

## Una respuesta al SIDA desde los programas comunitarios de Servicios Sociales

Jorge Garcés<sup>(1)</sup>  
Estrella Durá<sup>(2)\*</sup>

*Universidad de Valencia*

<sup>(1)</sup> Deptº de Sociología y <sup>(2)</sup> Deptº de Pers., Eval. y Trat. Psicol.

**Resumen:** El artículo trata de diseñar tres programas comunitarios para hacer frente a la problemática del SIDA. Se describen experiencias y recursos existentes en la Comunidad Valenciana y en algunos Estados de América del Norte, para 105 programas de Información, Convivencia y Cooperación y se intercalan propuestas heurísticas que desde la coordinación entre Servicios Sociales y Servicios de Salud se podrían ofertar.

**Palabras clave:** Psicología Comunitaria, Psicología de la Salud, SIDA, Servicios Sociales

**Abstract:** In this paper we try to outline communitary programs to cope with A.I.D.S. We describe experiences and resources existing in the Comunidad Valenciana and U.S.A. for Information, Living together with others and Cooperation/Participation Programs; we interpolate heuristics propositions for the coordination between Social Services and Health Services.

**Key words:** Communitary Psychology, Health Psychology, AIDS, Social Services.

### I. Introducción

La juventud de nuestro sistema de Servicios Sociales, desarrollado a raíz del marco Constitucional futuro, para responder a la epidemia del SIDA. Queda claro, no obstante que su participación e intervención en la misma no puede obviarse, pues como en otras epidemias el virus social es tan mortífero como el virus patogénico.

Las secuelas estigmatizantes que se derivan de la enfermedad impelen a dar una respuesta desde los Servicios Sociales, tal y como la están dando desde los servicios de salud, que bajo su principio de responsabilidad pública tienen la obligación de otorgar una serie de prestaciones

nal de 1978 y pobremente matizado posteriormente en la Ley de Bases de Régimen Local de 1985 no deja de ser un handicap importante a la hora de planificar estrategias actuales, pero sobre todo de

de derecho a los ciudadanos y grupos que están sometidos a algún tipo de marginación social.

Desde nuestro punto de vista, la epidemia no podrá neutralizarse a nivel social si desde los Servicios Sociales y de Salud no se ponen en marcha programas específicos de participación y concienciación, posibilitadores de los valores de solidaridad social y actitudes positivas o cuanto menos de no rechazo hacia los enfermos de SIDA. Y además, dando por sentado que la planificación de los programas se hará de forma coordinada con el área de Salud y los equipos y cen-

(\*) **Dirección:** Deptº de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia (Spain).

© Copyright 1992. Secr. de Public. e Interc. Cient. Universidad de Murcia. Murcia (Spain). ISSN: 0212-9728

tros de atención primaria, dependientes del Servicio Valenciano de Salud, creado al asumir la Comunidad Autónoma Valenciana el INSALUD en 1988.

La mayoría de las Comunidades Autónomas han elaborado ya su Ley de Servicios Sociales, como marco normativo de las actuaciones en materia de Servicios Sociales Generales. Concretamente, la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana en su artículo cuarto, propone que el ámbito de intervención de los SS.SS. es la población en general y aquellos grupos poblacionales necesitados a los cuales es necesario prestar una atención específica a fin de conseguir el acceso normalizado al sistema de servicios. Directamente, aunque la citada ley se aprobó en 1989, no menciona como área de intervención prioritaria la que se refiere a la atención de enfermos de SIDA. Por su parte, sí que menciona el área de toxicomanías y la atención de la juventud en situación de riesgo.

## II. La planificación de programas comunitarios

En el Plan Cuatrienal de Servicios Sociales de 1987 de la Comunidad Valenciana (P.E.V.II, pág. 65), se opta por un sistema orientado a la atención primaria bajo un criterio de universalidad por el cual teóricamente nadie queda excluido de los programas básicos o generales que se arbitren a nivel comunitario. Este modelo de SS.SS. pivota en una red pública, descentralizada a través de municipios o entidades supramunicipales como son las mancomunidades y que pretende conseguir los objetivos de prevención, asistencia y rehabilitación a través de una serie de programas como alternativa a la institucionalización. Programas que son ejecutados por equipos Base de SS.SS. de naturaleza multiprofesional, ubicados en sus respectivos centros sociales a nivel comunitario o en sus unidades de trabajo social de zona según denominación de García Herrero (1988).

