing the Challenges, Building Solutions*, 2005.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud, *Mental Health Atlas 2005*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, pág. 437.

# bibliografía



## Sistema de atención integral a las personas con enfermedad mental

**MODELO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE.** COLECCIÓN: DOCUMENTOS. SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICOS, Nº 21.005. MADRID, IMSERSO, 171 PÁGS., 2007. REF. 163484.

¿Qué dificultades afrontan las personas con enfermedad mental grave y duradera? ¿Cómo debe ser la atención sociosanitaria a ellas dirigida? Este documento editado por el Inersero trata de ofrecer respuestas consensuadas a estas preguntas y, para ello, en su elaboración han participado, además de representantes de la ciudadanía, profesionales de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP), la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) y las Hermanas Hospitalarias. Así, el manual describe los rasgos y necesidades de este colectivo, establece los principios fundamentales del modelo de atención y su relación con el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y determina tanto las características de los recursos (sociales, sanitarios, laborales y humanos) implicados en el sistema como la forma en que han de coordinarse entre sí.

## Gestión de calidad en los centros de atención a enfermos mentales crónicos

INTRESS  
**MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS. GESTIÓN DE CENTROS DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA.** VALENCIA, GENERALITAT VALENCIANA, 163 PÁGS., 2008. REF. 168991.

Este manual de la Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana representa una herramienta de gran utilidad para la gestión de los centros de atención a enfermos mentales crónicos. Basándose en los principios de calidad, ofrece unas pautas claras con el fin de facilitar la gestión sistemática de los principales procesos de estos centros, especialmente los relativos a la rehabilitación e integración social. El manual analiza tres tipos de procesos: los procesos estratégicos para la planificación y gestión del centro, los procesos esenciales en la atención a los enfermos mentales crónicos y, por último, los procesos de apoyo para el mantenimiento y gestión de los recursos materiales. Para la puesta en marcha de sistemas de calidad en este tipo de centros, el profesional encontrará al final del documento cuatro anexos, en los que se recogen formatos de registros habituales en estos centros, cuadros de todos los indicadores de calidad citados y, finalmente, un vocabulario básico de gestión de calidad.

## Aceso a los servicios de salud mental de las personas sin hogar

RANDALL, G. ET AL.  
**GETTING THROUGH. ACCESS TO MENTAL HEALTH SERVICES FOR PEOPLE WHO ARE HOMELESS OR LIVING IN TEMPORARY OR INSECURE ACCOMMODATION. A GOOD PRACTICE GUIDE.** LONDRES, DEPARTMENT OF HEALTH, 89 PÁGS., 2007. REF. 162848.

Las personas sin hogar presentan una prevalencia de psicopatologías superior a la de la población en general. Habida cuenta de las condiciones de exclusión en las que suelen vivir,

resulta fundamental asegurarse de que tengan acceso a una atención médica adecuada y adaptada a sus circunstancias. Éste es el objetivo de esta guía, que se dirige a profesionales de la salud mental y de la atención a personas sin hogar. La obra comienza destacando la importancia de la detección precoz de enfermedades mentales en este colectivo, para evitar que su estado se deteriore y que sobrecarguen servicios no diseñados para responder a su problemática. A continuación, aborda los obstáculos que pueden dificultar el acceso a los servicios de salud mental y las estrategias que pueden superarlos. El documento dedica análisis específicos a ciertos grupos particularmente vulnerables, como las personas con patología dual, las familias con niños/as, los/as jóvenes y las minorías étnicas. Además, proporciona algunas alternativas para que las personas con enfermedades mentales eviten los efectos más excluyentes y estigmatizadores del sistema penal convencional. Por último, el documento se ocupa de la planificación estratégica de servicios y la mejora de la coordinación entre los dispositivos sociales sanitarios y sanitarios.

## Situación de los menores con trastornos de conducta en Andalucía

DEFENSOR DEL MENOR DE ANDALUCÍA  
**MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA EN ANDALUCÍA. INFORME ESPECIAL AL PARLAMENTO.** SEVILLA, DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ, 232 PÁGS., 2007. REF. 163818.

En este informe, el Defensor del Menor de Andalucía pone de manifiesto que los trastornos de

conducta en menores han dejado de ser un problema emergente para convertirse en una preocupante realidad. De acuerdo con el documento, el creciente número de menores con trastornos de conducta incide en todas las capas sociales, y no solamente se circunscribe al ámbito familiar, sino también al educativo y el de los servicios sociales. A las dificultades para la detección temprana de estos trastornos desde los servicios sanitarios primarios, se le suman otras: los retrasos en la derivación de los casos hacia servicios especializados de salud mental; la elaboración de planes de intervención centrados estrictamente en los aspectos sanitarios que obvian las vertientes socioeducativa y familiar del problema; y, por último, la constatación de la inexistencia de recursos específicos para atender aquellos casos más graves en que el trastorno impide la permanencia del menor en su entorno familiar o social. El informe acaba con un conjunto de recomendaciones y sugerencias estructuradas en torno a los dos grupos sobre los que pivota el informe: los menores con trastornos de conducta que están tutelados y los que no lo están.

# Itziar Ceballos: 'Es necesario incrementar los recursos destinados a la enfermedad mental'



*Itziar Ceballos es gerente de la Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Psíquicos (Avifes)*

**¿Hasta qué punto una enfermedad mental diagnosticada y tratada puede dificultar a una persona llevar una vida plenamente integrada en la sociedad, como sucede con otros problemas de salud?**

Una persona con enfermedad mental puede desarrollar una vida autónoma, una buena vida, si recibe los apoyos necesarios y el tratamiento adecuado. Sin embargo, las personas con enfermedad mental se enfrentan a importantes obstáculos en su día a día que han de superar para alcanzar la participación plena en todos los ámbitos de la sociedad. Por una parte, la propia enfermedad genera una sintomatología que produce apatía, falta de interés, dificultades de relación, aislamiento, carencias cognitivas, que afectan al desarrollo en actividades cotidianas; por otro lado, el estigma que rodea a la enfermedad mental

agrava significativamente estas situaciones y conduce al rechazo y a la discriminación social. Las experiencias de discriminación van precedidas de los prejuicios existentes respecto al trastorno mental: culpabilización, vagancia, peligrosidad. Y estos tópicos han sido magnificados como consecuencia de la falta de información, la ignorancia y el pesimismo sobre la capacidad y posibilidad de inclusión social de este colectivo. Es muy importante para la persona que padece un trastorno mental sentirse en condiciones de igualdad con el resto de las personas de su entorno, no en una relación de subordinación o marginación.

**¿Cómo valora la atención que estas personas reciben por parte del sistema sanitario? ¿Y la de los servicios sociales?**

Se han producido importantes avances en la última década encaminados a aumentar la calidad de vida cotidiana de las personas con enfermedad mental, tanto en relación con la atención médica y personal como en el impulso de su inserción en la estructura social, con un aumento significativo del número de plazas en centros de día o pisos tutelados. No obstante, aún no podemos afirmar que dispongamos de herramientas y medios suficientes para garantizar una igualdad real y efectiva de estas personas, así como los recursos y apoyos adecuados a sus necesidades específicas. Es necesario incrementar significativamente los recursos destinados a este colectivo.

**¿En qué medida los dos sistemas están suficientemente coordinados?**

Ésta sigue constituyendo una asignatura pendiente, pues se hace imprescindible fortalecer la cooperación en el ámbito sociosanitario para garantizar el abordaje integral y la continuidad de cuidados. Los sistemas de atención social y sanitario requieren, para la construcción de un marco sociosanitario eficiente, de conceptos como coordinación, colaboración, complementariedad, en todos los ámbitos (entre profesionales, entre instituciones sociales y sanitarias, con la iniciativa social, entre distintos recursos).

**¿Qué supone la Ley de Dependencia en lo que respecta a la protección de las personas con enfermedad mental?**

Inicialmente las personas con enfermedad mental, junto con las personas con discapacidad intelectual, estaban excluidas de esta ley, pensada para personas mayores y personas con discapacidad física. El hecho de ser incluidas, gracias a la presión del movimiento asociativo de ambos colectivos, fue ya un paso muy importante. Sin embargo, el actual sistema de valoración de la situación de dependencia barema de manera inadecuada las características propias de la enfermedad mental, no recoge suficientemente la realidad y la complejidad de las patologías mentales, lo que, de hecho, conlleva un escaso reconocimiento del nivel de dependencia y, por lo tanto, del acceso a las medidas que dispone la ley.

**¿Qué papel están jugando las asociaciones de familiares, como Avifes, en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental? ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentran en su labor?**

Avifes, en sus más de veinte años de trayectoria, ha mantenido su compromiso en la defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental y de sus familias, así como en la reivindicación de los recursos y servicios en el ámbito de inclusión comunitaria. Ha sido y es la voz de un colectivo tradicionalmente invisibilizado y para muchas familias ha constituido casi la única fuente de información, apoyo y autoayuda. Pero además, ha ido desarrollando una importante red de servicios y ha profundizado en las necesidades y aspiraciones del colectivo. Nuestras principales dificultades se centran principalmente en obtener los recursos necesarios, así como en luchar contra el estigma y la incompreensión hacia nuestro colectivo, y en conseguir que la salud mental se convierta en una prioridad real.

