



Revista  
**Redes** Servicios  
sociales

Nº 11 Diciembre 2002

ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES  
DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE HUELVA



### Consejo de Redacción:

Eva Salazar Gadea  
Gabriela de la Fuente Sotomayor  
Inmaculada Gasch Guerrero  
Francisco Camacho Pizarro  
Isabel Santana Moreno  
M.ª Luisa Omist López  
Pilar Muñoz González

### Portada:

Victor Pulido Lancha

### Coordinación y Elaboración:

Área de Servicios Sociales.

D.L. H-166/96

### Impime:

Técnicos de Fotocomposición, S.L.

I.S.SN: 1139-9422

### Diputación Prov. de Huelva

#### Área de Servicios Sociales

c/. Fernando El Católico

N.º 18-5.ª planta

21003 Huelva

Teléfono: 959 49 47 47

Fax: 959 49 47 30

N.º 11 - DICIEMBRE 2002

PUBLICACIÓN GRATUITA

REDES no se hace responsable ni suscribe necesariamente las opiniones personales del o de los autores de los artículos

# SUMARIO

Editorial .....	1
Reflexiones	
• Consumo de alcohol y estilos de vida en la adolescencia. Ana M.ª Carrasco González.....	3
Experiencias	
• 330 euros en Barcelona: El oficio de (sobre)vivir. Rafael Santiago .....	21
• Análisis de dos experiencias de apoyo emocional a mayores a través del voluntariado. M.ª Carmen García, José Ignacio Naranjo y Cristina Vilaba.....	29
• Programa Redes para el tiempo libre «Otra forma de moverte». Pedro Moreno Lepe y Lola Pérez Cárdenas.....	51
• Proyecto de reducción del absentismo escolar. Consuelo Bayo Jiménez y Matilde González Manje.....	67
Los Municipios en Directo	
• El reto de los Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Trigueros. Ana Pérez Castilleja.....	77
Legislación	
• Análisis y tratamiento de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) Adela Centeno Manzano y Luis Rojas Marcos....	89

## CONCLUSIONES JORNADAS MATALASCAÑAS 2002

Durante los días 13 y 14 de junio pasados se desarrollaron en Matalascañas unas Jornadas del Área de Servicios Sociales de la Diputación Provincial de Huelva.

*«Hacia una actuación Integradora»* era el lema escogido para la ocasión. Ello en base a reflexionar sobre la importancia de la coordinación entre los profesionales que desarrollan su labor en el campo de los Servicios Sociales.

Unos 140 profesionales de los Servicios Sociales y del Centro Provincial de Drogodependencias tuvieron la oportunidad de trabajar durante dichas jornadas en la búsqueda de cauces adecuados de comunicación interna en la rentabilización de los recursos existentes y de los esfuerzos de trabajo, con el fin de mejorar la prestación de servicios a los ciudadanos de nuestra provincia.

No quisiera dejar pasar esta oportunidad sin dejar constancia en estas líneas de las conclusiones más importantes a que se llegaron en dichas jornadas de trabajo:

- *La necesidad de la coordinación en Servicios Sociales se justifica en base a la naturaleza de los problemas sociales. La multicausalidad de dichos problemas y las múltiples manifestaciones de éstos, requieren respuestas diversas y la intervención de distintas disciplinas que permitan una atención globalizadora de los mismos, integrando las acciones que, desde los distintos sistemas, se ponen en marcha para afrontarlos, evitando, de este modo, la fragmentación de las personas y favoreciendo su atención integral.*
- *Justificada la necesidad de coordinación en el tratamiento de los problemas sociales, los profesionales del Área de Servicios Sociales señalan que dicha coordinación no ha de ser un hecho aislado, que dependa*

*de la buena voluntad de los implicados, sino que ha de ser entendida como un proceso por lo que se hace necesario establecer unos circuitos de coordinación en los que especifiquen: protocolos de actuación consensuados, instrumentos estandarizados de valoración y criterios de utilización de servicios, vías de comunicación fluidas entre los diferentes servicios, circuitos de derivación identificando responsables y procedimientos así como la planificación de acciones conjuntas.*

- *La coordinación entendida de este modo permitirá la organización metódica de los recursos y esfuerzos a poner en marcha para una acción común, con el objetivo último de la rentabilización, eficacia, eficiencia y calidad de los servicios.*

Como Diputada de Servicios Sociales mi agradecimiento a todos cuantos contribuyeron en dichas jornadas con su trabajo, a la adopción de las conclusiones expuestas, pues no dudo que, su puesta en práctica, redundará positivamente en beneficio de los ciudadanos de nuestra provincia.

**Eva Salazar Gadea**

*Diputada Delegada de Juventud y Servicios Sociales*



# CONSUMO DE ALCOHOL Y ESTILOS DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA

**Dra. Ana María Carrasco González**

*Universidad de Huelva*

*Departamento de Psicología (Área de Psicología Social)*

## 1. RESUMEN

El consumo de alcohol en la adolescencia constituye un problema de carácter social de interés prioritario, al originar importantes costes sanitarios, económicos y sociales. El presente trabajo, que comienza con una reflexión sobre si el alcohol puede ser considerado un tipo de droga, o bien su aceptación social le exime de ser contemplado como tal, se centra en analizar la etapa de la adolescencia como la de mayor riesgo en el inicio del consumo de alcohol y de otras conductas relacionadas con la salud, así como en describir los actuales patrones de consumo de alcohol entre los adolescentes y jóvenes y sus problemas asociados, centrándose especialmente en la problemática derivada de la llamada «movida juvenil»; por úl-

timo, pretende subrayar que el consumo de alcohol, como cualquier otra conducta de riesgo para la salud, por aislada que pudiera parecer, forma parte de patrones más amplios de conductas que configuran estilos de vida concretos. De ahí que el estudio del consumo de alcohol en el contexto de los estilos de vida resulte de una enorme importancia para una mayor comprensión del problema, así como para el diseño de programas integrales de prevención e intervención dirigidos a adolescentes.

## 2. EL ALCOHOL: ¿ES UNA DROGA?

Encontrar un significado exacto y a la vez realista al término droga no es tan sencillo como parece. Tal como

---

*Agradecimientos:* El presente trabajo se enmarca dentro de la investigación «El consumo de alcohol en los adolescentes españoles en el contexto de sus estilos de vida», realizada con el apoyo de una Beca de Formación de Personal Docente e Investigador, concedida por la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía.

señala Comas (1985), droga puede ser muchas sustancias y, sin embargo, sólo parecen serlo aquellas que han sido calificadas culturalmente como tales. Dicho de otra manera, el término *droga* está más determinado por las circunstancias socioculturales de un determinado momento histórico, que por las cualidades y efectos de una determinada sustancia en el organismo. De hecho, normalmente, cuando se habla de drogas pocas veces se piensa en sustancias tales como el alcohol, el tabaco o el café, puesto que gozan de la aceptación y apoyo de la tradición histórico-cultural y su consumo es tolerado, e incluso fomentado a través de la publicidad. Es precisamente debido a esta aceptación social, tal y como afirman Pons y Berjano (1999), donde radica la problemática de la conceptualización del alcohol como droga, puesto que su consumo está plenamente integrado en las pautas de comportamiento de nuestra sociedad.

Siguiendo la definición de Kramer y Cameron (1975), *droga* sería toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones. Sin embargo, pocas veces, en nuestra cultura, al hablar de las drogas, nos referimos al alcohol, aún cuando reúne los requisitos para ser incluíble en la citada definición, al ser un depresor del Sistema Nervioso Central, además de ser capaz de crear procesos adictivos, tales como dependencia (psíquica y física), tolerancia y síndrome de abs-

tinencia. Sin embargo, el alcohol es una droga tan ampliamente aceptada socialmente que muchas personas ni siquiera lo consideran como tal. En el estudio «Los andaluces ante las Drogas» (Comisionado para la Droga, 1999), sólo el 9,8% de las respuestas mencionan el alcohol cuando se les pregunta qué drogas conocen.

Por tanto, aunque desde un punto de vista médico-farmacológico el alcohol sea una droga, sin embargo, su conceptualización como tal no es tan fácil a nivel socio-cultural. Tal como afirman Pons y Berjano (1999), la dificultad para conceptualizar el alcohol como una droga, está enraizada en la creencia, culturalmente consensuada, de que droga es aquella sustancia extraña al propio grupo sociocultural de referencia, que es tomada de forma clandestina o semiclandestina por elementos marginales de la sociedad (dadas sus características de rechazo social del propio producto) y su comercialización o intercambio está penalizado por medidas legislativas. Es evidente que el alcohol encontraría dificultades para encajar plenamente dentro de esta conceptualización, pero no las denominadas drogas no institucionalizadas, denominadas así aquellas que son objeto de rechazo cultural y social y su consumo es considerado ilegal. Por ello, mientras que los consumidores de estas sustancias son rechazados socialmente y son motivo de controversia, la sociedad, en cambio, es más permisiva y benevolente con el consumidor de alcohol

o de tabaco. Situación paradójica ésta, ya que las llamadas drogas legales, como el alcohol o el tabaco constituyen un problema de salud pública de igual o mayor magnitud que las drogas ilegales. Desgraciadamente, no ha sido hasta hace poco tiempo, tras observar como el consumo peligroso de alcohol entre los jóvenes se traducía en graves problemas sanitarios y sociales, tales como los accidentes de tráfico, cuando se han oído voces de alarma con objeto de desmitificar su consumo y advirtiendo de sus peligros. Más abajo nos centraremos en algunos de estos múltiples problemas asociados al consumo del alcohol.

### 3. LA ADOLESCENCIA: UN TERRENO ABONADO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL.

El término adolescencia procede del latín «adolescere», que significa «crecer hacia la madurez». La adolescencia es un período de desarrollo marcado por un rápido cambio físico, emocional, cognitivo y social, que da lugar a una auténtica conmoción general del adolescente. Diversos autores han descrito estos cambios (Hopkins, 1987; Papalia & Wendkos, 1992). Su apariencia física sufre importantes y rápidos cambios que son permanentemente evaluados por el propio interesado. La satisfacción o insatisfacción que experimenta ante su propio cuerpo influye en su autoestima. Las relaciones interpersonales también suelen modificarse especta-

cularmente. Los padres ven restringidas sus funciones como tales, produciéndose un distanciamiento entre padres e hijos, mientras que el grupo de iguales domina las relaciones sociales del adolescente, convirtiéndose, en la mayoría de los casos, en el principal agente influyente y en auténticos modelos conductuales a seguir o imitar. La búsqueda de la identidad personal es su principal inquietud, convirtiéndose en una persona tremendamente sensible a las influencias externas, a la vez que se impregna de un característico sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia, que le permite explorar nuevas sensaciones sin evaluar de forma completa los riesgos que asume. Afirman Arria, Tarter y Van-Thiel (1991) que la complejidad y magnitud de estos cambios y el sentimiento de invulnerabilidad sitúan a los adolescentes en un considerable riesgo de morbilidad y mortalidad de enfermedades y accidentes, puesto que tienden a realizar frecuentemente conductas que contribuyen a ello, tales como fumar, consumir alcohol u otras drogas o mantener relaciones sexuales sin protección.

La etapa de la adolescencia es también señalada por diversos autores (Guthrie, Loveland, Frey y Dielman, 1994; Oliveros, 1995) como la de mayor riesgo en el inicio del consumo de alcohol, puesto que es en estas edades cuando suele adquirirse y desarrollar los patrones de consumo y las actitudes hacia esta sustancia, así como de otras conductas relacionadas

con la salud (tabaco u otras drogas, ejercicio físico, hábitos alimenticios, prácticas sexuales, etc). Tanto las actitudes como las conductas de salud adquiridas en este periodo tendrán importantes implicaciones futuras y mediatizarán el desarrollo de estilos de vida saludables o no saludables en la vida adulta. De hecho, la adolescencia es la etapa del desarrollo que la mayor parte de los autores consideran la más adecuada para intentar evitar la adopción de hábitos no saludables y, en caso de que ya se hayan iniciado, intentar modificarlos antes de que se establezcan de forma definitiva (Oliveros, 1995).

Sin embargo, si se desea llegar a entender la relación adolescente-alcohol y disponer de elementos necesarios para elaborar programas efectivos de prevención, se ha de tener en cuenta que el consumo de alcohol está determinado, en gran medida, por el contexto interpersonal en el que el adolescente se desenvuelve, puesto que es bajo la influencia de los distintos agentes de socialización (familia, iguales, escuela, medios de comunicación, etc.), donde tiene lugar la configuración y adquisición de conductas relacionadas con la salud, entre ellas el consumo de alcohol. De hecho, Funes (1990) considera que antes de plantearse la intervención en la adolescencia se debe analizar cómo son socializados los adolescentes, cuáles son los espacios por dónde pasa su proceso de adquisición de patrones culturales y sociales y en qué momentos de los

diversos recorridos por los que transcurre el proceso de transición hacia la vida adulta podemos influir o actuar.

La familia es uno de los principales agentes de socialización y sigue siendo el principal agente transmisor intergeneracional de valores y costumbres, a pesar los recientes incrementos de la ruptura familiar. La investigación empírica confirma que las actitudes y los valores sobre el uso del alcohol se aprenden durante la niñez, principalmente a través del proceso de imitación e identificación con las personas más significativas. Diversos estudios (Barnes, 1987; Anderson y Henry, 1994; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994) señalan que los adolescentes siguen en gran parte las normas, actitudes, conductas y pautas de consumo de sus padres respecto al consumo de alcohol. La dificultad en las relaciones afectivas parento-filiales, una escasa comunicación, una disciplina inconsistente e inadecuada, la falta de modelos parentales idóneos y la desestructuración familiar son también algunas de las características familiares que se han vinculado a la aparición del consumo de alcohol entre los jóvenes (Muñoz y Graña, 2001).

En un estudio realizado por Elzo (1994) con adolescentes vascos de Enseñanzas Medias, los grupos de amigos aparecen como el segundo agente de socialización más importante, después de la familia. El 83% de los adolescentes afirmaban pasar gran parte de su tiempo libre con amigos,

fuera de casa, en lugares de diversión o de «marcha» (bares, pubs, discotecas, etc). De hecho, el grupo de iguales es considerado como una de las variables con mayor influencia sobre la ingesta de alcohol entre los adolescentes. Ello se debe a lo importante que es para el adolescente la pertenencia a un grupo y sentirse integrado en el mismo. Diversos trabajos señalan que debido a la gran importancia que el adolescente concede a ser aprobado por el grupo de compañeros o amigos, éste puede ser particularmente susceptible a la influencia y presión del grupo de los iguales respecto al consumo de alcohol, especialmente si el grupo aprueba y fomenta el consumo de bebidas alcohólicas (Dielman et al 1987; Duncan et al 1995; Wills, Mariani y Filer, 1996).

También la escuela es considerada como otro lugar privilegiado de la socialización de los adolescentes. La experiencia vivida en ella también condiciona profundamente el proceso evolutivo y madurativo del adolescente, así como sus visiones, actitudes y relaciones sociales. Por ello no debe extrañar que exista una influencia recíproca entre las experiencias escolares de los adolescentes y aspectos tan diversos como su vida familiar, relaciones sociales o estilos de vida. En diversos estudios se ha hallado que el consumo de alcohol está relacionado con una escasa satisfacción escolar, un bajo rendimiento académico, repetición de cursos y escasas expectativas académicas (Shannon

et al, 1993; Simons et al, 1999). El hecho de que la adolescencia esté condicionada por una larga permanencia en el sistema escolar hace que esta institución sea uno de los ámbitos prioritarios de intervención. El fracaso de socialización en la escuela supone, en muchos casos, el éxito de la socialización en la calle (Funes, 1990).

Este mismo autor señala que grandes sectores de adolescentes son socializados por lo que se llama las «nuevas instituciones educativas»: la calle. Con este término se refiere no sólo a los espacios de uso público que tengan funcionalidad de tránsito, sino también a determinados locales cerrados, como son los bares, discotecas, los espacios vividos como lugares de diversión. Se trata de una socialización que se va producir fuera de las instituciones clásicas. Se va a producir fuera del sistema escolar a pesar de que estén todo el día en la escuela, fuera de la familia a pesar de que sigan dependiendo de ella.

No hay litrona sin grupo y sin calle. Los bares, la calle y las discotecas son los lugares privilegiados del consumo de alcohol por parte de los adolescentes. La primera fuente de conflictos que la calle genera es su «apropiación» por parte de grupos de adolescentes y jóvenes a través de las llamadas «movidas». Esta «apropiación» favorece los intereses económicos de cierta clase empresarial, pero a su vez es acogida con hostilidad por el vecindario. La pérdida de signifi-

cados de las instituciones más tradicionales, confieren peso y significación a las actividades en relación con el ocio, con las relaciones de grupo, con la diversión, con la información y la cultura que le llega por otros canales. Es en esos espacios y contextos donde surgen una gran parte de sus identificaciones, de sus estilos de vida (Hualde, 1990).

No puede analizarse la influencia de los diferentes agentes de socialización sobre el consumo de alcohol de los adolescentes, sin atender paralelamente a la influencia de los medios de comunicación. El adolescente recibe a través de los medios de comunicación de masas, todo un conjunto de expectativas sobre sus efectos, valoración social y una amplia gama de consideraciones positivas, que suelen ser erróneas y ficticias. Este conjunto de expectativas favorece en el adolescente la ingesta de alcohol de bebidas alcohólicas (Cárdenas, 1991).

#### **4. EL CONSUMO DE ALCOHOL Y PROBLEMAS ASOCIADOS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES**

Los problemas que conlleva el consumo excesivo de bebidas alcohólicas son muy graves y constituyen, conjuntamente con el tabaco y el sida, una dramática causa de mortalidad y morbilidad en el conjunto de la población. Ya en 1979, la 32ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución

WHA32.40, declaró: *«Los problemas relacionados con el alcohol, y en particular el consumo excesivo, figuran entre los principales problemas de salud pública del mundo» y «constituyen graves amenazas para la salud, el bienestar y la vida de la humanidad»* (Comité de Expertos de la OMS, 1980, pag. 14).

Hasta hace poco tiempo existía la tendencia a considerar a toda la gama de los problemas derivados del consumo de alcohol como manifestaciones del alcoholismo o consumo excesivo crónico. No cabe duda que una amplia diversidad de problemas se relaciona con el desarrollo del «síndrome de dependencia del alcohol» (SDA). Sin embargo, la dependencia del alcohol, aunque es prevalente y por sí sola muy inquietante, sólo constituye una pequeña parte de la totalidad de los problemas relacionados con el alcohol (Comité de Expertos de la OMS, 1980).

Existen numerosos problemas sociales y sanitarios que no entrañan necesariamente una dependencia al alcohol, sino que pueden ser consecuencia de ingestiones esporádicas agudas. Por ejemplo, las intoxicaciones étlicas agudas o los episodios de embriaguez esporádicos de los jóvenes durante los fines de semana, también puede ser causa de muerte o de invalidez, sin necesidad de dependencia, ya que un joven puede morir intoxicado manejando un vehículo a motor o por coma étlico. Ello refleja

que un consumo excesivo ocasional puede tener un impacto sanitario, social y económico tan elevado o mayor que el producido por un consumo excesivo crónico.

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol están fuertemente ligados a los patrones de consumo. Por ello, Calafat y Amegual (1999) indican que la clave para comprender la problemática del consumo de alcohol entre los jóvenes está en conocer y entender que el patrón juvenil de alcohol presenta unas características propias que lo diferencian del patrón tradicional de consumo de la población general. Estos autores destacan las siguientes características, por ser las más significativas:

- Existe una reducción del número de bebedores entre los adolescentes españoles. Sin embargo, el hecho de que haya aumentado el número de abstemios no significa que los jóvenes beban menos. La cantidad de alcohol consumida por los que siguen bebiendo se ha incrementado en una gran proporción, conformando un grupo de consumidores de alto riesgo. Calafat y Amengual (1999) definen este fenómeno como *polarización del consumo de alcohol*. Tal como señala Comas (1994), se ha restringido el fenómeno en términos sociológicos, pero se ha hecho más peligroso en términos de salud pública.

- Concentración del consumo de alcohol en el fin de semana. La distribución por días de la semana tiene un perfil característico: el día de mayor consumo es el sábado, seguido del viernes y el domingo.
- Se buscan, en muchos casos, los efectos psicoactivos del alcohol. La embriaguez durante el fin de semana se ha convertido en uno de los signos diferenciales de las pautas actuales de consumo por parte de los jóvenes. La embriaguez es para algunos jóvenes un «accidente» indeseado, causado por un error de cálculo en el alcohol ingerido; en cambio, para muchos otros jóvenes, la embriaguez ha pasado a ser una meta en sí misma.

Por tanto, y siguiendo a Casas y López (1996), cuando nos acercamos a los problemas asociados al consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes, encontramos que, al no existir un consumo excesivo crónico, los estados de dependencia y trastornos orgánicos asociados (ej. cirrosis hepática) no forman parte de los problemas más importantes, sino que la mayor parte de los jóvenes tienen problemas más por sus ingestiones esporádicas agudas (ej. accidentes de tráfico) que por sus ingestiones crónicas. Robledo et al (1996) señalan algunos de ellos: alteraciones de las relaciones con la familia, con los compañeros de clase o con los profesores, bajo rendi-

miento o fracaso escolar, agresiones, violencia, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo, tales como conducir tras haber bebido, actividades sexuales sin protección, etc. Pasamos a exponer de forma somera algunos de estos problemas.

#### **4.1. Accidentes de tráfico**

Los accidentes de tráfico constituyen un importante problema de salud pública en España; a su elevada morbi-mortalidad, hay que añadir que son la primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos (PVD), producen un alto número de incapacidades y suponen un elevado coste económico y social (Sanz y Pérez, 1996). Las estadísticas que reflejan la accidentabilidad entre los jóvenes son trágicas, especialmente los sábados noche. El trinomio juventud-madrugada-alcohol está ocupando cada vez más un destacado lugar en las tablas estadísticas de accidentes. Calvo (1993) aporta unos datos preocupantes en este sentido. El 78% de los españoles menores de veinticinco años accidentados y fallecidos durante los fines de semana, mueren entre las 20 horas y las 6 de la madrugada; horario que coincide con los hábitos de diversión de la población juvenil. En más de la mitad de estos accidentes aparece como un factor determinante la ingestión de bebidas alcohólicas. Otros datos son los aportados por el Plan Nacional sobre Drogas (1997) en su encuesta de ámbito nacional realizada en

1996 con una muestra del alumnado español de 14 a 18 años: un 7,3% de los escolares españoles que habían consumido alcohol en los doce meses previos a la encuesta afirmaron haber conducido un vehículo durante ese periodo bajo los efectos del alcohol.

#### **4.2. Problemas relacionados con la sexualidad**

Un motivo argumentado por los jóvenes para beber es que el alcohol desinhibe y facilita la interacción con los demás. Este comportamiento desinhibido, provocado por el alcohol, incrementa el riesgo de no tomar las precauciones pertinentes a la hora de tener relaciones sexuales, aumentando así las posibilidades de embarazos no deseados y de contraer el SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual. Lowry, Holtzman y Truman (1994) obtuvieron en su estudio realizado con jóvenes estadounidenses, que la mayoría de los que presentaban frecuentes episodios de embriaguez afirmaban no haber utilizado métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales. Resultados similares han sido obtenidos por otros autores.

#### **4.3. Violencia y actos vandálicos**

El consumo excesivo de alcohol por los adolescentes y jóvenes, se acompaña con frecuencia de conductas violentas y delictivas realizadas en grupos o bandas (agresiones, homici-



dios, conducción criminal de vehículos, etc.), así como de relaciones conflictivas en el entorno familiar, que se traducen en peleas, disputas y agresiones parento-filiales (Plan Nacional sobre Drogas, 1997).

#### 4.4. Problemas en el ámbito escolar

Existe una mayor frecuencia de problemas académicos, de disciplina en clase y abandono de estudios entre los adolescentes que consumen alcohol que entre los que no consumen. Carrasco (2000) observó en una muestra representativa de escolares españoles de once a diecisiete años que un mayor consumo de bebidas alcohólicas estaba asociado a un menor satisfacción escolar, una mayor frecuencia de repetición de curso y a una autopercepción menos positiva del rendimiento académico. Resultados similares han sido obtenidos por otros autores (Shannon et al, 1993; Simons et al, 1999).

#### 4.5. Suicidio

El adolescente que presenta intento de suicidio tiene, entre otros rasgos, el de ser consumidor de alcohol y/o de otras sustancias tóxicas ilegales. Burge et al (1995) considera que esta relación se produce por varios mecanismos, entre ellos, el incremento de la impulsividad que facilita el uso de estas sustancias.

La diversidad de los problemas sociales relacionados con el alcohol

que acabamos de exponer no son exclusivos de la población juvenil, puesto que también pueden manifestarse en la población adulta, pero con matices, al tratarse de poblaciones y patrones de consumo distintos. Sin ánimo de comentar cada uno de los múltiples problemas sanitarios y sociales vinculados al consumo de alcohol en este tipo de población, nos centraremos en exponer algunos de ellos, a modo ilustrativo. Además de los problemas orgánicos (ej. cirrosis hepática, trastornos digestivos, etc.), fruto de un consumo excesivo crónico, habría que añadir, por ejemplo, los problemas en el ámbito laboral. El consumo de alcohol en el ámbito laboral a menudo es el punto de partida de una degradación progresiva del trabajador que le puede llevar a la marginalidad. Los problemas que se pueden presentar oscilan desde el deterioro de las relaciones interpersonales con los compañeros hasta la pérdida de empleo, sin olvidar el absentismo, bajo rendimiento en el trabajo, accidentes y la degradación laboral progresiva al asumir cada vez puestos de menor responsabilidad o estabilidad, hasta llegar en muchas ocasiones al despido.

En cuanto a los consecuencias en el entorno familiar, la dependencia alcohólica de un miembro de la familia se convierte en una causa de estrés que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos, llegando a la separación o divorcio. Los hijos son los miembros más impactados del siste-

ma familiar alcohólico. Por ello, clásicamente se ha dicho que el «tratamiento de un alcohólico es el tratamiento de una familia», puesto que es el conjunto familiar el que de forma paulatina entra en conflicto. También suelen manifestarse problemas de violencia y conductas delictivas (maltrato al cónyuge y a los hijos, violaciones, etc.).

La diversidad de los problemas que acabamos de exponer nos lleva a señalar que los problemas derivados del consumo de alcohol, afectan no sólo al joven o adulto consumidor, sino también alcanzan a su familia, a la comunidad más próxima y a la sociedad en general. Tal como señalan Calafat y Amengual (1999), los problemas relacionados con el abuso del alcohol distan de estar resueltos y siguen siendo una de las cuestiones que despiertan mayor preocupación, especialmente porque están afectando cada vez más a los sectores más jóvenes de la población.

## **5. LA CULTURA DE LA NOCHE: LA «MOVIDA» JUVENIL**

En el marco del grupo de iguales, de la cultura de la calle y del consumo de drogas se ha generado gradualmente un argot característico. Por ejemplo, la palabra «movida», que surgió originalmente en el argot de la droga para expresar el intercambio de droga entre adictos y vendedores, hoy es un movimiento cultural urbano.

El término «movida» suele emplearse en relación a un fenómeno relativamente reciente en España y en otros países europeos que consiste, en esencia, en la formación de aglomeraciones nocturnas de jóvenes que, en determinadas áreas de las ciudades, conversan y consumen alcohol y otras sustancias en plena calle durante largas horas, provocando diversos tipos de molestias a los vecinos y, cada vez más frecuente, destrozos en el mobiliario urbano o episodios de violencia. Además, habría que añadir los riesgos inherentes que el fenómeno «movida» tienen para los propios jóvenes que participan en él, y que ya hemos comentado anteriormente, tales como accidentes, graves alteraciones de la convivencia familiar, entre otros.