Estos programas de los Servicios Sociales Generales serían fundamentalmente, y aplicados al grupo de enfermos de SIDA, los siguientes:

Programas de Información Asesoramiento y Orientación

Programas de Convivencia

Programas de Cooperación Social

Vamos en este ensayo a intentar diseñar las intervenciones que se podrían ofrecer desde los programas comunitarios de Servicios Sociales en el caso de enfermos de SIDA.

### 2.1. Programas de Información, Asesoramiento y Orientación.

El objetivo de estos programas deberá ser la prestación de información sobre derechos y recursos sociales existentes sobre el SIDA. Las actividades concretas en estos programas serían:

La información individual y colectiva a los ciudadanos tanto a grupos sanos como a aquellos considerados de riesgo.

A nivel colectivo se realizarán campañas en coordinación con centros de salud locales y/o mancomunados y en conjunción con las campañas que realice a nivel nacional el Ministerio de Sanidad y de Asuntos Sociales.

Los programas de educación para la salud deberán tener en cuenta para:

- a) Motivar a la población para que cambie sus hábitos sexuales y de salud en general;
- b) promocionar la salud como valor fundamental;
- c) centrar la información en grupos de alto riesgo; y
- d) concienciar a la población que la solidaridad social y la participación de los ciudadanos en estos programas es condición *sine qua non*; de otra forma la rehabilitación de estos enfermos es poco más que imposible (Estébanez, 1987).

Estos programas de información se difundirán mediante:

- a) Los medios de comunicación de masas (Boletín Municipal, Radio, Prensa Municipal, TV, etc.;
- b) Información a grupos (Grupos de padres, alumnos, jóvenes, grupos de toxicómanos, hemofílicos, homosexuales);
- c) Información individual (psicólogo-paciente y trabajador social-familia); aquí se podría

proponer la puesta en marcha de un teléfono de atención al público.

Metodológicamente, la transmisión y difusión de esa información deberá realizarse, en caso de campañas colectivas teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a) Utilización de un lenguaje asequible;
- b) utilización de una comunicación positiva y no sensacionalista ni catastrofista pues está comprobado que no motiva a la población;
- c) la información deberá ser objetiva, sin aportar juicios de valor pues genera más confianza entre los interlocutores; y
- d) manejar una comunicación sugerente y no prescriptiva pues esta última produce reactancia en el interlocutor (García Huete, 1987).

Por su parte, en el contenido de estas informaciones más generales, sin óbice que dichas informaciones se focalicen más sobre aquellas situaciones o grupos con mayor incidencia actualmente, tales como prostitución, hemofílicos, toxicomanías, homosexualidad, es importante hacer constar aspectos que tengan que ver con:

Trastornos que produce la enfermedad

Formas de transmisión del virus

Factores de riesgo

Medidas de prevención

Diferencias entre tener SIDA y ser portador de anticuerpos positivos

Efectos emocionales y explicación de rechazos sociales no justificados

Conocimiento y difusión de cómo NO se producen contagios.

Sin embargo, si la información se hace de forma más individualizada o a grupos específicos es fundamental destacar que:

1. Desde el principio el profesional establecerá una relación de confidencialidad con la persona con este tipo de problemas, respecto a la información que se maneje.
2. Empatizar con la persona, ponerse en el lugar del otro supone un tipo de contacto y comunicación emocional que incrementa la comprensión y la confianza de la persona necesitada.
3. Los profesionales deberán estar informados sobre todos los recursos sociales y de apoyo psicológico para ofertarlos in situ por medio de folletos explicativos a los enfermos de

SIDA pues son personas que necesitan informarse y la información escrita corrobora y afianza la verbal (García Huete, op. cit.).

La información deberá ofrecerse por el Departamento de Servicios Sociales y el Centro de Salud que exista a nivel local a través de sus oficinas de información, en coordinación con:

- . Servicio de vigilancia Epidemiológica de la Generalitat
- . Centros Penitenciarios
- . Centros Hospitalarios
- . Centro de Información y Prevención del SIDA (C.I.F.S.)
- . Comité Ciudadano Antisida
- . Centros de planificación familiar locales o mancomunados
- . Los centros escolares
- . Los centros de juventud y cultura
- . Organizaciones no gubernamentales
- . Farmacias
- . Centro de Salud o Clínicas privadas (odontología, ginecología, dermatología, psicológicas, psiquiátricas, aparato digestivo y respiratorio, etc) (Garcés y Moya, 1991).