# datuak datos

- Según la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 (INE), el 19,46% de la población española padecerá un trastorno mental en algún momento (15,70% de los varones, 22,93% de las mujeres). En el caso de los trastornos del estado de ánimo, la prevalencia se sitúa en el 11,47% (6,71% para los varones, y 15,85% para las mujeres). En cuanto a los trastornos de ansiedad, se estima que afectarán en alguna ocasión al 9,39% de la ciudadanía (5,71% de los hombres y 12,76% de las mujeres).
- La OMS (*Informe sobre la salud mundial en el mundo, 2001*) calcula que, en 2000, los trastornos neuropsiquiátricos provocaron una carga de morbilidad equivalente a 81.755 años de vida ajustados en función de la discapacidad, es decir, al 12,3% de toda la morbilidad causada por enfermedades y traumatismos.

**Tabla 1. Personas con enfermedad mental y discapacidad reconocida que viven en hogares, por sexo y grupo de edad. España, 2008**

	Cifras absolutas (miles de personas)			Cifras relativas (por cada 1.000 habs.)		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
6-44 años	3,11	1,67	2,41	38,30	19,40	57,70
45-64 años	4,72	4,84	4,79	25,40	26,80	52,20
<b>Subtotal 6-64 años</b>	<b>3,60</b>	<b>2,69</b>	<b>3,15</b>	<b>63,70</b>	<b>46,30</b>	<b>109,90</b>
65-79 años	3,22	5,06	4,23	7,80	14,90	22,70
>= 80 años	3,45	7,50	6,03	2,50	9,50	12,00
<b>Total</b>	<b>3,32</b>	<b>3,11</b>	<b>3,21</b>	<b>74,00</b>	<b>70,70</b>	<b>144,70</b>

Nota: El grupo de edad de 0-6 años no aparece en las estadísticas.  
Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008 (INE).

**Tabla 2. Propuesta de cobertura de programas, servicios y centros sociales para cubrir las necesidades de las personas con enfermedad mental. España, 2007**

Servicio	Descripción	Ratio mínima*	Ratio óptima*
Programas activos de rehabilitación psicossocial	Rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, psicoeducación, trabajo con familiares, habilidades para la vida diaria	30	50
Programas de soporte social	Inclusión social, clubes sociales, programas de ocio y tiempo libre	15	30
Rehabilitación laboral	Rehabilitación vocacional y de habilidades laborales, búsqueda de empleo	15	30
Servicios residenciales (minirresidencias)	Hasta 30 plazas, con supervisión profesional	15	30
Servicios de apoyo a la vivienda (pisos supervisados)	Pisos compartidos, con distintos grados de supervisión profesional	6	10

\* Ratios expresadas en número de plazas por cada 1.000 habitantes.  
Fuente: *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*, Madrid, Imsero, 2007, pág. 40.

**Tabla 3. Centros de servicios sociales especializados en personas con enfermedad mental y plazas, por territorios históricos. CAPV, 2006**

	Álava			Bizkaia			Gipuzkoa			CAPV						
	Centros	Plazas			Centros	Plazas			Centros	Plazas			Centros	Plazas		
		Pública	Privada	Total		Pública	Privada	Total		Pública	Privada	Total		Pública	Privada	Total
Servicios de atención comunitaria	4	N.A.	N.A.	N.A.	6	N.A.	N.A.	N.A.	4	N.A.	N.A.	N.A.	14 <sup>a</sup>	N.A.	N.A.	N.A.
Centros de integración sociolaboral	1	—	14	14	7	—	161	161	2	—	—	—	10 <sup>a</sup>	—	175	175
Centros asistenciales no residenciales	1	6	—	6	10	—	362	362	7	42	121	163	18 <sup>b</sup>	48	483	531
Residencias y centros residenciales	3	—	66	66	2	20	50	70	—	—	—	—	5 <sup>c</sup>	20	116	136
Pisos tutelados y viviendas comunitarias	6	7	35	42	2	—	94	94	7	—	38	38	15 <sup>d</sup>	7	167	174
Centros de ocio y actividades socioculturales	1	N.A.	N.A.	N.A.	1	N.A.	N.A.	N.A.	—	N.A.	N.A.	N.A.	2 <sup>a</sup>	N.A.	N.A.	N.A.
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>115</b>	<b>128</b>	<b>28</b>	<b>20</b>	<b>667</b>	<b>687</b>	<b>20</b>	<b>42</b>	<b>159</b>	<b>201</b>	<b>64</b>	<b>75</b>	<b>941</b>	<b>1.016</b>

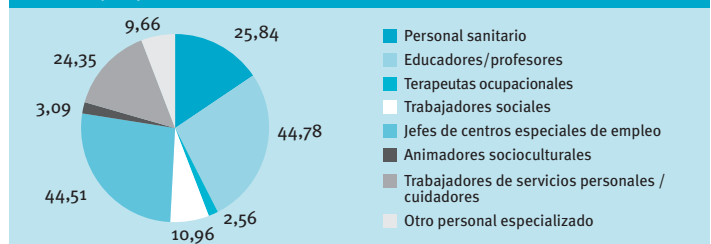
N.A. No aplicable. a. Todos privados. b. Tres públicos. c. Uno público. d. Uno público.  
Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Indicadores sobre Servicios Sociales de la CAPV (Gizadata). La adscripción de los centros a un determinado colectivo (en este caso, personas con enfermedad mental) refleja lo que cada centro indica como grupo principal al que se dirige.

**Tabla 4. Usuarios\* de servicios sociales especializados en personas con enfermedad mental, por territorios históricos. CAPV, 2006**

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	Total
Servicios de orientación y asesoramiento	1.055	22	416	1.493
Servicios de asistencia psicológica	1.521	—	—	1.521
SAD	—	100	—	100
Intervención familiar	—	135	—	135
Otros servicios de atención comunitaria	58	N.D.	44	102
Centros especiales de empleo	14	—	N.D.	14
Centros ocupacionales y de preparación a la inserción sociolaboral	—	129	N.D.	129
Otros centros de integración sociolaboral	—	379	—	379
Centros de día	—	407	97	504
Centros de rehabilitación	N.D.	—	0	0
Residencias y centros residenciales	67	90	—	157
Pisos tutelados y viviendas comunitarias	40	100	38	178
Centros de ocio y actividades socioculturales	300	84	—	384

\* Usuarios a lo largo del año. N.D.: dato no disponible.  
Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Indicadores sobre Servicios Sociales de la CAPV (Gizadata).

**Gráfico 1. Personal de atención directa\* de los servicios sociales especializados en personas con enfermedad mental, por profesión. CAPV, 2006 (%)**



\* Equivalencia en puestos laborales con jornada completa de 1.700 horas anuales.  
Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Indicadores sobre Servicios Sociales de la CAPV (Gizadata).

# La atención integral como camino hacia la rehabilitación



**José J. Uriarte Uriarte**

PSIQUIATRA. JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ZAMUDIO (BIZKAIA). PRESIDENTE DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)

**E**l mayor desafío que deben afrontar actualmente los sistemas sanitarios de los países desarrollados es la atención a la cronicidad. Diseñados para atender los procesos agudos, con un inicio y un final bien definidos, y en los que la relación entre las intervenciones sanitarias y su desenlace es obvia e inmediata, son mucho menos eficientes a la hora de abordar problemas de salud crónicos. Éste es precisamente el caso de algunas enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, que constituyen un buen ejemplo de coexistencia de necesidades y de recursos asistenciales sanitarios y sociales cambiantes en el tiempo, y en ocasiones, de elevada complejidad: atención a los síntomas

psiquiátricos persistentes, funcionamiento cognitivo, habilidades y recursos para afrontar la vida independiente en la comunidad, trabajo, relaciones sociales y afectivas, atención a los problemas de salud física, recursos económicos básicos...

En el caso de las enfermedades mentales graves, hay dos aspectos que han supuesto un enorme avance en las últimas décadas: la idea de que las personas afectadas deben y pueden ser atendidas en recursos sanitarios y sociales normalizados, según un modelo asistencial comunitario; y la asunción de que, en contra de la idea dominante en otros tiempos, las personas con enfermedad mental grave de larga evolución pueden alcanzar la recuperación, entendida, no como curación, sino como proceso y horizonte. Un proceso que facilita retomar el control sobre la propia vida, que promueve la integración en el entorno social propio, que apoya la autonomía personal y que mantiene la esperanza en la mejoría; que consigue, en suma, que las personas afectadas puedan vivir una vida con significado y satisfacción personal, a pesar de su enfermedad y a pesar, muchas veces, de los síntomas persistentes. El proceso de recuperación no es, en la mayoría de los casos, progresivo, sino oscilante, con avances y retrocesos, situaciones cambiantes derivadas de la interacción entre la enfermedad y el ocurrir vital y sus circunstancias. Todos los servicios han de tener clara la necesidad de ofrecer intervenciones integradas, pero flexibles, cambiantes e individualizadas, para adaptarse a las necesidades de cada persona.