La «cultura de la noche» se configura como uno de los paradigmas de la situación actual de la juventud. El «vivir la noche» parece hoy uno de los símbolos en torno a los que gira una constelación de formas de ser y divertirse, de estilos de vida y ejercicio de libertad personal y grupal, de posibilidades de transgresiones normativas y de creación de espacios de disfrute asociados al mundo juvenil (Parra, 1994). Este autor, en un estudio con estudiantes madrileños entre 14 y 17 años, observó que el 40% de los adolescentes salen todos o casi todos los fines de semana por las noches. Sólo el 18% afirmó volver a casa antes de las 12. El 24% dijo regresar entre las 12 y las 2 de la mañana; el 16% entre

las 2 y las 4, y el 10.6% afirmó no volver hasta el amanecer. Entre aquellos que habitualmente regresaban más tarde de las tres de la mañana, la mitad había repetido curso, la mayoría afirmaban que sus padres apenas tienen información sobre los lugares y gente con quienes salían, se sentían pocas veces apoyados por sus progenitores, creían que sus amigos les entienden mucho más y consumían alcohol y otros tipos de drogas y se embriagaban con frecuencia.

Para los jóvenes, el alcohol ha llegado a ocupar su tiempo de ocio. Comienzan a beber en cuanto salen en pandilla, lo que suele coincidir con el fin de semana, aunque en determinados colectivos se adelanta al viernes y aún a la noche del jueves. Para muchos, el ocio consiste en deambular de bar en bar, o de bar en discoteca, para finalizar la noche después en un pub (Peinado et al, 1993). Según estos autores, la intensidad del consumo de alcohol durante el fin de semana tendría forma acampanada si se representara gráficamente. Comienza ya con brío el viernes, tiene su punto culminante la noche del sábado y desciende rápidamente el domingo, día que se dedica a ir «de tranqui», es decir, a permitir que el organismo se recupere del exceso de los días anteriores, de modo que se pueda volver al estudio en condiciones físicas razonables. El límite es siempre el cuerpo. Se bebe mientras se pueden sostener en pie y no existe otra regla que no sea la que marque el propio cuerpo (tomar algo

sólido para poder seguir bebiendo; dormir algo en un parque o en cualquier otro lugar, para no llegar en un lamentable estado a casa, etc.).

Como indica Díaz (1994) la noche se ha tomado para los jóvenes de hoy en un tiempo sagrado en el que beber, fumar, etc. equivale a salir y salir significa divertirse y relacionarse y relacionarse, a su vez, exige desinhibirse, romper el tabú. En torno a la litrona o el «copazo» se sienten fuertes y adquieren conciencia de grupo. Como reflejo de ello, este mismo autor recoge las siguientes expresiones textuales dichas por adolescentes: «El fin de semana el cuerpo te pide tomar algo y pegar cuatro saltos», «Después de estar toda la semana trabajando o estudiando, cuando tienes tiempo libre, hay que aprovecharlo», «Vas en el coche y como se ponga uno al lado y estés animado y metas un acelerón, el otro mete dos y ya está, hay que salir corriendo», «Por la misma razón coges y dices, bueno, como estoy borracho voy a romper esta cabina». Elzo (1994) encontró en su estudio con escolares de enseñanzas medias que uno de cada cinco escolares afirmó haberse emborrachado a propósito durante los fines de semana, en juergas nocturnas con sus amigos, aún a sabiendas que sus posibles consecuencias, como el hacer ruido, pudiera impedir el descanso nocturno de los vecinos en los jóvenes.

La noche se ha vuelto cada vez más larga y más «movida», pues se

trata de quitarle tiempo al día. A veces ese trasiego sin precaución concluye en el alcoholismo, en el sida, en multitud de formas de vandalismo y de ruidosidad o en accidentes de tráfico que sesgan la vida de muchos adolescentes y jóvenes.

## **6. EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PIEZA DE UN PUZZLE LLAMADO «ESTILO DE VIDA».**

Tal como se ha comentado, el consumo de alcohol constituye un importante factor de riesgo para la salud. Un problema de esta envergadura requiere de medidas urgentes de prevención y de intervención. Sin embargo, abordar el consumo de alcohol como conducta aislada en sí misma o intentar diseñar programas de prevención o de intervención olvidando su imbricación con otras conductas de salud puede resultar fácil metodológicamente, pero alejado de la realidad.

Afirman Müller y Beroud (1987) que tanto las conductas que implican un riesgo para la salud, como las que la favorecen no suelen estar aisladas, sino que con frecuencia están interrelacionadas y forman parte de patrones más amplios de conductas, configurando estilos de vida bien definidos. Se entiende por estilo de vida el conjunto de patrones de conducta con coherencia interna que caracterizan la manera general de vivir de un indivi-

duo o grupo en un determinado entorno social. Es fruto básicamente de la interacción entre las condiciones de vida de ese individuo o grupo y las pautas individuales de conductas aprendidas durante el proceso de socialización (Nutbeam, 1985, Barriga, 1995). En esta misma línea, Costa y López (1996) señalan que las prácticas promotoras de salud y/o de riesgo, no son conductas aisladas que aparecen sin orden y sin concierto, sino que más bien parecen formar parte de una determinada estructura de comportamientos más o menos organizados y coherentes, directamente influidos por el entorno en el que viven los adolescentes.

Son ya diversos los trabajos existentes centrados en analizar el grado de estructura y organización existente entre las diferentes conductas relacionadas con la salud en la adolescencia y que ponen de manifiesto la fuerte covariación entre el consumo de alcohol con otras conductas de salud. Kannas (1981), en su estudio con una muestra de 1546 jóvenes finlandeses con edades comprendidas entre los 19 y 20 años identificó cinco factores subyacentes a la interrelación entre distintas conductas de salud: 1) «La dulce vida», denominado así por el autor por agrupar el consumo de tabaco, de alcohol y de otras drogas y la promiscuidad sexual; 2) las conductas activas orientadas hacia la salud, integrado por la actividad física, el desayuno nutritivo, el uso de reflectores al montar en bici o al andar y la

búsqueda de información relacionada con la salud; 3) el consumo de azúcar y grasas; 4) la regularidad en la alimentación y hábitos de descanso; y 5) la higiene dental. Aaro, Laberg y Wold (1995), en un estudio realizado con adolescentes escolarizados noruegos de 15 años, halla dos factores claramente diferenciados. El primero de ellos, denominado conductas de riesgo para la salud, estaba configurado por el consumo de tabaco, alcohol, café, alimentación no saludable y conductas de búsqueda de riesgo (tales como hacer cosas peligrosas solo por el placer de probarlas, circular frecuentemente en monopatines o en moto y no respetar las señales de tráfico). El segundo factor, en cambio, agrupaba las conductas promotoras de salud: actividad física, higiene bucal, alimentación sana, regularidad en las comidas y conductas de protección (uso del cinturón de seguridad, uso del casco al circular en bici o en moto y uso del chaleco salvavidas). Resultados similares han sido hallados por Carrasco (2000) en una muestra de 5985 adolescentes españoles con edades comprendidas entre los once y diecisiete años, así como en otros trabajos realizados con adolescentes europeos (Thuen, Klepp y Wold, 1992; Roysamb, Rise & Kraft, 1997).

Estos estudios ponen de manifiesto que el consumo de alcohol, como cualquier otra conducta de riesgo para la salud, por aislada que pudiera parecer, guarda relación con el resto de los hábitos que definen el estilo de vida de un individuo. Por ello, el estudio del consumo de alcohol en el contexto de los estilos de vida resulta de una enorme importancia para una mayor comprensión del problema, así como para el diseño de programas integrales de prevención e intervención dirigidos a adolescentes. Sin embargo, tal como afirma Elliot (1993) la mayoría de las investigaciones sobre estilos de vida abordan distintas conductas relacionadas con la salud sin analizar siquiera las relaciones existentes entre las mismas. De hecho, este mismo autor subraya que es fundamental analizar la relación entre las distintas conductas de salud o, mejor aún, tratar de retener las dimensiones o factores subyacentes en las que estas conductas se agrupan, puesto que el estudio de los estilos de vida cobra sentido cuando se abordan las dimensiones u organización de las conductas que forman parte del mismo y no cuando se centran en análisis de conductas aisladas e independientes que de ningún modo justifican la utilización del concepto.

## BIBLIOGRAFÍA

AARO, L.E.; LABERG, J.C. Y WOLD, B. (1995). Health behaviours among adolescents: towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research*, 10(1), 83-93.

ANDERSON, A.R Y HENRY, C.S. (1994). Family system characteristics and parental behavior as predictors of adolescent substance use. *Adolescence*, 29 (114), 405-420.

ARRIA, A., TARTER, RYVANTHIEL, D. (1991). The effects of alcohol abuse on the health of adolescents. *Alcohol Health Research World*, 15(1), 52-57.

BARNES, G.M. (1987). The development of adolescent drinking behavior: an evaluative review of the impact of the socialization process within the family. *Adolescence*, 12, 571-592.

BARRIGA, S. (1995). La salud ¿para qué? Contradicciones en la Promoción de la Salud. En J.A. Morón Marchena (Dir.). *La Educación para la Salud en el ámbito comunitario*. Sevilla: editorial MAD.

BURGE, V. et al (1995). Drug used, sexual activity and suicidal behavior in U.S. High school students. *Journal of School Health*, 65: 222-227.

CALAFAT, A. Y AMENGUAL, M. (1999). *Actuar es posible*. Educa-

*ción sobre el alcohol*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

CALVO, A. (1993). Perfil psicológico del joven conductor. En M. Sánchez-Turet (Ed.). *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes* (pp. 177-183). Barcelona: PPU.

CÁRDENAS, C. (1991). Los medios de comunicación de masas y el consumo de alcohol en edades tempranas. En E. Gil (coord): *Alcohol y juventud* (pp. 68-76). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

CARRASCO, A.M. (2000). *El consumo de alcohol en los adolescentes españoles en el contexto de sus estilos de vida*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.

CASAS, J. Y LÓPEZ, J.P. (1996). Patrón de consumo juvenil de alcohol y problemas asociados. *Medicina Clínica*, 107, 544-548.

COMAS, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura.

COMAS, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años noventa*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud.

COMISIONADO PARA LA DROGA (1999). *Los andaluces ante las drogas VI*. Junta de Andalucía; Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.

COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS (1980). *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Ginebra: Serie de Informes técnicos, nº 650.

COSTA, M.Y LÓPEZ E. (1996). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.

DÍAZ, C. (1994). En favor de la juventud, contra la jumentuz. En FERÉ. *Alcohol y adolescencia. Hacia una educación preventiva* (pp110-121). Madrid: CCS.

DIELMAN, T.E; CAMPANELLI, P.C.; SHOPE, J.T. et al (1987). Susceptibility to peer pressure, self-esteem and health locus of control as correlates of adolescent substance abuse. *Health Education Quarterly*, 14, 207-221.

DUNCAN, T.E; TILDSLEY, E.; DUNCAN, S. Y HOPS, H.(1995). The consistency of family and peer influences on the development of substance use in adolescence. *Addiction*, 90(12), 1647-1660.

ELZO, J. (1994). Adolescentes y jóvenes de los noventa y sus adicciones. En FERÉ: *Alcohol y adolescencia. Hacia una educación preventiva* (pp. 83-108). Madrid: CCS.

ELLIOT, D.S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S.G. Millstein, A.C. Petersen & E.O. Nightingale (Eds): *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century*. Oxford: Oxford University Press.

FUNES, J. (1990). *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

GUTHRIE, B.J., LOVELAND, C., FREY, M. Y DIELMAN, T. (1994). A theoretical approach to studying health behaviors in adolescents: an at-risk population. *Family and Community Health*, 17 (3), 35-48.

HOPKINS, J.R. (1987). *Adolescencia. Años de transición*. Madrid: Pirámide.

HUALDE, G. (1990). Rasgos del contexto estructural del consumo de drogas en los jóvenes. *Comunidad y Drogas*, Monografía nº 10: 75-97.

KANNAS, L. (1981). The dimensions of health behaviour among young men in Finland. *International Journal of Health Education*; 14 (3), 2-11.

KRAMER, J.F. Y CAMERON, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: O.M.S.

LOWRY, R.; HOLTZMAN, D. & TRUMAN, B. (1994). Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: are they related? *American Journal of Public Health*, 84 (7), 1116-1120.

MÜLLER, R. Y BEROU, G. (1987). *La santé pour les adolescents un problème: une enquête sur la vie quotidienne et la santé des écoliers de 11 à 16 ans*. Lausanne: Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme (Rapports du département de recherche, n° 16).

MUÑOZ, M.J. Y GRAÑA, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.

OLIVEROS, S. (1995). La adolescencia: un terreno abonado para las toxicomanías. *Medicina Clínica*, 104, 777-779.

PAPALIA, D. & WENDKOS, S. (1992). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Colombia: McGraw-Hill.

PARRA, J. (1994). Los adolescentes y su cultura del alcohol y de la noche: Estudio sociológico. En FERE. *Alcohol y adolescencia. Hacia una educación preventiva* pp. 39-66. Madrid. CCS.

PEINADO, A.; PEREÑA, F. Y PORTERO, P. (1993). *La cultura de*

*la noche entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1997). *Encuesta sobre drogas a la población escolar. Memoria 1996*. Madrid: Ministerio del Interior.

PONS, J. Y BERJANO, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología Social*. Madrid: Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas.

ROBLEDO, T. GARCÍA, I. RUBIO, J. Y ESPIGA, I. (1996). *Los jóvenes españoles y el alcohol. Papeles del Psicólogo*, 3(65), 20-26.

ROYSAMB, E. RISE, J. Y KRAFT, P. (1997). On the structure and dimensionality of health related behaviour in adolescents. *Psychology and Health*, 12(4), 437-452.

RUIZ, P., LOZANO, E. Y POLAINO, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 10 (4), 157-162.

SANZ, C. Y PÉREZ, J. (1996). Mortalidad por accidentes de tráfico en España. 1962-1992 (I). *Boletín Epidemiológico semanal*, 4 (35), 289-300.



SHANNON, D.M., JAMES, F.R. Y GANSNEDER, B.M. (1993). The identification of adolescent substance misuse using school-reported factors. *High School Journal*, 76(2), 118-128.

SIMONS-MORTON, B.G., CRUMP, A.D., HAYNIE, D.L. Y SAYLOR, K.E. (1999). Student-school bonding and adolescent problem behavior. *Health education Research*, 14(1), 99-107.

THUEN, F, KLEPP, K.I. Y WOLD, B. (1992). Risk-seeking and safety-seeking behaviours: a study of health-related behaviours among norwegian school children. *Health Education Research*, 7(2), 269-276.

WILLS, T.A.; MARIANI, J. & FILER, M. (1996). The role of family and peer relationships in adolescent substance use (pp. 521-549). In G.R. Pierce & B.R. Sarason (Eds). *Handbook of social support and the family*. New York:Plenum.

## 330 EUROS EN BARCELONA; EL OFICIO DE (SOBRE)VIVIR

**Rafael Santiago Sánchez**

*Ayuntamiento de Barcelona*

*Psicólogo SS. SS. de Atención Primaria*

### 1. INTRODUCCIÓN

Después de tres años de funcionamiento del proyecto de seguimiento grupal de usuarios PIRMI (Pla Interdepartamental de la Renda Mínima d'Inserció). Para este año nos planteamos una nueva posibilidad de trabajo a partir de una herramienta como la fotografía.

Se trata, entre otras cosas, de elaborar reportajes fotográficos de algunos de los componentes de los grupos en los cuales se muestre su vida cotidiana y su quehacer diario en la difícil lucha por la supervivencia en la ciudad y con unos ingresos como los que proporciona el PIRMI es decir: 330 euros en Barcelona.

### 2. OBJETIVOS TEÓRICOS

Según una interpretación aproximadamente etimológica, **poesía** (de poiesis) es «aquello que hace que pasen cosas». Una herramienta, gracias

a la cual, algún aspecto de la Realidad se transforma. Por arte del poder de la poesía; por arte del arte.

Seguramente no es este el único sentido de la fotografía, pero difícilmente podrá encontrarse uno más digno. Es, por supuesto, el aspecto que más interesa, en relación a este proyecto, del oficio de mirar el mundo a través de una cámara.

Resultaría cándido pensar que, más allá de la metáfora, un reportaje fotográfico pueda transformar ningún mundo (ni tan sólo este pequeño mundo de los usuarios de PIRMI en los que se basa este proyecto) pero con todo estoy convencido de dos cosas:

1. Que aportar nuevas **condiciones de visibilidad** de los problemas humanos es la primera condición para propiciar soluciones.
2. Que es muy probable que de los Otros Mundos Posibles, la inmensa mayoría serán más

perversos que el actual, pero esto no puede obviar de ninguna manera la obligación estética y moral (ambos valores son el mismo valor) de **afro-  
tar permanentemente la me-  
jora** del que tenemos delante de nuestros ojos.

Parece imprescindible subrayar que las intenciones del proyecto no son en absoluto las de apelar a la piedad o las de atacar a las buenas conciencias aportando pruebas gráficas de una miseria humana más («Dios nos dé una buena conciencia; aunque sea una buena conciencia social» le decía Gil de Biedma a Ferrater), sino las de intentar posibilitar *otra forma de vivir las cosas*, de posibilitar óptimamente otro discurso de acuerdo con aquella espléndida observación de Auden según la cual *la felicidad no es un derecho sino un deber*.

Este proyecto se focalizará siempre que sea posible en como la alegría y la esperanza se introducen a menudo en estas vidas llenas de soledad e incluso de sordidez. En una palabra: sin negar el drama humano, este trabajo pretende ser partidario de la felicidad.

Según aquel célebre «principio de incertidumbre» de Heisenberg, el experimentador necesariamente influye en los resultados del experimento. Esta conclusión ya la teníamos clara hace tiempo, desde que se comenzó el proyecto de tratamiento grupal de las situaciones PIRMI.

Sin embargo con esta nueva vertiente, es decir, fotografiar a sus miembros en su vida cotidiana, no sabemos con certidumbre la forma en la que influirá o no y en que sentido en la difícil idiosincrasia vital de estas personas. Es este precisamente el desafío y la motivación última de este proyecto así como su objetivo ético y estético.

### 3. LOS PERSONAJES, LA CUESTIÓN

Sin duda el Pla Interdepartamental de la Renda Mínima d'Inserció (PIRMI), es una de las oportunas manifestaciones de la llamada «Sociedad del Bienestar». Como ya es sabido se trata de que el Estado, en este caso la Comunidad Autónoma, otorga una ayuda económica a la gente que por diversas circunstancias biográficas, en general rocambolescas y de un alto interés humano, no tienen derecho a percibir o han agotado el subsidio de desempleo. La ayuda en la actualidad es de 330 euros aproximadamente. Las cantidades varían según las circunstancias de cada individuo o familia pero son las mismas en la ciudad que en el pueblo. **¡330 euros en la Barcelona de hoy día!**

Ni parados ni empleados, en una especie de LIMBO laboral, transparentes a las estadísticas ocupacionales, apátridas laborales, candidatos permanentes a la depresión, la gente objeto de estas ayudas no tienen otro reme-

dio que agradecer y callar. Y subsistir como puedan en el carísimo cafarnaun urbano «de este pueblo de Barcelona» (G Ferrater) de este pueblo caro agregaríamos. Para ellos el oficio de vivir es la lucha permanente por la subsistencia: *el oficio de sobrevivir*.

#### 4. EL PAISAJE MORAL.

Si cuando estaban trabajando le hubiésemos preguntado por el programa PIRMI, a cualquiera de los acogidos al proyecto, seguramente se habrían enfadado. Ahora no. El PIRMI les proporciona una ayuda de 330 euros, pero ¿cómo se organiza alguien para subsistir con esta cantidad de dinero? ¿En torno a qué gira la vida dentro de este estatus que los confina casi en la exclusión social?

En este proyecto tienen cabida todo tipo de oficios y personajes: Dibujantes, músicos, prostitutas, camareros, cocineros, albañiles, carpinteros, telefonistas, etc., etc...; que mayoritariamente rebasan la meridiana de los 50 años y que hace una década formaban parte de la colectividad que vivía y trabajaba en una gran ciudad y que ahora por diferentes circunstancias han pasado a depender del PIRMI para subsistir diariamente.

«330 euros en Barcelona» no pretende elaborar un estudio de precisión quirúrgica sobre las diferentes situaciones que han llevado a este conglomerado de personas al oficio de so-

brevivir. Muy al contrario, quiere ser una mirada directa sobre el paisaje humano de esta realidad bastante desconocida. Una mirada transversal, que a nuestro entender, pasa por el respeto riguroso de sus vidas.

No se trata de moralizar, de hurgar en las miserias ajenas. Y mucho menos de hacer paternalismo, sino de construir un mosaico de viñetas humanas, de centrarse en la vida cotidiana de todos estos ciudadanos, de fijar en la memoria colectiva sus ilusiones, sus relaciones con los seres y objetos que los rodean, sus historias, sus imaginarios, etc. De descubrir su dimensión humana.

#### 5. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El proyecto de atención grupal de usuarios PIRMI surgió de la conjunción de tres fuentes de necesidades que tenían una difícil resolución si se trabajaban por separado cada una de ellas. Son las siguientes:

##### 5.1. Necesidades establecidas por el programa PIRMI:

Tenemos que recordar que este programa tiene como principales objetivos la reinserción laboral de los usuarios y la inserción social de los mismos. Para la valoración de estos procesos el profesional establece una serie de seguimientos regulares de forma individual.

Todos sabemos que hay muchos casos en los que la inserción laboral es prácticamente imposible y son los que se denominan de atención psicosocial. En estos casos los programas de actuación comprenden el que el usuario participe en actividades del tipo: Escuela de adultos, talleres, grupos, etc. El seguimiento en estos casos también tiene sentido dado que se valora el progreso que hacen los individuos a través de la participación en las actividades.

No obstante hay usuarios en los que su historia personal y su situación de salud psicosocial les imposibilita participar de manera regular en las actividades estándar que se les proponen. En estos casos el seguimiento individualizado, no se hace sobre la base de ver la evolución de un programa establecido sino que el profesional se aboca a realizar lo que se denomina contención, entendiéndose por ello una escucha permanente de la problemática con intentos continuados por su parte de motivar al usuario consiguiéndose generalmente pocos resultados.

## 5.2. Necesidades del profesional

Los seguimientos, en el ámbito general, ocupan buena parte de las horas laborales de los Asistentes Sociales de A. Primaria. Los que se realizan en estos casos descritos anteriormente, es decir los de PIRMI en atención psicosocial, además del número

de horas que representan, tienen un serie de características que lo hacen particularmente rutinarios y nada satisfactorios ni para el profesional, ni para el usuario.

## 5.3. Necesidades del usuario

Las personas acogidas al programa PIRMI en lo que se denomina atención psicosocial presentan un perfil caracterizado por:

- Edades comprendidas entre 50 y 65 años.
- Procesos depresivos de distinta consideración.
- Historias personales de pérdidas y abandonos familiares
- Escasas posibilidades de inserción laboral por diversas causas (Falta de capacitación, de relaciones, de recursos personales y sociales, etc.)
- Etc.

Esta configuración de características hace que los recursos habituales que se utilizan para la inserción socio-laboral, no funcionen con estos usuarios, con lo cual el T. Social se encuentra en la tesitura de tener que «inventar» un recurso que no existe con tal de proporcionar una posibilidad a estas personas.

Dadas estas necesidades anteriormente descritas tanto derivadas del

programa como las concernientes a los profesionales y los usuarios, la creación de un grupo que aglutinase a estos usuarios podría responder a algunas de ellas como por ejemplo:

1. El profesional vería reducidas sus horas de dedicación considerablemente.
2. El grupo podría actuar como mecanismo de seguimiento del programa.
3. El grupo podría funcionar como recurso de relación social para los usuarios.
4. Etc.

## 6. RESULTADOS Y ESTADO ACTUAL

Los tres años de funcionamiento del proyecto han dado para mucho. Durante este tiempo se han trabajado aspectos colectivos y aspectos personales de los miembros. Por ejemplo una de las claves para el funcionamiento grupal ha sido el control de asistencia. La mayoría de usuarios estaban acostumbrados a una forma de funcionamiento que no siempre les proporcionaba claramente la información necesaria acerca de qué se esperaba de ellos respecto al PIRMI. Confundían habitualmente las instituciones y los mecanismos de control (Generalitat, Ayuntamiento, empresa de formación e inserción, etc.) eso les abocaba en algunos casos a sentir angustia cada vez que

pasaba algo tan sencillo como recibir una carta, y en otros casos a desarrollar una aparente despreocupación que les hacía no acudir a las entrevistas o no pedir las y no aparecían por el centro hasta que no había más remedio que suspender el PIRMI por incumplimiento.

El seguimiento grupal establecido desde el principio cual eran las normas y que se esperaba de ellos (asistencia a todas las reuniones del grupo calendarizadas de 6 en 6 meses) lo cual contribuyó enormemente a clarificar las funciones del profesional y a delimitar las responsabilidades del propio usuario respecto al mantenimiento de su PIRMI.

Otro aspecto que ha sido posible trabajar es el de poder ampliar el círculo de relaciones y de ayuda mutua de los miembros a partir de las relaciones que se establecían en los grupos.

Una de las cosas a resaltar es el hecho de que algunos usuarios han llegado a poder compartir sus casas con otros compañeros de PIRMI. Algo fundamental dados los graves problemas de vivienda que se padecen en este distrito de la ciudad.

El hecho de trabajar durante estos tres años con unos 12 grupos estables (sólo se han dado de baja las personas que han cumplido los 65 años) ha proporcionado alguna información adicional acerca de la vida cotidiana

de los miembros. Esto ha dado lugar al planteamiento de fotografiar a algunos miembros y que estos reportajes sirvan de espejo al resto de los asistentes de cara a la tarea que traen encomendada, es decir: *Sobrevivir con 330 euros en Barcelona*.

## 7. FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO

### 7.1. Datos institucionales

1. Distrito Municipal: Ciutat Vella.
2. Ámbito territorial: Zona.
3. Centro de Servicios Sociales: Drassanes y Erasme Janer.
4. Profesional referente: Rafael Santiago (Psicólogo).

### 7.2. Identificació

5. Nombre de la actuación: 330 euros en Barcelona dentro del proyecto de Seguimiento grupal PIRMI.
6. Fecha de inicio: Abril 2002.
7. Estado actual: En realización.
8. Fecha de finalización: Diciembre 2002.

### 7.3. Análisis de la situación social que ha motivado la intervención

9. Antecedentes/Justificación: Ver lo escrito anteriormente.

### 7.4. Descripción de la intervención

10. Población destinataria: (*Cuadro 1*).
11. Objetivos trabajados  
Investigación sobre vida cotidiana de algunos de los miembros.  
Realización de reportajes fotográficos sobre miembros seleccionados.  
Trabajo grupal con todos los miembros acerca de los reportajes.

### 7.5. Recursos utilizados

12. Profesionales que han intervenido: (*Cuadro 2*).
13. Presupuesto  
El presupuesto sólo incluyó el gasto en película y revelado de las mismas.  
Aproximadamente calculamos que son 100 euros por reportaje. Así tendríamos:  
Revelado y película por reportaje: 100,00 €.  
X 6 reportajes: 600,00 €.

Características más relevantes	N.º de personas	Tipo de participación
Personas solas. Con más de 50 años. Usuarios PIRMI. Sin familiares cercanos. Con un nivel relacional empobrecido. Etc...	85 CSS: Drassanes 40 CSS E: Janer	6 en reportajes fotográficos

(Cuadro 1)

Equipo	Nombre	Profesión	Dependencia
Referente de la actuación	RAFAEL SANTIAGO	Psicólogo	CSS Drassanes (Raval Sud)
Otros miembros	LUCÍA FARAIG	Fotógrafa	Voluntaria

(Cuadro 2)

Barcelona, abril 2002.