La información coordinada debe transformarse en acciones

coordinadas a fin de que la derivación de casos al centro de salud local y centros hospitalarios y estos a su vez a la comunidad de pertenencia del enfermo sean un hecho.

La información estará coordinada por las Juntas locales de bienestar Social con la participación de las concejalías de Sanidad Educación Servicios Sociales! Juventud y Cultura etc.

El programa comunitario de Información Orientación y asesoramiento estará íntegramente coordinado con el Centro de Información y Prevención del Sida (C.I.P.S.) que en la Comunidad Valenciana depende del "Servei Valencià de Salut" en el área de Salud Comunitaria se propone como objetivos prioritarios:

1. Una tarea informativa-preventiva hacia las personas infectadas por VIH y enfermos de SIDA así como a toda la sociedad en general.
2. Una labor asistencial con objeto de diagnosticar y llevar a cabo un seguimiento de los casos orientándolos a:

Otros centros hospitalarios

Los Centros de desintoxicación municipales o mancomunados

Los Centros de Planificación Familiar locales

En este sentido los Equipos base de SS.SS., serán los encargados de planificar los programas de emergencia ayuda a domicilio voluntariado y reinserción social adecuados en caso de enfermos seropositivos de VIH y seronegativos de riesgo en conjunción con las unidades de desintoxicación; y planificación familiar y dejando a los servicios sociales especializados el trabajo con enfermos de SIDA terminales o aquellos enfermos que necesiten un apoyo técnico en unidades especiales o en hospitales.

## 2.2. Programa de Convivencia

En este tipo de programas se plantea la intervención social con objeto de reforzar la autonomía personal y familiar así como la integración comunitaria y convivencial de las personas por medios normalizados y en detrimento de la institucionalización. Para García Herrero (1988) el programa se concreta en las siguientes tareas:

1. Estudio de las circunstancias que rodean las situaciones de conflicto o falta de autonomía para la convivencia familiar posibilitando que la familia sea consciente de su propia situación estudiando tanto la etiología del problema como las consecuencias que se derivan.
2. Refuerzo de las motivaciones que darán el drive necesario para superar dicha situación.
3. Planificar junto con los afectados los objetivos convivenciales que se desean alcanzar.
4. Apoyar, orientar y realizar en definitiva programas de habilidades sociales funcionales para conseguir dicha convivencia.

La ley de SS.SS. de 1989 de la Comunidad Valenciana, añade a estas funciones a realizar por el Equipo Social de Base, la de sensibilización social que posibilite la promoción de este recurso en la Comunidad.

Como se conoce, las modalidades de actuación se realizan en este programa en régimen de atención residencial por medio de a) viviendas tuteladas y b) servicios de ayuda a domicilio; y en régimen de atención de día a través de los Clubs hogares de día o Centros de convivencia al me-

nos en el marco geográfico de la Comunidad valenciana.

En el caso de enfermos de SIDA han empezado a aplicarse por parte de la Consellería de Sanitat i Consum de la Generalitat valenciana los denominados PROGRAMAS DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, que desde un prisma sociosanitario se orienta hacia la prevención de situaciones de crisis personales y familiares y prestando atención sanitaria social y psicológica no en hospitales sino en el propio domicilio del enfermo de SIDA siempre que no se encuentre en una fase aguda de su enfermedad que requiera de nuevo la hospitalización. De esta forma se evita la institucionalización de la persona enferma y los problemas colaterales que provocan los internamientos prolongados.

Entre los objetivos del programa a nivel sociofamiliar destacan los siguientes:

1. Facilitar a los enfermos y sus familiares la permanencia e integración en su contexto social y comunitario
2. Fomentar la convivencia del enfermo en la vida comunitaria facilitando la interrelación y los valores de solidaridad con otras personas y enfermos de su contexto social.
3. Facilitar un tiempo de descanso a las familias con enfermos totalmente dependientes.
4. Prevenir el desarraigo y las actitudes pasivas y negativas que devienen del aislamiento y la estigmatización social potenciando la capacidad de las familias como mecanismo corrector de las mismas.