Sobre estas dos ideas, la de atención normalizada y dirigida hacia la integración social y la de una expectativa esperanzada hacia la mejoría con el tiempo, ha de basarse cualquier modelo asistencial orientado hacia la recuperación; un modelo capaz de proporcionar la atención sanitaria necesaria, con la intensidad, duración y calidad técnica proporcionadas, y con los recursos necesarios en cantidad y calidad; una atención social capaz de proporcionar los apoyos necesarios para una verdadera integración: alojamiento, ocupación, trabajo, recursos económicos. El

estigma sigue siendo un obstáculo para dicha integración, y para el verdadero desarrollo de un modelo asistencial y de recursos orientados a la recuperación. La tentación de retornar a modelos asistenciales históricos, basados en la hospitalización prolongada, puede ser grande y popular cuando se asocia la enfermedad mental grave con la incurabilidad, la incompetencia social inevitable o, peor aún, la peligrosidad.

En todo caso, no basta con la mera suma de recursos sanitarios y sociales, sino que se requiere una verdadera integración de ambos ámbitos de necesidades y de recursos asistenciales en un plan único y coordinado para cada persona afectada. El modelo de rehabilitación es quizás un buen punto de encuentro para esta visión integrada, bajo un prisma biopsicosocial, con objetivos no limitados a la mera mejoría clínica y con actuaciones que contemplan, de forma simultánea e indistinguible, los síntomas y las discapacidades. Un modelo capaz de servir de marco conjunto para la atención integrada de las necesidades sanitarias y sociales, de integración de esa perspectiva conjunta. En este sentido, lo que llamamos rehabilitación significa organizar la asistencia continuada y a largo plazo de estas personas, aunando los medios disponibles y las técnicas eficaces conocidas –farmacológicas, psiquiátricas, psicológicas y psicosociales– con las medidas sociales necesarias.

Si realmente se desea avanzar en nuestro modelo asistencial comunitario, será necesario un soporte político decidido, capaz de cambiar de forma paulatina la asignación de recursos de la hospitalización a servicios comunitarios; de garantizar, a través de políticas sociosanitarias flexibles, el acceso al alojamiento, al trabajo y a los recursos económicos básicos; de facilitar el acceso a los servicios de rehabilitación; y de dar soporte a las familias. Será necesario también desarrollar planes de integración social y lucha contra el estigma. En síntesis, el modelo comunitario debe proporcionar a las personas afectadas los medios, sanitarios y sociales, suficientes para poder ejercer la condición de ciudadano, la auténtica rehabilitación.

# buenas prácticas y herramientas



## Protocolos para el desarrollo de la igualdad de oportunidades en el ámbito local

GOMÁRIZ, N. (COORD.)

**HERRAMIENTAS PARA EL AUTODIAGNÓSTICO Y LA ELABORACIÓN DE PLANES DE IGUALDAD EN AYUNTAMIENTOS. PROYECTO DE ACCIÓN 3: TRANSFERENCIAS DE PROTOCOLOS DE IMPLANTACIÓN DE PLANES DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y CONCILIACIÓN / PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DE PLANES DE IGUALDAD EN AYUNTAMIENTOS / PROGRAMA MUNICIPIOS POR LA IGUALDAD. CUADERNO EXPLICATIVO SOBRE EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN / PROGRAMA ESCUELAS PARA LA IGUALDAD. CUADERNO EXPLICATIVO SOBRE EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN / PROGRAMA EMPRESAS POR LA IGUALDAD. CUADERNO EXPLICATIVO SOBRE EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. MADRID, FUNDACIÓN MUJERES, 107, 72, 44, 44, 35 PÁGS., 2007. REF. 173507.**

El Proyecto Eloísa es un programa del Instituto de la Mujer de Extremadura enmarcado dentro de la iniciativa comunitaria Equal que persigue como objetivo general favorecer la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el empleo en el ámbito local. Ha editado una guía de herramientas que compila un conjunto de protocolos orientados a desarrollar un proceso de reflexión interna en el seno de las organizaciones participantes. El protocolo de actuación para el desarrollo de planes locales de igualdad en los ayuntamientos se complementa con un cuaderno explicativo –en el que se detallan la definición del protocolo, el desarrollo del proceso y la función de las partes implicadas– y con una guía para el diagnóstico y la incorporación de medidas de igualdad de oportunidades en el ámbito local –en el que se recogen los criterios de análisis para el autodiagnóstico, las fórmulas para obtener la información y las propuestas para el cumplimiento

de los criterios analizados–. El Proyecto Eloísa se completa con otros cuatro protocolos de actuación dirigidos, respectivamente, al desarrollo de planes de igualdad en centros educativos, empresas y en organizaciones sociales, y al impulso de la participación laboral de mujeres en situación de exclusión.

## Ejemplos prácticos de procesos de evaluación

ALFÖLDI, F.  
**DIX HUIT (18) CAS PRATIQUES D'ÉVALUATION EN ACTION SOCIALE ET MÉDICO SOCIALE.** PARÍS, DUNOD, 285 PÁGS., 2008. REF. 172496.

La evaluación de servicios está, sin duda, de moda. El método de evaluación Alföldi, concebido hace más de quince años para su aplicación en servicios sociales y sociosanitarios, en general, y los destinados a la infancia en particular, cuenta con dos manuales de aplicación, publicados respectivamente en 1999 y en 2006. Sin embargo, Francis Alföldi, creador del método y coordinador de la presente obra, constata que los profesionales con frecuencia se quejan de la dificultad de aplicar este método y la necesidad de disponer de ejemplos concretos que ilustren su esencia. Con el fin de responder a esta demanda, este manual recopila dieciocho experiencias prácticas en las que el método ha sido aplicado con éxito en diferentes regiones de Francia y Bélgica. Las experiencias, descritas por los propios profesionales responsables de aplicarlo, resultan muy variadas tanto por la diversidad de centros y servicios –servicios de evaluación y valo-

ración en protección de menores, centros de atención a personas con discapacidad intelectual, servicios de intervención socioeducativa–, como por el perfil profesional de quienes llevan a cabo dicho proceso de evaluación –trabajadores sociales, psicólogos, médicos, directores–.

## Discapacidad intelectual y familia

LEAL, L.  
**UN ENFOQUE DE LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL CENTRADO EN LA FAMILIA.** SERIE: CUADERNOS DE BUENAS PRÁCTICAS FEAPS. MADRID, FEAPS, 66 PÁGS., 2008. REF. 168971.

Dirigido a profesionales, este manual ofrece una perspectiva general del enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia. En tiempos pasados, las investigaciones se llevaban a cabo asumiendo que, debido a que la discapacidad intelectual era una condición “anormal”, las familias también debían ser anormales o “defectuosas”. Esta perspectiva tan negativa se descarta en este documento, en pro de una más reciente y positiva, que reconoce la diversidad entre las familias y hace hincapié tanto en las fortalezas del individuo como en las de la familia. La obra parte de algunas premisas clave: en primer lugar, las familias con casos de discapacidad intelectual tienen más puntos en común con otras familias que diferencias; no existe un modelo de unidad familiar típico u óptimo; y, por otra parte, los miembros de la unidad familiar deben ser tenidos en cuenta si la intervención tiene como objetivo alcanzar una independencia

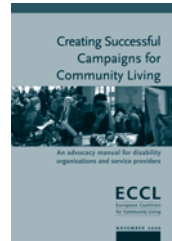
para las personas con discapacidad intelectual. Por último, la autora destaca que tener un hijo con discapacidad intelectual no tiene por qué convertirse en la máxima preocupación familiar.

## Una propuesta de pedagogía intensiva ante los nuevos retos y dificultades de la acción social con adolescentes

ETXEBERRIA, J. Y ALUSTIZA, I.  
**HAUSTURAK. PEDAGOGIA INTENSIBOKO PROPOSAMEN BAT / RUPTURAS. UNA PROPUESTA DE PEDAGOGÍA INTENSIVA.** DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN, HEZI ZERB ELKARTEA, 78 PÁGS., 2008. REF. 170734.

Bajo el título de *Hausturak/Rupturas*, la asociación HeziZerb no presenta una propuesta de integración de la pedagogía intensiva en la acción social con menores y adolescente, basada en su amplia experiencia, contrastada en actividades piloto donde se desarrollan el vínculo interno con los educadores, la animación externa y la relación con el entorno. Ante un contexto de crisis de la educación social con menores y adolescentes, la entidad aboga por aplicar una metodología intensiva, innovadora y de ruptura donde el adolescente y los profesionales del sector encuentren un sentido a su vida afectiva y profesional. El documento incluye, además de una descripción propia de esta metodología, una guía para el desarrollo de una estancia de ruptura y recomendaciones para el diseño del programa, la preparación de las estancias y la configuración de los roles de los participantes.





## Comités de ética profesional en el ámbito sanitario, una herramienta para la toma de decisiones

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
**GUÍA PARA COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL.**  
 VALLADOLID, JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN,  
 52 PÁGS., 2008. REF. 171639.