# ANÁLISIS DE DOS EXPERIENCIAS DE APOYO EMOCIONAL A MAYORES A TRAVÉS DEL VOLUNTARIADO

**M.ª Carmen García**

*Mairena del Aljarafe. Sevilla  
Trabajadora Social Ayto*

**José Ignacio Naranjo**

*Mairena del Aljarafe. Sevilla  
Psicólogo Ayto*

**Cristina Villalba**

*Sevilla  
Profesora Universidad Pablo de Olavide*

## 1. RESUMEN

En el presente artículo partimos de una introducción, en la que se fundamenta la importancia de la intervención con redes informales de apoyo social desde los servicios sociales, para mejorar de la calidad de vida de las personas mayores. Presentamos dos experiencias de apoyo emocional a mayores en situación de soledad a través de voluntarios. Hemos utilizado como instrumentos el mapa de red social y el cuestionario de apoyo social ASSIS de Barrera (1980) y diseñamos, expresamente para este programa, otros instrumentos y cuestionarios de evaluación. A la vista de los resultados constatamos que la inter-

vención con redes informales en servicios sociales es una metodología eficaz para la promoción del bienestar social y la prevención del aislamiento. Esto nos anima a considerarlas como una fuente de recursos que profesionales y responsables políticos deben tener en cuenta a la hora de programar las intervenciones comunitarias.

**PALABRAS CLAVES:** Apoyo Emocional, Voluntariado, Mayores, Red de Apoyo.

## ABSTRACT

**KEY WORDS:** Emotional support, Voluntary, Old people, Networks support.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los programas de intervención basados en el Apoyo Social representan una contribución alternativa eficaz a los paradigmas tradicionales de provisión de servicios en asuntos sociales y de salud. Desde esta idea la intervención comunitaria se caracteriza, entre otros aspectos, por la potenciación e incorporación de los recursos naturales de las personas, familias y grupos de una comunidad en los procesos de resolución y prevención de los problemas sociales.

En este sentido el Apoyo Social, identificado por Lin y Ensel (1989) como *la relación interpersonal en la que se ofrece o intercambia ayuda de tipo material, emocional o instrumental*, tiene una gran importancia en la salud, el bienestar, las transacciones vitales y las situaciones de crisis de las personas en general cuanto más en aquellas que, por sus características de vejez, enfermedad o discapacidad, se producen alejamiento, ausencia o deterioro de lazos sociales importantes.

Según Lin (1986) las redes sociales de las personas están constituidas por tres sistemas de ayuda: (1) *sistema de ayuda natural* constituido por la familia, los vecinos y los amigos; (2) *sistema de ayuda natural organizada* constituido por asociaciones y grupos de apoyo y (3) *sistema de apoyo formal o ayuda profesional*, constituido por los servicios y programas, tanto públicos como privados.

Por otro lado para Biegel (1984) las intervenciones dirigidas al fortalecimiento de los sistemas de apoyo de las personas mayores deben fortalecer las capacidades de las amistades, vecinos y otras posibles fuentes de apoyo de la comunidad (voluntariado, v.g.) para proporcionarles un mejor apoyo. A su vez, los profesionales deberíamos mejorar la coordinación entre las fuentes formales e informales de ayuda, previniendo así la fragmentación de las redes de estos colectivos.

Estos son los argumentos básicos que nos han llevado a plantear un programa como el que presentamos en este artículo. A lo largo de estos últimos años, los profesionales de Servicios Sociales de este Ayuntamiento hemos detectado carencias, fundamentalmente de tipo emocional, en los sistemas de apoyo en las personas mayores y discapacitadas de nuestro municipio. Estas situaciones llegan con facilidad a procesos de aislamiento y soledad que repercuten muy negativamente en el equilibrio físico y psíquico de estas personas. Como respuesta a esta situación, el Departamento de Servicios Sociales creó en 1997 el «Programa de Apoyo Emocional a Mayores y Discapacitados a través de Voluntariado». En este programa se formaba al voluntariado social de la zona, para atender las demandas de apoyo social de las personas mayores y/o discapacitadas, que el Departamento recibía bien desde el SIVO (Servicio de Información, Valoración y Orientación), bien desde el SAD

(Servicio de Ayuda a Domicilio). El Programa de Apoyo Emocional se ubicó dentro del Servicio Básico de Cooperación Social, ya que el colectivo de voluntarios era fundamental para el éxito de dicho programa.

El municipio de Mairena del Aljarafe tiene una extensión de 18 km<sup>2</sup>. Se encuentra a 7 km de Sevilla capital, y está situada en la comarca del Aljarafe Sur, colindando con los municipios de: San Juan de Aznalfarache, Palomares del Río, Almensilla, Gelves y Coria del Río. Mairena pertenece al área metropolitana de Sevilla (zona sur-margen derecha del río), y tiene una densidad demográfica alta. Su distribución es compleja, pues está constituida por un núcleo central (Casco Antiguo) y un conjunto de barriadas y zonas residenciales que se extienden a lo largo de casi todo el término municipal. Según datos poblacionales de Septiembre de 1998 destacamos que existen diferencias entre la población de hecho y la de derecho, siendo la primera de unos 42.000 habitantes y la segunda de 33.391. El 5'6% son personas mayores de 65 años, y la población discapacitada, según censo del Departamento de Servicios Sociales, es de aproximadamente 150 personas.

Hemos planteado este programa a partir del estudio y análisis de las redes sociales de las personas mayores y discapacitados usuarias del mismo. La población diana a la que nos dirigimos, personas mayores y/o dis-

capacitados/as se caracteriza por tener una red social, en general, de escaso tamaño, compuesta fundamentalmente por las personas con las que conviven y los servicios formales. La intensidad del vínculo que mantienen con sus miembros suele ser media o baja, siendo la frecuencia de contacto alta con pocos familiares y con profesionales de servicios formales y baja con el resto de familiares y otros vínculos. Pero sobre todo destacamos que reciben y perciben un nivel bajo de apoyo emocional.

Así, teniendo estas informaciones generales, **nos proponemos como objetivos generales** valorar y potenciar los sistemas de apoyo social de las personas mayores y/o discapacitados/as de nuestra comunidad, fomentar la solidaridad y el apoyo mutuo en la población en general y canalizar los recursos de la comunidad en cuanto a voluntariado, actuaciones de ayuda mutua, así como de apoyo formal.

Como objetivos específicos nos propusimos con este programa:

1. Identificar y analizar el sistema de apoyo de las personas mayores y/o discapacitados/as para conocer las necesidades afectivas y de compañía que tienen la población diana a la que nos dirigimos.
2. Crear y potenciar recursos en los sistemas de apoyo de las personas mayores y/o discapacitados/as a través de la incor-

poración de voluntarios en su red de apoyo social.

3. Facilitar la participación del voluntariado en actuaciones de apoyo emocional, que complementen las realizadas desde las personas de su entorno y los servicios formales.
4. Canalizar las necesidades detectadas por el voluntariado en relación a las personas mayores y discapacitados a las que ofrecen apoyo.
5. Apoyar, orientar y establecer un seguimiento y formación en grupo con los/las voluntarios/as.

Nos centramos en el **Apoyo Emocional**, entendiendo éste como la percepción de afecto y cuidados positivos a través del cual las personas pueden mejorar su autoestima, integración social y calidad de vida. Desde el punto de vista de los voluntarios/as implica expresión de afecto, empatía, acompañamiento y escucha activa, charla, compartir actividades lúdicas, lectura, etc. ya que, en líneas generales, se trata del tipo de apoyo del que carecen con más frecuencia y más dificultad tienen de percibir los colectivos de personas mayores y personas discapacitadas a los que nos dirigimos.

Pensamos que es necesario abrir una ventana a la solidaridad, potenciando y facilitando cauces de parti-

cipación de la comunidad en tareas de ayuda y apoyo mutuo. En esta línea recogimos las demandas llegadas a nuestro servicio de personas que querían colaborar en programas sociales, y propusimos la implicación de voluntarios/as, como sistema complementario de ayuda.

Como afirma Gracia (1997), el presente sistema de provisión de servicios es incapaz de satisfacer todas las necesidades de la sociedad, siendo necesario por tanto una mayor integración entre los sistemas informales y formales de ayuda, con mayor participación de los usuarios. La integración dialéctica de estos dos sistemas puede generar una red más amplia y efectiva que sea capaz de responder a la creciente crisis de provisión de servicios en nuestra sociedad. En este sentido el apoyo social constituye uno de los acercamientos más prometedores en el ámbito de la intervención social, un hecho hoy ya reconocido por distintos organismos e instituciones internacionales como la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) o la A.P.A. (Asociación Americana de Psicología).

Los instrumentos utilizados en el programa son los siguientes:

- **Mapa de Red.** Es un instrumento para evaluar las relaciones sociales de una persona que puede servir de base, junto con otros, para programar la intervención en los recursos

sociales naturales de los usuarios de servicios sociales.

- **Rejilla-1.** Mediante este instrumento evaluamos la dimensión estructural de la red social de los usuarios, concretamente evaluamos el tamaño, la composición, la densidad y la dispersión de red. Para ello diseñamos una rejilla con el objeto de recoger los datos de los miembros de la red de cada usuario: nombre de cada miembro, rol, frecuencia de contacto con el usuario, lugar de residencia de cada miembro, duración de la relación de apoyo, y reciprocidad en los apoyos. Esta última categoría aún siendo una dimensión funcional, pensamos que era conveniente incluirla para completar los datos de nuestro análisis.
- **Rejilla-2.** Instrumento basado en El Arizona Social Support Interview Schedule de Barreza (1980). Sirve para medir la dimensión funcional del sistema de apoyo social de las personas, a través de las siguientes categorías de apoyo: emocional, material, de consejo, de feedback, de acompañamiento, apoyo lúdico y conflicto en el apoyo. Mide el **Sistema de Apoyo**, es decir, la **disponibilidad** de los apoyos con que cuenta la persona. Explora los siguientes aspectos: multipli-

dad tamaño percibido de la red, categoría del apoyo, intensidad, necesidad de apoyo, tipo de apoyo, utilización de la red para obtener apoyo, direccionalidad, y satisfacción del apoyo percibido.

- **Cuestionarios de Evaluación de usuarios/as** (ANEXO 1). Este instrumento de evaluación se ha diseñado para conocer el efecto que ha tenido para el/la usuario/a su relación con el/la voluntario/a. Además buscamos conocer el estado en que se encuentra el/la usuario/a en el momento de entrevistarlos/a. El cuestionario se aplica a los 6 meses aproximadamente del comienzo de las visitas del/la voluntario/a. Se lleva a cabo con cada usuario/a en su domicilio, siendo su tiempo de aplicación de unos 45 minutos aproximadamente. Decidimos diseñar un tipo de entrevista semiestructurada porque a nuestro juicio es el que mejor se adapta al objeto de la evaluación, ya que así damos la oportunidad, tanto a voluntarios/as como a usuarios/as, de expresar las experiencias referidas a la relación entre ellos.
- **Cuestionarios de Evaluación de voluntarios/as** (ANEXO 2). Diseñamos un cuestionario con el fin de conocer el efecto que ha tenido en el/la voluntario/a su participación en el pro-

grama, y la evaluación que este/a realiza sobre la evolución del/la usuario/a al que fue asignado. Así, además podemos conocer el grado de satisfacción que ha supuesto la experiencia para cada voluntario/a a otros niveles.

### 3. ANÁLISIS DE CASOS

#### 3.1. Caso 1, Mario

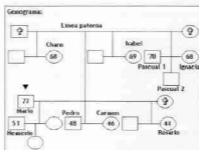
##### 3.1.1. Datos personales.

Fecha nacimiento:	18/12/28	Sexo:	Hombre
Ocupación:	Jubilación	Nivel socioeconómico:	Medio
Personas con las que convive:		Vive solo	

##### 3.1.2. Breve descripción de la situación de Mario.

Antes de acudir a los Servicios Sociales, Mario vivió tres meses solo en su domicilio debido a que su mujer falleció después de una larga enfermedad. Mario vive en un bloque de vecinos antiguo, en un barrio de nivel socioeconómico medio-bajo. Allí dispone de un Centro de Mayo-

res municipal al que no acudía «porque no le gusta jugar, beber, ni fumar». No salía a la calle por estar bajo de ánimo, no tenía amistades porque había trabajado siempre fuera de su pueblo y perdió el contacto con sus compañeros tras la jubilación. Además, debido a que su esposa enfermó todo su tiempo lo ocupó en su cuidado. Dos de sus hijos viven en su mismo pueblo y un tercero en un pueblo cercano. Su hermano, cuñada y sobrino viven en su barrio y dos hermanas residen en otra provincia.



##### 3.1.3. Descripción de la demanda.

Mario acudió a los SS.CC. solicitando Teleasistencia Domiciliaria, tras ser atendido en el Servicio de Información, Valoración y Orientación (S.I.V.O.) su demanda fue derivada al Servicio de Ayuda a Domicilio/Teleasistencia (S.A.D./T.A.). En la visita de estudio de idoneidad de dicho recurso se de-

teó un problema de soledad y falta de apoyo social. Su esposa falleció recientemente, a causa de ello Mario presentaba una situación de duelo no resuelto con sintomatología depresiva, motivo por el cual, a parte de proporcionarle la teleasistencia domiciliaria, se derivó el caso al programa de *Apoyo Emocional de personas mayores*.

Una vez en el programa de Apoyo Emocional, el primer paso que se da con Mario consiste en visitarlo en su domicilio donde se establece la primera toma de contacto. A través de una entrevista le damos a conocer el funcionamiento del programa, con el objetivo de motivarle a participar en el mismo.

Durante la entrevista y tras su consentimiento se le pasó el Mapa de red, el Cuestionario de Apoyo Social y la rejilla-1, buscando información que nos permitiera identificar la composición de su red de apoyo actual.

Una vez que tuvimos esa información, asignamos un voluntario adecuado para realizar el acompañamiento a Mario. Se concertó una primera reunión a la que asistieron voluntario, usuario y psicólogo del programa para pactar las condiciones del acompañamiento (horario, actividades,...).

### 3.1.4. Identificación y análisis de la red social.

Observamos que Mario tiene una red formada por 9 personas, todos/as

familiares de una u otra índole, con un grado de contacto entre ellos alto, lo cual nos dibujaba una red altamente densa, ya que sólo existe la implicación de familiares. La frecuencia de contacto que mantiene con su hermano, cuñada e hijos es alta.



Se observa también que, excepto con Juan (el voluntario) y su hermana, no existe reciprocidad en la mayoría de los apoyos de Mario. Es por ello que Manuel no transmite su sentimiento de soledad a sus hijos porque «no quiere molestarlos». Mario refiere que con su hermana Charo habla a diario por teléfono aunque viva fuera de su pueblo, lo que hace de este contacto junto con el de Juan sean los más recíprocos de todos.

Todas las relaciones que Mario mantiene con los miembros de su red son estables en el tiempo, y de más de 5 años de antigüedad. Otro aspecto a considerar es la baja dispersión de la



red de Mario, pues la mayoría de las personas que la componen viven cer-

ca entre sí, y suelen estar en contacto los unos con los otros.

### Identificación de los aspectos más estructurales de la red. Rejilla- 1

NOMBRE	ROL-PPAL.	FREC. CONTAC.	LUGAR DE RESIDENCIA	RECIPROCIDAD <sup>1</sup>	DURACIÓN DE LA RELACIÓN
NEMESIO	F	Semanal	Pueblo cercano	←	> 5 años
PEDRO	F	Semanal	Su pueblo	←	> 5 años
ROSARIO	F	Mensual	Su pueblo	→	> 5 años
PASCUAL 1	F	Diaria	Barrio	→	> 5 años
IGNACIA	F	Diaria	Barrio	→	> 5 años
PASCUAL 2	F	Diaria	Barrio	↔	> 5 años
CHARO	F	Anual	Otro pueblo	←	> 5 años
ISABEL	F	Anual	Otro pueblo	←	> 5 años
CARMEN	F	Diaria	Su pueblo	←	> 5 años
JUAN	V	Semanal	Otro municipio	↔	+ 6 meses
ALTA: toda la red está compuesta por familiares interconectados.					DENSIDAD

### Identificación del Sistema de Apoyo. Rejilla- 2

NOMBRE	A	B	C	D	E	F	G	Relación	Edad	Sexo	Rol
Nemesio	X	X	X	X	X	X		Hijo	51	V	F
Pedro	X	X						Hijo	48	V	F
Carmen	x		x		X			Nuera	46	H	F
Rosario								Hija	44	H	F
Pascual 1								Hermano	70	V	F
Ignacia								Cuñada	68	H	F
Pascual 2								Sobrino	25	V	F
Charo	X							Hermana	68	H	F
Isabel								Hermana	69	H	F
Juan	x		x		X	x		Voluntario	67	V	A
TOTALES	5	1	3	1	3	2					

<sup>1</sup> Aunque este no es un aspecto estructural de la red, lo hemos incluido en esta rejilla. La flecha hacia la izquierda significa que Mario es quien suele buscar y solicitar el apoyo y la comunicación con la otra persona. Hacia la derecha es justo lo contrario, y si el sentido es bidireccional, significa que los apoyos y la comunicación son recíprocos.

Observamos que sus hijos Pedro y Nemesio funcionan como figuras múltiples de apoyo, destacando a su hijo Nemesio como apoyo principal. Mario percibe que sus 2 hijos cubren sus necesidades emocionales, instrumentales y de información. Cabe destacar que sitúa a su hija Rosario como una persona importante para él, aunque no la percibe como una fuente de apoyo en concreto.

Mario dice mantener contacto a diario por teléfono con su hermana Charo, destacando esta relación como la más recíproca de todas de las que dispone en su red, ya que tanto él como ella se ponen en contacto para saber el uno del otro. Con Isabel, su otra hermana, se comunica también a diario por teléfono, pero casi siempre es él quien la llama, lo que puede explicar que no la perciba como un apoyo concreto. Su nuera Carmen lo va a ver casi a diario, siendo el apoyo de acompañamiento más importante según Mario.

### 3.1.5. *Objetivos y estrategias de intervención.*

Una vez conocidos los aspectos más relevantes de la red de apoyo, el equipo del programa le planteó a Mario los siguientes *objetivos de redes*:

1. Aumentar los recursos de apoyo en su red.
2. Crear recursos sustitutos en su red.

3. A medio plazo, nos planteamos favorecer la reciprocidad entre él y sus hijos.

El seguimiento y evaluación de estos objetivos de intervención se realiza a través de las reuniones del grupo de voluntarios y del seguimiento individual del caso mediante contacto telefónico y visitas al domicilio de Mario.

Estos objetivos, que fueron acordados junto con Mario, los desarrollamos a través del voluntario siguiendo las siguientes estrategias:

- Le asignamos un voluntario que pudiera congeniar bien con Mario, y que le acompañase para superar el duelo por la muerte de su esposa. De esta forma introducíamos una persona en su red, que cumpliera funciones de acompañamiento y que ayudase a Mario a salir de su aislamiento.
- Vinculamos a Mario con las actividades del Centro de Mayores de su barrio acompañado por el voluntario.
- Después de 6 meses y tras conseguir los objetivos propuestos el equipo del programa le planteó a Mario que se apuntase como voluntario, pensando que serviría de autoayuda para él. Con esto buscábamos que se relacionara con nuevas personas, que aumentara los recursos de su red, que se sintiera

más útil y que él mismo sirviese de apoyo a otras personas con necesidades emocionales y de compañía similares a las suyas. El equipo se planteó seguir la evolución de estos objetivos a través de las reuniones del grupo de voluntarios y del seguimiento individual del caso mediante llamadas de teléfono y visitas al domicilio de Mario.

### *3.1.6. Evaluación de la experiencia de Mario en el programa.*

La entrevista de evaluación se realizó en el Centro de Servicios Sociales a los 6 meses del comienzo de la actividad del voluntario. Su tiempo de aplicación fue de 1 hora aproximadamente y, en ella, registramos las siguientes manifestaciones:

Mario refiere haber mejorado su estado de salud en general, aunque se resiente de su artrosis.

En relación a Juan (el voluntario), manifiesta que «deseaba que llegase cada jueves para verlo y temía que llegara la hora de irse». Comenta que Juan le daba mucha alegría, pero le parecía poco tiempo y pocos días a la semana. De Juan refiere que «se ha portado muy bien con él» destaca su amistad, conversación y compañía.

Para Mario, Juan es una fuente de consejo y confianza, refiere que a él le cuenta sus cosas y también Juan le cuenta las suyas, apunta que «tienen una con-

fianza exagerada». También añade que la mujer de Juan es otra fuente de consejo para él (la cual también participa como voluntaria en el programa de apoyo emocional).

Mario manifiesta que la relación con Juan le ha acercado más a sus hijos, pues con él iba a visitarlos a su casa.

Aunque no se ha reencontrado con personas que conocía de antes, sí ha conocido a personas nuevas, una de ellas es otra usuaria del programa, y también a su actual pareja, a la cual conoció en el centro de mayores, lugar que empezó a frecuentar acompañado del voluntario.

A raíz de esta nueva relación de pareja, han habido distintos momentos y reacciones en la familia de Mario, pues en un principio sus hijos no veían bien esta relación. Actualmente su hija no se relaciona con él por ello, pero sus otros hijos han aceptado bien a su nueva pareja.

Mario refiere que ya no necesita la compañía de Juan como voluntario, sino que tiene una relación de amistad con él, se ven y se llaman por teléfono, e incluso Mario le ha ido a visitar al hospital cuando Juan ha estado enfermo. Mario manifiesta su interés por hacerse voluntario del programa, pues le gustaría «hacer por otros lo que han hecho por él».

### *3.1.7. Evaluación de las actividades voluntarias de Juan.*

Juan refiere que está muy satisfecho con la labor que ha realizado como vo-

luntario. Esta ha sido su primera experiencia y la valora como muy positiva.

Señala especialmente que en un principio sus expectativas eran exclusivamente la de aportar algo a otros en una relación de ayuda, pero a lo largo del tiempo descubrió que Mario también le aportaba cosas como: apoyo personal, sentimiento de utilidad y cariño.

Para Juan las dificultades que se ha encontrado han sido la falta de recursos materiales, pero no manifiesta dificultades a nivel de relación interpersonal.

Juan refiere que se han cumplido sus expectativas como voluntario, sintiendo que al mismo tiempo que daba apoyo también lo recibía. Juan ha mostrado una actitud activa y participativa en las reuniones de voluntarios, de estos encuentros valora especialmente el intercambio de opiniones y orientaciones que el grupo hacía sobre cada caso. Echaba en falta que hubiera más personas voluntarias dedicadas a este programa y animaba a personas de su entorno a que participasen también como voluntarios.

### 3.1.8. Conclusiones sobre el caso de Mario.

Analizando la Red de apoyo de Mario encontramos que la intervención del voluntario favoreció:

1. La superación del duelo por la muerte de su esposa, proporcionándole una persona de referen-

cia que le escuchase y le permitiese desahogarse emocionalmente.

2. Ocupar su tiempo libre retomando actividades de ocio con el objetivo de establecer nuevas relaciones.
3. Conocer a personas nuevas aumentando su tamaño de red (voluntarios, vecinos, nuevas amistades,...).

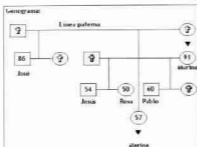
En la actualidad Mario ha rehecho su vida con una nueva pareja, a la cual conoció en el centro de mayores de su barrio, ambas han decidido participar como voluntarios en nuestro programa. Los hijos de Mario han acabado aceptando la nueva situación de su padre. Por el contrario, los hijos de ella han roto sus lazos porque no aceptan que conviva con Mario.

Este caso apoya la hipótesis de que las intervenciones comunitarias no sólo rehabilitan a los destinatarios de la misma, sino que los pueden reincorporar como agentes de transformación social.

## 3.2. Caso 2. Marina

### 3.2.1. Datos personales.

Fecha nacimiento:	1/9/11
Sexo:	Mujer
Ocupación:	Pensionista
Nivel socioeconómico:	Medio
Personas con las que convive:	1 hija y 1 hijo



### 3.2.2. Breve descripción de la situación de Marina.

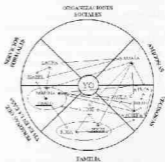
Marina, de 90 años, convive con su hijo Pablo y su hija Marina, de 60 y 57 años respectivamente. La familia se traslada a vivir a Mairena en 1996, fecha en la que toma contacto con los Servicios Sociales para solicitar Ayuda a Domicilio. Desde entonces recibe ayuda en las tareas domésticas y acompañamiento a compras 2 días en semana. Marina y su hijo tienen problemas de salud. Su hija tiene una discapacidad psíquica mayor del 65 %. Su hijo mayor, que reside en su mismo barrio, está casado y tiene 2 hijos. Anteriormente la familia vivía en otro municipio, del cual se marcharon por problemas con el vecindario, pues según Marina insultaban a su hija con motivo de su discapacidad. El barrio en que viven actualmente dispone de un Centro de Mayores municipal y colinda con otro municipio, siendo su nivel socioeconómico medio-bajo.

### 3.2.3. Descripción de la demanda.

A través del Servicio de Ayuda a Domicilio se detectó una sobrecarga en Marina, puesto que sus hijos aún le demandan atención y dependen en gran medida de ella. Marina padece una sordera crónica por lo que presenta problemas de comunicación. Manifiesta sentirse sola y no tener a nadie que

le acompañe para charlar y salir a pasear. En Noviembre de 1997 su caso es derivado al Programa de Apoyo Emocional.

### 3.2.4. Identificación y análisis de la red social.



Una vez en el programa de Apoyo Emocional, el primer paso que se da con Marina consiste en visitarla en su casa para tomar contacto con ella. A través de una entrevista le damos a conocer el

funcionamiento del programa, y le invitamos a participar en el mismo.

Durante la entrevista y tras su consentimiento respondió al Cuestionario de Apoyo Social de Barrera y a la rejilla-2. Con los datos obtenidos pudimos identificar la composición de su red de apoyo actual.

en los sectores *familia* y *personas que conviven en casa*. También observamos que existe una presencia importante de los *servicios formales*. A su vez se puede comprobar que los sectores más deficitarios son los que se refieren a los *vecinos* y a los *amigos*. En el análisis de la rejilla 1 observamos que el tamaño de la red social de Marina es grande,

### Identificación de los aspectos más estructurales de la red. Rejilla- 1

NOMBRE	ROL-PPAL.	FREC. CONTAC.	LUGAR DE RESIDENCIA	RECIPROCIDAD	DURACIÓN DE LA RELACIÓN
PABLO	F	Diaria	Su casa	↔	> 5 años
JESÚS	F	Semanal	Mismo pueblo	↔	> 5 años
ROSA	F	Diaria	Mismo pueblo	↔	> 5 años
MARINA	F	Diaria	Su casa	←	> 5 años
JOSÉ	F	Mensual	Otro pueblo	↔	> 5 años
PEPA	V	Diaria	Mismo barrio	←	> 5 años
JOSEFA	V	Diaria	Mismo barrio	↔	> 5 años
IRENE	V	Diaria	Mismo barrio	←	> 5 años
PAULA	V	Diaria	Mismo barrio	←	> 5 años
MARÍA	O	Semanal	Mismo pueblo	↔	2 años
ISABEL	O	Semanal	Otro pueblo	→	3 años
LAURA	O	Semanal	Otro pueblo	→	3 años
Se comprueba una densidad alta en la red.					DENSIDAD

Una vez que tuvimos esa información, asignamos una voluntaria adecuada para realizar el acompañamiento a Marina. Concertamos una primera reunión donde asistieron voluntaria, usuaria y psicólogo del programa donde se pactaron las condiciones del acompañamiento (horario, actividades,...).