La cobertura de servicios que abarca el programa son: atención sanitaria atención social y atención psicológica. Estos programas se operativizan por lo general en cuatro fases tales como Prevención o actividades educativas respecto al SIDA, Planificación, Seguimiento y Alta de Hospitalización domiciliaria que a su vez se concretan en una serie de tareas que cada profesional debe realizar tanto en el propio domicilio de la persona enferma como en los centros hospitalarios.

Ahora bien este programa no puede ser aplicado a aquellos casos de SIDA en que los pacientes presenten una situación avanzada de la enfermedad y no sean subsidiarios de tratamiento hospitalario (a través del Servicio de Asistencia

Sanitaria en Hospitales de agudos) ni domiciliario, por la que la atención sanitaria se hace para estos casos en los "Centros de recogida para enfermos terminales", que dependen o están concertados con la Consellería de Sanitat i Consum.

### 2.3. Programas de Cooperación social.

Desde los Servicios Sociales este programa tiene como objetivo potenciar la vida en comunidad propiciando la participación y fomentando la iniciativa social, el asociacionismo y el voluntariado (Plan de Ordenación de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. 1990; pág. 65).

El programa va dirigido tanto a los propios afectados como a toda la población y el Equipo Social de Base tiene como tareas primarias el fomento y asesoramiento técnico del asociacionismo la promoción de la autoayuda y la organización de coordinadores sociales y comisiones de defensa que penetren lo suficiente en el tejido social para que las personas que padecen la enfermedad del SIDA no sean objeto de rechazo social.

La participación el asociacionismo y la defensa de los enfermos de SIDA se está construyendo fundamentalmente tanto en España como en el resto de países desde la iniciativa espontánea de los propios grupos de afectados. Los denominados en España COMITES O MOVIMIENTOS CIUDADANOS ANTISIDA vertebran la participación y sensibilización social acerca de la enfermedad El primer Comité Ciudadano Antisida se crea en Madrid en el año 1984 y posteriormente le siguieron los de Bilbao y Barcelona en 1987. Actualmente son 23 los movimientos, comisiones o asociaciones las que hay registradas en el estado español que conforman la FEDERACION DE COMITES Y COMISIONES CIUDADANAS ANTISIDA cuya filosofía es claramente reivindicativa y social respecto a la epidemia.

Entre los objetivos de estos movimientos de participación social figuran:

1. Evitar la propagación de la epidemia.
2. Evitar la marginación de las personas con SIDA
3. Fomentar la solidaridad social

4. Educar positivamente a la población sobre medidas de prevención cambio de hábitos etc. respetando la autodeterminación de los individuos.

5. Informar en colaboración con los organismos e instituciones públicas y privadas relacionadas con la enfermedad

6. Poner en marcha e incentivar servicios y recursos que cubran todo el abanico de necesidades de afectados y portadores en aquellas áreas donde no llegan los servicios sociales públicos.

Dentro del programa la tarea fundamental de los Equipos de atención básica en materia de servicios sociales será la de potenciar este tipo de asociaciones en el contexto social de su practica y posibilitar el surgimiento de grupos de autoayuda. La práctica preventiva que desde los servicios sociales puede realizarse en este tipo de epidemia desde las comunidades rurales ha sido puesta de manifiesto por Rounds (1988) por medio de su ensayo "Responding to AIDS: rural community strategies". Rounds propone que la epidemia se ha extendido a las grandes áreas metropolitanas y antes de que se extrapole a áreas rurales es necesario programas educativos que posibiliten un control social y sanitario de las personas diagnosticadas. El inconveniente incluso para nuestro país es que muchas áreas rurales no tienen todavía servicios sociales de atención primaria. Se suman a este defecto estructural aspectos éticos tales como el problema de la confidencialidad y el anonimato, mucho mas difícil de ser controlado en áreas rurales que metropolitanas.

Rounds (*op. cit.*) cree que la solución podría ser la estructuración de unas fuerzas de trabajo especiales contra el SIDA a nivel local que denomina como "AIDS task force" a fin de movilizar a los grupos sociales e ir desarrollando una respuesta comunitaria planificada. Dicha planificación implicaría a los medios de comunicación, al personal de la red sanitaria y de servicios sociales, a las organizaciones de voluntarios, religiosas filantrópicas etc, así como a personas significativas del medio social que tengan influencia y credibilidad en esa comunidad.