De la mano de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, la Comisión de Bioética de Castilla y León presenta en este documento una serie de reflexiones en torno a una herramienta clave para la resolución de conflictos en la práctica asistencial y en la toma de decisiones clínicas tanto entre profesionales como entre pacientes y personal médico: los comités de ética profesional. El documento analiza primero la naturaleza estos comités, para después definir y concretar las funciones que deben cumplir, siempre ajustadas a la deliberación y orientación. En un tercer apartado, limita las relaciones que los comités deben tener con los pacientes, las instituciones, la sociedad en general y con otros comités similares que existan en otros lugares.

## Manual para la defensa y promoción de la vida independiente

**CREATING SUCCESSFUL CAMPAIGNS FOR COMMUNITY LIVING. AN ADVOCACY MANUAL FOR DISABILITY ORGANISATIONS AND SERVICE PROVIDERS.** LONDRES, EUROPEAN COALITION FOR COMMUNITY LIVING, 124 PÁGS., 2008. REF. 172447.

A lo largo de este manual dirigido al tejido asociativo de la discapacidad, la Coalición Europea a favor de Servicios Comunitarios (ECCL) aborda cómo garantizar la

participación e implicación de las personas con discapacidad en la planificación de medidas que promuevan la vida independiente, y cómo reivindicar la defensa de la vida independiente por medio de actividades, grupos de opinión, protestas, informes, trabajo en red, desarrollo de proyectos y relaciones con los medios de comunicación. Todo ello con un claro objetivo: que la vida independiente llegue a considerarse una cuestión política. En su parte final, el libro incluye cuatro anexos: un glosario de los principales conceptos relacionados con la vida independiente, las principales normativas internacionales para la defensa de la vida independiente, estudios de casos reales y una serie de consejos para los posibles formadores que utilicen este volumen en su actividad docente.

## Guía para niños y niñas adoptados

AGINTZARI  
**ADOPTIA TXIKI. GUÍA PARA NIÑOS ADOPTADOS Y NIÑAS ADOPTADAS / ADOPTIA TXIKI. HAUR ADOPTATUENTZAKO GIDA.**  
 VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA-GOBIERNO VASCO, 41 PÁGS., 2008. REF. 173924.

La presente guía se dirige a niños y niñas adoptados de más de 10 años. El documento constituye la última entrega de una trilogía que se completa con las guías destinadas a padres y madres adoptantes (2005) y a profesionales de la educación y agentes sociales (2006), editadas también por el Gobierno Vasco. La guía, bilingüe y redactada de manera sencilla, tiene como objetivo proporcionar a

estos menores los conocimientos e instrumentos con los que identificar y gestionar adecuadamente las dificultades a las que deberán enfrentarse durante sus procesos de adaptación escolar y social. El material se basa principalmente en las experiencias y preocupaciones planteadas por los niños y niñas atendidos en el espacio de apoyo y consulta psicosocial Adoptia, que gestiona la asociación Agintzari. Esta entidad utiliza aquí un lenguaje claro y directo, a veces incluso aparentemente crudo, como el mejor modo de acercarse a la realidad de estos niños y niñas a la hora de abordar temas como el abandono por parte de la familia biológica, los efectos negativos de ese abandono o las dificultades para hablar sobre los sentimientos vinculados a la adopción.

## Como organizar talleres de memoria para personas con demencia

SCHWEITZER, P. Y BRUCE, E.  
**REMEMBERING YESTERDAY, CARING TODAY. REMINISCENCE IN DEMENTIA CARE: A GUIDE TO GOOD PRACTICE.** LONDRES, JESSICA KINGSLEY PUBLISHERS, 224 PÁGS., 2008. REF. 172675.

Compartir memorias y experiencias con otras personas contribuye a crear la sensación de pertenencia a un grupo y puede prevenir el aislamiento. Para las personas mayores que, con los años, pierden el contacto con personas cercanas y carecen de un apoyo social natural, los talleres de memoria pueden sustituir las relaciones sociales perdidas, ayudar a evitar la sensación de soledad y mejorar las relaciones con familiares, ami-

gos y personal de atención. El presente manual ha sido elaborado desde la experiencia de varios talleres de memoria para personas con demencia, realizados todos ellos dentro del marco de un proyecto europeo puesto en marcha a finales de la década de 1990. En él se describe cómo familiares, amigos, voluntarios, personal de los servicios sociales y los servicios de salud, con ayuda de objetos que funcionan como estímulo, pueden evocar memorias de la época escolar, de viajes y de otros acontecimientos importantes en la vida de las personas mayores. Mediante la aplicación de esta sencilla técnica, que puede aplicarse en grupos o de forma individual, y que funciona igual de bien para las personas con capacidad de expresión verbal como para quienes han perdido el habla, se puede conseguir que las personas con demencia recuperen algunas habilidades ya olvidadas y, a veces, incluso la autoestima perdida.

## Innovaciones en la atención a las personas mayores



VARIOS AUTORES  
LES INNOVATIONS. *GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ*, Nº 126, PÁGS. 4-247, 2008. REF. 171730.

La prestigiosa revista *Gérontologie et Société*, editada por la Fundación Nacional de Gerontología de Francia, ha recopilado en un reciente número monográfico las aportaciones de diversos expertos en torno a las innovaciones en la atención a las personas mayores. Los trabajos abordan estas innovaciones desde perspectivas tan diversas como los aspectos éticos de la aplicación de las nuevas tecnologías a la geriatría y la gerontología, las reformas institucionales y organizativas en la atención a las personas mayores, los enfoques innovadores en el abordaje de la depresión en personas mayores o el establecimiento de servicios experimentales a domicilio.

## Conclusiones en torno al absentismo y la rotación entre el personal de atención directa

VVAA  
BETTER JOBS BETTER CARE: NEW RESEARCH ON THE LONG TERM CARE WORKFORCE. *THE GERONTOLOGIST*, VOL. 48, SPECIAL ISSUE 1, PÁGS 5-123, 2008. REF. 170992.

Better Jobs Better Care es un programa estadounidense de instigación que, con carácter estatal, se desarrolló entre 2002 y 2006 en torno a la elevada incidencia de absentismo y de rotación existente entre el personal de atención directa de los servicios sociales. La revista *The Gerontologist* ha dedicado un número monográfico al tema. En él describe, en primer lugar, los orígenes y características del citado programa, para recopilar después una serie de experiencias de buena práctica y de investigaciones relacionadas con la calidad del empleo de atención directa –predictores del abandono laboral, factores de motivación para la permanencia, criterios de (in)satisfacción profesional, influencia de los aspectos organizativos sobre el bienestar de las personas usuarias–.

## La terapia, más eficaz que la formación en los programas de apoyo a cuidadores

ZABALEGUI, A. ET AL.  
EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS DEPENDIENTES MAYORES DE 65 AÑOS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA*, VOL. 43, Nº 3, PÁGS. 157-166, 2008. REF. 174005.

Según datos oficiales, el número de cuidadores de personas mayores dependientes asciende en España a cerca de un millón de personas, por lo que cada vez resultan más habituales los programas de intervención dirigidos a este grupo. Este artículo presenta una revisión de literatura (1996-2006) sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a las personas cuidadoras de personas dependientes. Los resultados muestran que dichos programas tienen efectos positivos sobre la ansiedad (50%), la sobrecarga (40%) y la depresión (90%) de las personas cuidadoras y que las intervenciones basadas en terapia cognitivo-conductual resultan más eficaces que aquéllas cuyo contenido se centra únicamente en la formación.

## Los derechos de las personas sordas



PAZ, B.  
LEGISLACIÓN EN MATERIA DE DISCAPACIDAD: LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS SORDAS. MANUAL PRÁCTICO. LA NAVE, 296 PÁGS., 2008. REF. 172024.

En esta guía se analizan las diferentes normas legislativas promulgadas para garantizar los derechos de las personas con discapacidad en general y, más en particular, los de las personas sordas. El objetivo de esta herramienta de consulta es difundir todas las posibilidades que ofrecen las muy diversas normas que hacen referencia a las personas sordas –dispersas y relativas a muy diferentes ámbitos de la vida cotidiana–, de forma que puedan hacer valer sus derechos. Aunque el trabajo de Paz Arranz analiza el conjunto del cuerpo normativo español (con algunas referencias también a normas y convenios de carácter europeo), se centra muy particularmente en algunas normas específicas, como la Ley 27/2007, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas; la 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad; y el Real Decreto 2271/2004, por el que se regula el acceso al empleo público y la provisión de puestos de trabajo de las personas con discapacidad, con especial énfasis en la disponibilidad de intérpretes de lenguas de signos en las diferentes administraciones, el desarrollo del autoempleo y el empleo con apoyo, o la supresión de las barreras en la comunicación.

## Abegi-sistematik arretaren ostean? 18 eta 23 urte bitartekoaren sostenguen kostu-irabazien analisisa

PACKARD, T. ETA BESTE BATZUK  
A COST-BENEFIT ANALYSIS OF TRANSITIONAL SERVICES FOR EMANCIPATING FOSTER YOUTH. *CHILDREN AND YOUTH SERVICES REVIEW*, 30 BOL., 11 ZENB., 1.267-1.278 OR., 2008. ERREF. 173197.