En el mapa de red podemos observar que existe un adecuado equilibrio

estando formada por 12 personas. Destacamos que todos los miembros que comparten un mismo rol se conocen entre sí, siendo la red de Marina densa y estable (la mayoría de los miembros los conoce hace más de 5 años).

La frecuencia de contacto que Marina mantiene con los miembros de su red es alta, con dispersión mínima, ya que a la mayoría los ve casi a diario y

casi todos los miembros que la componen viven cerca de Marina.

Por último destacar que las relaciones con su familia y con la voluntaria del programa son las que Marina manifiesta sentir como las más recíprocas de todas.

ayuda a domicilio que la asiste. El apoyo material es proporcionado por su nuera y su hermano. La orientación y los consejos los recibe de sus hijos Pablo y Jesús, de su nuera y de su hermano. A su vez, Marina percibe que sus tres hijos son los únicos que le proporcionan un adecuado refuerzo positivo.

### Identificación del Sistema de Apoyo. Rejilla- 2

NOMBRE	A	B	C	D	E	F	G	Relación	Edad	Sexo	Rol
Pablo	X		X	X				Hijo	60	V	F
Jesús	X		X	X				Hijo	54	V	F
Rosa		X	X					Nuera	50	H	F
Marina				X				Hija	57	H	F
José		X	X					Hermano	86	V	F
Pepa								Vecina	?	H	V
Josefa					X			Vecina	65	H	V
Irene								Vecina	?	H	V
Paula								Vecina	?	H	V
María	X				X		X	Voluntaria	51	H	O
Isabel	X							Aux. SAD	54	H	O
Laura								Aux. SAD	47	H	O
TOTALES	4	2	4	3	2	1					

El tamaño percibido de red de Marina es de 12 personas, de las cuales 8 son referidas por ella como fuente de apoyo. Las edades de los miembros de su red social están comprendidas entre 50 y 86 años, siendo 3 de ellos hombres y 7 mujeres. Marina nos expresa que recibe apoyos en todas las categorías, es decir, tanto a nivel emocional como material e informativo.

Manifiesta recibir apoyo emocional de sus tres hijos y de la auxiliar de

#### 3.2.5. Objetivos y estrategias de intervención.

Tras identificar la red social y el sistema de apoyo de Marina, nos propusimos los siguientes objetivos con el fin de mejorar la integración en su entorno.

1. Complementar los recursos de apoyo en la red social de Marina a través de una voluntaria que la acompañe a pasear y que haga actividades que mejoren la salud física y mental de Marina.

2. Potenciar los recursos personales de Marina, alentándole a través de la voluntaria a que siga realizando labores de ganchillo (su antiguo hobby), y procurando mantener su nivel de actividad cognitiva actual escuchándola recitar poemas de la tradición oral que se sabe de memoria.
3. Aliviar la sobrecarga de Marina y aumentar su capacidad de autocuidado, teniendo en cuenta que aún es una figura cuidadora en su familia.
4. Facilitaremos momentos de descanso físico y emocional, a través de la escucha, paseos y compañía. A través de la voluntaria recordaremos y reforzaremos en Marina conductas y hábitos de autocuidado.

### *3.2.6. Evaluación de la experiencia de Marina en el programa.*

La entrevista de evaluación se realizó en el domicilio de Marina a los 6 meses del comienzo de la actividad de María, su voluntaria. El tiempo de aplicación fue de 1 hora aproximadamente y, en ella, registramos las siguientes manifestaciones:

Marina refiere tener un mal estado de salud física en general, debido a sus «achaqueos». En relación a María (la voluntaria), manifiesta que ésta le da compañía, consejo para su auto-

cuidado, le acompaña a pasear y a hacer compras, también refiere específicamente que «le da mucho cariño». Dice de ella que «es muy simpática y buena mujer» y valora lo «buena que es con su hija».

Marina refiere que desde que forma parte del programa y conoció a María, se relaciona más con los vecinos de su bloque, así como con otras personas del barrio, farmacéutico, los tenderos, etc.

También se ve más a menudo con su hijo Jesús, pues suele ir a visitarlo acompañada de María. En el transcurso de la entrevista también hace referencia a su nuera, de la cual dice que «la quiere como a una hija», así como a la auxiliar de ayuda a domicilio, a la que se refiere como persona importante en dentro de su red de apoyo. Finalmente Marina manifiesta que le gustaría continuar en el programa y seguir recibiendo las visitas la voluntaria e incluso tener una cada día.

### *3.2.7. Evaluación de las actividades voluntarias de María.*

La entrevista de evaluación se realizó en el Centro de Servicios Sociales a los 6 meses del comienzo de la actividad de la voluntaria. Su tiempo de aplicación fue de 1 hora aprox. y en ella registramos las siguientes manifestaciones:

- María refiere sentirse solidaria realizando su labor de volun-



tariado, manifiesta que «siempre ha tenido la necesidad de ayudar a los demás». A partir de su participación en este programa ha podido realizar este deseo y encontrar a personas que tienen las mismas inquietudes que ella.

- María refiere no haber tenido dificultades significativas en el desarrollo de sus funciones y que ha visto cumplidas todas sus expectativas. Piensa que proporciona ayuda y apoyo a través de su colaboración y ello le satisface y motiva para continuar. Le gusta reunirse con sus compañeros/as y compartir experiencias, saber que hay una persona que las coordina y si surge algún problema lo pueden solucionar entre todos/as.
- María es una de las primeras voluntarias que empezó a colaborar en el programa y hace un análisis del perfil de voluntario/a que ha pasado por él, distingue dos tipos uno el/la «altruista» y otro el/la que «busca hacer una práctica o adquirir experiencia», manifiesta que ella prefiere el primero, pues se identifica más con este tipo y lo considera más adecuado para la labor que se realiza.
- A María le gustaría que se hicieran actos de reconocimiento público a los/as voluntarios/

as y que se ayudara con medios, como por ejemplo becas de transporte, ya que considera que ello motivaría más a la participación.

- Destaca especialmente la formación continua que recibe de los profesionales del programa, ya que ésta es eminentemente práctica y centrada en las incidencias del día a día.
- María valora muy positivamente el efecto que su apoyo ha tenido en Marina. Refiere que a raíz de su intervención se ha visto más con su hijo Jesús, visitándolo con frecuencia en su casa. Así mismo Marina ha retomado su antigua afición de hacer labores de ganchillo, tanto para ella como para regalar a personas de su entorno. Con María recita poemas, mostrando no haber perdido su capacidad de memorización.
- Por último señalamos que María observa que cuando ella está, Marina se muestra relajada, tranquila y contenta, manifestando agrado por su compañía.

### *3.2.8. Conclusiones sobre el caso de Marina.*

Reflejamos a modo de conclusión los cambios detectados en Marina y María, motivados por su participación en el programa.

En relación a la red de apoyo de Marina podemos decir que a raíz de su participación en el programa ha aumentado su tamaño de red, pues ha conocido a personas nuevas tales como la propia voluntaria, vecinos de su calle,...). También ha aumentado su contacto con personas de su familia; hijo, nuera y nietos.

Pero el efecto de la presencia de la voluntaria, ha sido sobretodo a nivel emocional. Consideramos que ello ha servido para aliviar su sobrecarga y propiciar momentos en los que su rol de cuidadora pasase a ser el de persona cuidada. El hecho de que Marina pudiese realizar actividades que antes no podía hacer sola (paseos, compras,...), ha aumentado sus posibilidades de relación interpersonal, y ha influido positivamente en su estado de ánimo general.

Por otro lado, para María esta actividad ha supuesto la posibilidad de cumplir su deseo de ayudar en una labor solidaria que le ha reconfortado personalmente. Podemos señalar que entre ambas se ha creado un vínculo afectivo grande y desde la organización del programa se ha procurado en todo momento potenciar este vínculo de forma que no evolucionase hacia una dependencia afectiva.

#### **4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS GENERALES**

1. El carácter innovador de este Programa dentro del ámbito de

los Servicios Sociales, el cual está basado en el análisis de redes sociales como objeto de estudio, siendo el principal objetivo ofrecer apoyo emocional a personas mayores a través de voluntarios/as.

2. Este tipo de programas rentabiliza los recursos naturales a través de la intervención de los recursos profesionales, ya que estos potencian y facilitan la colaboración entre los distintos sistemas de ayuda (natural, natural organizada y profesional).
3. A través de este programa hemos observado que ofrecer apoyo emocional a personas en situación de crisis, ha permitido no sólo su recuperación sino que descubran su capacidad de ofrecer ayuda a otras personas en la misma situación, convirtiéndose en algunos casos en voluntarios del programa.
4. De cara al voluntariado, es muy importante que haya una figura estable de referencia que les ofrezca apoyo, formación y seguimiento de su labor, haciendo que se sientan miembros de un equipo de trabajo donde se les reconoce y valora su colaboración. De esta forma los voluntarios y voluntarias pueden expresar sus inquietudes, satisfacciones y dificultades en la relación con los/ las usuarios/as.

5. El nivel de satisfacción de los voluntarios y voluntarias es muy alto, superando en muchos casos sus expectativas, expresando que reciben tanto o más de lo que dan.
6. La mayoría de los/as voluntarios/as del programa son mujeres de entre 45 y 60 años de edad. Esto puede deberse a varios motivos; por un lado, tradicionalmente la sociedad ha otorgado al rol femenino la función proveedora de apoyos tanto en la familia como en la comunidad. Por otro, la horquilla de edades se corresponde con el momento evolutivo de «nido vacío», donde al disponer de más tiempo libre, las personas se plantean extender a otros ámbitos su función proveedora de apoyo.

En función de la experiencia en el desarrollo de este programa hacemos las siguientes sugerencias:

1. La necesidad de incorporar en los programas de Servicios Sociales intervenciones destinadas al estudio y valoración de los sistemas de apoyo, contando con ellos en los procesos de ayuda a los/as usuarios/as.
2. Potenciar actitudes de tipo solidario en la Comunidad, que estén basadas en los vínculos personales.
3. Es necesario que políticos y profesionales se sensibilicen hacia este tipo de programas, ya que hasta ahora no se les ha dado un espacio propio dentro de los Servicios Sociales.
4. Fomentar la participación de los mayores de nuestra sociedad es importante para implicarlos en actividades solidarias, ampliar su red social y prevenir futuras situaciones de aislamiento.
5. Por último, se hace necesario fomentar actitudes solidarias de apoyo social entre la población masculina, que tradicionalmente se ha mantenido al margen de este tipo de actividades.

## BIBLIOGRAFÍA

- ELKAÏM, M. (1995): *Las Prácticas de la Terapia de Red*. Gedisa. Barcelona.
- BARRERA, M. (1980): A method for the assessment of social support networks in 0community survey research. *Connections*, 3, 8-13.
- BIEGEL, D.E., SHORE, B.K., y GORDON, E. (1984): *Building support networks for the elderly: Theory and practice*. Sage. London.
- GRACIA FUSTER, E. (1998): *El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria*. Paidós. Barcelona.
- LIN, N y ENSEL, W. (1989): Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- LIN, N. ( 1986): Conceptualizing social support. En N. LIN, A. DEAM y W. ENSEL, *Social support life events and depression*. Academic Press. Nueva York.
- MARTÍNEZ, M., GARCÍA, M. MENDOZA, I. (1995): Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los ancianos andaluces. *Intervención Psicosocial*, 4,11, 47-63.
- VILLALBA, C. (1995): Intervención en Redes. *Revista de Documentación Social*, 98, Cáritas Española.
- VILLALBA, C (1993): Redes Sociales: un concepto con importantes implicaciones en la Intervención Comunitaria. *Revista de Intervención Psicosocial*, 2, 4, 69-85.

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE USUARIOS (ANEXO 1)

### PREGUNTAS GENERALES

¿Cómo se encuentra ahora en general?

¿En qué le está ayudando las visitas de la voluntaria?

¿Qué le ha aportado el voluntario?

De todo lo anterior, ¿qué es lo que más le ayuda?

### PREGUNTAS DE APOYO DE CONSEJO

¿Habla de sus cosas con el voluntario?

¿Le ayuda el voluntario con algún consejo?

### PREGUNTAS DE APOYO EMOCIONAL

¿Ha mejorado su ánimo?

¿Qué es lo que más le gusta de su relación con la voluntaria?

### PREGUNTAS DE TAMAÑO Y DENSIDAD

A raíz de su relación con la voluntaria, ¿Se ha reencontrado con alguien que conociese de antes y no viese desde hace tiempo?

¿Ha conocido a personas nuevas? ¿con qué frecuencia se ven?, ¿le gustaría seguir viéndola?, ¿para qué se ven?

Si ha conocido a personas nuevas, ¿se relacionan con su familia y amigos?

### PREGUNTAS DE FRECUENCIA

¿Ha cambiado su relación con la familia en algo?, ¿se ven más, le llaman más?

¿Ha cambiado su relación con los vecinos?

¿Ha cambiado su relación con los amigos?

Si necesitásemos hablar con su familia o amigos, ¿estaría vd. dispuesta a tener una reunión con ellos y nosotros?

### PREGUNTAS DE DISPERSIÓN

Desde que conoce a la voluntaria, ¿habla ahora más con su familia o amigos?

En general, ¿cree vd. que se relaciona más o que sale más con los demás?

### PREGUNTAS DE CIERRE

Para el año que viene:

¿Le gustaría seguir recibiendo visitas de voluntarios?

¿Le gustaría ser voluntario con nosotros?

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL VOLUNTARIO (ANEXO 2)**

¿Cómo te sientes en lo que haces como voluntario/a?

¿Qué cosas te ha aportado ser voluntario/a?

¿Qué dificultades te has encontrado?

Las expectativas que tenía como voluntario/a se han cumplido:

Mucho	Normal	
Regular	Poco	

¿Sientes que proporcionas una relación de ayuda?

Mucho	Normal	
Regular	Poco	

En las reuniones de cada mes:

¿Qué te gusta más?

¿Qué te gusta menos?

¿Qué cosas echas en falta?

¿Cómo valoras el efecto que tu intervención ha tenido sobre el usuario?

¿Crees que se han cumplido los objetivos?

¿Quieres aportar alguna sugerencia?

# PROGRAMA REDES PARA EL TIEMPO LIBRE

## Otra forma de moverte

**Pedro Moreno Lepe y Lola Pérez Cárdenas**

*Concejalia de Juventud-Ilmo. Ayto. La Palma del Condado  
Técnico de Juventud y Trabajadora Social*

### I. INTRODUCCIÓN

Desde el mes de junio de 1.999 se está llevando a cabo en La Palma del Condado, y más concretamente desde la Concejalía de Juventud y Deportes de su Ayuntamiento, el Programa REDES PARA EL TIEMPO LIBRE «Otra Forma de Moverte».

En sus inicios este Programa fue una experiencia piloto realizada en 4 municipios de España de diferente índole: Murcia, Alcalá de Henares (Madrid), Jaca (Huesca) y La Palma del Condado (Huelva).

Posteriormente este conjunto de poblaciones se amplió hasta formar parte del mismo 6 localidades en total.

Granada y Jaén comenzaron su andadura dentro de REDES PARA EL TIEMPO LIBRE «Otra Forma de Moverte» en el año 2.000.

Como proyecto piloto, que fue en sus inicios (2.000-2.001), la formación

y supervisión técnica del Proyecto corrieron a cargo del Grupo Interdisciplinar de Drogas (G.I.D.). La financiación corrió casi, al 50 % entre el Instituto de la Juventud de España (INJUVE, entidad ésta última promotora de la experiencia piloto) y el Ayuntamiento de La Palma del Condado; contando con la aportación del Instituto Andaluz de la Juventud con un 2.8%, el Área de Juventud la Diputación de Huelva con un 4.1% y la Delegación de Asuntos Sociales (Ciudades ante las Drogas) con un 2.98%.

Actualmente (2.002), La Palma del Cdo., al igual que las restantes municipios, desarrollan el Programa Otra Forma de Moverte de forma autónoma. Concretamente, en nuestra localidad, el proyecto cuenta con la supervisión técnica del Centro Provincial de Drogodependencia y la financiación de la Consejería de Asuntos Sociales mediante el Programa Ciudades ante las Drogas con un 27% de total del presupuesto; estando a la espera de posteriores resoluciones de otras

Administraciones, el Ayuntamiento de La Palma del Condado asumirá el 73% restante de la financiación.

Desde el Ayuntamiento se ha creído oportuno continuar trabajando la prevención de riesgos siguiendo las pautas funcionales que hasta ahora se han desempeñado.

«Otra Forma de Moverte» ha pretendido siempre intervenir sobre la población juvenil, buscando alternativas al tiempo de ocio de ellos y educarlos para la adquisición de hábitos saludables.

Teniendo en cuenta los múltiples estudios existentes en relación a las conductas de riesgo que manifiestan los adolescentes los fines de semana, hemos considerado imprescindible hacer hincapié sobre todo en la prevención del consumo de drogas y en sus consecuencias negativas.

Nos ocupamos de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas: educación vial, relaciones sexuales, y trastornos alimenticios con una metodología integral.

En definitiva nuestras aspiraciones han ido encaminadas desde el comienzo a prevenir todo tipo de conductas de riesgo, ofertando a los jóvenes actividades en su ocio y su tiempo libre.

En todo momento hemos pretendido realizar esta intervención mediante un trabajo comunitario participati-

vo y coordinado con los sectores más representativos de nuestra localidad.

La coordinación con las distintas asociaciones juveniles y con las diferentes Concejalías del Ayuntamiento, ha estado desde el primer instante patente, e imprescindible para el buen desarrollo del programa.

Sin lugar a dudas este trabajo coordinado unido a la consideración que hemos tenido en todo momento de la opinión de los jóvenes, han supuesto un éxito garantizado de «Otra Forma de Moverte».

A continuación creemos que es imprescindible exponer más detenidamente como ha sido hasta el momento el desarrollo de REDES PARA EL TIEMPO LIBRE «Otra Forma de Moverte»

## **2. METODOLOGÍA Y PROCESO SEGUIDO EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA**

### **2.1. Temporalización del proyecto**

Este municipio cuenta con dos años de un incipiente trabajo en relación a la prevención de riesgos y al ocio alternativo a sus espaldas que, tuvo sus comienzos en octubre de 1.999. En ese mes los técnicos municipales y coordinadores del programa realizamos un curso de formación para



introducimos en la metodología del programa. Una vez «aprendida la lección» debíamos transmitir los conocimientos a las asociaciones juveniles, los técnicos municipales y demás colectivos sociales. Esta fue una ardua tarea que nos llevó a mantener muchas reuniones para hacer entender la filosofía del proyecto.

Una vez convocadas las asociaciones juveniles, tuvo lugar un curso formativo, para la constitución del Grupo Promotor, los días 9, 10 y 11 de diciembre de este mismo año. Con esto se inició el trabajo de análisis de la realidad y diseño de objetivos y actividades, que nos ocupó varios meses de trabajo, puesto que debíamos dejar todos los cabos bien atados y hacer que este proyecto fuese presentado a toda la comunidad con la que debíamos establecer acuerdos y compromisos de colaboración.

La primera actividad vio la luz el 11 de marzo de 2.000. A partir de ahí las actividades se realizaron de forma consecutiva durante todos los fines de semana hasta el 30 de junio del mismo año. Tras cuatro meses de labor el Grupo Promotor hizo un alto en el camino para realizar la evaluación y analizar los aspectos a mejorar.

Las actividades se reanudaron en octubre de ese mismo año y no han cesado hasta el momento. Mientras tanto, hemos tenido otro curso de profundización y reciclaje en diciembre de 2.000. Tanto el Grupo Promotor como los técnicos municipales han continuado con la tarea de evaluación, puesto que un programa de estas características necesita ser modificado, revisado y corregido en todo momento para que el resultado final sea siempre el más óptimo.

### RESUMEN DEL CRONOGRAMA DEL PROYECTO

FASES	Año 1999			Año 2000											
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	AG	SP	L		
Organización Equipo de Trabajo															
Curso de Formación Eq. Trabajo															
Análisis de la Realidad															
Presentación del Proyecto a las Entidades Juveniles															
Constitución del Grupo Promotor															



han permitido al joven una toma de decisión que le ayude en la gestión de los Riesgos. De ahí que las actividades nocturnas hayan sido mayoritarias, no por ello dejando a un lado la prevención de los distintos riesgos en los que se ha incidido.

### 2.2.1. Medios de difusión.

Han existido varias vías de comunicación, dependiendo del colectivo al que se quería llegar. Podemos hacer distinción entre los jóvenes de La Palma, considerados como los destinatarios más directos del programa, movimiento asociativo, padres, comunidad educativa, miembros del Grupo Promotor, técnicos municipales, ...

Los buzones de sugerencia, los stand informativos instalados en los bares y lugares de tránsito juvenil, los folletos informativos, cartelera, la utilización de soportes audiovisuales y el envío sistemático de mensajes a móviles han sido las vías de comunicación con los destinatarios. Esto nos ha permitido dar a conocer el programa y recoger la opinión y valoración de los jóvenes y adolescentes sobre *Otra forma de moverte*. Dado que el proyecto va destinado a los jóvenes, las actividades y el diseño del mismo ha sido realizado en todo momento por ellos, solicitando datos a todas las asociaciones juveniles de la localidad y jóvenes no asociados, con el fin de recabar la mayor información acerca de los intereses e inquietudes que estos tienen.

Es aquí donde radica el aspecto más novedoso del programa, puesto que es la primera vez que se cuenta con la participación e implicación de los jóvenes en un programa de prevención. Ha sido el Grupo Promotor junto con sus asociaciones quienes han llevado a cabo las actividades que se han desarrollado en cada momento. Dependiendo de la filosofía y del carácter de cada una de las asociaciones que forman parte del mismo, estas han asumido la puesta en marcha del proyecto durante todo el programa.

La Concejalía de Juventud, con su Centro de Información Juvenil y los técnicos del programa han sido uno de los elementos claves para hacer llegar la información a los jóvenes, han servido en todo momento como canal y cauce entre los jóvenes y la institución.

### 2.2.2. El grupo promotor.

Conformar el Grupo Promotor, ha sido una de las tareas más enriquecedoras que nos ha aportado el Programa, si bien, también ha sido la que más esfuerzo ha requerido. Ya que formar, motivar y organizar al Grupo Promotor es una ardua tarea.

La constitución del mismo se hizo a través en un contacto personalizado con las distintas entidades juveniles de nuestra localidad, ya que las dimensiones de nuestra localidad lo permitía, además esto nos resultaba viable, ya que con muchas de ellas teníamos contacto personales casi a diarios.

Tras unas primeras reuniones informativas sobre el Programa a desarrollar y su metodología de trabajo, fue significativa la respuesta por parte de las asociaciones al programa, desde un primer momento todas optaron por colaborar, aunque unas más escépticas que otras, tuvimos aforo completo. Por tanto debíamos aprovechar la oportunidad que se nos brindaba y no dejar escapar a ninguna de ellas. Nunca antes se había contado desde una administración pública con la opinión tan directa de los jóvenes. Esto era algo novedoso no sólo para ellos, sino también para nosotros y no podíamos fallar. Se les ha cuidado, mimado y apoyado desde el principio. Se ha conseguido la continuidad de un grupo poco homogéneo pero bastante perseverantes y constantes que ha colaborado codo con codo para difundir y ayudar al auge del programa.

Una de las funciones primordiales del Grupo es la de actuar como mediadores con el resto de los jóvenes, proporcionándoles información sobre la programación de actividades diseñadas por el proyecto, así como transmitir información en todo lo referente a la prevención de los riesgos.

El proceso de comunicación con el Grupo Promotor ha sido principalmente por carta, teléfono y el contacto personal, sin descartar otras formas de acercamiento. Se han mantenido reuniones periódicas desde el

comienzo del programa, en las que se estableció de forma estable el lugar de encuentro, para facilitar el acceso a la información y mantener de esta forma la vía de comunicación entre la institución, los jóvenes y el Grupo.

Otro de los aspectos más interesantes y al cual hay que darle gran importancia en el proyecto, en cuanto a su metodología, es la coordinación y el trabajo conjunto entre las distintas áreas del Ayuntamiento, orientado a la prevención de los riesgos en los jóvenes del municipio. Nunca antes se había trabajado en esta línea, lo cual ha supuesto el esfuerzo de todos, al objeto de ofrecer un servicio más eficaz y eficiente. La coordinación debe ser ese segundo pilar dentro del programa, puesto que la realización de las actividades y el cumplimiento de los objetivos marcados, requiere del apoyo e implicación de todas las áreas municipales, siendo esta un objetivo en sí misma.

Con todo esto hemos pretendido acercar el programa a los jóvenes, entendiendo que debíamos ir allí donde están los riesgos y facilitar de esta forma la participación. Esta ha sido en todo momento la filosofía del programa, puesto que, para conseguir un espacio en las conductas que habitualmente mantienen los jóvenes, debemos hacer que los espacios en los que se desarrollan las actividades y el modo en que se realizan, sean lo más atractivas posible.

### 2.3. Participación

*La participación juvenil es uno de los pilares básicos para contar con la aceptación y beneplácito del programa por parte de los jóvenes.*

Por las encuestas realizadas, y la petición hecha a los destinatarios sobre su valoración del programa, podemos decir que estos se muestran muy satisfechos con la actuación llevada a cabo durante estos meses. Así lo expresan muchos de ellos solicitando la continuidad del mismo:

*«Muy buena, siempre que no caiga en el olvido».*

*«Me parece muy interesante y positiva, hacen falta programas de prevención».*

*«Es bastante positiva porque por lo menos están consiguiendo que algunos fines de semana la gente deje a parte los botellones y demás y se dediquen a algo más sano».*

(Datos encuesta verano-01)

Desde el inicio del programa se consideró como destinatarios a todos aquellos jóvenes y adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 29 años. Esta franja de edad, con el transcurso del proyecto se ha visto que es muy amplia y que abarca edades con hábitos y costumbres muy dispares, por lo que conforme ha ido transcurriendo el programa hemos ido reduciendo la edad de los destinatarios hasta 25 años y priorizando sobre todo en la prevención para los adolescentes; esa edad tan difícil y complicada por la que todos hemos pasado, y nuestros cambios de personalidad y nuestro deseo de asumir riesgos y descubrir nuevos retos.

En esta búsqueda de nuevas sensaciones, tenemos que decir que, ciertamente han sido ellos quienes mejor han respondido a todas las actividades, siendo la edad media de participación 17 años.

Conjugar la prevención con el ocio alternativo es una tarea difícil si queremos conseguir una buena participación juvenil, puesto que a veces

#### DATOS DE PARTICIPACIÓN – 2001

Nº Alumnos Formados	370
Nº de Jóvenes participantes (los que por la tipología ha permitido su registro)	3.143
Edad media de los participantes	17 años
Participación por género	57% H / 43% M

se asocia prevención con *aburrimiento*, y ofertar un conjunto de actividades novedosas y atractivas para ellos puede resultar en ocasiones complicado.

En lo que concierne a la participación Institucional, debemos valorarla de forma positiva, ya que ha tenido una progresión ascendente y fructífera, sobre todo si consideramos que partíamos de una situación en la que antes del desarrollo del Programa no existía una metodología de trabajo basada en el trabajo coordinado; sino que se establecían colaboraciones de forma puntual y por mutuo be-

neficio. Aún así, el camino por andar es largo.

Uno de los pilares básicos del programa es la participación del movimiento asociativo juvenil que se da mediante el Grupo Promotor del que venimos hablando desde el comienzo. De él depende el funcionamiento de este programa. Está constituido por una media de 20 miembros, con edades comprendidas entre los 17 y 28 años. En él queda representado la mayor parte del colectivo juvenil, puesto que sus miembros proceden de las diferentes asociaciones de la localidad; así como miembros voluntarios que no están asociados.