Del mismo modo coordinar y motivar a personas grupos y organizaciones no gubernamentales con significación en la acción voluntaria, para

correlacionar su ayuda y participación en el caso de este tipo de enfermos.

Las experiencias sobre acciones voluntarias en enfermos de SIDA en España no están todavía tan desarrolladas como en otros países. En el Reino Unido existen aproximadamente veinte asociaciones o agencias de voluntariado que colaboran en dos tareas básicas (Farthing, 1988):

. Proporcionar ayuda directa a personas con SIDA

. Informar alertar y educar a la Comunidad

También se encargan de ofrecer servicios a las personas que son diagnosticadas de SIDA; en primer lugar sobresalen las ayudas telefónicas donde se informa individualmente de tales servicios asistencia publicaciones métodos de transmisión, tratamientos etc. Por otro lado existen grupos de apoyo emocional mediante "Buddyinf" o asignación de un compañero voluntario (previamente seleccionado) por un período de tiempo indefinido ante la demanda de apoyo afectivo y ayuda practica de cualquier persona con SIDA.

Experiencias más sofisticadas podemos importar de EE.UU., concretamente de San Francisco (Kirsch, 1988) donde la acción voluntaria esta vigente desde 1981 pero con acuerdos contractuales importantes con los servicios sociales y de salud pública de esta ciudad. Así son las asociaciones de voluntariosas los que desarrollan la infraestructura asistencial y educativa por medio de fondos proporcionados sobre todo por las instituciones públicas de la ciudad. A nivel de ejemplo la "AIDS Foundation de San Francisco" se encarga de:

#### 1. Educación

Linea telefónica

Campanas educativas en mass media y publicidad estática

Relaciones con medios de comunicación

Difusión por medio de libros, manuales etc

Organización de congresos conferencias.

#### 2. Servicios orientados al cliente

Banco de alimentos

Alojamiento temporal

Servicios Sociales

#### 3. Participación en la política publica a nivel local, autonómico y nacional.

#### 4. Recogida de fondos a nivel individual donaciones privadas, empresarial y de instituciones públicas.

Por su parte, la SHANTI PROJECT, otra organización de voluntariado en esa misma ciudad destina su trabajo a la consecución de los siguientes objetivos:

Programas de apoyo emocional

Apoyo psicológico en hospitales

Programas en y para residencias

Programas de convivencia

Información y educación

Apoyo social

No desarrollaremos cada uno de estos objetivos, pero quizá es conveniente hacer mención al de apoyo social porque experiencias paralelas se han puesto en marcha en nuestro país, aunque no concretamente con enfermos de SIDA sino con pacientes de cáncer, enfermedad esta que, desde hace ya tiempo viene siendo estudiada desde un prisma bio-psico-social (Durá, 1990).

En efecto, considero de suma importancia la creación de los grupos de apoyo social para este tipo de enfermos que necesitan no sólo ayudas institucionales de todo tipo, organizadas desde los Equipos Base de Servicios Sociales y los Centros de Salud de atención primaria, sino también sentirse integrados, o, más precisamente, con un sentimiento de conexión al grupo y sus redes primarias.

Las previsibles pero incontroladas consecuencias de estigmatización social, que una persona diagnosticada de SIDA soporta en el medio hospitalario y cuando es reinstalado en su medio, hacen preciso orquestar grupos de apoyo social donde intervengan psicólogos trabajadores sociales afectados y grupos de voluntarios de ese medio comunitario.

Es más, el apoyo social se convierte en un arma importante cuando el medio familiar de la persona afectada o en su defecto sus redes primarias de relación interpersonal, quedan deterioradas a consecuencia de la enfermedad. Katz y Bender, (1976) señalaban las características que dorsalizan estos grupos:

Facilitan la interacción, social caraacara a través de un grupo pequeño.

Enfatizan la participación personal.

Tienen un carácter voluntario.

Los participantes tienen el propósito consciente de colaborar con otras personas para solucionar un problema o ayudarles a hacerle frente. Ofrecen apoyo emocional.

Incluyen a un profesional experto en terapias de grupo como iniciador y organizador del mismo o haciendo una labor de *counselling*.