Kaliforniako Unibertsitateko zein bertako Arartekoaren bulegoko adituek abegi-sistematik kanpoan gelditzen diren estatu honetako 18 urte-tik gorako nerabeen egoera zein euren etorkizunaren kostuari erreparatzen diote errealitatea kontuan harturik. Abegi-sistemaren barruan jarraitzeko paradarik izan arren eta bereber bizitzeko programak eduki arren errealitate gordinak besterik frogatzen du. Izan ere, nerabe horietatik askok hezkuntzarik edo ofiziorik gabe TANF edo beharturik dauden familiei diru-laguntzen menpean aurkituko dira diru-iturriak ez izatean eta, txarrean, justiziarekin arazoan medio presondegietan amaituko dira. Azken egoera hauek, hain zuzen, urteren zehar estatuari kostu bat suposatuko diotelako nerabe hauen bi balizko ibilbide neurtu dituzte autoreek, hau da, prestakuntza eta emantzipazio-sostengua kostu-irabazien analisisa TANF programetan edo presondegietan gasta-tzen denaren eta sortu daitekeen onuraren analisiarekin alderatuz. Datuetatik argi ikusten dute emantzipazio eta hezkuntzaren programe-tan inbertsioa askoz errentagarriagoa izango da etorkizunari begira, hots, 40 urtetan ia 1,5 mila milioi dolarrekoa.

## Plan escocés de prevención y atención al maltrato infantil



SCOTTISH GOVERNMENT  
**NATIONAL DOMESTIC ABUSE DELIVERY PLAN FOR CHILDREN AND YOUNG PEOPLE.** EDIMBURGO, SCOTTISH GOVERNMENT, 89 PÁGS., 2008. REF. 172311.

El Gobierno Escocés ha aprobado recientemente el Plan Nacional de Acción Frente al Maltrato Doméstico Infantil, con una premisa básica: resulta imprescindible que los poderes públicos desarrollen un trabajo coordinado en la detección, valoración, intervención y apoyo a las víctimas, así como en la reducción de la reincidencia en los malos tratos. El plan presenta trece actuaciones que se estructuran en torno a cuatro ejes: la protección (mejora de los mecanismos de detección en los servicios sanitarios, implantación de un sistema uniforme y sistemático de recogida de información y de toma de decisiones, especialización de los servicios de justicia); el acceso a los servicios (establecimiento y especialización de servicios multidisciplinares y coordinación interdepartamental, prevención del “sinhogarismo” mediante la provisión de servicios residenciales, establecimiento de grupos de apoyo e intervención comunitarios), la prevención primaria basada en la educación (mejora de la respuesta del sistema educativo ante el maltrato, mejora del conocimiento de los menores en torno a los malos tratos y sus consecuencias, implicación individual e institucional en la prevención y reducción de daños asociados al maltrato) y, por último, la participación de los menores de edad en el desarrollo de las políticas y servicios que les afectan.

## Carta de derechos y deberes de usuarios de residencias y centros de día en Asturias



CONSERJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL  
**CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LAS RESIDENCIAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS / CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.** OVIEDO, GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 16 PÁGS., 2008. REF. 171718.

La *Carta de deberes y derechos de las personas usuarias de residencias del Principado de Asturias*, por un lado, y la de *...personas usuarias de centros de atención diurna...*, por otro, persiguen un doble objetivo: asegurar el respeto a la dignidad y la libertad de opinión de las personas usuarias y facilitar la convivencia en los centros y el trabajo de los y las profesionales. Ambas constituyen un conjunto de normas de obligado cumplimiento en los centros públicos y concertados de Asturias desde el 1 de enero de 2008. Como es lógico, ambos documentos comparten parte del contenido, tanto de derechos (no discriminación, acceso a la información, trato individualizado y digno, participación en la toma de decisiones, asignación de un profesional de referencia), como de obligaciones (cumplimiento del reglamento interno, respeto a la dignidad del personal, utilización adecuada de las instalaciones, cuidado de la ropa y objetos personales, abono de las cuotas correspondientes), aunque el documento relativo a los centros residenciales resulta sensiblemente más extenso en lo que a derechos se refiere.

## ¿Cómo se financia la atención a la dependencia? Análisis de algunos convenios entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas

EL DESTINO DE LA FINANCIACIÓN COMPARTIDA DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA 2007. ESTUDIO DE LOS CONVENIOS AGE-CCAA PARA LA FINANCIACIÓN DEL NIVEL ACORDADO DEL SAAD EJERCICIO 2007. MADRID, COMISIONES OBRERAS, 39 PÁGS., 2008. REF. 168860.

El sindicato CCOO presenta en este estudio un análisis de los estándares acordados dentro del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), el número de horas de ayuda a domicilio estipuladas, las plazas concretas de residencias, su distribución por centros y municipios, así como el número de prestaciones económicas previstas. De la financiación de los nuevos servicios –donde la mayor cuantía se dirige a los servicios residenciales y a la asistencia domiciliaria–, el texto informa de que, en 2007, el Estado financiaba 115 millones de euros, mientras que la aportación del conjunto de las CCAA –salvo Navarra y el País Vasco, cuyo gasto desconocen– ascendía a 271 millones de euros. En cuanto a las prestaciones, la cuantía mayoritaria se dirigía a prestaciones vinculadas al servicio y era financiada con 25 millones de euros por el Estado, mientras que las autonomías aportaban para ello 86 millones de euros.

## Análisis crítico del sector de servicios a la persona en Francia

DEVETTER, F. X. ET AL.  
**L'AIDE À DOMICILE FACE AUX SERVICES À LA PERSONNE. MUTATIONS, CONFUSIONS, PARADOXES.** LILLE, CENTRE LILLOIS D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES SOCIOLOGIQUES ET ÉCONOMIQUES, 311 PÁGS., 2008. REF. 173307.

En Francia se crearon, sólo en 2006, 106.000 puestos de trabajo en el sector denominado de servicios a la persona. Bajo el sugerente título de *La ayuda a domicilio frente a los servicios a la persona. Mutaciones, confusiones y paradojas*, este extenso estudio aporta un enfoque multidisciplinar, abordando el tema desde los puntos de vista económico, social y político. Esta diversidad de enfoques viene dada por la colaboración de tres centros de investigación dispares: el Centre de Recherche et d'Information sur la Démocratie et l'Autonomie (CRIDA), el Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques et Économiques (CLERSE) y la Red 21 de la Universidad de Valenciennes. El trabajo parte de la base de que, en el ámbito de los servicios a la persona, confluyen dos grandes desafíos: la creación de puestos de trabajo –y, junto con ella, la necesaria profesionalización y la mejora de la calidad del empleo–, por un lado, y la regulación del sector –social, sanitario y tercer sector–, por otro. La investigación aúna un enfoque cualitativo –mediante entrevistas a casi un centenar de personas usuarias, trabajadores del sector, agentes empresariales y entidades responsables de la regulación– con un análisis más cuantitativo y descriptivo.

## Hacia la consolidación del espacio sociosanitario: un análisis de caso



PETCH, A.  
**HEALTH AND SOCIAL CARE: ESTABLISHING A JOINT FUTURE?** EDIMBURGO, DUNEDIN ACADEMIC PRESS, 96 PÁGS., 2007. REF. 168515.

Mejorar la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios constituye un objetivo prioritario para muchas políticas de bienestar. Pero, ¿cómo lograr que profesionales de diferentes servicios, con bagajes formativos e institucionales muy diversos, trabajen de forma conjunta en favor de los usuarios? Si bien los modelos raramente se pueden trasplantar de un lugar

a otro, conocer iniciativas exitosas permite adelantarse a los posibles obstáculos y adquirir ciertos criterios generales sobre qué soluciones funcionan y en qué contextos. Este libro ofrece, en este sentido, un análisis pormenorizado del programa de coordinación sociosanitaria Joint Future Agenda, implementado en Escocia a partir de 1999.

## Características y situación de los inmigrantes musulmanes en España

METROSCOPIA ESTUDIOS SOCIALES Y DE OPINIÓN, SL  
**LA COMUNIDAD MUSULMANA DE ORIGEN INMIGRANTE EN ESPAÑA. ENCUESTA DE OPINIÓN 2008.** MADRID, MINISTERIO DEL INTERIOR, 64 PÁGS., 2009. REF. 173454.

La población musulmana de origen inmigrante en España ha crecido de forma notable en España durante la última década. Esto ha creado una necesidad de conocer las características sociodemográficas de esta comunidad, así como de saber de qué grado de integración social y laboral disfruta este colectivo. Esta investigación, el tercer barómetro de la comunidad musulmana inmigrante, recoge las opiniones de 2.000 personas mayores de 16 años pertenecientes a este colectivo. Se trata de una encuesta cuya representatividad estadística resulta difícil de asegurar, puesto que no existe un registro censal detallado y fiable de este grupo poblacional. A pesar de ello, esta encuesta constituye, hoy por hoy, la principal herramienta para conocer la forma de vida y las necesidades de estos 'nuevos españoles'.

## ¿Son efectivos los programas de prevención de caídas en personas mayores?

CLEMSON, L. ET AL.  
**ENVIRONMENTAL INTERVENTIONS TO PREVENT FALLS IN COMMUNITY-DWELLING OLDER PEOPLE. A META-ANALYSIS OF RANDOMIZED TRIALS.** JOURNAL OF AGING AND HEALTH, VOL. 20, Nº 8, PÁGS. 954-971, 2008. REF. 172614.