#### GRUPO PROMOTOR DE LA PALMA DEL CONDADO

Nº Alumnos Formados	Jóvenes Bartolos
Jóvenes Pioneros	Asociación Cultural Alternativa
Grupo Joven Cristo del Perdón	Club Baloncesto La Palma'95
Grupo Joven Vedruna	Grupo Joven Sto. Entierro
Grupo Animación Mandrágora	Grupo Joven Virgen del Valle
Voluntarios (jóvenes no asociados)	

### 3. OBJETIVOS

La finalidad principal, es conseguir desarrollar un programa de Prevención de Riesgos en el Tiempo Libre y de Ocio de los jóvenes, intentando establecer «redes» de participación con todos los agentes sociales de la ciudad implicados.

En función del análisis de la realidad que se ha ido realizando en las diferentes fases del programa, los objetivos generales han sido modificados, si bien estos no han sufrido una variación significativa, pudiendo decir que los objetivos generales son los que se detallan a continuación, y que se desarrollan con sus respectivos objetivos específicos y operativos omitidos por cuestión de espacio.

<b>OBJETIVOS GENERALES</b>
A) Prevenir las consecuencias negativas del consumo de alcohol y otras drogas en los jóvenes.
B) Prevenir los accidentes de circulación en los fines de semana.
C) Prevenir las E. T. S. y embarazos no deseados.
D) Prevenir los trastornos alimenticios.
E) Mejorar los espacios donde se desarrollan las actividades de ocio y tiempo libre de los jóvenes.
F) Fomentar la cohesión y buen funcionamiento del Grupo Promotor.
G) Desarrollar plenamente la coordinación entre las diferentes Concejalías del Ayuntamiento de La Palma del Condado.
H) Ofertar un conjunto de actividades saludables y alternativas en el tiempo de ocio de los jóvenes.
I) Comunicar los planteamientos del programa mediante un plan de comunicación, adaptado a los destinatarios.
J) Evaluar el desarrollo y resultado del programa en la intervención de prevención de riesgos en el tiempo libre y de ocio.

#### **4. RIESGOS DETECTADOS Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS**

Tras haber llevado a cabo durante el año 2000 la primera edición del programa REDES PARA EL TIEMPO LIBRE Otra forma de moverte como experiencia piloto, el municipio de La Palma del Condado contaba con un análisis de la realidad y unos datos sobre los hábitos de consumo de los jóvenes suficientes como para valorar la necesidad de dar continuidad a este programa de prevención, ya que los objetivos y planteamientos quedaban fijados a medio y largo plazo.

De acuerdo con los últimos estudios realizados con respecto a las conductas de riesgo que manifiestan los jóvenes durante el fin de semana, existe un consumo elevado de alcohol que ha ido incrementando en los últimos años.

Lo mismo ha ocurrido con otras drogas como la cocaína y el cannabis, las cuales de acuerdo con los resultados de la encuesta realizada en junio del 2001 nos aportaba unos datos nada despreciables, mostrando un amplio consumo en la población juvenil de La Palma del Condado. Las modas han hecho que éstas sean unas de las sustancias de mayor repercusión en

- Consumo de alcohol y otras drogas,
- Las relaciones sexuales
- La conducción de vehículos,
- Los trastornos alimenticios.

son los derivados del:

Por ello, los riesgos priorizados en el momento,

Esos son problemas que, en alguna medida, afectan actualmente a gran parte de los jóvenes, por lo que resulta de gran importancia atender a la demanda presentada por los jóvenes y dar respuesta a las necesidades que estos presentan. «Otra forma de moverte», es un proyecto ambicioso que pretende ofrecer la posibilidad de dar alternativas a los jóvenes para gestionar sus riesgos en el tiempo de ocio y educarles para una sociedad cambiante sujeta a las modas que imperan en el momento.

De la misma manera podemos observar como los medios de comunicación van influyendo cada vez más sobre los jóvenes y nos venden una imagen de la persona más delgada, apareciendo un número cada vez mayor de jóvenes con problemas de trastornos alimenticios, principalmente de anorexia y bulimia; lo cual nos hace plantearnos trabajar desde la prevención en aspectos como la autoestima y desde ahí habilidades sociales que les permitan elegir libremente, ya que han podido detectarse algunos casos de trastornos alimenticios en nuestra localidad.

Desde el Ayuntamiento de La Palma del Condado sentimos la responsabilidad de prevenir el consumo de drogas como uno de los problemas más importantes que se nos presentan, dada la repercusión que tienen las mismas en las conductas de los jóvenes durante el fin de semana, llevándoles a actuar de forma temeraria tanto en la conducción de vehículos como con su propio cuerpo, por ello no queremos olvidar otros riesgos como son los que se derivan de las relaciones sexuales, que puede provocar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Se observa un inicio de las relaciones sexuales a los 16 años, de los cuales un 85 % de la población hace uso del preservativo.

Entre los jóvenes. A los 14 y 15 años se produce un inicio en el consumo, de los cuales un 13 % consume cannabis y bebe alcohol los fines de semana. En edades comprendidas entre los 16 y 17 años, un 30 % consume alcohol, cannabis y cocaina los fines de semana y un 23 % fuma tabaco y bebe alcohol todos los días; para descender después el consumo y hacerlo de forma más moderada en edades más avanzadas.

La drogodependencia, es por tanto, un hecho que nos preocupa, y dada la magnitud del problema que afecta a la población adolescente, no podemos menos que tomar conciencia del mismo y aportar soluciones para ello.



Para cada uno de los riesgos priorizados, se han realizados actuaciones, que han tenido siempre el denominador común de enmarcarse en alguna de las estrategias utilizadas, y actuando de forma global, ya que todos los riesgos hay que trabajarlos desde las cuatro estrategias utilizadas para prevención de los mismos que son:

- Estrategias de influencia.
- Estrategias para el desarrollo de competencias.
- Estrategias de Control.
- Estrategias de Adecuación al Medio.

## 5. ACTIVIDADES REALIZADAS

### 5.1. Descripción de las actividades

Las noches de los fines de semana en La Palma han tenido una nota de color y han ofrecido un conjunto de actividades de carácter lúdico y educativo a los jóvenes palmerinos. Las actividades ofertadas han sido en

todo momento en horario de ocio, exceptuando los módulos de formación que han ocupado parte de la jornada de estudios de los jóvenes.

Podríamos hacer una distinción entre aquellas actividades que se consideran específicas de prevención y otras que eran más inespecíficas, destacando más su carácter lúdico. Entre las primeras podemos destacar las actividades de formación sobre drogas, sexualidad, educación vial y trastornos alimenticios, que se han llevado a cabo en los IES y con las APAS y las campañas realizadas sobre prevención del VIH/SIDA y drogas, las cuales se han desarrollado en el ámbito escolar para facilitar la participación y la asistencia a los mismos.

El otro grupo de propuestas han sido aquellas que se han ofrecido siempre por la noche y que iban destinadas en exclusividad a los jóvenes. Al encontrarnos en La Palma con una elevada población universitaria que estudia fuera de la localidad y que regresa en el fin de semana, las actividades se han concentrado principalmente en la noche del sábado.

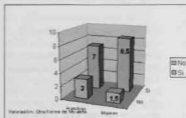
### ALGUNOS DATOS

AÑO	N.º fines de semana	Media actividades/ Semana	Total Actividades
2000	16	4	65
2001	28	5	160

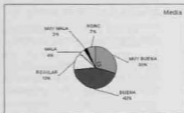
## ACTIVIDADES POR TIPOLOGÍAS

Talleres y Cursos	Deporte / Aventura	Prevención Específica	Culturales / Animación	Formación	Difusión
Marroquinería	3x3 Baloncesto	Campaña E. T. S.	Maratón Fotográfico	Día del Asociacionismo	Stand Informativos
Estaño	Voley Playa	Campaña «Barriga Llena»	Degustación Gastronómica	Formación al Grupo Promotor	Buzones de Sugerencias
Tatuaje	Balonmano	Cursos a Padres	Exposiciones	Curso Coordinación de Áreas	Programas de Radio
Parapsicología	Fútbol Sala	Cursos a Policías	Sesión Golf de Cine	Curso de Mediador Social	Programas en TV Local
Malabares	Rappel	Módulo Drogas	Teatro de Calle		Folleto Actividades
Pintura Camisetas	Tirolina	M. Trastornos Alimenticios	Conciertos		Mensajes a Móviles.
Globoflexia	Acampada	M. Educación Sexual	Juegos Acuáticos		
Aula Internet			Actividades Animación Sociocultural		
Informática					
Pendientes					
Trencitas					

¿Consideras interesantes las actividades del Programa Otra Forma de Moverte? (Datos Encuesta Julio/01)



¿Cómo Valoras la actuación en prevención que se está realizando con el Programa Otra Forma de Moverte? (Encuesta Julio/01)



## 5.2. Criterios para la realización de actividades

Las actividades programadas son de gran diversidad (deportivas, musicales, culturales, formativas,...) todas ellas atendiendo a la demanda presentada por los jóvenes, y de acuerdo a las encues-

tas y entrevistas realizadas a los mismos. En el diseño y programación de cada una de las actividades se ha respetado una franja horaria en la que se hace distinción entre las actividades destinadas a los jóvenes entre 18 y 29 años y los adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 17 años. Por lo que el diseño de las actividades han sido siempre en función de los intereses e inquietudes de los jóvenes.

Con estas premisas siempre han existido unos criterios claros en la realización de las actividades:

- Ofertar las actividades siempre en horario nocturno.
- Diseñar las actividades de acuerdo con las cuatro estrategias de trabajo: Influencia, Adecuación al Medio, Control y Desarrollo de Competencias.
- Realizarlas en aquellos lugares y espacios destinados a los jóvenes, dónde estos se sientan identificados.
- No permitir el acceso a los menores de 14 años.
- Que las actividades sean llamativas y con gran atractivo, para ofertar una alternativa de ocio atrayente.
- Que permita la participación de todos, siendo su entrada gratuita o con un precio simbólico en algunas ocasiones.

- Que con ella se pretenda transmitir un mensaje preventivo de cada uno de los riesgos analizados en la población.
- Que favorezca el desarrollo de competencias, ofertando un conjunto de módulos formativos.
- Que sean ofertadas por el Grupo Promotor.

### 5.3. Recursos utilizados

Las actividades se han desarrollado siempre en aquellos espacios en los que habitualmente se encuentran los jóvenes. Teniendo en cuenta que estos son muy reacios a abandonar su lugar de encuentro habitual de los fines de semana, el Grupo Promotor determinó que las actividades debían realizarse allí donde se encuentran, no sólo los jóvenes, sino también los riesgos.

Desde los inicios del programa hasta el momento, la línea de trabajo ha ido cambiando, por lo que también ha cambiado el enfoque que se ha dado a la utilización de los espacios. Aunque desde siempre se ha pretendido acercar las actividades a los jóvenes, en

la segunda edición del programa se ha pretendido ampliar la oferta a otros espacios, para de esta forma intentar cambiar los hábitos de ocio de los jóvenes.

Los espacios más utilizados han sido el Parque Villa Luisa, lugar de «botellón» para los jóvenes y los Pubs, con los cuales se estableció un convenio de colaboración con el programa. Este convenio consistía en llevar las actividades a sus locales, y a cambio ellos se implicarían en la metodología del programa. Esta colaboración se materializaba en colocación de stand informativos, buzones de sugerencias, máquinas expendedoras de preservativos, conocimiento y aplicación de la legislación existente en esta materia, ofrecer de forma gratuita a los clientes un aperitivo con la bebida alcohólica, hora feliz sin alcohol, etc...

En total y durante los meses que ha durado el programa han sido veinte los espacios utilizados, contando con ellos los Institutos de Educación Secundaria (I.E.S.) y la Casa de la Juventud. En ningún momento se han creado nuevas necesidades, por el contrario se ha hecho un buen aprovechamiento de los recursos ya existentes, muchos de ellos olvidados o infrautilizados.

	Concejalía Juventud	Otras Concejalías	Otras Ins. Públicas	Grupo Promotor	Asociaciones	Jóvenes
<b>Recursos Humanos</b>	Técnico Coordinador a OFM	Ordenanzas Monitores Seguridad	Ordenanzas Voluntarios	Voluntarios Monitores Informadores Animadores	Voluntarios Monitores	Monitores Voluntarios G. Música Animación
<b>Recursos Materiales</b>	Locales Material	Locales Material	Locales		Locales	Material

<b>PRESUPUESTOS OTRA FORMA DE MOVERTE</b>	
Año 2000	48.080,96 €
Año 2001	51.086,03 €

## 5. CONCLUSIONES

Atendiendo a los resultados obtenidos a lo largo de estos 3 años de intenso trabajo, valoramos muy positivamente la necesidad de continuar ejecutando el Programa REDES PARA EL TIEMPO LIBRE «Otra Forma de Moverte».

Los objetivos marcados de antemano por el equipo de profesionales del Programa responsables, han sido logrados en su gran mayoría.

Este programa que en su día fue una experiencia piloto ha alcanzado eficientemente las metas proyectadas.

La continuidad de «Otra Forma de Moverte» es evidente y necesaria para la población palmerina en general.

Pensamos que uno de los logros más importantes de todo este proceso ha sido trabajar la prevención contando con el apoyo y la participación de

los jóvenes, que son los beneficiarios directos del programa.

Otro logro interesante de remarcar es el haber conseguido aunar y coordinar esfuerzos y recursos de las diversas asociaciones y Concejalías integradas en el Ayuntamiento de La Palma del Condado.

Desde la Concejalía de Juventud y Deportes deseamos que esta labor preventiva constante iniciada en 1.999, sea permanente en el tiempo.

De nada servirían los esfuerzos perpetrados por todos si esta intervención social quedara en el olvido como una actuación puntual.

Actualmente son muchos los municipios que desempeñan una labor preventiva similar a la nuestra, y realmente garantizamos a todos aquellos que aún no han iniciado su andadura en este espacio que es una tarea sumamente satisfactoria y eficaz.

# PROYECTO DE REDUCCIÓN DEL ABSENTISMO ESCOLAR

**Consuelo Bayo Jiménez**

*Ayuntamiento de Cartaya*

*Trabajadora Social*

**Matilde González Monge**

*Servicios Sociales Comunitarios Z. T. S. Costa*

*Trabajadora Social*

## 1. PRESENTACIÓN

«La enseñanza básica es obligatoria y gratuita», todos tienen derecho a la educación» (art. 27 de la Constitución española).

Así se pronuncia nuestra constitución española sobre la educación formal; pero qué sucede cuando el chico/a decide no acudir más a su centro, o cuando la familia no ve la necesidad y utilidad de que su hijo se forme; o más allá aún, cuando los padres/madres o tutores legales del menor no saben como hacer para estimular a su hijo a que acuda a clase?... ¿Qué sucede entonces?. ¿Qué hacemos?.

Los servicios sociales municipales de la localidad de Cartaya y los Servicios Sociales Comunitarios de la Z. T. S. Costa aunando experiencias y esfuerzos detectan que en algunos casos el retorno a clase por parte del

menor absentista, trasciende del exclusivo ámbito competencial del trabajo social, así como del exclusivo ámbito de educación, en parte, por la multidimensionalidad de la situación problema.

Llegados a un punto en el que el absentismo escolar sigue poniéndose de manifiesto en las aulas de nuestros centros y esto se convierte en factor de riesgo para los menores absentistas, dado la merma que ello supone en sus futuros personales, profesionales y de relación con la comunidad, así como, la desorientación de los distintos profesionales implicados y a veces incluso impotencia ante dicha situación se diseña el presente proyecto para los centros de educación primaria, secundaria e infantil de la localidad, con la colaboración de los agentes sociales relacionados con dicha problemática esperando que entre todos podamos cambiar las cifras

actuales del absentismo y pasar de la atención unilateral del problema a la intervención global e integral.

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

**Nombre del proyecto:** Proyecto de Reducción del Absentismo Escolar.

### Colectivo al que va dirigido:

- Grupo de menores absentistas de Educación Primaria y Secundaria.
- Padres/Madres de estos menores.
- Ámbito Escolar.
- Comunidad en general.

## 3. INTRODUCCIÓN Y MARCO LEGAL

El derecho a la educación viene recogido en la **Constitución Española** en su Artículo 27 «todos tienen el derecho a la educación». «La enseñanza básica es obligatoria y gratuita».

El **Estatuto de Autonomía** establece en su Artículo 11, «Los derechos, libertades y deberes fundamentales de los andaluces son las establecidas en la Constitución». «La Comunidad Autónoma garantiza el respeto a las minorías que residen en

ella». Asimismo, en su Artículo 12.3.2., establece «Para todo ello, la Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes con los siguientes objetivos básicos: El acceso de todos los andaluces a los niveles educativos culturales que les permitan su realización personal y social».

En la **Ley de Bases de Régimen Local**, Ley 7/85 de 2 de Abril, «El municipio ejercerá, en todo caso, competencias en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas en las siguientes materias:

- Participar en la programación de la enseñanza y cooperar con la administración educativa en la creación, constitución y sostenimiento de los centros docentes públicos.
- Intervenir en sus órganos de gestión y participar en la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria».

La **L.O.G.S.E.**, en su preámbulo, manifiesta que «En la educación se transmiten y ejercitan los valores que hacen posible la vida en sociedad, singularmente el respeto a todos los derechos y libertades fundamentales, se adquieren los hábitos de convivencia democrática y de respeto mutuo, se prepara para la participación responsable en las distintas actividades e instancias sociales. La madurez de las sociedades se deriva, en muy buena medida, de su capacidad para inte-

grar, a partir de la educación y con el concurso de la misma, las dimensiones individual y comunitaria».

**La Ley 1/1998**, de 20 de abril, de los derechos y la atención del menor, en su artículo 11.4 dice: «Las Administraciones Públicas de Andalucía velarán por el cumplimiento de la escolaridad obligatoria en aquellas edades que se establezcan en la legislación educativa vigente. A tal fin, se promoverán programas específicos para prevenir y evitar el absentismo escolar». La misma ley refiere en su artículo 11.5 «Los titulares de los centros educativos y el personal de los mismos están especialmente obligados a poner en conocimiento de los organismos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores, de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal aquellos hechos que puedan suponer la existencia de situación de desprotección o riesgo o indicio de maltrato de menores, así como colaborar con las mismas para evitar y resolver tales situaciones de interés del menor. Del mismo modo, los titulares de los centros educativos y el personal de los mismos deberán poner expresamente en conocimiento de los organismos y autoridades citadas en el párrafo anterior el absentismo escolar».

Centrándonos en nuestro municipio y ateniéndonos a la legislación vigente y la realidad del absentismo en Cartaya, se plantea la necesidad del diseño de un proyecto que, de forma

global, aborde la problemática planteada anteriormente incidiendo en las múltiples causas que pueden hacer emerger el absentismo.

### 3. FUNDAMENTACIÓN

En el municipio de Cartaya, el absentismo, fracaso escolar, descolarización se manifiesta en mayor grado en el primer ciclo de educación secundaria obligatoria, teniendo menor incidencia en primaria.

En cuanto a los factores causales, no podemos hablar de una única causa que afecte, ya que si así fuera, la situación sería más fácil de abordar. Las causas más frecuentes suelen ser: pertenecer a etnia gitana, padre y madre trabajando fuera de la casa, familias monoparentales, bajo nivel cultural de los padres, conflicto entre las expectativas de los chavales para su futuro y lo que el sistema educativo le reporta para alcanzarlo, bajo nivel de comprensión de algunos alumnos con respecto a sus compañeros, por lo que se sienten mal en las aulas...

Dicho abordaje se ha de centrar en los niveles que siguen: los padres, los jóvenes, la escuela y la comunidad.

**Los padres**, como principales cuidadores, son los primeros responsables de la escolarización de sus hijos y, así mismo, los responsables primeros del absentismo, sobre todo en primaria.



Los padres que creen que no es necesario estudiar, no asumen su responsabilidad en la escolarización, asistencia y rendimiento de sus hijos.

**Los jóvenes** están en una edad en la que no ven el futuro a largo plazo, su futuro se reduce al día a día. La mayoría ven como «pérdida de tiempo» el acudir al centro escolar, ya que sus expectativas laborales son trabajar en las labores agrícolas y para ello no «necesitan» ir al colegio. Otra circunstancia que influye negativamente es la oferta laboral y no cualificada que hay en la localidad, a la cual los jóvenes pueden acceder a los 16 años con la autorización de los padres.

Los jóvenes son el futuro de nuestra sociedad y por ello debemos cuidarlos, ya que cuidándolos a ellos cuidamos el futuro.

**La escuela** no está preparada metodológicamente para estos jóvenes que están en las clases sólo físicamente, no llevan el nivel y no están integrados.

No les ofrece la atención que ellos requieren por falta de recursos, no pueden ser guardadores de jóvenes, los profesores se frustran ante estas situaciones.

La pérdida de valores, el consumo por el consumo (consumismo), las videoconsolas, las motos, las ropas o zapatos de marcas, el incumplimiento de normas, la no aceptación del es-

tablecimiento de las mismas, la falta de respeto hacia sus iguales y hacia ellos mismos, la falta de responsabilidad, la conciencia de todo derecho sin deberes, la imagen del maestro como «aquel que les aguanta porque para eso le pagan», la baja capacidad de reacción ante problemáticas que son inherentes a lo cotidiano, provocan por sí solas o en conjunto, en algunos jóvenes, el absentismo escolar, que se define como: la ausencia frecuente al centro escolar. Esto es el absentismo activo, pero hay otro absentismo, el pasivo, que es el que se produce cuando se acude a clase sólo físicamente, aislándose, adoptando actitud de rebeldía, molestando tanto a profesores como a compañeros con el objetivo de la expulsión.

La experiencia de varios años en nuestro municipio nos muestra que el período de absentismo se da mayoritariamente en el primer ciclo de la E.S.O., coincidiendo con los 12, 13 y 14 años de los jóvenes, edades de preadolescencia. Suelen ser hijos de familias con un bajo nivel cultural, familias monoparentales, familias gitanas, familias multiproblemáticas. Aunque no en su totalidad, la mayoría de estas familias permiten el absentismo, ya que no ven la ventaja del colegio cuando ellos mismos no han terminado la escolarización obligatoria y el futuro que ven para sus hijos es el trabajo en el campo, para el cual ellos creen que no necesitan acudir al centro escolar. No se percatan de la importancia de la formación integral

de la persona, de la socialización que aprenden en el ámbito escolar, de que son las personas que van a formar el futuro de nuestra sociedad. Suelen comentar que no saben qué hacer con los hijos, que ellos los «mandan» al colegio y éstos no van, que temen obligarlos por la reacción que éstos puedan tener.

Como valoramos que el absentismo, tanto activo como pasivo, debe ser abordado globalmente, ya que si trabajamos el absentismo, estamos haciendo prevención en otras áreas, creemos que es necesaria la elaboración de un proyecto global de intervención y es el que pasamos a diseñar.

#### 4. HIPÓTESIS DE INTERVENCIÓN

Sólo si el absentismo es tratado desde la perspectiva de todos y cada uno de los agentes claves implicados en dicha situación-problema, se verá reducido en número.

#### 5. OBJETIVOS

**Objetivo general:** Reducir en un 75% el número de menores absentistas que cursan Educación Secundaria Obligatoria.

##### Objetivos específicos:

##### 5.1. Respeto a Padres-Madres:

- 5.1.1. Sensibilizar, motivar e implicar a los padres de los menores en la solución de la situación-problema.
- 5.1.2. Intervenir con las familias de los menores ofreciendo P.I.F. (Proyecto de Intervención Familiar) a las mismas.
- 5.1.3. Promover la creación de grupos de apoyo entre padres.
- 5.1.4. Crear de Escuela de Padres.

##### 5.2. Respeto a Menores Absentistas:

- 5.2.1. Motivar a menores absentistas favoreciendo cambios a nivel conductual y actitudinal.
- 5.2.2. Promover el desarrollo y crecimiento personal incrementando el grado de autoestima.
- 5.2.3. Acercar e integrar al menor en actividades formativas y otras lúdico-recreativas existentes en la comunidad, complementarias a las escolares, gratificantes y motivantes para los menores.

- 5.2.4. Promover la creación de Talleres para el desarrollo o mantenimiento de habilidades sociales.

### **5.3. Respeto al Ámbito Escolar:**

- 5.3.1. Facilitar la asistencia, acogida e integración de los menores absentistas en la Escuela y en las actividades complementarias existentes en la comunidad.
- 5.3.2. Realizar actuaciones que faciliten la acogida del menor por los compañeros y por el entorno escolar en general.
- 5.3.3. Promover que los espacios de comunica-

ción entre los padres y el colegio se lleven a cabo.

- 5.3.4. Crear espacios de coordinación entre Servicios Sociales y ámbito escolar para la detección precoz de casos y abordaje coordinado de los mismos.
- 5.3.5. Crear espacios educativos alternativos a la metodología actual, acordes a las necesidades e intereses de los alumnos absentistas.

### **5.4. Respeto a la Comunidad:**

- 5.4.1. Sensibilizar y concienciar a la población en general de la idoneidad y obligatoriedad de la escolarización obligatoria.

## 6. METODOLOGÍA

O.E.	NOMBRE Y BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS	RECURSOS	REF.
1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión con padres-madres y/o menor.</li> <li>• Elaboración del listado de absentistas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista.</li> <li>• Documentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citación por carta.</li> <li>• Parte asistencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta.</li> <li>• Ficha escolar.</li> <li>• Censo escolar.</li> </ul>
	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención familiar.</li> <li>• Visita domiciliaria.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P.I.E.</li> <li>• Diario de campo.</li> </ul>	
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de apoyo entre padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica de grupos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichas de identificación.</li> <li>• Diario de campo.</li> <li>• Registro observaciones.</li> </ul>	
	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela de madres-padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica de grupos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fungible.</li> </ul>
2	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller de habilidades sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas grupales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audiovisuales.</li> <li>• Materiales formativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TV-Video.</li> <li>• Fungible.</li> </ul>
	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller de habilidades sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Role-playing.</li> </ul>		
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test detección de intereses y necesidades del menor absentista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario.</li> </ul>
	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller de habilidades sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámicas grupales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audiovisuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TV-Video.</li> </ul>
	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recopilación y puesta al día de la información relativa a actividades comunitarias del interés del menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista.</li> <li>• Documentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material fungible.</li> <li>• Guía de recursos.</li> </ul>
3	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración informe derivación del centro escolar al S.I.O.</li> <li>• Elaboración informe derivación del T.S. de S.I.O. al equipo U.T.S. III.</li> <li>• Seguimiento del menor en el centro escolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación.</li> <li>• Documentación.</li> <li>• Observación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe derivación.</li> <li>• Informe diagnóstico.</li> <li>• Ficha escolar.</li> <li>• Diario de campo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha alumno.</li> <li>• Ficha escolar.</li> <li>• Expedientes Archivos T.S. S.I.O.</li> <li>• Fungible.</li> </ul>
	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración plan de trabajo entre servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas grupales para la toma de decisiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichas de identificación.</li> <li>• Diario de campo.</li> <li>• Registro observaciones.</li> <li>• Cuestionario.</li> <li>• Informes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunitarios.</li> </ul>
	3				
	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación entre profesionales incluidos en plan de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propos de cada profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control.</li> </ul>
	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres formativos dentro del centro escolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asertividad.</li> <li>• A.V.D.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fungible.</li> <li>• Audiovisual.</li> <li>• Otros.</li> </ul>
	4	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campaña de sensibilización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de radio.</li> <li>• Mesas redondas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido del programa.</li> <li>• Material a trabajar.</li> </ul>

### CRONOGRAMA 2001

ACTIVIDAD	E	F	M	A	M	JN	JL	A	S	O	N	D
REUNION T.S. S.L.O. + T.S. U.T.S. III PLANIFICACION 2001												
REUNION Y ESTUDIO DOCUMENTACION SOBRE ABSENTISMO												
DISEÑO DEL PROYECTO ABSENTISMO												
REUNION CON AGENTES CLAVES												
PUESTA EN MARCHA PROYECTO												
ENVIO LISTADO NO ESCOLARIZADOS A S.L.O.												
DETECCION ABSENTISTAS CONTRIBUCION LISTADO												
PUESTA EN MARCHA CIRCUITO I												
INFORME DERIVACION DE ABSENTISTAS A S.L.O.												
PUESTA EN MARCHA CIRCUITO II												
CAMPANA SENSIBILIZACION												

**CRONOGRAMA 2002**

ACTIVIDAD	E	F	M	A	M	JN	JL	A	S	O	N	D
CONTINUACIÓN ESTUDIO CASO HACIA VALORACIÓN-DIAGNOSTICO												
REUNIÓN COORDINACIÓN ENTRE PARTES. PLAN TRABAJO CIRCUITO III												
COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CASO												
ESCUELA DE PADRES/GRUPO DE APOYO												
DERIVACIÓN INFORME ANUAL NIÑOS ABSENTISTAS AL S.A.N.												
TALLER BIBL.S. PARA JÓVENES ADOLESCENTES												
ACTIVIDAD DE REFUERZO A EXPERIENCIAS POSITIVAS												
EVALUACIÓN Y PROPUESTAS MEJORA												

## EL RETO DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL AYUNTAMIENTO DE TRIGUEROS

**Ana Pérez Castilleja**

*Ayuntamiento de Trigueros  
Concejala Asuntos Sociales*

En primer lugar, me gustaría felicitar a todos/as los que, de una u otra forma, habéis contribuido a que la Revista *Redes de Servicios Sociales*, sea en la actualidad un exponente de vanguardia de los servicios sociales en Huelva. En ella habéis tratado temas que han sido muy importantes para el desarrollo de los servicios sociales en los diferentes ámbitos.