La dinámica funcional del grupo se desarrolla en tres fases. La primera incluye la formación del grupo y el conocimiento de sus miembros con el objetivo de crear un ambiente de confianza. La discusión del grupo en esta fase se centra en el déficit emocional y cómo solucionarlo animando a las personas receptoras del apoyo a que perciban a los otros miembros del grupo como personas que pueden ayudarles. En la segunda fase del programa los componentes son capaces de expresar sus necesidades y problemas más intensamente. Finalmente en la tercera etapa se trata de que el paciente vaya tomando contacto con la "realidad", enfrentándose a sus propias emociones. Esta fase se caracteriza además por la separación tanto del grupo como del terapeuta (Garcés, 1991).

Para un conocimiento más profundo e integral de cómo funcionan estos grupos el lector interesado puede remitirse a las investigaciones llevadas a cabo por Baider y Edelstein en 1981 en el hospital Hadassah de Israel y al estudio de Spiegel y colaboradores en el mismo año en un hospital de California.

### III. Conclusiones

El SIDA es un problema de salud pública al que los organismos responsables no han prestado todavía la atención que merece principalmente en los aspectos preventivos y de investigación. A esta afirmación ofrecida ya en 1988 por Bayés y Arranz habría que sumar lo que se podría calificar de exigua atención que se dinámica desde el sistema público de servicios sociales. Ciertamente ha habido un aumento importante en España en cuanto a prevención secundaria por la que se ha conseguido un diagnóstico y control de las infecciones pero todavía nos queda un largo y pe-

noso camino que recorrer por lo que toca a la readaptación funcional y social en los periodos intercurrentes y el apoyo social y psicológico por parte de los profesionales expertos en tanatología de enfermos en fase terminal.

Hablar de la epidemia del SIDA implica aplicar una metodología multiprofesional en cuanto a la intervención directa y multidisciplinar por lo que toca a su investigación; por consiguiente los psicólogos trabajadores sociales los futuros educadores sociales y demás profesionales implicados en el campo de los Servicios Sociales precisan de un reciclaje que les permita ser eficaces ante los nuevos vientos que trae la enfermedad. Y ese reciclaje atenderá por el término "integral", pues el profesional interesado/a no solo tiene que conocer los pocos recursos estructurales ofertados desde los Servicios Sociales, sino que deberá adquirir una formación en los aspectos médicopsicológicos sociales relacionados a fin de que la coordinación entre profesionales dentro del área comunitaria y hospitalaria no sufra retardos y consiguientes discriminaciones profesionales.

Se han tratado aquí aspectos médicos, epidemiológicos, psicológicos, familiares, sociales así como la oferta aproximada que podría estructurarse desde los programas comunitarios de Servicios Sociales. Y se dice "podría" y no otro término porque ese verbo califica a mi modo de ver la actual situación que relaciona SIDA y Servicios Sociales en España. En efecto los contenidos de los programas comunitarios aquí presentados "cocktelean", como los acercamientos noveles (tan novel como la estructura de Servicios Sociales de nuestro país) entre "lo que hay" y "lo que debería haber"; entre "lo hecho" y "lo que hay por hacer", y en definitiva entre la pirueta de la realidad y lo deseable. Como casi todo.

De cualquier forma muchos son los temas problema que hemos dejado atrás y quedan fuera de este capítulo relacionados con el SIDA.

Así pues, también se tendrá en cuenta la problemática del personal sanitario (de ahí los estudios sobre manejo de muestras de pacientes con SIDA en laboratorios y hospitales) y de servicios sociales que muestran renuencia a tratar con este tipo de personas. Por aquello de los estereotipo! apuntar de pasada que "quizá sean más de los pensamos o piensan los candidatos al SIDA in-

cluso los mismos profesionales sanitarios o de otro campo".

Por otro lado es preciso pensar que el SIDA afectará más a los llamados grupos "marcados", tales como minorías étnicas homosexuales, drogadictos, mujeres, niños, etc., que siempre han sido objeto prioritario de intervención desde los Servicios Sociales. Grupos que verán agudizada su desprotección y discriminación a causa de la enfermedad y no podemos dejar de pensar que quizá esto sea un reto para replantear todo aquello que gira en torno al "compromiso con el cambio social" que parece haberse fosilizado en nuestra funcional profesión pero que no es incompatible.