Este estudio tiene como objetivo valorar la efectividad de los programas destinados a la reducción de caídas en personas mayores que residen en su domicilio. El trabajo, basado en una extensa revisión de las evaluaciones realizadas sobre programas para prevenir este tipo de accidentes, concluye que suelen obtener buenos resultados, pues reducen el riesgo en un 21%, porcentaje que se eleva hasta el 39% cuando la intervención se centra en las personas mayores de alto riesgo (principalmente, personas mayores que han sufrido caídas en el último año, personas con un deterioro funcional o con problemas graves de visión).

## Organización y financiación de la atención domiciliar en Europa



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
**HOME CARE IN EUROPE.** SERIE: THE SOLID FACTS. COPENHAGUE, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008. REF. 173646.

La atención domiciliar es, sin duda, una de las piezas clave para hacer frente a la creciente demanda de cuidados de larga duración en los países occidentales, tanto en términos de coste-efectividad frente a soluciones residenciales como por el mayor grado de aceptación y satisfacción entre las personas usuarias. La puesta en marcha de una adecuada red de servicios domiciliarios supone, no obstante, un importante reto para los poderes públicos, ya que –a diferencia de la atención en centros– precisa de organizaciones con una gran flexibilidad, capaces de adaptar la atención a las necesidades y las circunstancias de cada persona usuaria. En este documento publicado por la Organización Mundial de la Salud se realiza una revisión sistemática de la documentación más reciente sobre la manera en que los diferentes países europeos han afrontado la organización y la financiación de los servicios domiciliarios, su lugar en los sistemas sanitario y social, así como a la coordinación existente con otros servicios de ambos sistemas. Además de ofrecer la documentación más actualizada sobre estos temas, el documento resalta brevemente aquellas políticas y programas de diferentes países que pueden servir de inspiración en los diferentes ámbitos analizados.

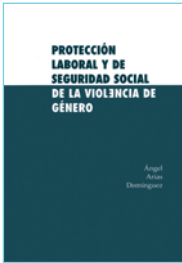
## El primer plan andaluz para mujeres con discapacidad fomentará su autonomía económica y personal



CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL  
**PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD DE ANDALUCÍA 2008-2013.** SEVILLA, JUNTA DE ANDALUCÍA, 94 PÁGS., 2008. REF. 170206.

Este documento recoge las iniciativas que la Junta de Andalucía desarrollará hasta 2013 para poner fin a la doble discriminación que sufren las mujeres con discapacidad, colectivo integrado en Andalucía por algo más de 400.000 mujeres, el 58% de todas las personas con alguna discapacidad. El plan, que cuenta en su primer año con una dotación de 3,9 millones de euros y establece un total de 64 medidas, desarrollará una estrategia de intervención integral dirigida tanto a las personas directamente beneficiarias, como a sus familias y a la ciudadanía en general. En este plan destacan, entre otras, iniciativas novedosas, como la creación de servicios de atención psicológica especializada en género y discapacidad, la reserva de plazas residenciales para estudiantes con discapacidad, el desarrollo de protocolos específicos sobre sexualidad y planificación familiar, o el reforzamiento de los programas de rehabilitación y atención temprana. Junto al plan, el Gobierno Andaluz ha publicado también el programa anual de trabajo 2008, documento en el que se detallan las medidas previstas para el primer año de desarrollo.

## Aplicación de la Ley de Violencia de Género en el ámbito laboral



ARIAS, A.  
**PROTECCIÓN LABORAL Y DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.** CÁCERES, UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA, 189 PÁGS., 2008. REF. 171641.

El propósito de este trabajo consiste en exponer, por un lado, los principios jurídico-laborales que la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2004) instaura en el ámbito laboral y, por otro, realizar un análisis crítico de la aplicabilidad de unas medidas que, en muchos casos,

poco tienen que ver con la realidad que impera en el mundo laboral. Aunque la ley incorpora, entre otros, el derecho de las trabajadoras a la reordenación de su puesto de trabajo a través de la adaptación al horario o de la aplicación del horario flexible, de la reducción de jornada, con disminución proporcional del salario, de la movilidad geográfica, del cambio de centro de trabajo, de la suspensión laboral con reserva de puesto de trabajo o de la extinción del puesto de trabajo, todas estas posibilidades apenas son desarrolladas en los convenios colectivos. No es de extrañar, por tanto, que el panorama de desarrollo de las potencialidades negociadoras de la norma se muestre absoluta y radicalmente desolador, más empeñado en reproducir el contenido literal de la norma estatal que en construir soluciones novedosas y adecuadas a la realidad.

## Donostiako Gizarte Zerbitzuetako katalogo eguneratua



DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL  
**CATÁLOGO DE SERVICIOS SOCIALES / ZERBITZUEN KATALOGOA.** DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN, AYUNTAMIENTO DE DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN, 72 PÁGS., 2008. REF. 165936.

Donostiako Udaleko Gizarte Ongizateko Zuzendaritzak alor ezberdinetarako hainbat zerbitzu eskaintzen dituen bilduma eguneratua eskaintzen digu, alegia, ekintza komunitarioa, adinekoak, prebentzioa, haurrak eta familia, premiazko harrerak, gizarteratzea, inmigrazioa, ezintasuna, gizarte ekimena eta gainerako udal erakundeek zein zuzendaritzek kudeatzen dituzten gizarte laguntzak agertzen dira aipatutako katalogoan. Ekintza komunitarioari dagokionez Lehen Arretaren barneko tresna eta zerbitzu guztien deskribapena emateaz gainera auzoz auzoko arretaren kokapenak ematen ditu, baita duela gutxi sortutako Gizarte Larrialdietarako Udal Zerbitzuaren ezauzgarrien berri eman ere. Adinekoen autonomia bultzatzeari begira, bestalde, udal arauak, adineko autonomoentzako bizilekuen alternatioben aukera, egun adinekoek euren bizitza autonomoa garatzeko esku duten baliabideen tresneria (etxez etxeko laguntza zerbitzua, telelaguntza edo ikasleekin elkar bizitzea) eta parte-hartze aktiboa edo denbora librea igarotzeko baliabideak aipatzen dira. Jarraian eta beste gaien artean, droga-mendekotasuna, arrisku egoera eta gabezia edo genero indarkeria aurrezaintzeko dauden baliabideak topa ditzakegu dokumentuan.

## Servicio residencial de alivio para menores en riesgo de ruptura familiar

DIXON, J. Y BIEHAL, N.  
**YOUNG PEOPLE ON THE EDGE OF CARE. THE USE OF RESPITE PLACEMENTS.** YORK, SOCIAL WORK RESEARCH CENTRE, 89 PÁGS., 2007. REF. 171944.

En Inglaterra, las chicas y chicos de entre 10 y 15 años representan el 40% de los menores tutelados, y los períodos que pasan lejos de sus familias suelen ser cortos (de menos de seis meses en las dos terceras partes de los casos). Sin embargo, cuando vuelven a su hogar, los problemas de convivencia familiar no siempre se resuelven, y ello perjudica gravemente a estos menores. Dado que su comportamiento puede ser difícil y que escasean las familias de acogida, los centros residenciales de alivio pueden contribuir a solucionar los problemas de estas familias, pues facilitan la intervención psicosocial, manteniendo a los menores en su entorno. El presente estudio evalúa uno de estos centros, determinando su incidencia en los menores, explicando los mecanismos que intervienen en sus efectos y tratando de identificar qué chicas y chicos y en qué circunstancias podrían beneficiarse de este tipo de recursos. Tras recoger información cuantitativa y cualitativa de estos adolescentes durante un año, las autoras del informe concluyen que esta fórmula obtuvo los resultados deseados en buena parte de los menores y sus familias, por lo que recomiendan considerar esta clase de servicios como una herramienta útil dentro las políticas de apoyo familiar.

## ¿Quién cuidará de los cuidadores en 2041? Un estudio británico

PICKARD, L.  
**INFORMAL CARE FOR OLDER PEOPLE PROVIDED BY THEIR ADULT CHILDREN: PROJECTIONS OF SUPPLY AND DEMAND TO 2041 IN ENGLAND.** LONDRES, PSSRU, 19 PÁGS., 2008. REF. 167073.

Los cuidados informales a personas mayores con alguna discapacidad son realizados, en su inmensa mayoría, por familiares directos, cónyuges o hijos en edad adulta. Según los cálculos de este estudio, el 90% de estos últimos rondaría hoy día la edad de jubilación, o ya estarían en esa situación. Del estudio se desprende que uno de los mayores problemas de los próximos 40 años será la provisión de cuidadores, pues, según las estimaciones realizadas, para atender la demanda total en 2041 en Gran Bretaña faltarían 250.000. De continuar la baja natalidad y la consiguiente falta de relevo de los cuidadores, el descenso de la cohabitación bajo el mismo techo de las personas mayores con los hijos y la incorporación progresiva de la mujer al mercado laboral, así como el aumento de la longevidad entre las personas mayores, se agravará la demanda de cuidados por parte de este grupo etario, que actualmente se cubre, en buena medida, gracias al esfuerzo de la familia.