No quiero comenzar sin hacer una ligera pasada por la historia de los servicios sociales, historia que aunque en muchos aspectos olvidada, es muy reciente por otra parte, en relación a otros servicios de protección social, pero desde luego no menos rica en avatares y no con menos retos de futuro.

Fue desde el inicio en la andadura de los primeros Ayuntamientos democráticos cuando los servicios sociales comenzaron a desarrollarse de forma generalizada en el país, iniciando el abandono de un modelo benéfico asistencialista. Pero fue a partir de la

aprobación de los Estatutos de Autonomía, y de la Ley de Bases de Régimen Local en 1985 donde se reconocen como competencias de los municipios. A partir de entonces comenzaron a aparecer las Concejalías de Servicios Sociales, y en 1988 se implanta el Plan Concertado para el desarrollo de las prestaciones básicas de servicios sociales, que es cuando la configuración del sistema público comenzó a consolidarse de forma progresiva, y más o menos homogénea en todo el territorio nacional. A partir de este plan, se organiza una red de equipamientos básicos que permite la racionalización de los servicios sociales y se configuran como la base de los sistemas de protección social, proporcionando unos servicios sociales de calidad adecuados a las necesidades.

En Trigueros, los Servicios Sociales también aparecieron en esta época, pero fue a partir de las elecciones de 1991, cuando se consolidan como tal, creándose el Departamento de Servicios Sociales.

Desde este Departamento, se crearon nuevos servicios sociales que permitieron ir ampliando la oferta a los ciudadanos, hasta llegar a la época actual donde el objetivo fundamental es mejorar todos los servicios ya creados, además de ir creando nuevas respuestas a las nuevas necesidades que están surgiendo debido a los cambios que se van generando en la sociedad actual.

Tengo que mencionar que desde un principio hubo una gran coordinación con el equipo de Servicios Sociales del Cinturón Agroindustrial, optimizando recursos y al mismo tiempo aunando esfuerzos para la consecución de los objetivos planteado. En este sentido también tengo que mencionar el gran esfuerzo que la Concejalía de Servicios Sociales realiza para poner en marcha actividades coordinadas con otras áreas o Concejalías del Ayuntamiento.

Actualmente avanzamos hacia lo que es la realidad de los servicios sociales configurando un modelo de atención integral, teniendo en cuenta la globalidad de los problemas y a la vez procurando no diferenciar a las personas que los padecen del resto de la población. Caminamos a atender los problemas específicos, a poder ser, en los espacios normalizados, teniendo en cuenta no sólo el problema, sino también las causas que lo provocan y las situaciones de riesgo, priorizando por tanto actuaciones a nivel preventivo.

Las características y problemas sociales de la población de Trigueros es similar a la del resto de los pueblos del Cinturón. Destacaremos por su importancia las siguientes:

- Nivel cultural medio-bajo. La mayoría de las familias son de clase media.
- Alto porcentaje de paro o trabajo temporal.
- Presencia de toxicomanías en la población joven.
- Alto porcentaje de personas mayores.

En base a los datos aportados, pasaré a explicar de forma breve los programas que se llevan a cabo desde los distintos ámbitos de actuación.

## **L. ACTUACIONES EN MATERIA DE INFANCIA Y FAMILIA**

Desde este sector impulsamos los derechos del niño e intervenimos en situaciones de riesgo a través de los Servicios Sociales Municipales y Comunitarios, y en coordinación con los centros escolares y otros organismos implicados. El objetivo principal es favorecer la convivencia familiar y lograr mayores niveles de autonomía personal.

Para alcanzar dicho objetivo, se trabaja fundamentalmente con niños en situación de riesgo y sus respecti-



vas familias, tanto a nivel individual como a nivel grupal. Los aspectos más comunes en los que se intervienen son:

1. Aspectos de la convivencia familiar.
2. Organización del hogar y economía doméstica.
3. La educación a nivel general.
4. Aspectos psicológicos.
5. Intervención con las distintas redes sociales.

Debido a las características de la población infantil y teniendo en cuenta los aspectos de intervención antes descritos, hemos puesto en marcha, entre otros, programas de actividades a nivel preventivo como son «La Escuela de Padres» y el programa de «Educación en Valores. «Escala». Ambos programas forman parte de un programa general de prevención de drogodependencias «Trigueros sin Drogas» que en su apartado pasaremos a explicar.

## 2. ACTUACIONES EN MATERIA DE MAYORES

En materia de mayores, desde el Departamento de Servicios Sociales, se trabaja en dos vertientes:

1. Se colabora organizando actividades, fundamentalmente de ocio y tiempo libre, en colabo-

ración con el Centro de Día de Mayores perteneciente al I.A.S.S.

2. Se presta servicios a los mayores incapacitados ó en soledad, que necesitan ayuda para poder permanecer solos en sus casas.

En relación a estas dos vertientes, se pretende conseguir los siguientes objetivos:

- Fomentar las relaciones intergeneracionales entre los distintos colectivos.
- Fomentar la integración socio-comunitaria del mayor.
- Facilitar la transmisión de conocimientos de este colectivo mediante el intercambio de experiencias.
- Potenciar los valores y aptitudes del mayor.
- Recuperar y mantener las tradiciones y costumbres, y permitir el conocimiento por parte de niños y jóvenes de la historia de nuestro municipio.
- Fomentar la autonomía del mayor.

\* Dentro de la **primera vertiente**, entre otras actividades como talleres, jornadas, conferencias etc., podemos destacar los siguientes programas.

## **2.1. Programa «Descubre, Juega y Disfruta»**

### *2.1.1. Los Mayores como transmisores de juegos y tradiciones*

En la actualidad se ha detectado que los niños en edades comprendidas entre los 6 y los 12 años no practican juegos que faciliten su desarrollo integral, sino que se dedican principalmente a pasar horas y horas delante de la televisión, video-consola, ordenador etc.. Esta situación provoca un efecto negativo en cuanto a las relaciones sociales se refiere, ejerciéndose en el niño una relación unidireccional, es decir, no se produce comunicación, sólo se provoca aislamiento, soledad e incluso en determinados casos, dependencia a este tipo de «máquinas». Además esta situación, también resta horas de estudio, influyendo negativamente en el rendimiento académico de los niños.

Preocupados por esta situación y después de reflexionar y valorar la importancia de la misma y sobre todo del futuro de nuestros hijos, entendíamos que debíamos intervenir en la misma. En este sentido, ¿nos hemos parado a pensar lo que nuestros mayores pueden aportar a la sociedad?. Por una parte, tienen acumulada la experiencia de toda una vida. Y por otra parte, disponen de tiempo para desarrollar aquello que han aprendido a lo largo de sus vidas.

De esta forma, el Ayuntamiento de Trigueros y el Centro de Día tomó la iniciativa de desarrollar un proyecto basado principalmente en valorar las experiencias y promover a nuestros mayores como transmisores de tradiciones, canciones, retahilas y juegos populares, vividas en épocas pasadas.

El proyecto se basa fundamentalmente en la recopilación del material, actualmente perdido y olvidado, a través de los mayores. Con el fin de introducirlo en la cultura de nuestros menores y su entorno cotidiano. Y ofrecer así, otras alternativas de ocio y tiempo libre que los aleje de la informatización y violencia de algunos juegos actuales. Así mismo, se ha llevado a cabo en todos los cursos de los distintos niveles de primaria, de los centros escolares de la localidad.

La metodología utilizada en las sesiones ha sido dinámica, activa y participativa, utilizando el juego como medio de aprendizaje entorno al cual giraron todas las actividades. En cuanto al material utilizado, ha sido polivalente, variado, estimulante y en numerosas ocasiones elaborados por los propios alumnos, creándose un taller de recuperación de juguetes antiguos.

Además, con este proyecto, también se ha provocado un encuentro intergeneracional muy enriquecedor, donde por una parte los niños se han acercado a los mayores y han valorado

el vínculo afectivo establecido, fomentando el grado de integración. Y por otra, los mayores se han sentido más útil, siendo los protagonistas fundamentales de este proyecto.

Para llevar a cabo esta experiencia, además de la intervención de los mayores, ha sido fundamental la intervención de la **Asociación de Tiempo Libre MINUE**, que junto con los miembros de la Junta de Gobierno del Centro, han sido los encargados de organizar cada una de las sesiones realizadas.

## 2.2. Proyecto para mayores y jóvenes

### 2.2.1. Fundamentación

El proyecto para mayores y jóvenes surge fundamentalmente como propuesta de los propios mayores que después de varias sesiones formativas con la dirección del centro y con otros colectivos de la localidad, entendían que para su plena integración en la sociedad era necesario cambiar la percepción que los ciudadanos en general y los jóvenes en particular tienen sobre la vejez. Para ello, era necesario poner en marcha un programa de actividades donde la convivencia con otros sectores de la población fuera fundamental.

Con esta actividad pretendemos que los jóvenes se beneficien de la experiencia y sabiduría de los mayores,

y éstos pudieran aprender del progreso y nuevas estructuras de vida, basándonos en la capacitación continua y el desarrollo de nuevas actitudes y provocando el enriquecimiento mutuo. Vencer la apatía y la indiferencia, tratando temas de interés, a nivel grupal y personal y a través de sesiones formativas y talleres, con una metodología participativa.

Son los propios protagonistas quienes con ayuda de los técnicos organizan las distintas actividades a realizar. El trabajo está basado en la mejora de los problemas y la comunicación entre ambos sectores, para ser más tolerantes, para no tener miedo a comunicarse, a tener respeto mutuo, para llegar a acuerdo en aquello que no se coincide y para fomentar las actividades en común.

### 2.2.2. Objetivos

- Fomentar las relaciones intergeneracionales.
- Adquirir conocimiento, favoreciendo el intercambio y la puesta en común.
- Informar y asesorar a los mayores y los jóvenes sobre sus distintas problemáticas y posibilidades fomentar la calidad de vida de los participantes.
- Fomentar en los jóvenes valores de respeto hacia los mayores y la valía que este colectivo representa.

### 2.2.3. Actividades

Teniendo en cuenta que la actividad que mejor respuesta tuvo de los participantes en años anteriores, fue aquella en la que ellos mismos reflexionaban y debatían, en torno al problema planteado. Pensamos planificar actividades en las que fueran los propios participantes los que organizaran analizaran, reflexionaran, discutieran..., en definitiva los que dieran soluciones a sus propios problemas y fueran protagonistas de la acción.

Esta actividad se realiza en colaboración con los Servicios Sociales Comunitarios del Cinturón Agroindustrial y el I.E.S. «Dolmen de Soto» de la localidad. La programación es la siguiente:

- Presentación y explicación de las actividades.
- Dinámicas para el acercamiento y la formación de grupos, garantizando de la participación de parejas mixtas (mayores y jóvenes).
- Trabajos en pequeños grupos.
- Mesa redonda y conclusiones finales.
- Comida de convivencia.
- El gran casino intergeneracional:
  - Aulas de internet, donde los jóvenes enseñen a los mayores.

- Juegos tradicionales donde los mayores enseñen a los jóvenes.

Con esta actividad pretendemos ofrecer un marco de reflexión y convergencia de ideas sobre los aspectos prácticos necesarios para la mejora de la comunicación entre mayores y jóvenes, a través de distintas dinámicas.

- Con respecto a la **segunda vertiente** mencionada. De manera breve haré referencia a algunos de los servicios que tenemos en marcha, puesto que son servicios ya consolidados en toda la provincia.

### 2.3. El Servicio de Ayuda a Domicilio

Este servicio funciona desde el año 1991, prestándose una atención integral al mayor que vive solo o no tiene familiares o en su caso apoyando a los familiares de enfermos encamados.

Durante estos años hemos realizado un gran esfuerzo para mejorar este servicio, atendiendo a 20 usuarios a través de tres auxiliares de ayuda a domicilio. Así mismo se ha complementado el mismo con actividades de acompañamiento, paseo, gestiones, etc., a través del voluntariado y de auxiliares procedentes de un programa de fomento de empleo, puesto en

marcha por la Mancomunidad Campiña-Andévalo. Actualmente trabajamos en la formación de auxiliares de Ayuda a Domicilio y Geriátrica, a través de distintos cursos y un Taller de Empleo puesto en marcha desde la Mancomunidad.

#### 2.4. El Servicio de Teleasistencia

El servicio de teleasistencia funciona desde el año 1998, a través de un convenio con la Cruz Roja, que garantiza a 15 usuarios una atención personalizada durante las 24 horas del día, sin tener que moverse de su domicilio.

El perfil de los usuarios son personas mayores que viven solos y con escasos recursos económicos, así como personas que no tienen 65 años y tienen una minusvalía importante. En este sentido se pretende mejorar la calidad de vida de los usuarios ofreciéndoles mayor grado de autonomía, posibilitándole la permanencia en sus domicilios.

#### 2.5. El Servicio de apoyo a enfermos de Alzheimer y sus familiares

Con motivo del alto número de personas con Alzheimer, desde el año 2000 se ha puesto en marcha un servicio de apoyo. Desde este servicio se está trabajando fundamentalmente la formación de sus cuidadores, estimulándolos a constituirse en Asociación.

Actualmente se ha puesto en marcha las siguientes actividades:

- Taller de formación a cuidadores.
- Grupo de Ayuda Mutua.
- Taller de Habilidades Sociales, dirigidos a enfermos que se encuentran en la primera fase.

Actualmente, se trabaja en la mejora de estas actividades a través del Programa «Tartesso» de la Diputación Provincial, y «Taller de Empleo» que se está llevando a cabo en colaboración con la Mancomunidad Campiña-Andévalo.

### 3. ACTUACIONES EN MATERIA DE DISCAPACIDAD

En relación a las actuaciones en materia de discapacidad, se ha impulsado el Asociacionismo en general y en este caso el de la Asociación DIMIC, de ayuda a las personas con cualquier tipo de discapacidad. En este sentido se ha realizado un programa para la mejora de la calidad de vida de los discapacitados, trabajándose fundamentalmente:

- La formación a familiares.
- La integración social del discapacitado.
- Talleres dirigidos al discapacitado de 5 a 12 años: Psicomotricidad, Logopedia, etc.

En cuanto a la integración laboral del discapacitado, se ha realizado un censo local de discapacitados, necesario para cualquier iniciativa laboral. Actualmente se está trabajando en un proyecto para la creación de una iniciativa ocupacional y socio-laboral de los pueblos integrantes de la Mancomunidad Campiña-Andevalo, así como otras iniciativas ocupacionales mancomunadas:

- **Taller de Alfarería ceramista**, para mayores de 16 años. Lo integran 15 alumnos procedentes de los 4 pueblos mancomunados. Este taller se puso en marcha en el año 2.000, teniendo un resultado muy positivo, no sólo por la motivación de los alumnos a realizar el trabajo de alfarería, sino también por las habilidades sociales adquiridas en el mismo.

#### 4. ACTUACIONES EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS. AREA DE PREVENCIÓN

Trigueros cuenta desde hace algunas décadas con una importante incidencia en el consumo de drogas entre los jóvenes del pueblo, iniciándose a edades tempranas, de 10 a 18 años, normalmente con el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y otras ilegales (hachís, drogas de diseño y cocaína).

Existe una serie de factores de riesgo y un déficit en los factores de

protección, que junto con otros factores, hacen que los jóvenes se inicien en el consumo de drogas a edades muy tempranas. Cuanto más factores de riesgo y menos factores de protección tenga una persona, tendrá más posibilidades de llevar a cabo conductas aditivas.

1. Los factores de riesgos pueden ser:

- Características individuales: como falta de seguridad, inmadurez, etc.
- Características familiares: historia de drogodependencia en la familia, condiciones de escasez económica, familias desestructuradas, etc.
- Condiciones sociales: disponibilidad de la droga, escasez de vínculos sociales, presión del grupo con el que se relaciona, etc.

2. Con respecto a los factores de protección: Podríamos recordar como más importantes la comunicación fluida y de calidad entre los miembros de la familia, la familia cohesionada y funcional, fomentar la autoestima entre los hijos, conductas asertivas, que se tomen decisiones de forma consensuada, relaciones positivas de aceptación, madurez, responsabilidad, actitudes favorables hacia la salud.

Teniendo en cuenta los datos aportados, Trigueros cuenta con un

**programa de prevención de drogodependencias «Trigueros sin drogas» desde 1997.**

En este mismo sentido, los objetivos generales del programa son los siguientes:

- Reducir o paliar el abuso y/o uso de drogas, promocionando el empleo de estrategias encaminadas a suprimir o reducir los factores responsables de la iniciación al consumo de drogas, así como a potenciar los factores de protección.
- Estimular la implicación y participación de la población de Trigueros a través de sus organizaciones (asociaciones juveniles, de padres, empresarios, centros educativos, fuerzas de seguridad, pubs, grupos políticos...) en la construcción de un Trigueros más saludable, donde no se promocioe el consumo de ningún tipo de drogas.
- Incidir en colectivos específicos (menores en conflicto, hijos de drogodependientes, embarazadas...) con situaciones especiales de riesgo.

Las intervenciones que se realizan a nivel de prevención en Trigueros por parte del Ayuntamiento son las siguientes:

**1. Actividades de Ocio y Tiempo Libre alternativas al con-**

**sumo de drogas:** Cineforum, teatro, conciertos, exposiciones, recitales, concursos, Muestra Joven, Semana de la Juventud, Encuentro comarcal de juventud, Encuentro local de juventud, Encuentro juvenil en los Pirineos, Encuentro de Mayores y jóvenes, Aula de Internet «Abierto hasta el amanecer», Mercadillo Navideño, etc.

**2. Actividades deportivas:** Escuelas deportivas, carreras nocturnas, ruta ciclista, etc.

**3. Talleres Ocupacionales:** Taller ocupacional de informática, Aula de teatro, taller de pintura, Taller de empleo, Cursos de F.P.O, Taller de marroquinería, etc.

**4. Jornadas de sensibilización e información:** Conferencias, charlas-coloquios, jornadas de información sobre drogodependencia, talleres informativos, etc.

Ante la gran cantidad de actividades que se desarrolla durante el año a nivel lúdico, recreativo, deportivo, que son alternativas al consumo de drogas, los talleres ocupacionales que se desarrollan desde las diversas entidades y las campañas de sensibilización e información, creemos que quedaban campos sin cubrir, por lo que desarrollamos la siguiente programación que están agrupadas en los siguientes niveles:

- **Programación dirigida a jóvenes:** El inicio al consumo de drogas se produce básicamente durante la adolescencia, incluso algunas drogas en la preadolescencia. Es la etapa de la vida en la que se produce la necesidad de asumir la propia identidad ante los cambios psicofísicos, así como la búsqueda de autonomía e independencia

- **Programa de educación en valores «Escala»:** El objetivo prioritario de la prevención y por tanto de este programa es la capacidad de toma de decisiones responsables sobre la utilización de las drogas a través de una mejora en la educación en valores, que incidirá en los factores de protección y proporcionará a los jóvenes herramientas para decir no tanto a las drogas, a los grupos de riesgo y a las situaciones peligrosas.

En este programa participan jóvenes en riesgo con un perfil muy definido. Sus edades están comprendidas entre los 11 y 15 años y son chavales altamente desmotivados. Durante todo el proceso se orientará y asesorará a los familiares y profesorado.

Objetivos específicos:

- 1.Reducir el consumo de drogas en la población joven.

- 2.Generar procesos de sensibilización y toma de conciencia de la población.

- 3.Fomentar a los distintos agentes sociales en materia de prevención de drogas, incidiendo en sectores intermedios.

- 4.Diseñar y fomentar alternativas a nivel, educativo, cultural y de tiempo libre en zonas de alta incidencia,

- **Programación dirigida a la familia:** El objetivo fundamental de esta programación es favorecer la implicación de la familia en la educación de los hijos, aumentando la concienciación de los padres sobre la importancia de la prevención de drogodependencias.

- **Escuela de Padres y Madres:** Se trata del cuarto curso de Escuela de Padres y Madres en dos niveles, uno de iniciación y otro de perfeccionamiento. Con esta actividad se incidirá en mejorar o disminuir lo que son factores de riesgo familiares y crear habilidades, capacidades y estrategias educativas en los padres. Se realizarán tres tipos de actividades de temas formativos, talleres y actividades complementarias y se les proporcionará un soporte formativo para que lo puedan trabajar



en casa con el resto de la familia.

– **Programación dirigida a la comunidad:**

Se trata de integrar a todos los sectores de la comunidad que tienen relación directa o indirecta con los jóvenes y con el tema de las drogodependencias (centros educativos, centro de salud, asociaciones juveniles, asociación de drogodependencia COTAD, vecinos).

• **Mesa sectorial de análisis y debate de las drogodependencias:**

El objetivo principal es potenciar y articular, desde la realidad y la coordinación de cada sector, la intervención integral e integradora de todas las dimensiones que intervienen en las drogodependencias a través de diversas comisiones según sea la necesidad, trabajando desde una visión más completa y no repitiendo actuaciones. Desde esta mesa también se gestiona y evalúa el resto de la programación, se informa de los cambios normativos y se concreta nuevas actividades de carácter normativo.

– **Programa de Intervención:**

• **Taller para dejar de fumar:**

El consumo de tabaco es la causa más importante de morbilidad y mortalidad

prematura prevenible en los países desarrollados. Este taller funciona desde 1.999 y en el año se realiza dos cursos de dos meses de duración y participan 25 personas en cada curso. Este taller se basa fundamentalmente en tres pilares:

o Dependencia física: se va reduciendo el consumo de nicotina y alquitrán en un 30% semanalmente.

o Dependencia psicológica: se reduce los motivos de gratificación de la conducta de fumar.

o Dependencia social: intervención en la comunidad más cercana.

– **Programa de Información, orientación y asesoramiento a personas con problemas de drogodependencias.**

– **Programa de prevención de recaídas.**

– **Programa de reinserción**

«**Atención a drogodependientes**»:

Este programa incide en los factores de riesgo ya que modifica hábitos y costumbres tanto del toxicómano como de la familia, a nivel comunitario ya que se implica los recursos comunitarios y crea factores de protección en estos jóvenes y sus familias para prevenir futuras recaídas. Se pretende coordinar la tera-

pía que reciben en los distintos centros a los que los chavales acuden para su reinserción con las necesidades y recursos que se les plantea en el propio pueblo.

Por último quiero terminar agradeciendo a todos los que de una u otra forma han contribuido al avance de los Servicios Sociales en Trigueros, colectivos, asociaciones, profesionales y personas en general.

# ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

**Adela Centeno Manzano**

*Jurista Criminología*

**Dr. Luis Rojas Marcos**

*Profesor de Psiquiatría N.Y. University*

*Miembro de la Academia de Medicina de N.Y.*

*".....unos cuarenta millones de mujeres de todo el mundo se enfrentan anualmente a este desafío intolerable de una maternidad que no quieren....."*

## 1. RESUMEN INTRODUCTORIO

Desde estas líneas se pretende realizar el abordaje de un fenómeno que afecta a todas las Mujeres del mundo, y ello desde un enfoque concreto y lo más objetivo posible, pero teniendo siempre presente que el hilo conductor de este estudio es el reconocimiento y la defensa de los Derechos Humanos de las Mujeres. Para ello, se parte de una mirada internacional hasta llegar a nuestro país, en el que se analiza su legislación y jurisprudencia, para finalizar con el análisis criminológico de la relación existente entre la violencia de género y la interrupción voluntaria del embarazo.

## 2. APROXIMACIONES CONCEPTUALES

La interrupción voluntaria del embarazo constituye una de las cuestiones más interesantes de la ciencia penal contemporánea, constituyéndose como un evento de alta significación social. Ciertamente analizar esta problemática no está libre de polémicas. El ataque al derecho de las mujeres al aborto seguro y asequible está en fuerte aumento, la biblioteca de textos a favor y en contra (legales, teleológicos, éticos, políticos) sobre el aborto se ha duplicado considerablemente en la última década.

Los que se definen como pacifistas y feministas antiaborto así como

los fundamentalistas cristianos con fuertes convicciones derechistas sobre la familia nuclear entienden que la familia es sagrada y está acosada, y «*toda política que trate de dirigirse a los miembros de una familia como entidades separadas, en lugar de como un todo orgánico, es peligrosa a priori*» (Kistin Luker, *Abortion and the Politics of motherhood*, Bekerly, Cal., University of California Press, 1984, pág. 173).

En definitiva, los argumentos contra el aborto tienen en común una valoración del feto no nacido por encima de la mujer viva, considerando a todos los medios de control de la natalidad como abortivos, a excepción de uno: «la planificación familiar natural» o bien la abstinencia, medios éstos aceptables para controlar los embarazos.

Por contraposición, las posturas proabortistas reclaman el derecho de la mujer a elegir una interrupción voluntaria de su embarazo, entendiendo que, en no pocas ocasiones, esta interrupción puede ser fruto de un «acto de desesperación», presionado por causas tales como: violación, seducción, incesto familiar, falta total de apoyo para la madre soltera, pobreza, fallos de control de la natalidad e ignorancia ó carencia de las posibilidades que ofrece este control.

La Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional de la Mujer realizada en Beijing en 1995, reconoce los derechos sexuales y

reproductivos de la mujer como derechos humanos por ser una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales.

El concepto de derechos sexuales y reproductivos se formula en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo efectuada en El Cairo en 1994 y aparece ligado al enfoque de género, entrañando la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear; este concepto afirma explícitamente el derecho particular de mujeres y hombres a decidir la procreación, cuándo y con qué frecuencia, contando con información y diversos métodos para la regulación de la fecundidad.

En este sentido, es imprescindible partir del conocimiento de cuáles son estos derechos de cara a la procreación, maternidad, sexualidad e interrupción voluntaria del embarazo.

En primer lugar, toda mujer cuenta con **derecho a su libre sexualidad**, ésta constituye un lenguaje, un vínculo de comunicación habitual y permanente en las relaciones hombre-mujer y, por estar alejada y desvinculada en la mayoría de las veces de toda finalidad procreativa, se configura a la sexualidad como un bien en sí mismo, un placer singular y autónomo. Para la mujer y para el hombre la sexualidad es una potencia, una facultad y un nuevo derecho, que debe ser reconocido para la propia realización humana. Y es una facultad y un dere-

cho separado y distinto de la facultad generadora y procreadora, facultad ésta que tiene una finalidad más trascendente y profunda.