En este sentido y en cuarto lugar plantear que los profesionales que trabajen en este campo, tendrán ante el los problemas de naturaleza ética importantes. Conflictos personales y de valores con los comportamientos de los clientes; con compañeros de trabajo, cuyos prejuicios les impedirán atender debidamente a estos nuevos clientes; preocupaciones sobre si comunicar a parejas y familiares de afectados el estado de un paciente y cómo hacerlo; problemáticas de orden

sociolegal (despidos laborales, rechazos escolares vivienda, problemas con la justicia, policía, etc.) así como un abanico de aspectos éticos que replantear. Para un mayor información sobre este tema véase el trabajo de Ryan y Rowe (1988).

Habrà que atender de forma concreta y de forma especial los casos de mujeres con SIDA, por la realidad psicosocial singular que supone en muchos casos, ser mujer ser mujer con SIDA y además tener que cuidar hijos/as u otro tipo de cargas familiares que también son enfermos o portadores. Nos estamos refiriendo al hecho de que el SIDA pediàtrico esta inexorablemente unido a las mujeres con SIDA, pues en un alto porcentaje de casos ha existido transmisión perinatal.

Y en fin, serìa deseable que toda esta extensa problemática de la pandemia del SIDA motive a nuestros profesionales para que la estudien en profundidad y desde un paradigma heurístico activen la planificación y ejecución de los programas comunitarios, y también oriente a quienes tengan la responsabilidad de diseñar nuestra Política Social y los Servicios Sociales.



## Referencias bibliográficas

- Baider L. y Edelstein, E. (1981). Coping mechanisms of post-mastectomy women. A group experience. *Israel Journal of Medical Sciences*, 17, nº 9-10, 988992.
- Bayés, R. y Arranz, P. (1988). *Sida y prevención: un enfoque multidisciplinario*. Jano, Barcelona.
- De Diego y Marcos de la Huerza (1989). El Sida: un problema sociofamiliar. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 13, 8491.
- De Vita, Jr. et al. (1986). SIDA: *Etiología, diagnóstico tratamiento y prevención*. Salvat: Barcelona.
- Durá, E. (1990). *El dilema de informar al paciente de cáncer*. Valencia: Nau Llibres.
- Estebáñez, F. (1987). Aspectos de salud pública. Clínica y tratamiento. En R. Usieto (Ed.), *SIDA: un problema de salud pública*. Madrid: Diaz de Santos.
- Farthing, K. (1988). Grupos de apoyo voluntarios para pacientes infectados por VIH. Experiencia en el Reino Unido. *Símposio sobre Actitudes Sociales y Sanitarias frente al SIDA*. Area de Salud Pública, Diputació de Valencia.
- García Herrero, G. (1988). *Centros de Servicios Sociales: conceptualización y desarrollo*. Madrid: Siglo XXI.
- Garcés, J. (1991). Concepto y evaluación del apoyo en la acción voluntaria. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 21.
- García Huete, E. (1987). Aspectos psicológicos: evaluación prevención e intervención. En R. Usieto (Ed.), *SIDA: un problema de salud pública*. Madrid: Diaz de Santos.
- Generalitat Valenciana (1987). *Servicios Sociales. Plan Cuatrienal. P.E.V.II*. Conselleria de Treball i Seguretat Social. Servei de Planificació València.
- Generalitat Valenciana (1990). *Plan de Ordenación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana*. Conselleria de Treball i Seguretat Social. Direcció General de Serveis Socials. Primera edició, Valencia.
- Katz, A. y Bender. E. (1976). Selfhelp in society: the motif of mutual aid. En A. Katz y E. Bender (Eds.), *The strength in use: selfhelp groups in the modern world*. New York: New viewpoints.
- Kirsch, G. (1988). El papel de las organizaciones voluntarias relacionadas con el VIH en la asistencia y educación en San Francisco, California, U.S.A. *Símposio sobre Actitudes sociales y Sanitarias frente al SIDA*. Area de Salud Pública. Diputació de Valencia.
- Moynihan, R. et. al. (1988). AIDS and terminal illness. The Social Casework. *The Journal of contemporary social work*, 69 (6), 380-388
- Ryan, C. y Rowe, M. (1988). AIDS: Legal and ethical issues. *Social Casework*, 69 (6), 324-334.
- Rounds, K. (1988). Responding to AIDS: rural community strategies. *Social Casework*, 69 (6), 365-370.
- Spiegel, D.; Bloom, J.R. y Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.

(Original recibido: 8-7-1991)

(Original aceptado: 26-11-1991)