## Documento de bases del Pacto para la Inmigración en Cataluña



DEPARTAMENT D'ACCIÓ SOCIAL I CIUDADANIA  
**UN PACTE PER VIURE JUNTS I JUNTES.** BARCELONA, GENERALITAT DE CATALUNYA, 37 PÁGS., 2008. REF. 171474.

La necesidad de una respuesta consensuada al reto que plantea la inmigración ha suscitado en Cataluña la firma del denominado Pacto Nacional para la Inmigración, el cual sirve de base a este documento de la Secretaría para la Inmigración de la Generalitat. El pacto, que incluye un total de 112 medidas, de las que 62 son políticas vigentes que

se tendrían que reforzar y 50, nuevas iniciativas, se vertebran en torno a tres ejes principales: la gestión de flujos migratorios y acceso al mercado de trabajo (adecuación de la normativa y los recursos, mejora de la coordinación con los países de origen de las personas inmigrantes), la adaptación de los servicios públicos a una sociedad con necesidades diversas (creación de un servicio de acogida universal, sistematizado y homogéneo en toda Cataluña, garantía de igualdad en el acceso a los servicios públicos y refuerzo de la transversalidad y coordinación interinstitucional) y, en tercer lugar, la integración en una cultura pública común (fomentar la participación ciudadana, convertir el catalán en lengua pública común, convivir en la pluralidad religiosa, asegurar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y reforzar las políticas destinadas a la infancia, personas mayores y familias).

## Las cuidadoras tienen peor calidad de vida

LARRAÑAGA, I. ET AL.  
**IMPACTO DEL CUIDADO INFORMAL EN LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CUIDADORAS: ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO.** GACETA SANITARIA, VOL. 22, Nº 5, PÁGS. 443-450, 2008. REF. 171713.

Estudio descriptivo basado en la Encuesta de Salud del País Vasco de 2002 en el que se comparan la salud física y mental, la utilización de servicios, la salud social y la calidad de vida relacionada con la salud en personas cuidadoras y no cuidadoras. La información se obtuvo mediante dos cuestionarios, uno familiar y otro individual, aplicados a una muestra de 8.398 personas mayores de 29 años, con el propósito de identificar a los cuidadores y cuidadoras informales, cuantificar el efecto que la actividad de cuidar tiene sobre su salud y determinar si éste es diferente según el sexo. Los resultados reflejan que, entre los cuidadores, las mujeres poseen un menor nivel de estudios y una menor tasa de empleo que los hombres. Por otro lado, la proporción de mujeres que cuidan de forma permanente a familiares con elevado grado de dependencia es mayor que la de los hombres. Los datos ponen en evidencia que cuidar afecta negativamente a la salud del cuidador, pero implica mayores riesgos para las mujeres, por la mayor carga de trabajo que han de asumir.

## Análisis de la sociedad civil en clave de red



REQUENA, F.  
**REDES SOCIALES Y SOCIEDAD CIVIL.** MADRID, CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS, 183 PÁGS., 2008. REF. 171773.

El concepto de red resulta de gran utilidad en el estudio de los fenómenos sociales, pues permite integrar las perspectivas micro y macro. Aplicar esta herramienta teórica al análisis de la sociedad civil es, justamente, el objetivo de este libro, escrito por el catedrático de sociología Félix Requena. El autor define la sociedad civil como un complejo entramado de redes sociales interconectadas e interdependientes, que actúan de eslabón entre el individuo y el Estado. Desde este planteamiento, trata de exponer "cómo se organizan las redes sociales en la sociedad", analizando las diferentes modalidades que encuentra (redes políticas, de solidaridad, familiares, de mercado). En el apartado de conclusiones, Requena aboga por fortalecer la sociedad civil, de modo que pueda complementar los mecanismos de protección social gestionados por el Estado y el mercado.

## La influencia nórdica en el Estado Social español

MORENO, L.  
**THE NORDIC PATH OF SPAIN'S MEDITERRANEAN WELFARE.** SERIE: WORKING PAPER, Nº 163, CAMBRIDGE, CENTER FOR EUROPEAN STUDIES, 18 PÁGS., 2008. REF. 173911.

A pesar de sus supuestas y reiteradas crisis, el modelo nórdico aún constituye un referente indudable de buenas prácticas para muchos países occidentales. España es, a juicio del investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas CSIC Luis Moreno, uno de los países mediterráneos que más mira hacia los países nórdicos a la hora de orientar las políticas públicas en cuestiones sociales. Este artículo analiza, en concreto, la evolución del modelo social español en dos áreas que tradicionalmente han caracterizado el Estado Social nórdico: el papel de los recursos fiscales e impositivos, y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

## Del hospital a casa: examen de dos modalidades de atención intermedia para pacientes mayores

KAAMBWA, B. ET AL.  
**COSTS AND HEALTH OUTCOMES OF INTERMEDIATE CARE: RESULTS FROM FIVE UK CASE STUDY SITES.** HEALTH AND SOCIAL CARE IN THE COMMUNITY, VOL. 16, Nº 6, PÁGS 573-581, 2008. REF. 171500.

Dejar a un paciente ingresado en un hospital hasta su plena recuperación supone un elevado coste para el sistema sanitario, y, por eso, lo habitual es que se le ofrezca el alta hospitalaria tan pronto como sea posible. Para acortar la estancia en el hospital y, al mismo tiempo, garantizar unos cuidados domiciliarios apropiados, en el Reino Unido se han ensayado diversas fórmulas dentro de lo que se denomina atención intermedia (*intermediate care*). Este estudio evalúa los resultados obtenidos al aplicar dos de esas modalidades (llamadas *admission avoidance* y *supported discharge*) a pacientes ancianos, atendiendo a sus costes, las características de los usuarios y la recuperación de éstos.

## Estudio sobre la participación social de las personas mayores en España



DUQUE, J. M. Y MATEO, A.  
**LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES.** COLECCIÓN ESTUDIOS. SERIE PERSONAS MAYORES, Nº 11005. MADRID, IMSERSO, 179 PÁGS., 2008. REF. 172904.

Durante la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en 2002, se destacó la importancia de fomentar la participación social de las personas mayores para, por un lado, aumentar su contribución a la sociedad y, por otro lado, mejorar su calidad de vida. En este

documento, editado por el Imserso, se hace un repaso de la participación social actual entre las personas mayores en España en diferentes ámbitos: político, asociativo, laboral, en los medios de comunicación y en las actividades recreativas. En el primer apartado del documento, se revisa la literatura reciente en esta materia. La segunda sección recoge los indicadores de los españoles mayores, según ámbito de actividad y zona geográfica. La tercera parte de la publicación presenta los resultados de un estudio cualitativo realizado entre personas mayores de 50 años sobre sus vivencias durante el proceso de prejubilación y prejubilación. El tamaño del muestreo y el rigor de la metodología utilizada convierten este documento en la publicación más completa editada durante la última década sobre el envejecimiento activo en España.

## Las personas menores de edad con discapacidad: derechos, políticas y servicios para su atención



VVAA  
**LOS MENORES CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA.** SERIE: CERMI-ES, Nº 37. MADRID, CERMI, 548 PÁGS., 2008. REF. 171941.

Este documento, publicado por el CERMI, analiza la realidad de los niños y niñas españoles con discapacidad desde muy diversas perspectivas. El libro analiza el marco jurídico y las políticas públicas desarrolladas en nuestro país para atender las necesidades especiales de las personas menores de

edad con discapacidad, así como la respuesta que se les está ofreciendo a estos niños y niñas, y a sus familias, desde el sistema público de servicios sociales y desde las organizaciones de personas con discapacidad. La imbricación de los servicios generales de atención a la infancia y la familia, y los destinados a las personas con discapacidad, especialmente en el marco de la Ley de Promoción y Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, constituye el hilo conductor que aporta coherencia al documento. A través de los distintos capítulos del libro, se constata la necesidad de incrementar el esfuerzo en la prevención, la detección precoz y la atención temprana, así como de mejorar la coordinación entre el sistema educativo, sanitario y de servicios sociales para ofrecer de esta manera una adecuada atención a los menores de edad con discapacidad.

## El tipo de centro residencial condiciona la utilización de sujeciones físicas

BURGUEÑO, A. A. ET AL.  
**PREVALENCIA COMUNICADA DE SUJECIONES FÍSICAS.** AGATHOS. ATENCIÓN SOCIO SANITARIA Y BIENESTAR, VOL. 8, Nº 1, PÁGS. 4-11, 2008. REF. 167479.

Existe un consenso muy amplio sobre la necesidad de racionalizar el uso de sujeciones físicas en España. Este artículo describe los resultados de un estudio realizado en una muestra de 4.430 personas mayores que vivían en 63 residencias. Si bien los autores advierten de las debilidades ligadas al tamaño reducido de la muestra, el estudio muestra una prevalencia global de sujeciones diarias del 17,6%, evidencia una correlación aceptable entre la demencia y el uso de barandillas, constata una elevada variabilidad en la utilización de medidas restrictivas –que no se explica por las condiciones de las personas residentes– y muestra la existencia de diferencias significativas en el uso de sujeciones según el centro. Destaca, por ejemplo, el hecho de que, en las residencias de titularidad privada, cada día se inmovilizara físicamente al 16% de los usuarios, frente al 27,2% de los residentes en centros de titularidad pública, una medida que también se aplicaba al 13,5% de los residentes en centros ubicados en el medio rural, frente al 26% de los residentes en centros ubicados en el medio urbano.