Las relaciones sexuales son prácticas de comunicación humana, de uso constante; en cambio, las uniones hombre-mujer cara a la procreación, por su propia finalidad de creación de vida, se traducen en un tiempo limitado y corto de ocasiones durante toda la existencia de la mujer y del hombre.

La libertad sexual ha llegado a cuestionarse en nuestros Tribunales y así se ha plasmado a través de Sentencias emanadas del Tribunal Constitucional, concretamente en la STC de 3 de Junio de 1987, en la que destaca lo siguiente: *«para quienes se encuentren en libertad, el mantenimiento de estas relaciones (entiéndase las sexuales), no es el ejercicio de un derecho, sino una manifestación más de la multiplicidad de actividades y relaciones vitales que la libertad hace posible. Los derechos fundamentales, que garantizan la libertad, no tienen ni pueden tener como contenido concreto cada una de esas manifestaciones de su práctica por importantes que éstas sean en la vida del individuo. El mantenimiento de relaciones íntimas no forma parte del contenido de ningún derecho fundamental, por ser precisamente una manifestación de la libertad a secas».*

Por otra parte están los **derechos a la anticoncepción y al uso de me-**

**dios anticonceptivos.** En este sentido, la sexualidad bajo el signo de la libertad y separada de la procreación implica, necesariamente y en primer lugar, información para practicar las relaciones sexuales sin consecuencias generadoras y, en segundo lugar, el uso de medios anticonceptivos y el derecho a la anticoncepción.

Para la postura tradicional que funde sexualidad y procreación, toda unión sexual es de por sí procreadora, pero, aceptado el principio de libertad sexual y el de libre maternidad, la convivencia y la relación sexual hombre-mujer discurren por el camino de decidir libremente, si no se tiene voluntad procreadora, el uso de medios idóneos anticonceptivos.

Este derecho ha sido conquistado muy recientemente en España, se debe su reconocimiento a la Ley 7 de Octubre de 1978, hasta cuya fecha no sólo el aborto sino el uso, promoción, venta y divulgación de medios anticonceptivos era nada menos que delito. Bien es cierto que delito practicado clandestinamente dentro de los usos sociales, pero delito. Aunque se ha dado un paso fundamental, conviene reconocer, en aras de una mayor y mejor libertad, que tanto en información como en utilización de métodos anticonceptivos queda mucho por progresar en nuestra sociedad contemporánea.

**Derecho a la procreación y a la maternidad:** la maternidad aparece reflejada como un derecho o potestad.

La capacidad procreadora y maternal de la mujer se concebía, bajo la tesis que apoyaba que aborto era igual a delito, como una «misión», una «función» y un virtual «deber y obligación». Frente a estas cualidades, la contemplaba como una auténtica «facultad» de la mujer, una «potencia» o «potestad» de la misma, en definitiva, como un derecho alejado de todo sentido de obligatoriedad. De ahí, que ante la procreación y la maternidad a la mujer le corresponde optar libremente, aceptando o rechazando, en cada momento o circunstancia, la maternidad. En definitiva, el derecho a tener hijos implica recíprocamente el derecho a no tenerlos.

En este sentido, no se comprende la maternidad, uno de los más grandes y altos proyectos de la vida de la mujer, como expresión fuera de libertad, de decisión voluntaria, de deseo y de responsabilidad.

La maternidad se manifiesta en situaciones tales como la defensa contra una maternidad impuesta por el azar, la ignorancia y la violencia. Como gran opción en libertad de la mujer, no es concebible racionalmente que se establezca por obligación ó equívocación. Así, la procreación y el embarazo son situaciones tan libremente elegidas que no cabe entenderlas nunca como contrapartida, riesgo o castigo que lleve aparejado el acto sexual como acto de placer. Finalmente, tampoco cabe la imposición de un embarazo, de un fruto o hijo no de-

seado, mediante la amenaza o conminación penal que conlleve la prohibición total del aborto, trastocando en miedo penal lo que es un acto libre, voluntario y decisivo entre los actos humanos de proyecto vital y desarrollo de la personalidad.

Si los derechos sexuales y reproductivos son la punta de la lanza de la violencia de género, las palabras de *Nafis Sadik, Directora Ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas*, a propósito del Día Internacional de la Mujer, son bastante esclarecedoras dentro del marco de la Campaña de Naciones Unidas por los derechos humanos de las mujeres, en el Aniversario de celebración de los 50 años de la Declaración de los Derechos Humanos. Ella dijo: *«La privación de los derechos reproductivos de las mujeres causa cada año la muerte de millones de mujeres, además de enfermedades y discapacidades evitables a muchas más. Para millones de mujeres, los derechos sexuales y reproductivos representan la diferencia entre la vida y la muerte. Para muchos más millones, esos derechos son la clave de una vida libre de enfermedades, libre de malos tratos y libre de sojuzgamiento económico».*

En este sentido, es de destacar las reivindicaciones que las mujeres latinoamericanas y caribeñas realizan mediante reuniones en las que se procura lograr consensos y definir estrategias y prioridades dentro del movimiento de mujeres. Así, desde hace

dos décadas realizan encuentros feministas en las que los derechos sexuales y reproductivos y la justicia de género son temas clave. Fruto del V Encuentro Feminista de Latinoamérica y el Caribe (Argentina, 1990) surge la decisión de crear el Día por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, siendo éste el 28 de Septiembre, fecha de referencia para realizar una campaña que, desde 1993, viene impulsando acciones en los diferentes países de origen de la región.

Apuntando a la humanización de los servicios de atención a la salud y a la disminución de la mortalidad materna, la Campaña 28 de Septiembre lucha por impulsar el cumplimiento de las leyes que permiten el aborto y para generar avances en la legislación de los países que participan, a través de la formación de consensos políticos en torno a la revisión y liberalización de las leyes punitivas.

## **2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL MUNDO: UNA VISIÓN GLOBAL**

Una mirada a las legislaciones del mundo nos indica cómo se está contemplando el fenómeno del aborto en los últimos años.

En *Estados Unidos*, la legislación sobre el aborto se formó por un imperativo de la Corte Suprema, no por

acuerdo entre políticos como sucede en otros países. De acuerdo con la Constitución, la Corte Suprema tiene el poder de declarar inconstitucionales las leyes adoptadas por el Congreso Federal o por cualquiera de los Estados, es decir, que pueden invalidarse por contradecir las limitaciones que la Constitución impone a los poderes públicos. Una vez que la Corte Suprema ha fallado ningún otro poder del Estado puede contravenir su decisión.

En 1973, en el caso *Roe vs Wade*, la Corte Suprema de los Estados Unidos declaró que la ley del aborto de Texas, que criminalizaba el aborto excepto cuando se practicaba para salvar la vida de la madre, era inconstitucional. Se concluye afirmando que cualquier ley estatal que con el fin de proteger al feto prohibiera el aborto durante los dos primeros trimestres del embarazo era de rango inconstitucional.

Uno de los criterios utilizados para llegar a esta conclusión es el de la viabilidad, es decir, la capacidad del feto para sobrevivir fuera del seno materno, situando este momento en los seis meses de gestación.

La legislación estatal puede limitar la realización de abortos con el objeto de proteger la «potencialidad de la vida humana» durante el segundo trimestre, excepto cuando esté en peligro la vida o la salud de la madre. Mientras que en el primer trimestre, según el Tribunal, la Constitución pro-

híbe cualquier inferencia estatal en los abortos libremente consentidos por las mujeres.

En *Gran Bretaña*, la *Abortion Act*, de Octubre de 1967, entró en vigor el 27 de Abril de 1968 en Inglaterra, Gales y Escocia (no así en Irlanda del Norte). Permitía el aborto hasta las 28 semanas de gestación. El 25 de Abril de 1990 la Cámara de los Comunes británica aprobó la reducción del límite máximo para interrumpir el embarazo, de 28 a 24 semanas, período éste más acorde con los descubrimientos modernos sobre viabilidad del feto. La *Abortion Act* que recoge el sistema de indicaciones, formula la indicación terapéutica del siguiente modo:

*1. Conforme a lo establecido en esta sección, nadie será culpable de delito de aborto cuando se dé término a un embarazo por un médico colegiado siempre que dos médicos colegiados sean de la opinión, formada en buena fe.*

*a) de que continuar el embarazo conllevaría peligro para la vida de la mujer embarazada o de un daño a la salud física o mental de la mujer embarazada, o de los hijos o la familia de aquélla, mayor que si se pusiese fin al embarazo;*

*2. Para determinar si la continuación del embarazo entrañaría peligro de daño a la sa-*

*lud mencionado en el párrafo (a) de la subsección (1) de esta sección, debe tenerse en cuenta el entorno actual o razonablemente previsible de la mujer embarazada.*

*Italia* promulgó su Ley sobre el Aborto el 22 de mayo de 1978. La ley, ampliamente liberalizadora y que acepta de hecho el sistema de plazo y la plena libertad de decisión de la mujer, permite abortar durante el primer trimestre, por razones médicas, económicas, sociales, familiares, psicológicas o si existe riesgo de malformaciones en el feto, con las condiciones de previo asesoramiento y período de espera de siete días. Están permitidos también los abortos posteriores al primer trimestre, si el embarazo pone en peligro la salud de la mujer o si existen razones para creer que el feto pudiera tener problemas físico o psíquicos.

El proceso despenalizador italiano fue largo y difícil con la particular y destacada oposición de la Iglesia, prolongándose hasta 1981. El intento de revocar esta ley fue derrotado en referéndum popular, en Mayo de 1981.

En *Alemania* se aprobó el 18 de junio de 1974 una Ley del Aborto, autorizándolo a petición de la mujer, durante el primer trimestre, o sea, siguiendo el sistema de plazo. Esta ley fue anulada por el Tribunal Constitucional, que declaró inconstitucional el



sistema de plazo, lo que dio lugar a una legislación revisada el 21 de junio de 1976, siguiendo el sistema de indicaciones en su visión más amplia, incluyendo la indicación social.

En Francia el proceso de despenalización del aborto culmina en una primera etapa en la Ley de 17 de Enero de 1975, que autoriza, por un período de 5 años, el aborto a petición de la mujer, durante las 10 primeras semanas del embarazo, esta Ley sería confirmada definitivamente, en Diciembre de 1979. La norma legal sigue el sistema de plazo pero sujeto a determinadas provisiones, como son, la solicitud de la mujer, el asesoramiento, la espera de una semana o la realización por un médico en un centro sanitario público.

Actualmente, el 65% de la población mundial vive en países que han despenalizado el aborto e introducido en sus legislaciones el sistema de plazo o el de las indicaciones en su visión más amplia. Otro grupo de países (entre ellos España), que representan, al menos el 8% de la población mundial, despenaliza también el aborto con el sistema de indicaciones, en su modalidad más limitada.

Todos los países de Europa occidental, excepto Bélgica, Irlanda y Malta, los países de mayor desarrollo económico del mundo y aquellos más destacados en la defensa de los derechos humanos, han despenalizado total o parcialmente el aborto. Por el

contrario, donde más arraigado continúa el aborto como delito, es en los países en vía de desarrollo.

### 3. DATOS SOBRE ABORTOS CLANDESTINOS EN EL MUNDO

*«Cada año... uno de cada cuatro abortos practicados en condiciones de riesgo ocurre en la adolescencia. Tenemos el deber ético de hacer lo que es necesario para evitar tal sufrimiento y devastación».*

**Dra. Gro Harlem Brundtland**

Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La última década del siglo XX observó avances significativos en el terreno de la salud de las mujeres; baste pensar en El Cairo y Beijing y sus respectivas conferencias de seguimiento. Sin embargo, estos compromisos internacionales, signados por 184 países, se han convertido en prácticas que benefician la salud de las mujeres sólo en cierta medida. El trecho por recorrer aún es largo, especialmente en cuanto a la reducción de la morbilidad y mortalidad entre mujeres por razones de aborto inseguro.

Algunos datos ilustran la situación: Son muchos los adolescentes que carecen de información sobre los métodos anticonceptivos y de acceso a ellos. En parte y como resultado de esto, el 10 por ciento de los partos mundiales son de madres adolescen-

tes. La tasa de muertes relacionadas con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre aquellas de 20 a 29 años de edad. Cada año se efectúan hasta 4.4 millones de abortos en adolescentes, la mayoría de ellos en condiciones de riesgo. En el mundo entero, aproximadamente un tercio de las mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto tienen menos de 20 años de edad. Muchas de las víctimas de abuso físico y violencia sexual suelen encontrarse en esta franja de edad.

El aborto en condiciones de riesgo se define como un procedimiento para terminar un embarazo no deseado, hecho por una persona que carece de las habilidades necesarias, o hecho en un medio carente de los estándares médicos mínimos, o ambas cosas (**OMS**).

De los 46 millones de abortos que se practican anualmente en todo el mundo, 36 millones corresponden a países en desarrollo (RSMLAC, 2000). De estos, 20 millones se practican en la ilegalidad, por tanto, *en condiciones de riesgo* (WHO, 1998).

En el planeta mueren 515.000 mujeres, anualmente, por causas relacionadas con su vida reproductiva: el 99% de esas muertes ocurren en países en desarrollo. La atención adecuada durante ese período representa una de las intervenciones más eficaces en

función de costos para mejorar la salud de la mujer y su prole. No obstante, en países en desarrollo, se estima que unos 45 millones de mujeres no reciben atención prenatal y 60 millones de nacimientos ocurren sin ayuda de personal capacitado (RSMLAC, 2001).

El aborto inseguro es una de las causas principales de mortalidad entre mujeres de América Latina y el Caribe, según datos del IPAS, Organización No Gubernamental con sede en Carolina del Norte, cuya finalidad es mejorar la vida de la Mujer mediante un enfoque en la salud reproductiva.

Debido a su naturaleza clandestina, la verdadera magnitud del aborto se desconoce; las muertes por aborto frecuentemente se registran como septicemia o hemorragia, o no se registran.

El aborto es la segunda causa de admisiones hospitalarias por razones gineco-obstétricas en la región de América Latina y el Caribe. Se calcula en un millón anualmente (IPAS, 2000, II).

La magnitud de la tragedia del aborto inseguro no termina con la muerte y enfermedad de las mujeres, sino que repercute en los hombres, los niños y niñas, en la comunidad. En una declaración de Unicef se afirma que la oportunidad de supervivencia de los/as menores de cinco años disminuye a la mitad a la muerte de la madre.

Por otro lado, la situación legal del aborto en América Latina incluye a dos de los tres países (Chile y El Salvador) en el mundo que prohíben absolutamente el aborto. En todos los demás, prácticamente, se permite para salvar la vida de la mujer, pasando por una variedad de eximentes legales en diferentes naciones hasta llegar a países que han despenalizado el aborto, entre ellos: Cuba y Guyana.

No obstante, debemos recordar que la existencia de tales excepciones a la penalización del aborto no implica buen servicio de interrupción de embarazos; las leyes no mejoran, necesariamente, el acceso al aborto al nivel de los servicios.

El acceso al aborto seguro se determina también por factores, tales como la situación económica y social de la mujer y su familia, la disponibilidad de servicios públicos y privados, su costo, la disposición de los/las prestadoras de servicios de salud y la percepción que se tenga del aborto en la comunidad.

## 4. ESTUDIO DEL FENÓMENO EN ESPAÑA

### 4.1. Datos estadísticos

La presente gráfica nos muestra los datos de interrupciones voluntarias del embarazo por grupos de edad y provincias en el año 1998.

En 1998 se realizaron en Andalucía un total de 8.581 interrupciones voluntarias del embarazo legales, distribuidas de la siguiente forma:

El grupo de edad en el que más abortos se practicaron en todas y cada una de las provincias andaluzas fue el comprendido entre los 20 y los 24 años (2.424 casos), seguido del grupo de edad de 25 a 29 años (1.862 casos). A continuación aparecen los grupos de edad de 15 a 19 años y de 30 a 34 años, entre uno y otro tan sólo se aprecia una diferencia de 22 casos, seguidos por los grupos de edad de 35 a 39 años, de 40 a 44 años, de 45 y más (tan solo 39 casos) y por último de 10 a 14 años.

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
De 10 a 14 años	1	6	1	5	4	3	14	4	38
De 15 a 19 años	104	240	96	219	68	77	398	220	1.422
De 20 a 24 años	232	354	154	482	93	139	617	353	2.424
De 25 a 29 años	184	276	101	335	92	93	485	296	1.862
De 30 a 34 años	164	177	95	223	62	81	395	203	1.400
De 35 a 39 años	109	148	59	155	45	48	294	134	992
De 40 a 44 años	48	65	25	73	16	18	103	56	404
De 45 y más años	3	6	2	5	3	4	12	4	39

Fuente: Consejería de Salud.

Se contabilizan aquellas IVE realizadas anualmente por mujeres andaluzas o residentes en Andalucía en cualquiera de los centros acreditados y en hospitales.

Uno de los datos que más llama la atención al analizar estas cifras es que en el intervalo de edad que comprende de los 15 a los 34 años se produjeron el 82'83% de las interrupciones voluntarias del embarazo. Este dato parece contradecir el hecho, por todos conocido, de que la inmensa mayoría de los abortos realizados en España se hacen bajo la indicación terapéutica, pues a priori resulta lógico pensar que producen un mayor riesgo para la salud de la madre aquellos embarazos que afectan a mujeres mayores de 35 años.

Esto viene a confirmar que si bien en la redacción de los Artículos referentes al aborto no se hace mención alguna a la importancia que el entorno socio-económico tiene sobre la salud de la madre, lo cierto es que, en la mayoría de los casos, se alegan las consecuencias nefastas que tendría para la salud psíquica de la madre continuar con un embarazo en un entorno social y familiar adverso.

#### 4.2. Legislación competente

En España, la interrupción voluntaria del embarazo fue legalizada entre los años 1931 a 1939, en época republicana. Tras esta fecha, Franco volvió a penalizarlo. En 1941 se castigaba el aborto espontáneo con penas que podían ir desde meses hasta años de prisión menor. Actualmente, la ley española recoge la posibilidad de interrumpir el embarazo en tres su-

puestos, como veremos más adelante. La voluntad de las mujeres no se contempla como uno de ellos. La Federación de la Planificación Familiar de España, en octubre de 2001, denunciaba la situación exigiendo que las fuerzas parlamentarias promulgaran una ley que realmente se ajustara a la realidad social actual. Además, destacaron que ni siquiera en los casos contemplados en la ley, las mujeres pueden ejercer libremente su derecho, ya que más del 90% de las interrupciones voluntarias del embarazo sigue realizándose en la sanidad privada, teniendo que costearse la intervención ellas mismas.

Encontrado el aborto en el actual **Código Penal dentro del Libro II: «DELITOS Y SUS PENAS»** y dentro de éste, en el **Título II: «DEL ABORTO»**, los **Artículos 144, 145 y 146** exponen su regulación:

**Art. 144 C.P.:** *«El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con una pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años.»*

*Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño.»*

**Aborto sin consentimiento de la mujer:** Nos encontramos aquí con un grave supuesto: no sólo se produce un aborto, sino que además se violenta la voluntad contraria al mismo de la embarazada. Aquí además del aborto, y por tanto, la lesión de la vida prenatal, se produce un grave delito de coacciones: se trataría, más bien, de un delito complejo de aborto y coacciones, siendo la lesión al bien jurídico de naturaleza dual y la consecuencia jurídica más grave.

Incluso puede darse la llamada «comisión por omisión», basta para ello que exista una posición de garante y la probabilidad de evitar el resultado. Tal sería el caso del compañero de la embarazada, de profesión ginecólogo, que no hace nada para evitar un aborto que se produce naturalmente contra la voluntad de la mujer y pudiendo evitarlo, siempre y cuando haya dolo en cualquiera de sus modalidades, directa o eventual.

**Art. 145. 1. C.P.:** *«El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años.»*

2. *La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra perso-*

*na se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses».*

**Art. 145.1: Aborto doloso causado con el consentimiento de la mujer.** Constituye el genuino aborto causado por terceros, con consentimiento de la mujer, por lo tanto es un delito plurisubjetivo, que requiere la intervención del tercero que causa el aborto y de la mujer que consiente en ello.

**Art. 145.2: Autoaborto o consentimiento de la mujer para el aborto.** Este consentimiento ha de ser libre y espontáneo, si viniere viciado no daría lugar a responsabilidad de ningún tipo. Ha de tratarse de una conducta dolosa, pues se excluye la punición del autoaborto imprudente, y tanto en su modalidad de autoproducción como de otorgamiento del consentimiento, las conductas han de ser plenamente voluntarias y libres.

**Art. 146 C.P.:** *«El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con pena de arresto de doce a veinticuatro fines de semana.»*

*«Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años.»*

*«La embarazada no será penada a tenor de este precepto.»*

**Aborto imprudente:** Cabe el aborto imprudente realizado por tercero, pero es impune el autoaborto imprudente, es decir, la realización de actividades peligrosas por parte de la embarazada. En este artículo se aborda la llamada «imprudencia profesional», en la que es necesaria una conexión entre el resultado abortivo y el ejercicio de la actividad profesional. Lleva aparejada la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión como medida fundamentada desde la óptica de la prevención, en aras a la tutela de la salud de la embarazada.

Dentro de ámbito del Derecho Penal, **el aborto puede definirse** como la muerte del feto voluntariamente ocasionada, bien en el seno materno, bien provocando su expulsión prematuramente.

El **bien jurídico protegido** es la vida del feto o vida humana dependiente, sin excluir que, en algunos casos, se tengan en cuenta además otros intereses como la vida, la salud, la libertad o la dignidad de la embarazada. La tipificación del aborto supone la ampliación de la consideración del ser humano como persona a momentos anteriores al nacimiento. Por ello, se habla de la vida prenatal como bien jurídico protegido en los delitos de aborto, teniendo en cuenta que el valor otorgado a esta vida prenatal hace que, durante el primer período de embarazo, merezca mayor consideración los bienes de la

embarazada, para posteriormente adquirir una preeminencia los del nasciturus.

El **tipo objetivo**. La acción dirigida a producir la muerte del feto puede ofrecer variadas manifestaciones y los medios empleados para tal fin ser los más diversos (físicos, mecánicos o químicos). El resultado es la destrucción del feto, es por lo tanto un *delito de lesión* en el que es necesario que el resultado se produzca para que el delito se consuma.

El **sujeto activo** puede ser cualquier persona, o bien la propia mujer produciendo ella misma su aborto, o un tercero, con o sin consentimiento de la misma.

**Tipo subjetivo.** En el aborto producido por la propia mujer solo es punible la comisión dolosa. En el aborto producido por terceros es punible también ocasionar el aborto por imprudencia grave, excluyendo a la mujer de esta responsabilidad.

### 4.3. Inimputabilidad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Los sistemas legales en los que está permitida la interrupción del embarazo son:

- *Sistema de Indicaciones:* Se mantiene la prohibición del aborto, que seguirá siendo delito, aunque se despenalizan

ciertos supuestos como se verá más adelante.

- *Sistema de plazos:* Se fijan términos máximos dentro de los cuales el aborto es ilícito, y que pueden ser diez, doce y veinticuatro semanas, o incluso hasta siete meses.
- *Mediante solicitud:* Bastaría la petición de la mujer, sin ningún otro tipo de indicación.

Al promulgarse el Código Penal de 1995, ciertas disposiciones anteriores quedaron vigentes, estableciéndose en la Disposición Derogatoria Única letra A) del actual C.P. la derogación de ciertas disposiciones, quedando a salvo el **Art. 417 bis** anterior, cuya redacción expone lo siguiente:

*A) «No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:*

*Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por*

*quién o bajo cuya dirección se practique el aborto.*

*En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.*

*Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del art. 429 (antiguo C.P.), siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.*

*Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quién o bajo cuya dirección, se practique el aborto.*

*En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aún cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.*

Especial mención merece el apartado 2º del art. 417-bis, en el que se determina como presupuesto procesal que ha de mediar denuncia de la comisión de la agresión sexual, constituyendo un presupuesto de procedibilidad. Todo ello, independientemente de la forma por la que se hubiera optado, denuncia o querrela, para poner en conocimiento de la Autoridad la existencia de la agresión, o de la condición de esta Autoridad ante la que se formula, ya sea Judicial, Ministerio Fiscal ó Policía, o bien de la posición de víctima o perjudicado que se ostente. En todas estas situaciones, la denuncia ha de considerarse condición objetiva de procedibilidad, y tampoco se requiere que sea inmediatamente tras la comisión del hecho, sino que hubiera mediado un tiempo «prudencial y racional». (STS, Sala II de 30 de Enero de 1991, FJ 5º B).

Concluyendo, por tanto, quedaría permitido el aborto en base al llamado **sistema de indicaciones**, catalogándose las interrupciones voluntarias de embarazo en: «**aborto terapéutico**» (supuesto 1), «**aborto ético**» (supuesto 2) y «**aborto eugenésico**» (supuesto 3), combinado todo ello con un **sistema de plazos** al tener que respetarse unos determinados límites temporales, como en los casos segundo y tercero.

Por otra parte, este acto de carácter personalísimo demanda para su realización: a) consentimiento expreso de la mujer, siempre que sea informado, b) que la mujer posea aptitud

volitiva suficiente al efecto, independientemente de su estado civil o edad que posea, c) que medie dictamen obstativo previo, cuya autoría compete a médicos especialistas de la patología generadora del embarazo, d) en las situaciones de indicación ética, ha de comunicarse en tiempo prudencial al momento de su comisión la perpetración de la agresión sexual.

#### 4.4. Jurisprudencia sobre la materia

Aceptando un sistema despenalizador fundado en las indicaciones antes expuestas, destaca especialmente el pronunciamiento del Tribunal Constitucional en su Sentencia 53/1985, de 11 de Abril. En ésta, se establece el contexto normativo dentro del cual se considera legítima la renuncia a la punición del aborto. Sus líneas básicas se pueden sintetizar en:

- El problema nuclear se centra en determinar el alcance de la protección constitucional del «nasciturus», es decir, la vida en gestación. Siguiendo la ST aludida, se constata la trascendencia de la protección del derecho a la vida dentro del ordenamiento constitucional, reconocido y garantizado en su doble significación, física y moral, por el art. 15 de la Constitución española (C.E.)
- Como consecuencia de ello, el Estado ha de asumir, con ca-



rácter general dos obligaciones: por un lado, abstenerse de interrumpir u obstaculizar el proceso de gestación y por otro, establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma e incluya como última garantía, las normas penales. Esta protección ha de revestir, por tanto, carácter absoluto.

- Esta obligación tuitiva se encuentra limitada a los casos donde la protección de aquel bien constitucional no entre en colisión con intereses igualmente legítimos y esenciales de la mujer embarazada, en particular, su vida, su salud y su dignidad, íntimamente vinculada ésta a los art. 10, 15, 16 y 18.1 de la C.E.

Por tanto, el fundamento de la impunidad del aborto descansa, de modo exclusivo, en la presencia de alguna de las situaciones de conflicto entre la vida en gestación y los intereses de la mujer descritas en la ley.

La sentencia del Tribunal Constitucional 53/1.985, de 11 de abril, exige la comprobación del supuesto de hecho en los casos de aborto terapéutico y eugenésico, así como que el aborto se realice en centros sanitarios públicos o privados autorizados al efecto o mediante otra solución similar dentro del marco constitucional.

Concretamente, la sentencia recuerda *«el deber del Estado de garantizar que la realización del aborto se lleve a cabo dentro de los límites previstos por el legislador y en las condiciones médicas adecuadas para la salvaguardia del derecho a la vida y a la salud de la mujer»*.

## **5. COMENTARIOS A LA ST DE LA SALA DE LO PENAL DEL TRIBUNAL SUPREMO, STS 470/98 DE 1 DE ABRIL DE 1998.**

El contenido esencial de la misma se centra en la colisión existente entre la vida del nasciturus y la vida y salud de la embarazada. En ella se destaca la relevancia del dictamen pericial psiquiátrico: no basta referirse a un indeterminado o inconcretado riesgo en base a una sintomatología confusa. El médico debe valorar el contenido técnico de un informe, aunque sea de distinta especialidad.

**RESUMEN DE LOS HECHOS PROBADOS:** Mujer de 18 años de edad, soltera, desde hace dos años venía manteniendo relaciones estables de noviazgo con un joven del cual se encontraba embarazada. Tras comentar a éste su estado de gestación, y a pesar de la oposición de él, tomó la decisión de abortar en razón a su juventud, estado civil y situación económica y familiar. Para ello, acudió a una Clínica acreditada para la práctica legal de la interrupción voluntaria

del embarazo, donde fue examinada por el ginecólogo de dicho centro. Este ginecólogo tras constatar su estado de gravidez y la ausencia de peligro físico por la continuación del embarazo y siendo consciente de que para practicar un aborto necesitaba un informe facultativo previo en el que se reflejara la concurrencia de causa que justificara legalmente la interrupción, la remitió a la médica psiquiatra de misma clínica.

La joven pasó a entrevistarse con la psiquiatra, la cual tras conversar con ella durante unos diez minutos y siendo plenamente consciente de la ausencia de sintomatología que aconsejara la práctica de un *aborto terapéutico* para evitar graves daños psíquicos a la embarazada, emitió, no obstante, el siguiente informe: *«Refiere síntomas tales como pinchazos y ahogos equiparables a crisis de angustia, ansiedad importante habitual, muy sugestionable, rasgos fóbicos, situación actual: Ansiedad, equivalentes somáticos de angustia, insomnio, emesis importante, mareos, dolor abdominal. Dictamen: en función de los antecedentes relatados y del estado actual de sus trastornos, la continuación de su embarazo en las circunstancias actuales implica un grave riesgo para su salud psíquica»*.

Tras esta exploración, el ginecólogo ateniéndose únicamente a la parte final del dictamen psiquiátrico, y sin advertir que los síntomas genéricos e inespecíficos que se consignaban en

el mismo eran claramente insuficientes e inadecuados para justificar la interrupción del embarazo provocó el aborto a la joven bajo anestesia general sin complicaciones postoperatorias.

Así, la Audiencia de instancia emitió pronunciamiento condenando a la médica psiquiatra como autora de un delito de aborto, sin circunstancias modificativas, a las penas de un año de prisión y dos años de inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos y privados. Asimismo, se condena al médico ginecólogo como autor del mismo delito de aborto, sin circunstancias modificativas, pero concurriendo error vencible sobre la ilicitud del hecho, a las penas de seis meses de prisión y ocho meses de inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos y privados; se les condena, igualmente, al pago de las costas procesales por mitad.

Llegados a este punto, las partes acusadas presentan sendos recursos de casación por infracción de ley, los cuales son examinados en esta Sentencia, concluyendo en su parte dispositiva que no ha lugar a los recursos de casación por infracción de ley, argumentando que la médica psiquiatra que reconoció a la mujer no llevó a cabo su

función con la minucia de la *lex artis* y sobre ello condena al ginecólogo que no tenía que haberse fiado del informe psiquiátrico ya que se atuvo únicamente a la parte final del dictamen sin advertir que los síntomas genéricos y específicos que se consignaban en el mismo eran claramente insuficientes e inadecuados para justificar la interrupción voluntaria de la gestación.

Por tanto, afirma la ST, que la actuación de la acusada y la emisión de su informe constituye paradigma de lo que no debe realizarse en la actividad psiquiátrica, ya que se precisaba no sólo una completa anamnesis, sino la propia observación clínica, pruebas y comprobaciones para la exactitud del diagnóstico y del pronóstico, en definitiva, un estudio completo de la embarazada, con datos relevantes de antecedentes personales y familiares en el campo de lo psicopatológico. Subraya que lo grave del informe se patentiza en que no se especifica en qué se pone en peligro la salud psíquica de la madre y el aborto es el medio necesario para evitar tal riesgo.

Por tanto, se echa en falta, siguiendo la ST aludida, un estudio de la personalidad de la gestante, una referencia obligada al grado de estrés que soporta y al nivel de adaptación. Acepta el Tribunal que pueda existir un bloqueo o un trastorno de adaptación pero nada de ello se explicita y en cuanto a la ansiedad, se exige la ansiedad computada.

Continúa afirmando que sólo apunta el diagnóstico a unos síntomas pero carece de la patología. Por tanto, no se explica como un embarazo puede generar ese peligro para la salud psíquica, no pudiendo pretenderse, en suma, la justificación del aborto terapéutico.

Finalmente, siguiendo al Art. 417 bis del C.P., que regula el sistema de las indicaciones, se requeriría un dictamen que acredite que el aborto sea necesario para evitar un grave peligro para la salud psíquica de la embarazada y, según relata la ST, en tanto que en el citado informe ni lo es, ni cumple las mínimas exigencias, omitiendo en qué pone en peligro la salud mental de la gestante.

## 6. CONEXIÓN ENTRE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y LA SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL: ASPECTOS CRIMINOLÓGICOS.

*«El aborto provocado a causa de los malos tratos físicos y/o psíquicos de un hombre casi siempre es ocultado y no penalizado. El aborto provocado por exceso de trabajo y malas condiciones del mismo no está castigado».*

**Victoria Sau**

Licenciada en Psicología e Historia Contemporánea  
Profesora de Psicología Diferencial  
(Universidad de Barcelona)

Correlacionando variables tales como la violencia de género, el embarazo y el aborto, encontramos que: cuando una mujer es víctima de violencia por parte de su pareja, está siendo maltratada a varios niveles, todos ellos normalmente unidos y formando parte de un mismo paquete, como maltrato físico, psicológico, económico y sexual.

Sin entrar a tratar formas de maltrato de tipo económico/físico/psicológico y centrándonos en la tipología sexual, se observa que las adolescentes y mujeres adultas que son agredidas física y sexualmente se ven sujetas a afrontar las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH, el embarazo no deseado, el aborto espontáneo, el parto de un feto fallecido e incluso la muerte. Las adolescentes que quedan embarazadas en una edad muy precoz afrontan riesgos para su salud, ya que su esqueleto no ha terminado de desarrollarse y su conducto pélvico, a veces, no es fisiológicamente adecuado hasta los 20 ó 21 años de edad. Con ello, la tasa de mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre aquéllas de 20 a 29 años.

Aparte de consecuencias de tipo físico, la mujer ha de adoptar un conjunto de decisiones de gran envergadura que afectarán al resto de su vida: llevar el embarazo a término, permanecer con su hijo ó entregarlo en adopción (en el mejor de los casos), tener

que criar a un niño sin la ayuda del padre, el posible rechazo del niño por parte de su pareja, encontrarse en una situación de necesidad laboral o formativa, optar por tener un aborto.

En este último caso, si la mujer se encuentra en algún país en el que el aborto no sea posible en caso de violación, ha de recurrir a la práctica de abortos clandestinos con el consiguiente riesgo para la salud que ello conlleva.

En definitiva y en relación con la salud de la mujer, la violencia materializada en forma de agresión sexual puede provocar consecuencias a nivel de salud mental y física, que se traduce en pérdida de autoestima, ansiedad, depresión, abuso de sustancias estupefacientes y/o alcohol, síndrome de estrés postraumático, lesiones y discapacidades.

En su salud sexual y reproductiva se observan secuelas como: ITS/VIH, problemas ginecológicos, embarazo no deseado, complicaciones del mismo, aborto espontáneo ó en condiciones de riesgo y problemas ó disfunciones sexuales.

Los maltratadores utilizan la violencia contra la mujer como una fórmula eficaz de control y así evitar que éstas abandonen los hogares, y pueden hacerlo ya que la maternidad sigue siendo el gran lastre de las mujeres en la mayor parte del mundo, además de una excusa para su explotación y control.

La maternidad se consolida así como un privilegio arrebatado, es el gran robo del patriarcado, que se hace latente mediante el control de los recursos económicos, la violencia, la negación de nuestra propia sexualidad y el disfrute de nuestro propio cuerpo. Baste pensar en el carácter absolutamente negativo dado a la menstruación y a la menopausia, como etapas de desvaloración y menosprecio hacia la mujer.

De estudios realizados se desprende que las adolescentes y niñas sufren altos niveles de violencia sexual, a menudo en su propio hogar. Unicef se une a esta premisa verificando, en un estudio realizado en Sao Paulo, Brasil, que más del 75% de los ataques sexuales denunciados por menores a una ONG entre 1988 y 1993 fueron cometidos por miembros de la familia.

Por otro lado, es posible que como consecuencia de circunstancias de la vida de la madre, tales como la victimización por agresión sexual, aparezca un cuadro de maltrato infantil definido como «maltrato prenatal», en éste la madre adopta conductas con voluntariedad y negligencia que perjudican su embarazo y al feto.

### **6.1. Modelo conceptual para vincular la violencia al embarazo y el aborto**

Para relacionar la violencia contra la mujer, el embarazo y sus conse-

cuencias, el Prof. Dr. Elke Heise, psicólogo alemán de la Universidad de Gotingen (Alemania), nos proporciona un modelo conceptual basado en diferentes niveles que incluyen factores precipitantes:

#### *6.1.2. A nivel individual*

Encontramos factores que pueden incrementar el riesgo de una persona de perpetrar o sufrir violencia, tales como: abuso sexual durante la niñez, sexo sin protección, violación e incesto, infecciones de transmisión sexual ó una pura dependencia económica. La violencia está asociada indirectamente con el embarazo no deseado mediante su efecto en el uso de anti-conceptivos por parte de la mujer. Así, las mujeres con antecedentes de abuso en la niñez posiblemente tengan relaciones sexuales sin protección con mayor frecuencia que otras mujeres. La violación y el incesto causan directamente embarazos no deseados, y un considerable número de mujeres que han sido violadas optan por interrumpir dichos embarazos.

#### *6.1.3. A nivel interpersonal*

Aquí se incluyen factores que afectan a las relaciones personales con los compañeros o la familia, como el dominio del hombre sobre su pareja, situaciones de crisis conyugal o marital, aceptación de la violencia como forma de resolver conflictos, papeles rígidos de género, la negación a la

mujer de poder usar medios anticonceptivos.

La mujer que teme a su pareja o sufre violencia a manos de ésta suele creer que es difícil o imposible hablar con él sobre la anticoncepción; puede que ella también tema sufrir abuso o realmente sufra abuso si usa métodos anticonceptivos sin el permiso del cónyuge. En algunos casos, puede que el embarazo provoque episodios de abuso por parte de la pareja, por ejemplo, cuando la pareja está celosa o enojada porque un hijo significará más demandas económicas en el hogar. La aceptación de la violencia como una forma de resolver disputas maritales o como una forma de control por parte del hombre lleva a la violencia física (entiéndase incluida además la psicológica) contra la mujer; y cuando ella está embarazada, puede resultar en un aborto espontáneo. Los riesgos de un aborto espontáneo y del parto de un feto muerto también pueden incrementar cuando las infecciones de transmisión sexual (ITS) son contraídas por una mujer embarazada durante la violación y el incesto y no se les da tratamiento. La mujer que vive en situaciones de conflicto marital y de violencia familiar constante puede optar por interrumpir un embarazo en vez de traer a un niño a una situación de violencia.

#### *6.1.4. A nivel comunitario e institucional*

El ambiente social de una mujer puede implicar violencia relacionada

con el aborto en diversas formas. Algunas mujeres son presionadas o forzadas a tener un aborto, por ejemplo, mediante la intimidación o amenazas de sus parejas, miembros de la familia y otras personas (por ejemplo, los prestadores de servicios en el caso de mujeres que viven con VIH/SIDA, o los propietarios de centros de prostitución, en el caso de mujeres que son explotadas sexualmente).

Puede que las mujeres que intentan obtener abortos legítimamente o que buscan tratamiento de un aborto incompleto tengan que enfrentarse al abuso de los prestadores de servicios. Los ejemplos incluyen amenazas de denuncia, intimidación, humillación y castigo, en la forma de retrasos en la prestación de atención, medicamentos inadecuados para el control del dolor, tarifas excesivas por el servicio y coacción para aceptar ciertos métodos anticonceptivos.

Las acciones abusivas de terceras partes (por ejemplo, violencia contra los prestadores de servicios y las clínicas) también pueden impedir que la mujer obtenga servicios de aborto legal. En dichos casos, puede que la mujer recurra a abortos clandestinos practicados en condiciones de riesgo, que pueden perjudicar su salud o incluso llevar a la muerte.

El aborto basado en el sexo del feto, generalmente practicado para impedir el nacimiento de niñas debido a las normas que fomentan la pre-

ferencia por hijos varones, constituye una forma de discriminación grave contra la mujer. El personal del sector salud incluso puede que lo respalde, ya sea porque se adhiere a la norma o porque puede que su práctica le traiga ganancias (cobrar tarifas por determinar el sexo del feto).

#### 6.1.5. *A nivel social*

Las normas culturales relacionadas con la sociedad antropocéntrica y el consiguiente derecho sexual del hombre sobre la mujer contribuyen a las asociaciones directas entre la violencia, el embarazo y el aborto. Las adolescentes y las mujeres adultas son violadas por extraños y conocidos; la violación es utilizada como un arma de guerra. En ciertas sociedades, las normas culturales relacionadas con la familia y el honor del clan pueden llevar a la violencia contra las mujeres que tienen embarazos o abortos extramaritales o de solteras (homicidios para «salvar el honor»).

#### 6.1.6. *La violencia y los abusos asociados con el embarazo*

La violencia puede estar asociada con el embarazo a distintos niveles. Por un lado, puede ser un cofactor relacionado con la falta de uso de anticonceptivos, cuando las mujeres y las niñas que no usan anticonceptivos son violadas, el embarazo puede ser un resultado directo. Más aún, si se les niega la opción de la anticoncepción

de emergencia, aún cuando acudan a un hospital o clínica inmediatamente después de este suceso traumático, la violencia institucional a nivel comunitario entra en juego.

El embarazo en sí también puede ser un factor que precipite violencia por parte de las parejas de algunas mujeres. Algunas mujeres sufren violencia psicológica y física como «castigo» por haber quedado embarazadas, especialmente si el embarazo ocurre fuera del matrimonio o en una madre soltera. Dicha violencia puede ser perpetrada contra ellas porque son juzgadas como personas que desafían las normas de género relacionadas con el comportamiento «adecuado» de una mujer «buena». Puede que los miembros de la familia también se vean presionados por las normas y actitudes de la comunidad a devolver el «honor» al nombre de la familia, el cual se percibe como «perjudicado» por la condición de la mujer (factores del nivel de la sociedad y del nivel comunitario). En casos extremos, la mujer puede ser asesinada.

#### 6.1.7. *La violación como causa del embarazo no deseado/forzado*

Cuando las niñas y mujeres que no usan anticonceptivos sufren incesto y violación, puede que tengan que enfrentarse a embarazos no deseados. Algunos investigadores ahora prefieren hablar de «embarazo forzado» después de todos los casos de violación, mientras que otros usan el tér-

mino para referirse específicamente al embarazo que resulta del uso de la violación como un arma de guerra. En muchos lugares, el sexo forzado en un matrimonio no se considera una violación. Dicho abuso y muchos casos en que se «reconoce» que ha sido una violación por perpetradores que no son las parejas íntimas, no son denunciados. Por tanto, el número de embarazos que resultan de la violación sólo puede calcularse aproximadamente. Las mujeres que tienen conocimiento de la anticoncepción de emergencia y acceso a ella pueden evitar embarazos no deseados; sin embargo, muchos lugares carecen del conocimiento y la disponibilidad de esta opción anticonceptiva.

#### *6.1.8. La violencia como un castigo por quedar embarazada*

*En algunas sociedades, la violencia contra las mujeres que quedan embarazadas debido a relaciones extramaritales puede que no sólo sea tolerada sino que también sea condenada. Puede abarcar distintos grados: desde la humillación, la expulsión del hogar y los golpes, hasta los «homicidios para revindicar el honor y el nombre de la familia». Los perpetradores de dicha violencia suelen ser hombres de las clases más bajas de la sociedad –que cuentan con la aprobación de familiares del sexo femenino que también han aceptado el código de honor– pero sus acciones son apoyadas implícitamente por sistemas judiciales que no imponen ninguna*

*sentencia o las imponen con carácter leve a los hombres acusados del delito. Según Mohammed Ajjarnéh, Presidente del Tribunal Criminal Supremo en Jordania: «Nadie realmente desea matar a su esposa o hija o hermana, pero a veces las circunstancias lo obligan a hacerlo. A veces, la sociedad lo obliga a hacerlo, porque la gente no se olvida. A veces, hay dos víctimas: la asesinada y el asesino».*

Recientemente, toda la comunidad internacional ha asistido al caso de Safiya, joven musulmana sentenciada a morir lapidada por haber dado a luz a una niña sin haber contraído matrimonio, afortunadamente la presión efectuada desde todos los círculos internacionales surtió efecto. Sin embargo, infinidad de mujeres continúan viviendo tales situaciones.

Dicha violencia contra la mujer suele ocurrir en países con una población predominantemente musulmana, según la Relatora Especial de la ONU sobre Ejecuciones Extrajudiciales, Sumarias y Arbitrarias. Sin embargo, también se ha informado de «homicidios de honor», como elegir a una pareja para casarse sin la aprobación de la familia, ya sean atentados ó llevados a cabo, en Brasil, Ecuador, Italia, Suecia, Uganda y el Reino Unido.

Finalizando, cabría plantearse como cuestión de fondo, si es la decisión de abortar en estos casos de violencia un asunto de conciencia de la propia mujer, si debe existir la liber-



dad de decidir si quiere ser madre tras esta experiencia traumática y si no sería una doble violación en su cuerpo y en su libertad de elegir.

## 6. CONCLUSIONES

El último informe oficial del Ministerio de Sanidad sobre interrupción voluntaria del embarazo, reveló que el número de menores de edad españolas que se sometieron a un aborto aumentó en un 60% desde 1990, mientras el país registra el promedio de partos más bajo del mundo.

En 1997, se practicaron 49.578 abortos, es decir, una cifra 2'7% menor que la registrada en 1996, cuando se practicaron 51.002 abortos. Sin embargo, el ligero descenso global no implicó lo mismo en el caso de las adolescentes que recurren a un aborto. Las cifras evidenciaron que las menores de 19 años que abortaron aumentó en un 60%.

Si esta información se compara con la obtenida en 1990, cuando se registraron 37.231 abortos, el número total de mujeres que abortaron en 1997 aumentó en un 30%.

La difusión del aborto en nuestro país es dramática, y se ha convertido en una de las causas principales de que España cuente en la actualidad con la más baja tasa de natalidad del mundo con 1'15 nacidos vivos por cada mil habitantes.

El número de clínicas abortistas también ha aumentado. En 1990, 81 centros registraron abortos, de los cuales más del 96% eran locales privados. En 1997, este número llegó a 115, incremento que se percibió con más fuerza en Andalucía y Cataluña. En la actualidad, siguen existiendo más centros privados, con un 97'32%, que públicos, con un 2'68%.

Según este informe, la salud de la madre es la razón principal que las mujeres alegan para someterse a un aborto y así lo demuestran las estadísticas, aunque es sabido que las circunstancias en las que un embarazo pone en riesgo la vida de la madre son mínimas. En España, aceptada la interrupción del embarazo en tres condiciones: si pelagra la salud de la madre, si el bebé sufre malformaciones y si es un embarazo por violación, sólo en un 2'08% se debió a una malformación fetal y el 0'03% se alegó una violación.

Con la utilización de la excusa de salvaguardar la salud de la madre como cajón de sastre, se están practicando actualmente los abortos en España y así las clínicas abortistas permiten a cualquier mujer tener un aborto, cuando la realidad revela que se está obviando el utilizar las verdaderas razones, tales como haber sido víctima de una violación (cifra oscura que escapa de nuestro control).

Aludiendo al plano estrictamente jurídico, y en caso de plantearse una

futura reforma de la legislación penal actual, quizás sería aconsejable abandonar el actual sistema de indicaciones e intentar acercarse al sistema de plazos. No así alegando un sistema de plazos puro sino, siguiendo el modelo alemán actual, una vía intermedia compatible con las pautas establecidas por nuestro Tribunal Constitucional, atendiendo a la especial tutela que merece la vida en gestación (Art. 15 C.E.).

Así, el modelo alemán, vigente en la República Federal Alemana, establece el llamado «**sistema de asesoramiento**», que consiste en declarar no punible el aborto realizado en la fase inicial del embarazo (12 primeras semanas de gestación), sin necesidad de alegar indicación alguna, pero exigiendo que la mujer se someta a un proceso previo de asesoramiento, a través del cual se plantean y discuten los motivos que le lleva a adoptar tal decisión y recibiendo completa información de las ayudas y beneficios estatales para las madres y sus hijos.

Esta vía puede presentarse como la menos costosa para la mujer, en tér-

minos emocionales, al tiempo que resuelve situaciones de inseguridad para los profesionales de la Medicina implicados.

Las cifras de la realidad exigen un cambio: cada minuto, en el mundo, 40 mujeres se enfrentan a un aborto inseguro. Al menos, una de cada cuatro son jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. Cada año, se producen en el mundo alrededor de 45 millones de abortos, 20 millones de ellos considerados de riesgo. Se estima, según datos de la Federación de Planificación Familiar de España, que hasta 4 millones de adolescentes en los países en vía de desarrollo afrontan anualmente un aborto de estas características. El 10% de los partos en el mundo son de madres adolescentes, incluidos los países ricos. Según el avance del estudio elaborado por el Instituto Innocenti de Unicef de 2001, alrededor de 760.000 niñas y niños nacen anualmente de madres que aún no han cumplido los 18 años en las 28 naciones con mayor renta per cápita del mundo. En España, se calculan 7'9 nacimientos anuales por cada mil mujeres menores de 20 años.

## BIBLIOGRAFÍA

**Agrupación Tutor Médica.** «Aborto legal». Artículo de Internet.

**Almeida, C.** «En defensa de la mujer». Martínez Roca. 1999.

**Anuario Estadístico de Andalucía 2000.** Instituto de Estadística de Andalucía I.E.A.. Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Andalucía.

**Balbín, F.C.** «El aborto ¿derecho a la subsistencia del feto o derecho a la autonomía de la mujer?». La autonomía personal. Centro de estudios constitucionales de Buenos Aires. Madrid, 1999, pág. 151.

**Borja Jiménez, E.** «Aborto y estado de necesidad motivado por una grave situación económica y social». Revista General del Derecho nº 561. Junio, 1991.

**Centro de Documentación y Biblioteca (GIRE).** «Despenalización del aborto». Mujeres en Red. Artículo de Internet.

**Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP).** «Estadísticas de países de América latina y El Caribe», 2000. Artículo de Internet.

**Código Civil.** Tecnos. Madrid. 1999.

**Código Penal de 1995.** Aranzadi. Pamplona. 1996.

**Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de las Mujeres, CLADEM.** «Legislación del Aborto en América Latina y El Caribe». Lima, 1999. Artículo de Internet.

**Constitución Española.** Aranzadi. Pamplona. 1996.

**De Bruyn, M.** «La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un estudio de datos mundiales y recomendaciones para la acción». IPAS. 2001. Artículo de Internet.

**Gisbert Calabuig, J.A.** «Medicina Legal y Toxicología». Masson. 1998.

**González Rus, J.J.** «El aborto, lesiones al feto». Curso de Derecho Penal Español. Parte especial. Marcial Pons. Madrid. 1996.

**Laurenzo Capello, P.** «El aborto no punible». Boschspicum. Barcelona. 1990.

**Laurenzo Capello, P.** «El aborto en la Jurisprudencia: críticas y alternativas». Artículo 14: Una perspectiva de Género. Instituto Andaluz de la Mujer.

**Luker, K.** «Abortion and the Politics of Motherhood». University of California Press, 1984, pág. 173.

**Muñoz Conde, F.** «Derecho Penal. Parte especial». Tirant lo Blanch. Valencia. 1996.

**Pisano, I.** «Yo Puta». Plaza & Janés. 2001.

**Red para la Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).** «Derecho a la salud. Derecho ciudadano de las Mujeres». 2002. Artículo de Internet.

**Rich, A.** «Nacemos de mujer». La maternidad como experiencia e institución. Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer, 1996, pág. 137.

**Stolzenburg Ramos, A.** «Reflexiones desde la perspectiva médico-sanitaria». Jornadas sobre el aborto. Mujeres en Red. Artículo de Internet.

**Varela, N.** «Íbamos a ser reinas». Ediciones B. Crónica actual. 2002

**Women's Cooperative Guild.** «Maternity: Letters from Working-Women». 1915.

# Normas de **Publicación**

- 1.- Redes, revista técnica de Servicios Sociales que supone un impulso profesional importante y un aporte a la reflexión y al desarrollo de la intervención social desde las distintas instituciones públicas y privadas existentes.
- 2.- Los originales deberán enviarse a

## **DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE HUELVA.**

Area de Servicios Sociales.

Revista "REDES".

C./ Fernando el Católico, 18, 5.º planta.

21003 - Huelva

- 3.- Los artículos se presentarán en original y copia mecanografiada, con una extensión mínima de cinco páginas y máxima de dieciséis, a doble espacio y por una cara, en formato DIN-A4.
- 4.- Los trabajos tendrán una carátula o portada en la que se indicará: Autor/es, título, entidad y dirección. La correspondencia, salvo aviso de lo contrario, se dirigirá al nombre del primer autor.
- 5.- Las tablas y cuadros deberán ser enviados agrupados y en hojas apartes, situados al final del texto y debidamente numeradas. Las figuras, ilustraciones, gráficos, etc., se numerarán correlativamente y llevarán un pie de texto explicativo. Sería conveniente indicar en el texto el lugar aproximado en el que el autor considere que deban aparecer, siempre guardando relación con el texto general.
- 6.- Los artículos deben ir precedidos de un breve resumen introductorio de unas siete a doce líneas.
- 7.- Los trabajos deben no haber sido publicados anteriormente y no estar sometidos simultáneamente a consideración en otra revista.

- 8.-** El Consejo de Redacción se reserva el derecho de aceptar o rechazar las publicaciones, así como solicitar correcciones, aclaraciones o modificaciones a los autores.

En caso de no aceptarse determinados artículos, éstos se remitirán a sus autores, siendo propiedad de la revista aquéllos que sean aceptados y publicados, debiendo solicitarse su autorización para su reproducción total o parcial.

- 9.-** Las citas bibliográficas se intercalarán en el texto con el nombre del autor y el año entre paréntesis de la obra original, y si es cita textual, el número de la página en la que se hace referencia. Al final del artículo se ordenará alfabéticamente en el siguiente orden: apellidos de autor/es, iniciales del nombre/s y año de la edición original entre paréntesis, después de punto y aparte: título del libro, capítulo o artículo de revista, título de la revista o editorial, lugar de la edición o de la traducción, de no coincidir con la obra original y páginas, inicial y final en el caso de las revistas.

- 10.-** El Consejo de Redacción mandará cinco ejemplares a los autores de aquellos artículos que hayan sido seleccionados para su publicación en la revista.

## SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Entidad.....

Domicilio..... C.P. ....

Población..... Provincia.....

Telf.:.....

TÍTULO: **REDES. Revista de Servicios Sociales**

**DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE HUELVA**

AREA DE SERVICIOS SOCIALES.

C./ Fernando el Católico n.º 18, 5.ª planta

21003 HUELVA

Teléfono: 959 49 47 47 Fax: 959 25 04 78