## La atención a personas con discapacidad intelectual en Estados Unidos

**RESIDENTIAL SERVICES FOR PERSONS WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES: STATUS AND TRENDS THROUGH 2007.** MINNEAPOLIS, UNIVERSITY OF MINNESOTA, 177 PÁGS., 2008. REF. 169356.

Esta publicación de la Universidad de Minnesota recoge las estadísticas anuales de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, sobre los equipamientos y la atención residencial de todo este colectivo en cada estado norteamericano. El primer estudio destacable para conocer la atención residencial de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en EEUU se produjo en 1977. El interés por conocer la cobertura residencial aumentó, al igual que el interés por la atención comunitaria, alternativas muy recientes durante aquella década. En 1977, existían 9.303 plazas residenciales comunitarias –con quince o menos residentes, aunque solamente alojaban a un 16,3% del total de residentes. En la evaluación de 1982, estos servicios alojaban ya al 26,1% de los residentes. Desde aquellas primeras evaluaciones, se ha dado una rápida reducción de pacientes con discapacidad intelectual y del desarrollo en los Estados Unidos, que alcanza el 70%.

# deialdiak convocatorias

## VI Foro para la Igualdad: "Empoderamiento y participación sociopolítica de las mujeres"

Varias localidades de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 4 a 21 de junio. Organiza: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. **Más información:** Tel.: 943 45 66 25. [www.foro-emakunde.com](http://www.foro-emakunde.com) [emakunde.foro@orebe.net](mailto:emakunde.foro@orebe.net)

## V Congreso Nacional de Servicios Sociales Municipales de la Federación Española de Municipios y Provincias

Zamora, 10 a 12 de junio. Organiza: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). **Más información:** Tel.: 980 10 04 22. [www.congresonacionalserviciossociales.es](http://www.congresonacionalserviciossociales.es) [cnsszamora@terra.es](mailto:cnsszamora@terra.es)

## Curso de verano "Intervención con familias"

Bergara, 16 de junio. Organiza: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). **Más información:** Tel.: 943 76 90 33. [www.uned.es](http://www.uned.es) [info@bergara.uned.es](mailto:info@bergara.uned.es)

## Curso de verano "Violencia de género"

Bergara, 17 a 19 de junio. Organiza: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). **Más información:** Tel.: 943 76 90 33. [www.uned.es](http://www.uned.es) [info@bergara.uned.es](mailto:info@bergara.uned.es)

## Jornada sobre nuevas perspectivas para el cooperativismo de viviendas

Valencia, 19 de junio. Organiza: Instituto Universitario de Investigación en Economía Social y Cooperativa (IUDESCOOP) y Federación de Cooperativas de Viviendas Valenciana (FECOV). **Más información:** [www.uv.es](http://www.uv.es) [cidec@uv.es](mailto:cidec@uv.es)

## Curso de verano "La participación de las personas mayores en la sociedad actual"

Donostia-San Sebastián, 22 y 23 de junio. Organiza: Universidad del País Vasco. **Más información:** Tel.: 943 21 95 11. [www.gipuzkoa.ehu.es](http://www.gipuzkoa.ehu.es) [cursoverano@sc.ehu.es](mailto:cursoverano@sc.ehu.es)

## Conferencia Europea de los Servicios Sociales

Praga, 22 a 24 de junio. Organiza: Red Social Europea. **Más información:** Tel.: + 44 (0) 1273 739039. [www.esn-eu.org](http://www.esn-eu.org) [info@esn-eu.org](mailto:info@esn-eu.org)

## XII Jornadas Nacionales de Investigadores en Economía Social: "La crisis como oportunidad para la economía social"

Murcia, 24 a 26 de junio. Organiza: CIRIEC España. **Más información:** Tel.: 96 382 84 89. [www.ciriec.es](http://www.ciriec.es) [ciriec@uv.es](mailto:ciriec@uv.es)

## Curso de verano "Intervención con inmigrantes"

Bergara, 25 y 26 de junio. Organiza: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). **Más información:** Tel.: 943 76 90 33. [www.uned.es](http://www.uned.es) [info@bergara.uned.es](mailto:info@bergara.uned.es)

## International Association of Gerontology and Geriatrics World Congress

París, 5 a 9 de julio. Organiza: International Association of Gerontology and Geriatrics. **Más información:** Tel.: +32 2 779 59 59. [www.gerontologyparis2009.com](http://www.gerontologyparis2009.com) [info@gerontologyparis2009.com](mailto:info@gerontologyparis2009.com)

## Curso de verano "Avances en intervención en discapacidad: planificación de la vida adulta de la persona con discapacidad"

Santoña (Cantabria), 6 a 10 de julio. Organiza: Universidad de Cantabria. **Más información:** Tel.: 902 20 16 16. [www.unican.es](http://www.unican.es) [cursoverano@gestion.unican.es](mailto:cursoverano@gestion.unican.es)

## IV International Conference on Interdisciplinary Social Sciences

Atenas, 8 a 11 de julio. Organiza: Common Ground. **Más información:** Tel.: +1 217 328 0405. [iog.cg-conference.com](http://iog.cg-conference.com) [mail@commongroundpublishing.com](mailto:mail@commongroundpublishing.com)

## Curso de verano "Educación y menores en riesgo"

Donostia-San Sebastián, 9 a 11 de julio. Organiza: Universidad del País Vasco. **Más información:** Tel.: 943 21 95 11. [www.gipuzkoa.ehu.es](http://www.gipuzkoa.ehu.es) [cursoverano@sc.ehu.es](mailto:cursoverano@sc.ehu.es)

## Curso de verano "Los sistemas de protección de la infancia y sus retos"

Donostia-San Sebastián, 24 de julio. Organiza: Universidad del País Vasco. **Más información:** Tel.: 943 21 95 11. [www.gipuzkoa.ehu.es](http://www.gipuzkoa.ehu.es) [cursoverano@sc.ehu.es](mailto:cursoverano@sc.ehu.es)

## Curso de verano "Políticas públicas de vivienda y suelo en un contexto de crisis económica"

Donostia-San Sebastián, 27 a 29 de julio. Organiza: Universidad del País Vasco. **Más información:** Tel.: 943 21 95 11. [www.gipuzkoa.ehu.es](http://www.gipuzkoa.ehu.es) [cursoverano@sc.ehu.es](mailto:cursoverano@sc.ehu.es)

## XII<sup>th</sup> ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect

San Petersburgo (Rusia), 23 a 26 de agosto. Organiza: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. **Más información:** [www.ispcan.org](http://www.ispcan.org)

## Curso de verano "El futuro de los servicios sociales en Gipuzkoa"

Donostia-San Sebastián, 3 y 4 de septiembre. Organiza: Universidad del País Vasco. **Más información:** Tel.: 943 21 95 11. [www.gipuzkoa.ehu.es](http://www.gipuzkoa.ehu.es) [cursoverano@sc.ehu.es](mailto:cursoverano@sc.ehu.es)

## Curso de verano "Crisis global: hacia un nuevo modelo económico y social"

Donostia-San Sebastián, 9 a 11 de septiembre. Organiza: Universidad del País Vasco. **Más información:** Tel.: 943 21 95 11. [www.gipuzkoa.ehu.es](http://www.gipuzkoa.ehu.es) [cursoverano@sc.ehu.es](mailto:cursoverano@sc.ehu.es)

## ExpoNagusi

Eibar, 29 de septiembre a 1 de octubre. Organiza: Agencia de Desarrollo Comarcal Debegesa. **Más información:** Tel.: 943 82 0110. [nagusiak@debegesa.com](mailto:nagusiak@debegesa.com)

## Curso de especialización en orientación, supervisión y coaching

Donostia-San Sebastián, 16 de octubre de 2009 a 30 de junio de 2011. Organiza: Universidad de Deusto. **Más información:** Tel.: 943 32 62 63. [supervision@ud-ss.deusto.es](mailto:supervision@ud-ss.deusto.es)

## IX Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores: "Envejecimiento activo"

Sevilla, 20 a 22 de octubre. Organiza: Confederación Española de Organizaciones de Mayores-CEOMA. **Más información:** Tel.: 91 573 52 62. [www.ceoma.org](http://www.ceoma.org) [ceoma@ceoma.org](mailto:ceoma@ceoma.org)



**EUSKO JAURLARITZA**  
**GOBIERNO VASCO**

ENPLEGU ETA GIZARTE  
GAJETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO  
Y ASUNTOS SOCIALES

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

**Produktzioa** Producción

SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa  
SIIS Centro de Documentación y Estudios  
Fundación Egüía-Careaga

General Etxague 10 20003 Donostia-San Sebastián  
Tel. 943 423656 Fax 943 293007  
[publicaciones@siis.net](mailto:publicaciones@siis.net)  
[www.siis.net](http://www.siis.net)

**Inprimaketa** Imprime  
Gráficas Santamaría, S.A.

L.G./D.L.: SS-685/06